

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

UNAN – FAREM Carazo

Faculta de Ciencias Médicas



Tesis para optar al título de Médico y Cirujano General

“Conocimiento, actitudes y prácticas sobre el manejo del dengue en adultos en el personal médico y enfermería del Centro de Salud Manin Rener, Municipio de Rivas. Julio - Septiembre del 2019”

Autores:

Bra. Elba Fernanda Reyes Mongalo

Br. Christian Bojorge Obregón

Tutor:

Dr. Ervin José Ambota López. PhD

Médico en Salud Pública y Epidemiología

Economía en Gestión Sanitaria

Especialista en VIH / Sida

Tutor Metodológico

Noviembre, 2019

Dedicatoria

A

Mi Padre Celestial por darme la vida.

Familia por su apoyo incondicional en todo momento

Amada esposa

A mis maestros por su enseñanza durante estos años.

Agradecimiento

Tutor por su abnegado apoyo.

Al personal de médicos y enfermería del centro de salud por su valioso apoyo

Opinión del Tutor

El Dengue es una enfermedad infecciosa viral que puede presentarse desde forma leve a grave, el tratamiento es líquidos orales o Intravenosos y su manejo es dinámico y continuó. Es una enfermedad que suele presentarse en forma de grandes epidemias, propagándose con rapidez afectando así a gran número de personas en el curso de cada epidemia y reduciendo considerablemente la productividad laboral, pero, sobre todo, segando muchas vidas.

De acuerdo a datos estadísticos de la OPS los casos positivos de dengue en América ha superado las cifras en los últimos tres años; Nicaragua es considerada el país que más reporta tasas de contagio dentro los 5 países de América. Y tiene alrededor de 1,504 casos por cada 100.000 habitantes.

La incidencia se ha incrementado en los últimos 50 años, 30 veces según OPS, y para poder disminuir los casos primero se deben de tener una estrategia bien definida en educación, promoción, prevención de los factores determinantes, y que el personal de salud tenga un excelente conocimiento de la enfermedad, con actitudes favorables y adecuadas prácticas, de aquí es la importancia de este estudio.

Dr. Ervin José Ambota López. PhD



MPH Salud Pública – Epidemiología
Máster en Economía y Gestión en Salud
Especialista en VIH – sida
Tutor Metodológico

Resumen

Con el **Objetivo** de analizar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas del personal de salud; médico y enfermería sobre el manejo del dengue en adultos, se realizó un estudio en el Centro de Salud Manin Rener, del Municipio de Rivas, departamento de Rivas, en el periodo de Julio - Septiembre del 2019.

Diseño metodológico: se efectuó un estudio descriptivo, observacional, transversal, utilizando técnicas CAP, con un universo de 60 personales de salud entre médicos y enfermeras ubicadas en las diferentes áreas del centro de salud incluyendo los ESAF del municipio. La muestra fue igual a universo por conveniencia de los autores. Se realizó una prueba piloto del 10% de la muestra para disminuir el sesgo de información al momento de la recolección de los datos se tomaron en cuenta criterios de inclusión y exclusión se elaboró hoja de consentimiento informado para trabajadores de la salud laboralmente activos. Para valorar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas se aplicaron índices sumatorios, asignando a cada respuesta una determinada puntuación.

Resultados: El personal de salud del centro asistencia tiene un buen nivel de conocimiento, con actitud favorables y practicas adecuadas con buena aceptabilidad de respuesta en relación a definición, clasificación, factores del huésped, factores de mal pronóstico, medios de diagnósticos, evaluación general, manejo.

Conclusiones: La mayoría de la literatura revisada al igual que el presente estudio existe un grado de conocimiento entre buena y regular sobre la temática estudiada, con favorable actitud y adecuadas práctica en su entorno laboral ante el dengue en la aplicación de la normativas 147.

Palabras Claves: Normativa 147, Dengue, Conocimiento, Actitudes, Prácticas

Contenido

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Opinión del Tutor	iv
Resumen	v
I. Introducción	1
II. Antecedentes	2
III. Justificación	14
IV. Formulación Del Problema	15
V. Objetivos	16
Objetivo General:	16
Objetivos específicos	16
VI. Marco Teórico	17
VII. Diseño Metodológico	71
VIII. Resultados	76
IX. Análisis y Discusión	78
X. Conclusiones	83
XI. Recomendaciones	84
XII. Bibliografía	85
XIII. Anexos	89

I. Introducción

El dengue es la enfermedad vectorial con mayor morbimortalidad a nivel mundialmente, constituye un importante problema sanitario en todo el mundo, principalmente en las regiones tropicales y subtropicales. En las últimas décadas la fiebre del dengue y sus formas severas han sido consideradas una de las enfermedades virales reemergentes transmitidas por vectores.

Entre 50 y 100 millones de casos anuales se presenta en más de 100 países. En Nicaragua la situación epidemiológica del dengue es alarmante el cual, por sus condiciones geográficas, climatológicas y socioeconómicas favorece su presencia.

Desde la década de los 80 los números de casos reportados se han incrementado y se ha mantenido la tasa de incidencia alta, años tras años se presentan brotes epidémicos que impactan tanto la salud y el bienestar de la población así como la economía del sistema de salud y población en general.

Nicaragua por ser endémico tiene población vulnerable, el individuo tiene mayor riesgo de obtener dengue secundario haciendo esto más susceptible a desarrollar dengue grave incrementado el gasto sanitario de la nación. Es necesario, por lo tanto, conocer el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas del personal de salud sobre el manejo médico, las medidas de prevención que se están implementando para el control de esta enfermedad, asimismo, la falta de un volumen significativo de trabajos de investigación sobre la problemática a nivel local, siendo un aspecto muy importante para la salud pública. Es aquí donde juegan un papel importante en este tipo de estudio, en el cual participa la comunidad científica y cuya función es la de orientar las medidas de manejo terapéutico, preventivo y control de la enfermedad.

II. Antecedentes

Por los años ochenta, un alto por ciento de la población tuvo una actitud positiva hacia la prevención del dengue, participan activamente en los eventos programados para prevenir la enfermedad. Estas acciones se relacionan con cuidar a los enfermos, prevenir la reproducción del mosquito, aprender la información sobre el tema de prevención. La congruencia entre conocimientos, actitudes y prácticas es el principal factor protector frente a la enfermedad del Dengue, lo que podría explicar que las poblaciones con menores niveles educativos tienen mayor exposición y vulnerabilidad a la enfermedad. Se demostró que por medio de las estrategias creadas sobre el control y la prevención del Dengue, la coherencia e interacción entre los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre esta enfermedad juegan un papel primordial en el hecho de encontrar una disminución significativa en el número de casos reportados al sistema de salud. Existen muchos estudios que evalúan a través de encuestas a la población en general pero hay pocos estudios que evalúan a una población primordial como el gremio de la salud que a pesar que son parte de la población deben de tener un mejor conocimientos actitud y practicas antes estas enfermedades emergentes

Internacionales

Internacionales en Población General

Benítez, Leite S, Machi ML, Gilbert, E, Rivarola, K (2014, Pág.174-178), en su artículo publicado sobre; Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del dengue en un barrio de Asunción. Paraguay, La prevalencia de la enfermedad fue del 41,2%. De este grupo, el 66,2% el diagnóstico fue médico y el 33,8% fue empírico. El 96,8% conocía la presencia actual de una epidemia de dengue y que los mosquitos podían transmitir enfermedades. El 89% no estaba organizado en su comunidad para luchar contra el dengue, el 61,8% cumplió con las medidas higiénicas de prevención y en el 36,2% no se constataron prácticas de medidas higiénicas de prevención en el hogar. Acerca del conocimiento para eliminar los criaderos de mosquitos, el 88,2% respondió adecuadamente y el 11,2% tuvo conocimiento incompleto sobre estas medidas

higiénicas. Al ser indagados dónde depositaban sus huevos los mosquitos, el 70,1% respondió “en cualquier lugar donde esté un depósito de agua limpia y estancada” y el 18,7%”en los lugares donde se arrojan los desechos”. El 24,6% de la población entrevistada supo que los mosquitos podían transmitir tres enfermedades, el 85,1% incluyó al dengue en sus respuestas y el 14,4% desconoció las enfermedades transmitidas por los mosquitos. En conclusiones: la población estudiada posee conocimientos adecuados con respecto a las características del dengue y el control de los mosquitos; existe escasa participación en actividades comunitarias; los conocimientos (información) adecuados no necesariamente derivan en prácticas preventivas.

Díaz, Carrión Giancarlo R, Malca, Monsalve Leonard S, Díaz, Vélez, Cristian, Olave, Luza Edith, Poma. Ortiz Jaqueline (2014, pág. 121 -128) Conocimientos y prácticas sobre prevención de dengue en un Distrito de Lambayeque, Perú, 2015. Se llevó a cabo un estudio tipo cuantitativo de diseño descriptivo transversal, realizado en el Centro Poblado Batangrande, ubicado en la provincia Ferreñafe, departamento Lambayeque, durante el mes de Julio del 2015. Conclusión: los conocimientos sobre dengue son escasos, y existe un porcentaje aceptable de prácticas adecuadas. Se requiere hacer mayor énfasis en la reducción de la transmisión del virus del dengue, que depende enteramente del control de los mosquitos vectores o la interrupción del contacto humano-vector.

Lozano Polania, Norma Jimena; Torrejano Losada, Claudia Fernanda; Johana Milena Trujillo Prieto (2015, pág. 72) afirma en su estudio: Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados a prevención y control del dengue en las zonas urbanas de Villa vieja, Colombia que La mitad de la población tiene conocimientos adecuados sobre Dengue y su proceso de trasmisión, lo cual permite que la población participe activamente en los programas de prevención de la enfermedad, pero sus conocimientos en relación a los síntomas son pobres, lo cual conlleva a no buscar y obtener una ayuda adecuada y a tiempo. Tan sólo el cuarenta por ciento de la población tiene una actitud positiva hacia las creencias, valores, gustos, preferencias y prejuicios duraderos en torno al dengue; actitud que conlleva a que las personas orienten su actividad para prevenir la enfermedad de dengue.

González Morales, Asunción; Ibarra Sala, Ana María (2015, pág.) Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prevención del mosquito *Aedes aegypti* en comunidades del municipio Diez de Octubre, La Habana, afirma que Existen conocimientos en la población sobre los lugares de reproducción del mosquito, pero susceptibles de ser mejorados. Preocupa que un porcentaje elevado no haya considerado a cualquier lugar donde exista un depósito de agua sin proteger y a los vertederos. La cuarta parte señaló el agua limpia, lo que difiere de estudios donde este conocimiento es elevado. En Cuba se han demostrado conocimientos en este aspecto. En Brasil más de la mitad de los participantes tiene conocimientos; en México y Paraguay se considera a los vertederos como una fuente importante de propagación de dengue. La población estudiada tiene conocimientos sobre los factores que favorecen la presencia de los criaderos de mosquitos *Aedes aegypti*. Otros estudios reportan iguales resultados. En Brasil más de la mitad de las personas tienen conocimientos, muy diferente a Perú donde estos son nulos.

Las actitudes de la población entrevistada para participar en la prevención son insuficientes, pero esto no ocurre en otros lugares del país. En Perú, la actitud hacia las prácticas preventivas es mucho más favorable que en el resto de los países latinoamericanos. Casi la tercera parte de la población estudiada tiene la intención de tapar los depósitos de agua o continuar haciéndolo. Las mujeres demostraron mayor disposición que los hombres, y los entrevistados de preuniversitario también. Coincidimos con otros estudios donde esto es bastante elevado, pero consideramos que debemos trabajar más para lograr convertir estas intenciones en prácticas concretas con la finalidad de que esta se mantenga en el tiempo. Más de la mitad aceptaría la visita del campañista para el tratamiento focal, lo cual constituye una actitud que se puede tomar como favorable. No obstante, lo consideramos como bajo, en coincidencia con un estudio en Sancti Spíritus, partiendo del hecho de que nuestra población debe estar familiarizada con el trabajo. Más de la mitad aceptaría la visita del campañista para el tratamiento focal, lo cual constituye una actitud que se puede tomar como favorable. No obstante, lo consideramos como bajo, en coincidencia con un estudio en Sancti Spíritus, partiendo del hecho de que nuestra población debe estar familiarizada con el trabajo de la campaña, ya que este programa de lucha anti vectorial existe desde 1981, cuando el país sufrió la gran epidemia de dengue hemorrágico.

Esta experiencia es única en América, donde se combate el dengue cuando existe peligro inminente epidemias importantes. Las prácticas para prevenir el mosquito *Aedes aegypti* son insuficientes. En Paraguay y Perú la mitad de las personas las realizan, en Brasil es bajo y en México la concepción de la prevención está basada en acciones públicas de autoridades sanitarias, por lo que la población no considera que debe participar. En Argentina, Chile, Uruguay y en los países de Centro América no se cumplen las actividades preventivas por la población. No coincidimos con otras investigaciones realizadas en Cuba, donde se observan buenos resultados. En países como Bolivia, Colombia y Ecuador, la comunidad participa, pero todavía las familias no presentan empoderamiento de prácticas de prevención y control para el dengue.

Hernández, Escobar J, Beltrán, (2016, pág. 114) Investigaron los Conocimientos, actitudes y prácticas sobre Dengue en la ciudad de Cartagena de Indias. El estudio fue descriptivo transversal en 870 sujetos. El muestreo fue probabilístico, aleatorio en tres etapas. Se encontró que el 93,7% de los encuestados conocen que existe la enfermedad; el 49,7% no sabe cuáles el agente causal de la enfermedad. Mientras que el 80,5% de los encuestados manifiesta tener disposición para recibir clases de educación sanitaria. El 60,1% de la población encuestada almacena agua en sus viviendas y el 73,8% utiliza los tanques como recipientes. El 24, 8% manifiesta que evita tener agua estancada. Por lo que llego a la conclusión que los conocimientos sobre dengue son escasos, se adoptan prácticas de riesgo que favorecen el desarrollo de la enfermedad; sin embargo, se evidencia una actitud favorable para el control. Se requiere, entonces, promover cambios de comportamiento no solo en la comunidad, sino también en cada persona misma, en la manera como los programas de prevención y control que se lleven a cabo.

Rodríguez Taboada Ana María Teresa (2016, pág. 33) en su estudio de tesis para optar al título de licenciada en enfermería; conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prevención del dengue en los hogares de Río Seco, Sector 3, El Porvenir – Trujillo 2016, encontró que que el nivel de conocimiento es bajo en un 52%, es medio en un 47% y solo es alto en un 1%; en relación al nivel de actitudes es positiva en un 83% y negativa en un 17%; en cuanto al nivel de prácticas es regular en un 80%, es bueno en un 10% y es deficiente en un 10%. Como conclusión

se aprecia que el nivel de conocimientos es bajo y que las personas de los hogares afirman tener en su mayoría una actitud positiva para la prevención del dengue, la práctica es regular casi en su totalidad.

Hoyos Rivera, Antulio; Pérez Rodríguez Antonio, (2017, pág. 161- 162), en su estudio realizados para determinar el nivel de conocimientos sobre dengue, en San Mateo, municipio Libertad, Anzoátegui, República Bolivariana de Venezuela, en el periodo comprendido de mayo a junio de 2017. El universo lo conformaron 15 000 habitantes y una muestra de 535, que fueron seleccionados por un método aleatorio simple. Los infantes de 5 a 17 años que se incluyeron en la muestra fueron los que residían en las casas de los adultos seleccionados. Como criterio de exclusión se tomó a las personas que no desearon participar en el estudio. Se aplicó una encuesta de conocimientos sobre el dengue previa validación en otra localidad mediante un estudio piloto a la muestra estudiada. Las preguntas fueron evaluadas por puntos. Los resultados se expresaron en porcentajes y su intervalo de confianza. Un número considerable de pacientes resultó deficiente en la encuesta aplicada demostrando el alto desconocimiento de la población sobre la enfermedad.

Existe ausencia de información sobre los síntomas, mecanismo de adquisición del dengue, su agente transmisor y por ende, de su prevención. La radio es el medio de mayor divulgación sobre el tema. El 35,1 % manifestó no conocer la enfermedad a pesar de que esta es endémica; la radio es el medio de comunicación que más divulga temas referentes al dengue ya que el 75,5 % de la población adquirió este conocimiento a través de este medio de difusión, hay que aclarar que esta localidad presenta su propia frecuencia radial. El 53,8 % del total de casos no identificó los síntomas de la enfermedad y más alarmante aún, es el hecho de que sólo el 20 % acudió al médico. Cuando se evaluó lo referente a la adquisición de la enfermedad, el 72,5 % no conocía nada al respecto, sin embargo el porcentaje restante no sólo identificó al mosquito sino que lo nombraron "patas blancas" lo cual denotó una diferenciación con respecto a otros de su especie.

El agente transmisor de la enfermedad fue el tema más desconocido ya que el 90,4 % de la muestra estudiada dio una respuesta equivocada, y el 72,5 % desconocía totalmente como se previene el dengue en esta localidad que presenta un número importante de casos, cuya problemática se acentúa si se tiene en cuenta que no se diagnostica al mayor número de ellos, por no acudir a los centros asistenciales y aun acudiendo a estos, no se puede determinar con certeza, pues no se cuenta con la determinación de la IGM dengue, imprescindible para la realización de un estudio confiable de prevalencia de su especie.

Delcid Morazán¹, Allan Fernando, Moran E Barcan Batchvaroff¹, González; Carlos Humberto y Barahona Delmy Soraya. Andrade, (2017, pág.1-4), en su artículo publicado en la MedPub Journals; conocimientos, actitudes y prácticas sobre las arbovirosis, concluyen que; la población estudiada en su mayoría son del sexo femenino 74.3% quien tienen una edad promedio 46 años, a su vez viven dentro de la vivienda entre 4 a 6 personas en un 58.6%. La mayoría de la población ha oído hablar sobre dengue, 98.5% sabe que se transmite a través de la picadura del mosquito *Aedes* pero el 62.8% no sabe que enfermedades transmite el vector mismo.

Las arbovirosis siguen siendo un serio problema ya que de las viviendas inspeccionadas se calculó un índice larvario de 20%, índice de recipientes positivos de 21.4% y un índice de breteau de 2.3% es por esto que el control de las arbovirosis requiere un trabajo multidisciplinario que involucre todos los factores. La población no tiene claro el conocimiento sobre las arbovirosis y el ciclo del vector, pese a esto la población estudiada tiene una buena actitud y disposición de cambio de estrategias para el control de las arbovirosis, así como de seguir las indicaciones del personal de salud.

Dávila, Gonzales, Jhoni Alberto, Guevara-Cruz. Luis Antonio, Peña-Sánchez, Cristian Díaz-Vélez, Eric Ricardo, (2018; Pág 4), afirma Revista Hispana Ciencia de la salud que los cuestionarios autoaplicables a pobladores de La Victoria: se obtuvo los siguientes resultados; los hombres (49%), mujeres (51%); la media de edad fue de $38,08 \pm 14$ años. El Coeficiente de Kuder, Richardson fue 0.867; el Alfa de Cronbach de cada una de las preguntas fue mayor igual

de 0,822. El cuestionario final constó de 11 preguntas (con un total de 34 ítems); las preguntas 1, 2, 3, 5, 8, 9 tienen una única alternativa correcta y el resto de preguntas son de opción múltiple. Se concluyó que el instrumento es válido, confiable para determinar el nivel de conocimientos en pobladores sobre dengue, signos de alarma y prevención en un distrito de reciente brote de dengue.

Internacionales en personal de Salud

Mendoza Landin, Cristhian Fernando (2014, pág. 110) en su estudio para optar título de licenciado en enfermería con título; conocimientos prácticas y actitudes que poseen los pobladores del barrio Teniente Hugo Ortiz de la ciudad de Santa Rosa; Ecuador sobre la prevención del dengue, concluyen que De acuerdo a los resultados obtenidos en cuanto al conocimiento tenemos que el 50% de los participantes indicaron que el dengue es una enfermedad, el 43,63% la considera mortal, el 86,36% indicó que puede afectar a cualquier persona, el 59,09% indicó que es transmitida por cualquier mosquito, el 86,36% conoce los síntomas de la enfermedad y el 54,54% reconoce al agente causal como un virus. Entre las actitudes tenemos que el 92,72% de los participantes si utiliza mosquitero, el 53,63% no se automédica, el 91,81% no ha participado jornadas de limpieza, el 60,90% si abre las puertas y ventanas durante la fumigación, el 82,72% acude al su centro de salud ante la sospecha de tener dengue y el 80,90% está conforme con la atención del su centro de salud. Mientras que en las prácticas el 88,18% de los participantes si realizan medidas de prevención, el 92,72% si elimina adecuadamente los recipientes inservibles, el 52,72% indicó que a veces mantiene cubierto los recipientes que contienen agua con una, el 28,18% limpia y cambia el agua del tanque de su casa mensualmente, el 95,45% no utiliza repelentes contra insectos y por último el 90% de los participantes no utiliza camisa manga larga ni pantalón como medida de prevención contra el dengue.

Maldonado Muñoz, Álvaro Enrique;(2016, pág. 26) en su estudios sobre Evaluación del Conocimiento acerca de Dengue en los médicos de los establecimientos del primer nivel de atención de la Red de Salud Túpac Amaru, refieren que la reaparición del dengue ha sido

desencadenada por múltiples factores como la expansión del vector en gran parte del país y la capital, lo que ha originado diversos casos en los últimos años. Existe una nueva clasificación publicada por la Organización Mundial de la Salud, por lo que el médico debe estar actualizado y preparado para enfrentar una posible epidemia. Métodos: Estudio descriptivo transversal. Se analizaron las variables independientes con el nivel de conocimiento en los médicos del primer nivel de atención de la Red de Salud Túpac Amaru: la edad, el sexo, los años de ejercicio profesional, la revisión de la guía publicada por la Organización Mundial de la Salud, la revisión de la guía publicada por el Ministerio de Salud y la información recibida acerca del dengue. Resultados: Se evaluaron 57 médicos, predominando el género masculino, la mediana fue de 46 años, la mayoría tiene más de 21 años trabajando, los simposios fueron la fuente de mayor frecuencia para información sobre dengue. El 66% tuvo bajo conocimiento y ninguno alto conocimiento. El 91% respondió correctamente acerca del tratamiento del dengue y el 8.7% acerca de la definición de caso probable.

El puntaje promedio fue 7.5 de 16 puntos. Los grupos etarios extremos tuvieron bajo conocimiento al igual que el 81% que no revisó la guía de la Organización Mundial de la Salud. Existe una asociación significativa con la revisión de la guía de la Organización Mundial de la Salud y el sexo, pero debido a la desproporción del género, la última debe tomarse con cautela. Conclusiones: El mayor porcentaje obtuvo bajo conocimiento y está asociado a la edad, la revisión de las guías de la Organización Mundial de la Salud y del Ministerio de Salud.

Romero, Claudia Paico, Capuñay, Ana Polo, Díaz, Exebio, Grecia, Díaz-Vélez, Cristian (2017, pág. 214) en su artículo publicado en revista de salud de Perú; Nivel de conocimientos en diagnóstico y tratamiento sobre dengue en médicos de la región Lambayeque, obtuvieron los Resultados: En la validación del instrumento se encontró un Alfa de Cronbach de 0,804 ($>0,8$) además las correlaciones en los 16 ítems fueron 0,438 y 0,852.

En Validez de Contenido, los expertos asignaron puntaje en pertinencia y claridad de 3,5/5. Validez del constructo, el test de adecuación de la muestra de Kaiser- Meyer-Olkin fue 0,082 y el test de esfericidad de Bartlett fue 0,023. Se encontró que el 50,4 % de los médicos encuestados tienen un nivel de conocimiento bajo, el 48,7 % un nivel de conocimiento medio y únicamente un 0,9 % obtuvo nivel alto en conocimiento sobre diagnóstico y tratamiento de Dengue, estando

asociado con capacitación previa y número de años de egresado del médico ($p < 0,05$).

Conclusiones: Existe un bajo nivel de conocimiento sobre diagnóstico y tratamiento de dengue y asociación entre nivel de conocimientos con los antecedentes de capacitación previa y número de años de egresado del médico de la región Lambayeque.

Chavarry Rodas, Edward Anthony; Sosa Alvarado, Irvin David, Vélez Díaz, Cristian, Salazar Zuloeta, Jaime Israel (2018, pág. 121-124) en su investigación; nivel de conocimiento de médicos del primer nivel de atención de salud sobre los signos de alarma del dengue, afirma que El rango de edad fue de 23 a 55 años con un promedio de 33.68 y una desviación estándar de 8.66. De los 40 médicos el mayor porcentaje fueron del sexo masculino (70%).

Todos refirieron comprender las adecuadamente y el tiempo promedio en que resolvieron el cuestionario fue de 15 minutos. Fiabilidad: El cuestionario con un número de 16 preguntas obtuvo un valor de Alfa de Cronbach de 0,81 ($> 0,8$) y un Kuder Richardson de 0.81. Todos los ítems tienen un coeficiente Alfa de Cronbach mayor de 6, además observamos que las correlaciones existentes en los 16 ítems oscilan entre 0,07 y 0,69.

Baltasar Bagué, Alicia, Rasclé Medina, Jessy Corine Elise, Gomez Nario, Ondina, (2019, Pág. 26) en el XVIII Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería 2019, con el tema Los profesionales de Enfermería en la prevención del Dengue; afirma que El Dengue es susceptible de prevención, a través de medidas higiénicas, relacionadas con conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidado. Los enfermeros mediante su función preventiva pueden empoderar a individuos y comunidades y generar responsabilidad social, La identificación de los pacientes con dengue depende mucho de las alertas que dan los profesionales de salud. Importancia de continuar la educación sobre el control del dengue en los profesionales de salud.

La educación de los profesionales no se debe enfocar solamente sobre los conocimientos básicos, pero también hacer hincapié sobre la salud individual y de las comunidades: enseñar a acudir al consultorio, a prevenir si aparición de nuevos casos

Nacional en Población general

Romero, Ortiz, Iris Magalys, Zuniga Mojica María Aydalina (2010, pág. 27), en su estudio monográfico, conocimientos, actitudes y prácticas sobre el dengue en el municipio de Macuelizo, Nueva Segovia, concluyen que casi la mitad de la población entrevistada vive en condición de hacinamiento y según la OMS, el riesgo de transmisión del dengue aumenta en las viviendas donde existen condiciones de hacinamiento lo que favorecería una rápida propagación de cualquier brote epidémico. En los conocimientos generales que tiene la población acerca del dengue son deficientes ya que no logran diferenciar el dengue de la malaria al referir que son las charcas el criadero del mosquito y un pequeño porcentaje reconoce las botellas, aguas almacenadas y los barriles como criaderos.

Esto puede deberse a que la población confunde el mosquito trasmisor de malaria y sus criaderos con el mosquito del dengue. Es importante que la población conozca los síntomas y signos del dengue ya que dentro de estos están incluidos algunos que son de alarma o de gravedad como el sangrado, vómito, dolor abdominal. A pesar de esto la mayor parte de la población reconoce la fiebre como principal síntoma del dengue, pero los demás signos y síntomas son Casi la mitad de la población entrevistada vive en condición de hacinamiento y según la OMS, el riesgo de transmisión del dengue aumenta en las viviendas donde existen condiciones de hacinamiento lo que favorecería una rápida propagación de cualquier brote epidémico. A pesar de esto la mayor parte de la población reconoce la fiebre como principal síntoma del dengue, pero los demás signos y síntomas son conocidos por menos de la mitad de la población este dato es similar a un estudio realizado sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue en León en mayo del 2003. En otro estudio realizado en el viejo- Chinandega de conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue en diciembre del 2003, se encontró que la

población tiene actitudes negativas en la participación de jornadas de saneamiento en la comunidad diferente a los resultados encontrados en este estudio.

La falta de conocimientos de estos signos y síntomas posiblemente se deba a la deficiente orientación en salud en los diferentes niveles educativos ya sea en las escuelas y comunidades y probablemente a que las campañas educativas sobre dengue en los medios de comunicación no han tenido el impacto deseado. Por lo general las personas encuestadas presentan actitudes positivas al permitir la fumigación y que abatizen sus hogares. No así a la participación de la población en jornadas de limpieza ya que más de la mitad refirió estar de acuerdo en realizar dichas jornadas pero en la práctica se encontró todo lo contrario.

La poca participación de la población encuestada influye en el nivel de saneamiento del medio ambiente domésticos y determina la disponibilidad de lugares de producción de larvas en el contorno domicilio y de la comunidad.

Algo importante de destacar es que la mayoría de los entrevistados refiere que la mejor forma de evitar el dengue es realizar medidas preventivas entre ellas eliminar criaderos pero no reconocían que existían criaderos en sus casas. La mayoría de los hogares almacenaba el agua en recipientes como barriles, bidones y pilas, según entrevista los protegían y lavaban los recipientes semanalmente, existiendo contradicción debido a que el agua no llega a sus hogares de forma permanente sino que recibían el agua cada 3 a 5 días en la mayoría de las veces, este es un factor determinante en la proliferación del vector. En los hogares la mayoría de ellos tenían pocos Floreros, Llantas, Botellas, Maleza, Cachivaches, pero siempre había mosquitos, lo que nos demuestran que estos no son factores determinantes para la proliferación del vector en el municipio de Macuelizo.

Nacional Personal de Salud

Céspedes Luqués, Kevin Alexander (2016, pág. 27) en su estudio para optar al título de médico y cirujano, Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre el manejo del Dengue en adultos

en base a la Normativa 073 en el personal médico del Centro de Salud Carlos Rugama Poveda, Marzo-Abril del 2016, concluyo que Se evaluaron a 26 médicos, predominando el sexo femenino, la cuarta parte tienen más de 10 años de antigüedad, el 35% eran médicos generales, el 70% recibieron capacitación sobre la normativa en los últimos seis meses antes de la entrevista.

El 73.1% tuvo un conocimiento bueno y el 3.8% un conocimiento deficiente. La actitud fue favorable en los entrevistados en un 80.8%. Con un 69.2% de práctica adecuada dentro de los participantes. Conclusiones: Se determinó un buen conocimiento sobre la temática estudiada, en el abordaje de los casos atendidos, los entrevistados demuestran una favorable actitud y la práctica en su entorno laboral es adecuada en base a la normativa 073

III. Justificación

El dengue es una enfermedad viral de carácter endémico-epidémico, transmitida por mosquitos del género *Aedes*, principalmente por *Aedes aegypti*, que constituye hoy la arbovirosis más importante a nivel mundial en términos de morbilidad, mortalidad e impacto económico.

Es una enfermedad que suele presentarse en forma de grandes epidemias, propagándose con rapidez afectando así a gran número de personas en el curso de cada epidemia y reduciendo considerablemente la productividad laboral, pero, sobre todo, segando muchas vidas.

En el país actualmente las condiciones para la transmisión del virus dengue son óptimas, por cuanto el vector transmisor se encuentra ampliamente distribuido en toda Nicaragua, en su totalidad de sus departamentos y municipios, En Rivas está presente en su totalidad de sus municipios.

La coherencia e interacción entre los conocimientos, actitudes y prácticas clínico sobre esta enfermedad juegan un papel primordial para la disminución significativa en el número de fallecidos reportados al sistema de salud. De aquí la importancia del presente estudio.

Este estudio permitirá, tanto a las autoridades locales como de todo el SILAIS Rivas, valorar el abordaje integral a nivel de los clínicos del dengue en los adultos frente a la normativa vigente por parte de los galenos de dicha unidad de salud, que impacto ha tenido en los indicadores de salud locales y el dominio de la normativa por parte del personal de salud frente a los casos reportado y que los errores que salgan sean corregidos para el beneficio de la población en general demandante de los servicios de salud.

IV. Formulación Del Problema

El aumento en la incidencia y los costos del dengue ha llevado a varios países a implementar medidas de prevención y promoción. Para evaluar el éxito de las mismas se utilizan encuestas que evalúan el conocimiento, actitudes y prácticas sobre la enfermedad.

El dengue sigue siendo un desafío para la salud pública a nivel mundial. Se estima que más de 2500 millones de personas, lo que equivale a dos quintas partes de la población mundial viven en zonas en riesgo de dengue y que más de 200 países han informado de la presencia de esta enfermedad en su territorio.

El sector de la salud debe desempeñar un papel protagónico en la dirección de las campañas de lucha antivectorial, la vigilancia epidemiológica para la detección temprana de los brotes y la capacitación del personal de salud para lograr un mejor conocimientos, cambios de actitudes y una favorable prácticas en el manejo clínico para un diagnóstico oportuno con el fin de evitar muertes.

Siendo esta patología de gran relevancia a nivel mundial y nacional con nuestro trabajo pretendemos brindar información que sea de utilidad para un mejor manejo de dicha enfermedad por esta razón nos planteamos la siguiente pregunta.

¿Cuál es el nivel de Conocimiento, actitudes y prácticas del personal médico y enfermería sobre el manejo del dengue en adultos, Centro de Salud Manin Rener, Municipio de Rivas, Julio - Septiembre del 2019?

V. Objetivos

Objetivo General:

Analizar el nivel de Conocimiento, actitudes y prácticas del personal médico y enfermería sobre el manejo del dengue en adultos, Centro de Salud Manin Rener, Municipio de Rivas, Julio - Septiembre del 2019.

Objetivos específicos

- Describir las características socio demográficos y tipo de información que has recibido el personal médicos y de enfermeras en estudio.
- Identificar el nivel de conocimiento que poseen los médicos y enfermera sobre dengue según normativa 147.
- Conocer las actitudes que tienen médicos y enfermeras sobre el dengue.
- Identificar las prácticas que poseen médicos y enfermeras sobre el manejo clínico del dengue.

VI. Marco Teórico

En las últimas décadas ha aumentado enormemente la incidencia de dengue a nivel mundial. El número real de casos de dengue está insuficientemente notificado y muchos casos están mal clasificados. Según una estimación reciente, se producen 390 millones de infecciones por dengue cada año, de los cuales 96 millones se manifiestan clínicamente.

En 2010, 2013 y 2015, se notificaron casi 2,4 millones de casos al año. Aunque la carga total de la enfermedad a nivel mundial es incierta, el comienzo de las actividades para registrar todos los casos de dengue explica en parte el pronunciado aumento del número de casos notificados en los últimos años. Otra característica de la enfermedad son sus modalidades epidemiológicas, en particular el hiper endemismo de los múltiples serotipos del virus del dengue en muchos países y la alarmante repercusión en la salud humana y en la economía nacional y mundial.

Antes de 1970, solo nueve países habían sufrido epidemias de dengue grave. En 2008, en las regiones de las Américas, Asia Sudoriental y Pacífico Occidental se registraron en conjunto más de 1,2 millones de casos, y en 2013, más de 3 millones (según datos oficiales presentados por los Estados Miembros a la OMS). En fecha reciente el número de casos notificados ha seguido aumentando.

El año 2015 se caracterizó por grandes brotes de dengue en todo el mundo., se notificaron 2,35 millones de casos tan solo en la Región de las Américas, de los cuales más de 10 200 casos fueron diagnosticados como dengue grave y provocaron 1181 defunciones.

Cada año, unas 500,000 personas que padecen dengue grave necesitan hospitalización. Aproximadamente un 2,5% fallecen. Desde las ochenta Nicaragua forma parte de la región

endémica de dengue. En nuestro país según el último reporte de julio 2016 del Ministerio de salud de Nicaragua (MINSa), se reportaron 300 casos positivos de dengue para un total de 3,521 afectados en lo que va del año 2016. (MINSa, 2016)

El dengue constituye un problema de salud mundialmente importante. Se estima que 3.000 millones de personas viven en zonas donde hay riesgo de contraer dengue y que, aproximadamente, se dan unos 390 millones de infecciones (96 millones de ellas sintomáticas) y 20,000 muertes por dengue al año.

En la Región de las Américas, el dengue representa uno de los principales motivos de consulta médica en las unidades de salud y, ante el hecho de que no hay un tratamiento específico para la enfermedad, es necesario contar con guías clínicas que permitan atender correctamente a los casos y en pacientes con morbilidades asociada aumenta la mortalidad por eso la importancia del diagnóstico oportuno para un manejo adecuado.

En Nicaragua en el año 2016 se registraron 6,624 casos confirmados y 15 fallecidos y en el año 2017 se reportan 2,508 casos confirmados y 2 fallecidos. (Mapa de padecimientos de Salud de Nicaragua Año 2016 --2017)

Definición

El Dengue es causada por un arbovirus, del cual existen cuatro serotipos relacionados (DENV- 1, DENV- 2, DENV-3 y DENV-4) y es la virosis humana transmitida por artrópodos más importante.

Es una enfermedad infecciosa, sistémica y dinámica, que habitualmente se expresa por el inicio súbito de un síndrome febril, tiene un espectro clínico amplio que incluye formas graves y no graves de manifestaciones clínicas. Tras el período de incubación (4-10 días), la enfermedad comienza abruptamente y se caracteriza por 3 fases: febril, crítica y recuperación.

Constituye hoy la arbovirosis más importante a nivel mundial en términos de morbilidad, mortalidad y afectación económica. Puede cursar de forma asintomática o expresarse con un espectro clínico que incluye las expresiones graves y no graves. (MINSA, 2011).

A pesar de que la mayoría de los pacientes cursan con las tres fases, en algunos casos las manifestaciones de dengue grave se presentan al inicio de la enfermedad

Curso de la enfermedad

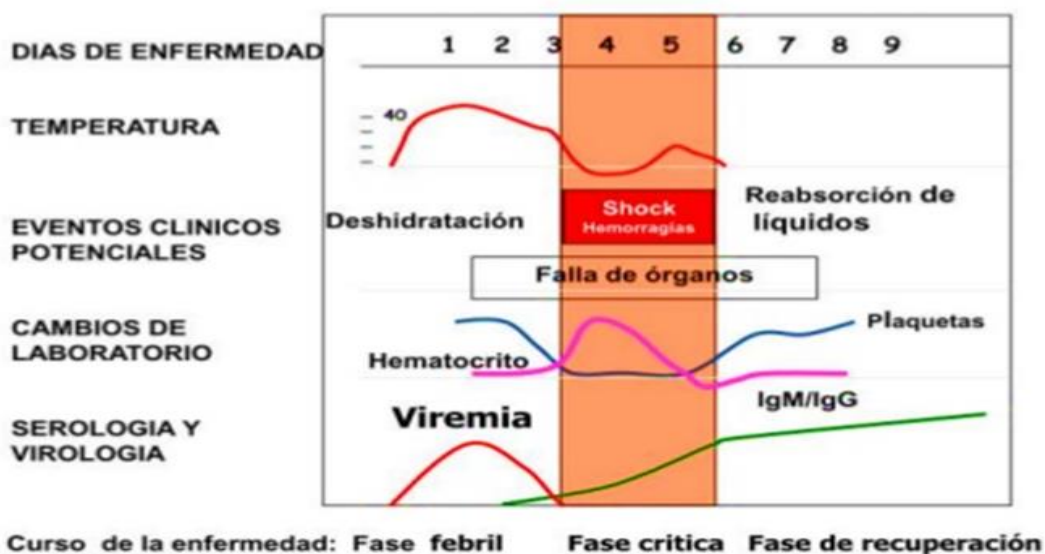


Figura 1 .Curso de la Enfermedad

Fase febril:

Generalmente los pacientes desarrollan fiebre alta y repentina, que puede ser bifásica. Habitualmente la fase febril aguda dura de 2 a 7 días y suele acompañarse de cefalea, dolor retro orbitario, dolor corporal generalizado, mialgia, artralgia; puede presentar enrojecimiento facial y exantema.

Los pacientes también pueden presentar

- Odinofagia e hiperemia en faringe y conjuntivas.
- Los trastornos gastrointestinales (anorexia, náuseas, vómito y evacuaciones Líquidas) son comunes.

Durante la fase febril es frecuente que ocurra bradicardia relativa, también pueden presentarse manifestaciones hemorrágicas menores en la piel, como petequias y equimosis. Asimismo, puede haber un aumento del tamaño del hígado, que puede ser doloroso a la palpación. La primera anomalía del hemograma es una disminución progresiva del recuento total de glóbulos blancos; este hallazgo debe alertar al médico ante una alta probabilidad del dengue. De igual forma una prueba de torniquete positiva en esta fase aumenta la probabilidad diagnóstica.

Es importante reconocer que estas manifestaciones clínicas de la fase febril del dengue son iguales en los pacientes que presentarán la forma grave y no grave de la enfermedad. Por lo tanto, cuando el paciente se detecte en esta fase, es crucial la vigilancia dinámica y continua de los signos de alarma clínicos y de laboratorio que nos indican la progresión de la fase febril a la fase crítica.

Fase crítica:

- La fase crítica inicia defervescencia de la fiebre, se produce entre el día 3 - 7 de la enfermedad, cuando la temperatura desciende y se mantiene a 37.5°C o menos. Alrededor del tiempo de defervescencia, los pacientes pueden mejorar o empeorar.
- Los pacientes que mejoran después de la defervescencia (caída de la fiebre) generalmente cursan Sin Signos de Alarma.

- Algunos pacientes pueden progresar a la Fase Crítica aún sin desaparición de la fiebre; en esta fase ocurre un aumento de la permeabilidad capilar en paralelo con el aumento de los niveles de hematocrito y descenso de las plaquetas hasta su punto más bajo. Esto marca el comienzo de la Fase Crítica del Dengue.

El período de fuga plasmática clínicamente significativa por lo general dura de 48 a 72 horas y frecuentemente se presenta entre el 3ro y 7mo día de la enfermedad; sin embargo, existen casos en que las alteraciones se presentan desde el primer día.

Así mismo, los pacientes con permeabilidad capilar leve, mejorarán mientras que aquellos con mayor permeabilidad capilar pueden empeorar como resultado de grandes reducciones en el volumen plasmático por la fuga capilar.

- El grado de extravasación del plasma es variable.
- El derrame pleural y la ascitis pueden ser clínicamente detectables en función de la cantidad de plasma fugado.
- La magnitud de la caída de la presión arterial media (PAM), concomitante con aumento del hematocrito y del estrechamiento de la presión de pulso (PP) refleja fielmente la intensidad de la extravasación de plasma.

El choque ocurre cuando se fuga una gran cantidad del volumen plasmático (igual o mayor al 40 % del volumen circulante). Casi siempre es precedido por la aparición de Signos de Alarma y se acompaña generalmente por una temperatura corporal inferior a la normal.

Si el período de choque es prolongado y recurrente, conduce a disfunción de órganos, acidosis metabólica y coagulopatía de consumo, esto a su vez conduce a hemorragias graves, que causan

disminución del hematocrito y leucocitosis, que a su vez agravan el choque y contribuyen al deterioro del paciente. En algunos pacientes, el deterioro severo de órganos (hepatitis, encefalitis, miocarditis, insuficiencia renal aguda, neumonitis, pancreatitis, enterocolitis, sangrados importantes), puede desarrollarse sin evidente extravasación del plasma o choque, esto es debido a la acción directa del virus.

Los pacientes que se deterioran y presentan Signos de Alarma, se clasifican como Dengue Con Signos de Alarma. La gran mayoría de estos pacientes casi siempre se recuperará con la hidratación intravenosa oportuna y adecuada; sin embargo, unos pocos se deteriorarán y serán clasificados como Dengue Grave.

Una radiografía de tórax y/o ecografía abdominal son herramientas útiles para el diagnóstico de la extravasación de plasma. En los niños es importante determinar alteraciones del estado mental (irritabilidad o letargia) y taquipnea además de taquicardia.

Fase de Recuperación

Cuando el paciente sobrevive a la Fase Crítica, tiene lugar una reabsorción gradual de líquido del compartimiento extravascular al intravascular (durante 48 a 72 horas), a esto se le denomina Fase de Recuperación del Dengue.

Durante esta Fase de Recuperación; hay una mejoría del estado general, vuelve el apetito, mejoran los síntomas gastrointestinales, Se estabiliza la condición hemodinámica y se incrementa la diuresis.

En ocasiones aparece una erupción cutánea con apariencia de “islas blancas en un mar de rojo”; también puede coincidir o no con prurito generalizado. En esta Fase es común la bradicardia y alteraciones electrocardiográficas leves. El hematocrito se estabiliza o puede ser

menor a la inicial debido al efecto de dilución del líquido reabsorbido y/o a los líquidos administrados.

Los leucocitos y los neutrófilos comienzan a subir, a veces con disminución de los linfocitos. La recuperación del recuento plaquetario suele ser posterior a la del conteo leucocitario y en ocasiones puede durar varios días.

Tener presente que la dificultad respiratoria, el derrame pleural y la ascitis pueden persistir y/o agravarse si la administración de líquidos parenterales es excesiva o prolongada durante la Fase Crítica o la Fase de Recuperación. También puede dar lugar a edema pulmonar o insuficiencia cardíaca congestiva. Si en esta fase el paciente persiste febril o reinicia fiebre se debe considerar una sobreinfección bacteriana

1	Fase febril	Deshidratación; la fiebre alta puede causar trastornos neurológicos y convulsiones febriles en niños pequeños.
2	Fase crítica	Choque a causa de la extravasación de plasma; hemorragia importante; deterioro de órganos.
3	Fase de convalecencia	Hipervolemia (sólo si la terapia de líquidos intravenosos ha sido excesiva o se ha extendido a esta fase)

Figura 2. Problemas Clínicos en las Fases Febril, Crítica y de Recuperación del Dengue

Ciclo de transmisión

Dado que el dengue es una enfermedad de transmisión vectorial este cumple con un ciclo biológico de transmisión entre el agente un artrópodo del género *Aedes Aegyptis* y el huésped el ser humano, es una antroponosis.



Figura 3. Ciclo de Transmisión del Virus del Dengue

Fisiopatología

La infección asintomática y la fiebre indiferenciada son las manifestaciones más comunes del virus del dengue y representa 50% a 80% de los casos. Después de la picadura de un mosquito infeccioso, el virus se replica en los ganglios linfáticos locales, y en 2-3 días se disemina por vía sanguínea a varios tejidos, los virus circulan en la sangre típicamente durante 5 días en los monocitos/macrófagos infectados. (Romero & Altamirano, 2015)

En las formas graves del dengue existen diversas teorías patogénicas. Según la teoría secuencial, una segunda infección producida por otro serotipo produce una amplificación de la infección mediada por anticuerpos o inmuno amplificación con una gran replicación viral y aumento de la viremia, lo cual determina la gravedad de la enfermedad siendo este el caso cuando se da infección primaria por el serotipo Den2 el cual se asocia mayormente con gravedad posterior reinfección con el serotipo Den1 (infección secundaria).

Manifestaciones Clínicas

De acuerdo a las manifestaciones clínicas, parámetros de evaluación hemodinámica y datos de laboratorio; la clasificación clínica está definida de la siguiente manera:

- Dengue sin signos de Alarma (DSSA), paciente este hemodinámico estable.
- Dengue con signos de Alarma (DCSA); paciente este hemodinámico estable.
- Dengue Grave (DG); paciente hemodinámico inestable y este a su vez se clasifica como dengue grave con choque inicial y dengue grave con choque hipotensivo.

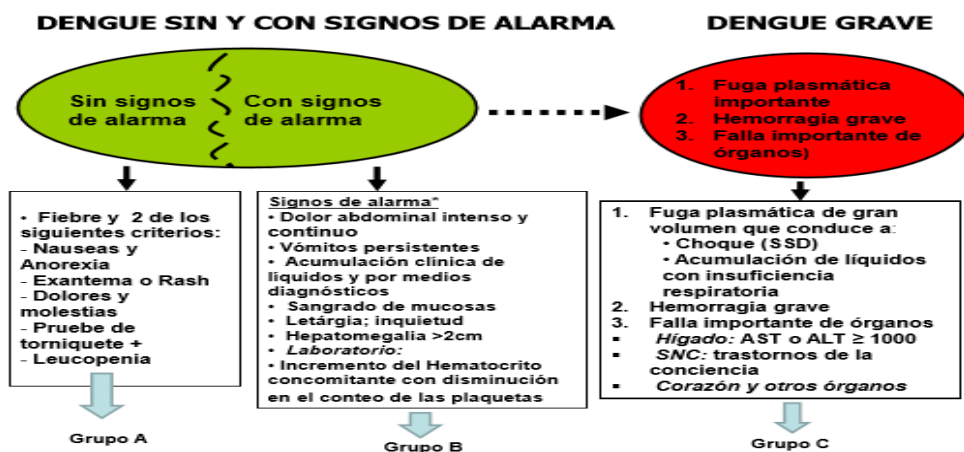


Figura 4. Clasificación Según la Gravedad del Dengue

Dengue sin signos de alarma (DSSA)

Persona que presenta fiebre habitualmente de 2 a 7 días de evolución y 2 o más de las siguientes manifestaciones: cefalea, dolor retro orbitario, dolor corporal generalizado, mialgia, artralgia; pueden presentar enrojecimiento facial, exantema (no tiene características patognomónicas puede ser morbiliforme es de aparición centrífuga, se presenta con mayor frecuencia en los primeros 2 a 4 días de fiebre y demora 4 días), enantema (faringe hiperémica, petequia en paladar blando sin exudado), petequias o prueba del torniquete positiva y Leucopenia.

También es posible considerar con cuadro febril agudo sin foco aparente, usualmente entre 2 a 7 días (tener siempre en cuenta que el dengue puede concomitar con infecciones bacterianas).

Este paciente presenta evaluación hemodinámica normal.

Dengue con signos de alarma (DCSA)

Cuando baja la fiebre, el paciente con dengue puede mejorar y recuperarse de la enfermedad o presentar deterioro clínico y signos de alarma. Si en ese momento el paciente no se siente mejor o no se aprecia su mejoría, debe sospecharse que la enfermedad no ha terminado de evolucionar y que puede sobrevenir una etapa de mayor gravedad.

Este paciente presenta evaluación hemodinámica normal. La mayoría de los signos de alarma son consecuencia de un incremento de la permeabilidad capilar, por lo que marcan el inicio de la fase crítica. Esos signos son los siguientes:

- **Dolor abdominal referido por el paciente o referido durante el interrogatorio y/o dolor a la palpación del abdomen.**

El dolor abdominal significa que el paciente puede evolucionar o ya está evolucionando hacia el choque por dengue y sus temibles complicaciones.

Una hipótesis es que el dolor intenso referido al epigastrio es un dolor reflejo determinado por la presencia de líquido extravasado hacia las zonas pararrenales y perirrenales, que irrita los plexos nerviosos de la región retroperitoneal.

En casos aislados, el dolor abdominal puede coincidir con hepatitis, enteritis o pancreatitis, alteraciones que sufren algunos pacientes con Dengue, en estos casos, el dolor abdominal no está asociado a la extravasación de plasma.

Por otra parte, está demostrado que el engrosamiento de la pared de la vesícula biliar se produce por extravasación súbita de plasma en volumen suficiente para producir dolor en el

hipocondrio derecho, sin signos de inflamación, y constituir un signo de alarma. Algunos lo han interpretado erróneamente como colecistitis alitiásica o sin cálculos.

La extravasación ocurre también en la pared de las asas intestinales, que forman edemas y aumentan bruscamente su volumen por el líquido acumulado debajo de la capa serosa, como frecuentemente se encuentra durante la autopsia de los fallecidos por dengue, y que provoca dolor abdominal de cualquier localización.

Ese dolor llega a ser tan intenso que puede asemejarse a cuadros de abdomen agudo (colecistitis, colelitiasis, apendicitis, embarazo ectópico o infarto intestinal), los cuales ocasionalmente pueden coincidir con Dengue.

➤ **Vómito único o persistente:**

Vomito referido por el paciente o referido durante el interrogatorio y/o presente al momento de la consulta. Puede ser un episodio único o persistente. El vómito persistente se define como tres o más episodios en 1 hora o cuatro en 6 horas. Estos impiden una hidratación oral adecuada y contribuyen a la hipovolemia. El vómito persistente se ha reconocido como un signo clínico de gravedad.

➤ **Acumulación de Líquidos:**

Suele manifestarse por derrame pleural, ascitis o derrame pericárdico y se detecta por métodos clínicos, por radiología o por ultrasonido, sin que se asocie necesariamente a dificultad respiratoria ni a compromiso hemodinámico.

➤ **Sangrado activo de mucosas:**

Suele presentarse en las encías y la nariz, pero también puede ser transvaginal (metrorragia e hipermenorrea), del aparato digestivo (vómitos con estrías sanguinolentas) o del riñón (hematuria macroscópica). El sangrado de mucosas acompañado de alteración hemodinámica del paciente se considera signo de dengue grave.

➤ **Hepatomegalia:**

El borde hepático se palpa a más de 2 cm por debajo del reborde costal derecho. Puede deberse al aumento del órgano como tal (por una combinación de congestión, hemorragia intrahepática) o por desplazamiento del hígado debido al derrame pleural y otros acúmulos de líquido de localización intraperitoneal (ascitis) o retroperitoneal. Ha sido factor de riesgo significativo de choque en niños con dengue.

➤ **Aumento progresivo del hematocrito:**

Es el incremento del hematocrito en al menos dos mediciones consecutivas durante el seguimiento del paciente. El tiempo para definir la consecutividad entre un hematocrito y otro debe ser al menos 4 horas de diferencia.

➤ **Lipotimia:**

El paciente presenta malestar y debilidad general, acompañado de palidez, y sensación de pérdida del conocimiento. Esto sucede después de levantarse de la cama, secundario a un trastorno vasomotor. Sin cambios hemodinámicos.

Dengue Grave:

Es un paciente con alteración de los parámetros hemodinámicos ya sea en fase de choque inicial o hipotensivo.

Las formas graves de dengue se definen por uno o más de los siguientes criterios: Choque o dificultad respiratoria debido a extravasación de plasma, Sangrado considerado clínicamente importante o compromiso grave de órganos (miocarditis, hepatitis, encefalitis).

Durante la etapa inicial del choque, el mecanismo de compensación que mantiene la presión arterial sistólica normal también produce taquicardia y vasoconstricción periférica, con reducción de la perfusión cutánea, lo que da lugar a extremidades frías y retraso del tiempo de llenado capilar. Al tomar la presión sistólica y encontrarla normal se puede subestimar la situación crítica del enfermo.

Los pacientes en la fase inicial del estado de choque a menudo permanecen conscientes y lúcidos sin embargo puede presentarse alteraciones del estado de consciencia expresada por: irritabilidad (inquietud) o somnolencia (letargo), con un puntaje en la escala de coma de Glasgow menor de 15. Se acepta que ambas manifestaciones son expresión de la hipoperfusión cerebral provocada por la hipovolemia determinada por la extravasación de plasma.

Si persiste la hipovolemia, la presión sistólica desciende y la presión diastólica aumenta, lo que resulta en disminución de la presión del pulso o de las presiones arteriales medias o ambas. La comparación de los pulsos pedio y radial puede ser muy útil para valorar la intensidad del flujo vascular, en este caso la intensidad del pulso pedio es más determinante para la valoración.

En el estadio más avanzado del choque, ambas presiones descienden hasta desaparecer de modo abrupto. El choque y la hipoxia prolongada pueden generar acidosis metabólica e insuficiencia de múltiples órganos y llevar a un curso clínico muy difícil de manejar.

El dengue es una infección viral en la que no circulan lipopolisacáridos, por lo que no tiene una fase caliente del choque como la sepsis bacteriana. El choque es netamente hipovolémico, al menos en su fase inicial.

Se considera que un paciente está en choque si la presión diferencial o presión del pulso (es decir, la diferencia entre las presiones sistólica y diastólica) es ≤ 20 mmHg o si el pulso es rápido y débil y se presentan al menos dos de los signos de mala perfusión capilar (extremidades frías, llenado capilar lento > 2 segundos, piel moteada); esto es igual para los niños y los adolescentes.

La hipotensión debe considerarse un signo tardío de choque que suele asociarse a choque prolongado, a menudo complicado con sangrado significativo.

También es útil hacer seguimiento de la presión arterial media para determinar la presencia de hipotensión, el signo temprano de hipovolemia es la taquicardia. La presión media más baja que la mínima esperada para la edad y sexo del niño puede asociarse con choque o conducir a él.

Las hemorragias graves son multicausal ya que a ellas contribuyen factores vasculares, desequilibrio entre coagulación y fibrinólisis y trombocitopenia, entre otros. En el dengue grave pueden presentarse alteraciones de la coagulación, aunque no suelen ser suficientes para causar hemorragia grave. Si el sangrado es mayor, casi siempre se asocia a choque grave, en combinación con hipoxia y acidosis metabólica, que pueden conducir a falla multiorgánica y coagulopatía de consumo.

Los pacientes también pueden sufrir de insuficiencia hepática aguda, miocarditis, encefalitis o insuficiencia renal, incluso en ausencia de extravasación grave del plasma o choque. Este grave compromiso de órganos es por sí solo criterio de dengue grave. El cuadro clínico es similar al que se observa cuando esos órganos son afectados por otras causas.

La miocarditis por dengue se expresa principalmente con alteraciones del ritmo cardiaco (taquiarritmias y bradiarritmias), inversión de la onda T e infra desnivel del segmento ST con disfunción ventricular (disminución de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo). El compromiso grave del sistema nervioso central se manifiesta principalmente con convulsiones y trastornos de la conciencia.

Todas estas alteraciones graves de los órganos pueden ser de tal intensidad que pueden llevar al paciente a la muerte. Sin embargo, la mayoría de las defunciones por dengue corresponden a pacientes con choque grave, a veces complicado con edema pulmonar y a menudo, aunque no siempre, debido a sobrecarga de líquidos. La persistencia de la hipoperfusión incrementa la reacción inflamatoria sistémica, la cual conduce a falla multiorgánica.

Factores de riesgo

Específicos: Factores individuales del huésped:

- Extremos de la vida
- Grado de inmunidad
- Condiciones de salud específicas
- Antecedentes de enfermedades crónicas
- Desnutridos, obesos.
- Dengue y embarazo: Algunas características fisiológicas del embarazo, podrían dificultar el diagnóstico y manejo del dengue (leucocitosis, trombocitopenia, hemodilución). En algunos casos pudiera presentarse amenaza de aborto o aborto del mismo, al igual que amenaza de parto prematuro, durante la etapa febril o posterior a ella. En casos de dengue grave existe la posibilidad de confusión con Síndrome de Hellp, Hígado graso agudo del embarazo y otras.
- Dengue y Puerperio

Factores de mal pronóstico para la evolución:

- Choque persistente (>de 1 hora).
- Choque refractario (ausencia de respuesta a la administración de volumen y de vasopresores).
- Choque recurrente.
- Insuficiencia respiratoria.
- Persistencia de alteraciones neurológicas.
- Leucocitosis en ausencia de infección bacteriana secundaria.
- Ser portador de enfermedades crónicas (Diabetes, asma, cardiopatías, etc.)

Diagnóstico

La sospecha, temprana del dengue es importante para la atención médica del paciente, la detección de los casos graves, la confirmación de la infección y el diagnóstico diferencial de otras enfermedades infecciosas.

Sin embargo, cuando se sospecha la presencia de un caso de dengue, no se debe esperar el diagnóstico de laboratorio para iniciar su tratamiento; el personal de salud deberá realizar una historia clínica y examen físico completa que incluye la evaluación hemodinámica, para esto el personal de salud deberá utilizar la Tabla de evaluación hemodinámica. Además, realizar evaluación neurológica completa para esto evaluar escala de Glasgow.

Tabla de evaluación hemodinámica son parámetros de evaluación clínica que permite determinar la condición de la circulación del paciente si es estable o inestable y de esta manera actuar oportunamente; con uno o más parámetros de evaluación hemodinámica alterada se considera que el paciente tiene Circulación Inestable (Dengue Grave)

Consideraciones importantes

En la evaluación de los 8 parámetros de evaluación hemodinámica la valoración del gasto urinario es importante considerar en la historia clínica frecuencia en las últimas 24 horas, volumen y hora de la última micción.

Diagnóstico Diferencial

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, así como un examen físico completo.

Se debe considerar como diagnóstico diferencial infección por Malaria a todo paciente febril y enviar Gota Gruesa; realizarlo de acuerdo a conformidad de la norma de malaria vigente.

Importante recordar que la vigilancia de los pacientes febriles en las diferentes unidades de salud es la clave del éxito.

Procedimientos

Conducta a seguir Al momento de la evaluación diagnóstica considerar las manifestaciones clínicas y varias circunstancias que le ayudaran a decidir la mejor conducta de abordaje.

Qué aspectos se deben considerar

- ¿Tiene dengue?
- ¿En cuál fase del dengue se encuentra?: Febril Crítica, Recuperación
- ¿Tiene enfermedades coexistentes o factores de riesgo?
- ¿Acudió a otra unidad de salud, recibió algún tratamiento, se auto médico?
- ¿Presenta signos de alarma?
- ¿Cuál es el estado hemodinámico

- ¿El paciente requiere hospitalización? Cuáles son los criterios de hospitalización

Evaluación general / historia clínica: anamnesis (debe incluir)

- Fecha del inicio de los síntomas
- Búsqueda, interrogar/preguntar: Signos de alarma.
- Trastornos gastrointestinales (náusea, vómitos, diarrea, gastritis) Cambios del estado de conciencia: irritabilidad, somnolencia, letargo, lipotimia, mareo, convulsiones y vértigo.
- Cantidad de líquidos ingesta por la vía oral
- Diuresis (frecuencia en las últimas 24 horas, volumen y hora de la última micción)
- Familiares o vecinos con fiebre en la comunidad.
- Relaciones sexuales recientes sin protección, drogadicción (considerar el síndrome de seroconversión del VIH)
- Recibió medicamentos tipo AINE o el uso de dipirona.
- Se debe considerar como diagnóstico diferencial infección por Chikungunya si presentan dolores articulares debilitantes, crisis convulsiva o por Zika si ha presentado rash cutáneo, conjuntivitis no purulenta.
- Administración de medicamento sin prescripción médica.
- Recibió atención previa y donde y cuando; ¿qué le indicaron, se lo administro, que manifestaciones presento después que se lo aplicaron?
- Si el paciente es mujer valorar la posibilidad de embarazo. Pregunte la fecha de la última menstruación y además que método anticonceptivo utiliza. O en estado de puerperio.
- Otras características del paciente, por ejemplo, obesos, asmáticos, tienen diabetes mellitus o hipertensión, otras como Caminatas en zonas boscosas o baños en ríos contaminados o represas (considerar diagnóstico diferencial de leptospirosis, malaria, fiebre amarilla, fiebre tifoidea)

Examen Físico

Se debe evaluar:

- Todos los parámetros de la tabla de evaluación hemodinámica.
- Estado de conciencia con la escala de Glasgow.
- Signos vitales (temperatura, calidad del pulso, frecuencia cardiaca, presión arterial, presión de pulso, presión arterial media y frecuencia respiratoria).
- Valoración del estado nutricional: cálculo del IMC o datos antropométricos en niños
- Peso ideal para la talla
- Estado de hidratación.
- Presencia de derrames pleurales, taquipnea, respiración de Kussmaul
- Presencia de dolor abdominal, ascitis, hepatomegalia.
- Posibilidad de exantema, petequias o signo de Herman (mar rojo con islas blancas).
- Posibilidad de manifestaciones hemorrágicas espontáneas o provocadas (prueba del torniquete, la cual frecuentemente es negativa en personas obesas y pacientes en choque).
- Revise la posibilidad de sangrado transvaginal.
- En embarazadas además de los controles de los signos vitales se deberá realizar control de la vitalidad fetal, monitoreo hemodinámica estricto (frecuencia cardiaca fetal y movimiento fetales) y actividad uterino.

Evaluación de Laboratorio

Exámenes solicitados al inicio de la presentación de la enfermedad

- **Biometría hemática completa más plaquetas:**

El hematocrito determinado en la fase febril temprana corresponde al valor basal del paciente. Un descenso en el número de leucocitos aumenta la probabilidad del diagnóstico de dengue. Una disminución rápida del número de plaquetas en muestras consecutivas indica enfermedad activa en evolución.

Un hematocrito que aumenta en muestras consecutivas indica fuga de plasma o deshidratación y progresión de la enfermedad a dengue grave.

➤ **Examen general de orina:**

Densidad urinaria que permite valorar el estado de hidratación del paciente.

➤ **Análisis adicionales a considerar de acuerdo a la presentación clínica:**

- Pruebas de funcionamiento hepático
- Glucemia
- Albúmina
- Colesterol y Triglicéridos
- Electrolitos séricos
- Urea y creatinina séricas
- Gases arteriales
- Enzimas cardíacas

Las pruebas de laboratorio para confirmar el diagnóstico de dengue no son esenciales para iniciar el manejo clínico de los pacientes, salvo en presencia de manifestaciones poco comunes. Sin embargo, el manejo en los cambios hemodinámicos debe hacerse siempre.

Una vez se haya diagnosticado el caso solo por la sospecha clínica, se debe notificar de forma inmediata a epidemiología.

Exámenes solicitados para diagnóstico etiológico del dengue:

- Reacción en cadena de la polimerasa (PCRTR) en casos de dengue grave hasta el quinto día de inicio de los síntomas (de preferencia en los primeros 3 días de inicio de los síntomas).
- Serología IgM Dengue a partir del quinto día de inicio de los síntomas

Exámenes solicitados para el seguimiento de los pacientes con Dengue

- BHC con plaquetas cada 24 horas.
- Hematocrito capilar cada 4 -2- ó 1 hora, según severidad si se encuentra disponible
- Albúminas cada 24 horas, según evolución del paciente
- Colesterol y triglicéridos
- ALT, AST, TP-TPT y Fibrinógeno (de acuerdo a evolución del paciente)
- Ultrasonido abdominal y/o Radiografía de tórax (de acuerdo a evolución)
- Opcionales: Tipo y Rh si es necesario, Perfil de coagulación (de acuerdo a evolución del paciente)

Exámenes solicitados según la severidad del dengue:

- Electrolitos Na, Cl, K.
- Glicemia
- Colesterol y triglicéridos
- Albumina
- Calcio sérico.
- PCR
- Procalcitonina
- Gasometría.
- Lactato
- Troponinas, CPK
- Electrocardiograma
- Ecocardiograma

- Ultrasonido de abdomen y tórax. Se debe de realizar si es posible de acuerdo a evolución del paciente y disponibilidad del equipo, en busca de: Hepatomegalia (imagen en cielo estrellado), Engrosamiento de pared vesicular (mayor de 4.2 mm), Ascitis y Derrame pleural y/o pericardio.
- Radiografía de Tórax, en las unidades de salud donde hay disponibilidad de equipo y si las condiciones hemodinámicas del paciente lo permiten, buscando derrame pleural y/o redistribución del flujo.
- NO SE RECOMIENDA REALIZAR TORACENTESIS

Tratamiento en el adulto

Grupo A:

Corresponde a los casos sospechosos de dengue sin signos de alarma con circulación estable es decir sin alteración de los parámetros de evaluación hemodinámica, sin condiciones médicas asociadas, sin riesgo social, con tolerancia plena a la administración de líquidos por vía oral, registra micción normal en las últimas 6 horas.

En la actualidad la conducta es ingresar a la Unidad de Atención a Fébril. (UAF) según resolución número 173-2016 para atención y vigilancia por 24 horas.

¿Qué hay que evaluar?

- Parámetros hemodinámicos cada hora
- Cambios bruscos de temperatura (defervescencia).
- Aumento del hematocrito con caída rápida de los leucocitos y descenso del conteo de plaquetas.
- Presencia de señales de alarma.

¿Qué hacer?

- SRO de acuerdo al ASC: por lo menos, cinco vasos (de 250ml) o más al día,
- Adecuada ingesta de líquidos
- por vía oral (Leche, jugo de frutas, (precaución en diabéticos) agua de arroz, cebada, sopas. recuerde que dar solo agua puede causar desbalance hidroelectrolítico
- Acetaminofén: Dosis en adultos, 500 mg cada seis horas. (Máximo hasta 4 gramos en 24 horas) si la temperatura es mayor de 38.C grados centígrados.
- Bajar fiebre por medios físicos en cama (usar agua tibia) (no realizar baño en ducha).
- No movilizar fuera de cama para bajar la fiebre, ni movilizar al paciente a bañarse ni al servicio higiénico
- Orientar sobre las señales de alarma ante lo cual debe regresar de inmediato a la unidad de salud o buscar ayuda y reposo en cama al menos por 1 semana
- Uso de mosquiteros durante todo el periodo febril.
- Una vez que el paciente es dado de alta se deberá realizar seguimiento clínico cada 24 horas haciendo énfasis en cambios hemodinámicas (Biometría hemática completa si es posible), hasta que estén fuera del periodo crítico.
- Recomendar al paciente una vez que fue dado de alta si aparece alguno de los siguientes síntomas o signos, acudir de inmediato a la unidad de salud más cercana a su comunidad vómitos, dolor abdominal espontáneo o a la palpación del abdomen somnolencia, confusión mental, lipotimia, convulsione sangrado, petequias, epistaxis, gingivorragia, hematemesis, melena, metrorragia o polimenorrea ,manos o pies pálidos, fríos o húmedos, dificultad para respirar

¿Qué es lo que NO se debe hacer?

- Administrar: Esteroides, AINE, Ácido Acetil Salicílico, Ibuprofeno, Diclofenac, Naproxeno, Dipirona, Dimenhidrinato ó metoclopramida.
- Si ha consumido alguno de estos medicamentos valorar más seguido.
- Evitar las inyecciones IM y supositorios vía rectal.
- Indicar antibióticos (solo en casos de coinfección bacteriana)

Grupo B1:

Dengue sin signos de alarma con circulación estable es decir sin alteración de los parámetros de evaluación hemodinámica pero que presenta una condición médica asociada o riesgo social.

Este grupo de pacientes presenta condiciones médicas a considerar tales como: mayores de 60 años, embarazada o puérpera, obesidad, asma, hipertensión arterial, diabetes mellitus, daño renal, enfermedades hemolíticas, hepatopatía crónica, paciente que recibe tratamiento anticoagulante, enfermedades hematológicas, enfermedad pulmonar crónicas, cardiopatías, enfermedades autoinmunes, paciente inmunodeprimido, alteración en el desarrollo psicomotor u otras patologías crónicas

En otros casos puede presentar riesgo social: vive solo o lejos de donde puede recibir atención médica, falta de transporte, pobreza extrema, persona de la calle o persona que no pueden valerse por sí mismo.

La conducta a seguir con estos pacientes es que deben ser hospitalizados y con evaluación de parámetros hemodinámicos cada hora y atentos a las señales de alarma.

Consideraciones especiales con el cálculo de los líquidos, pacientes con bajo peso y desnutrición realizar el cálculo de los líquidos con el peso real para la talla, pacientes obesos realizar el cálculo de los líquidos peso ideal para la talla.

¿Qué es lo que NO se debe hacer?

- Administrar: Esteroides, AINE, Ácido Acetil Salicílico, Ibuprofeno, Diclofenac, Naproxeno, Dipirona, Dimenhidrinato ó metoclopramida.

- Si ha consumido alguno de estos medicamentos valorar más seguido.
- Evitar las inyecciones IM y supositorios vía rectal.
- Indicar antibióticos (solo en casos de coinfección bacteriana)

Tratamiento

- Mantener hidratado al enfermo con Sales de Rehidratación Oral
- Dar tratamiento sintomático igual al Grupo A
- Vigilar / evaluar parámetros hemodinámicos cada hora Equilibrio hídrico: ingresos y egresos (informar las veces que orina)
- Vigilar por signos de alarma (principalmente el día que cae la fiebre)
- Laboratorio: según el tipo de condición asociada.
- Hematocrito, plaquetas y leucocitos cada 24 a 48 horas
- Educación sobre los signos de alarma
- Para la condición asociada dar atención específica con equipo multidisciplinario
- Acetaminofén: Dosis en adultos, 500 mg cada seis horas. (Máximo hasta 4 gramos en 24 horas) si la temperatura es mayor de 38 grados centígrados.
- Bajar Fiebre por medios físicos en cama (usar agua tibia) (no realizar baño en ducha). No movilizar fuera de cama para bajar la fiebre, ni movilizarlo al paciente a bañarse.
- En los casos de poca ingesta oral, iniciar tratamiento intravenoso con cristaloides (solución salina 0.9%) a dosis de mantenimiento. Reiniciar la vía oral lo más pronto posible. En caso de embarazo procurar el decúbito lateral izquierdo a fin de no disminuir el retorno venoso.
- Todo paciente del grupo B1 captado en el primer nivel de atención, deberá ser referido para ser ingresado en la sala de febriles.

Grupo B2:

Dengue con signos de alarma que presente uno o más de los siguientes signos o síntomas cerca de la caída de la fiebre y preferentemente a la caída de la fiebre, estos pacientes presentan circulación estable es decir sin alteración de los parámetros de evaluación hemodinámica, pueden presentar dolor abdominal intenso referido o a la palpación del abdomen, vómitos persistentes pueden ser referidos, acumulación de líquidos (ascitis, derrame pleural o pericárdico), sangrado de mucosas, Lipotimia, Hepatomegalia > 2 cm y aumento progresivo del hematocrito.

Ttratamiento:

- Estos pacientes deben permanecer acostados en reposo absoluto para evitar la hipotensión postural y realizar evaluación de los parámetros hemodinámicos cada hora.
- Obtener hematocrito de base, si es posible, antes de iniciar la fluido terapia
- El no disponer de un hematocrito no debe retrasar el inicio de la hidratación.
- Recuerde asegurar el monitoreo hemodinámico horario por cada carga volumétrica que se indica.

Administrar solo cristaloides: Solución Salina Normal o Lactato de Ringer

Paso Número 1.

Comenzar 10 ml/kg/h en la primera hora y valorar estado hemodinámico y datos de alarma

Paso Numero 2

Reevaluar:

Si se observa mejoría clínica o persiste algún signo de alarma

Si se observa mejoría clínica y la diuresis es \geq de 1 ml/kg/h, proceder a descender las cargas volumétricas de manera progresiva:

- 7 - 5 ml/kg/hora por 2 a 4 horas, valoración horaria y dinámica
- 5 - 3 ml/kg/hora por 2 a 4 horas, valoración horaria y dinámica
- 3 - 2ml/kg/hora por 2 a 4 horas, valoración horaria y dinámica

Si se observa mejoría clínica y al repetir el hematocrito la evolución es satisfactoria, continuar con infusión de líquidos de mantenimiento.

La cantidad de líquidos para pacientes de 10 a 50 kg administrar según el esquema de Holliday y Seagar, con SSN 0.9% más cloruro de potasio a 3meq/100ml. y mayores de 50 kg pasar líquidos de mantenimiento de 1,500 a 1,800 mL/m² (calcular el ASC), con solución salina normal 0.9% más cloruro de potasio 3 meq/100 ml; para líquidos de 24 horas durante 48 a 72 horas.

Para la administración de cargas o líquidos de mantenimiento en los pacientes obesos calcularlos según el peso ideal para la talla.

Si no hay mejoría de los signos de alarma después de la primera carga

Administrar un segundo bolo con solución salina 0.9% o lactato de Ringer a 10 ml/ kg en 1 hora. Si hay mejoría después de la segunda carga, realizar descenso de las cargas volumétricas:

- 7- 5 ml/kg/ hora por 2 a 4horas, con evaluación horaria y dinámica
- 5-3 ml/kg/hora por 2 a 4horas, con evaluación horaria y dinámica
- 3- 2 ml/kg/hora por 2 a 4 horas, con evaluación horaria y dinámica

Si se observa mejoría clínica y al repetir el hematocrito la evolución es satisfactoria, continuar con infusión de líquidos de mantenimiento. Pacientes de 10 a 50 kg administrar según el

esquema de Holliday y Seagar, con SSN 0.9% más cloruro de potasio a 3meq/100ml.y mayores de 50 kg pasar líquidos de mantenimiento de 1,500 a 1,800 mL/m² (calcular el ASC), con solución salina normal 0.9% más cloruro de potasio 3 meq/100 ml; para líquidos de 24 horas durante 48 a 72 horas.

Para la administración de cargas o líquidos de mantenimiento en los pacientes obesos calcularlos según el peso ideal para la talla. Se debe de mantener con líquidos IV por 48 a 72 horas hasta su completa estabilidad hemodinámica y valorar la vía oral de 12 -24 horas posterior a la estabilización.

Si el paciente después de 2 cargas de 10ml/kg/hora persiste los signos de alarma, administrar la tercera carga a 10 ml/kg/hora; si a pesar de la tercera carga persisten los signos de alarma reclasificar como grupo C.

- ¿Qué parámetros deben ser monitoreados?
 - Signos vitales y perfusión periférica cada hora
 - Diuresis cada hora.
 - Balance Hídrico cada 4 horas.
 - Hematocrito antes y después de la reanimación con líquidos, luego cada 12 a 24 horas.
 - Glicemia y o Glucosa al pie de la cama.
 - Colesterol y Triglicéridos
 - No se recomienda el uso de esteroides
 - Se contraindica el uso de heparina y AINE
 - 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 –3 lts).

Otros estudios, según el órgano afectado y enfermedad asociada.

Paciente que ya se encuentra cumpliendo 48 o 72 horas con líquidos de mantenimiento, continuar con la evaluación hemodinámica horaria y seguimiento a los resultados de exámenes de laboratorio, y condición clínica del paciente.

Reevaluación clínica y seguimiento (una vez estabilizado):

Pacientes con signos de alarma deben ser controlados hasta que el riesgo pase y manejar con líquidos de mantenimiento hasta 48 o 72 horas después de desaparecer la fiebre, si el paciente está estable, omitir líquidos IV, si tolera la vía oral, administrar sales de hidratación oral de acuerdo al esquema de Holliday Seagar

- Iniciar la vía oral lo más pronto posible, probar y verificar que no hay complicaciones
- Evaluar la tolerancia de las SRO antes de omitir los líquidos IV.
- Verificar el estado clínico, repita el hematocrito y adecue el volumen de la infusión de cristaloides.
- Dar el mínimo volumen de líquidos IV requeridos para mantener una adecuada perfusión (frecuencia cardiaca, presión arterial media adecuada para su edad y volumen urinario ≥ 1 ml/kg/h).

¿Cuándo reducir los líquidos intravenosos?

- Reducir gradualmente cuando la tasa de fuga capilar disminuye, la cual esta evidenciado por:
 - Desaparición progresiva de los signos de alarma
 - Remisión progresiva de la sintomatología general
 - Signos vitales estables
 - Diuresis normal o aumentada
 - Disminución del hematocrito por debajo del valor de base en un paciente estable

- Buena tolerancia a la vía oral (si no la tolera o la rechaza valorar el uso de líquidos intravenosos)
- Recuperación del apetito

Grupo C:

Dengue grave: estos pacientes presentan circulación inestable con evidencia de alteración de los parámetros de evaluación hemodinámica y con manifestaciones clínicas de choque en fase inicial o choque hipotensión. Estos pacientes además presentan una o más de las siguientes manifestaciones:

- Choque o dificultad respiratoria debido a extravasación grave de plasma. Choque evidente, pulso débil o indetectable, taquicardia, extremidades frías y llenado capilar >2 segundos, presión de pulso ≤ 20 mmHg, hipotensión en fase tardía.
- Sangrado grave: según la evaluación del médico tratante (ejemplo: hematemesis, melena, metrorragia voluminosa, sangrado del sistema nervioso central).
- Compromiso grave de órganos: tales como daño hepático (AST o ALT ≥ 1000 UI), sistema nervioso central (alteración de conciencia), corazón (miocarditis) u otros órganos.

Tratamiento:

Estos pacientes deben permanecer acostados en reposo absoluto para evitar la hipotensión postural.

Choque inicial:

- Monitoreo de signos vitales cada 30 minutos en la primera hora y luego continuarlo vigilando cada 30 minutos hasta que el paciente salga del choque
- Oxigenoterapia (mantener SaO₂ $\geq 96\%$)
- Obtener un hematocrito si es posible antes de hidratar al paciente. No obstante, no disponer del Hematocrito no debe retrasar el inicio de la hidratación.

Paso Numero 1

Iniciar hidratación intravenosa con cristaloides: solución salina 0.9% o Lactato de Ringer, a razón de 15 ml/kg/h por una hora.

Paso Numero 2

Reevaluar: Si mejoran los signos de choque o persisten los signos de choque

Si mejoran los signos de choque, continuar con una carga de volumen de líquido a 10 ml/kg/hora; por 1 hora y después repetir el hematocrito. Si la evolución es satisfactoria proceder a descender las cargas volumétricas de manera progresiva:

- 7- 5 ml/kg/hora por 4 a 6 horas, con vigilancia horaria y dinámica
- 5 - 3 ml/kg/hora por 4 a 6 horas, con vigilancia horaria y dinámica
- 3 - 2 ml/kg/hora por 4 a 6 horas, con vigilancia horaria y dinámica

Si se observa mejoría clínica y al repetir el hematocrito la evolución es satisfactoria, continuar con infusión de líquidos de mantenimiento. La cantidad de líquidos para pacientes de 10 a 50 kg administrar según el esquema de Holliday y Seagar, con SSN 0.9% más cloruro de potasio a 3meq/100ml, y mayores de 50 kg pasar líquidos de mantenimiento de 1,500 a 1,800 ml por ASC con solución salina normal 0.9% más cloruro de potasio 3 meq/100 ml. por un periodo de 48 a 72 horas con evolución clínica satisfactoria, para líquidos de 24 horas durante 48 a 72 horas

Para la administración de cargas o líquidos de mantenimiento en los pacientes obesos calcularlos según el peso ideal para la talla. Se debe de mantener con líquidos IV por 48 a 72 horas hasta su completa estabilidad hemodinámica y valorar la vía oral de 12 -24 horas posterior a la estabilización.

Si no hay mejoría de los signos de choque después de la primera carga, administrar un segundo bolo con solución salina 0.9% o lactato de Ringer a 15 ml/ kg en 1 hora. Si hay mejoría

después de la segunda carga, disminuir el goteo a 10 ml/ kg/hora por 1 a 2 horas. Si la evolución es satisfactoria, realizar descenso de las cargas volumétricas:

- 7- 5 ml/kg/ hora por 4 a 6 horas, con evaluación horaria y dinámica
- 5 - 3 ml/kg/hora por 4 a 6 horas, con evaluación horaria y dinámica
- 3 - 2 ml/kg/hora por 4 a 6 horas, con evaluación horaria y dinámica

Si se observa mejoría clínica y al repetir el hematocrito la evolución es satisfactoria, continuar con infusión de líquidos de mantenimiento. La cantidad de líquidos para pacientes de 10 a 50 kg administrar según el esquema de Holliday y Seagar, con SSN 0.9% más cloruro de potasio a 3meq/100ml. y mayores de 50 kg pasar líquidos de mantenimiento de 1,500 a 1,800 mL/m² (calcular el ASC), con solución salina normal 0.9% más cloruro de potasio 3 meq/100 ml para líquidos de 24 horas durante 48 a 72 horas.

Para la administración de cargas o líquidos de mantenimiento en los pacientes obesos calcularlos según el peso ideal para la talla. Se debe de mantener con líquidos IV por 48 a 72 horas hasta su completa estabilidad hemodinámica y valorar la vía oral de 12 - 24 horas posterior a la estabilización.

Si el paciente después de 2 cargas de 15ml/kg/hora persisten las alteraciones hemodinámicas y evoluciona a choque hipotensivo tratar como tal.

Considerar

Nuevos bolos de cristaloides pueden ser necesarios durante las siguientes 24 - 48 horas, si el hematocrito disminuye con relación a la inicial en más del 40%, esto puede significar sangrado y la necesidad de transfusión sanguínea.

Tomar el hematocrito, calcio y glucemia, y monitorear de acuerdo a evolución.

Choque Hipotensivo:

Monitoreo de signos vitales cada 15 minutos

Oxigenoterapia (mantener SaO₂ ≥96%)

Obtener un hematocrito si es posible antes de hidratar al paciente; el no disponer de hematocrito no debe retrasar el inicio de la hidratación.

Paso Numero 1

Iniciar reanimación con cristaloides: solución salina 0.9% o Lactato de Ringer a 20 ml/kg en 15 minutos

NOTA **En adultos mayores de 60 años el bolo de cristaloides será calculado a 10ml/kg/ en 15 minutos.

Paso Numero 2

Reevaluar: Si mejora signos de choque o si persisten signos de choque

Si mejoran los signos de choque, disminuir el volumen de líquido a 15 ml/kg/hora, y repetir el hematocrito. Si la evolución es satisfactoria o hay mejoría, disminuir el goteo a razón de 10 ml/kg/hora por 1 a 2 horas y realizar descenso de las cargas volumétricas:

- 7-5 ml/kg/hora por 4 a 6 horas, evaluación horaria y dinámica
- 5-3 ml/kg/hora por 4 a 6 horas, evaluación horaria y dinámica
- 3-2 ml/kg/hora por 4 a 6 hora, evaluación horaria y dinámica

Si se observa mejoría clínica y al repetir el hematocrito la evolución es satisfactoria, continuar con infusión de líquidos de mantenimiento. La cantidad de líquidos para pacientes de 10 a 50 kg administrar según el esquema de Holliday y Seagar, con SSN 0.9% más cloruro de potasio a 3meq/100ml, y mayores de 50 kg pasar líquidos de mantenimiento de 1,500 a 1,800

mL/m² (calcular el ASC), con solución salina normal 0.9% más cloruro de potasio 3 meq/100 ml. Líquidos IV para 24 horas durante 48 a 72 horas.

Para la administración de cargas o líquidos de mantenimiento en los pacientes obesos calcularlos según el peso ideal para la talla. Se debe de mantener con líquidos IV por 48 a 72 horas hasta su completa estabilidad hemodinámica y valorar la vía oral de 12 -24 horas posterior a la estabilización.

Si no hay mejoría, repetir un segundo bolo con solución salina 0.9% o Lactato de Ringer a 20 ml/kg en 15 minutos. Si hay mejoría, disminuir el goteo a 15 ml/ kg/hora por 1 hora. Si continúa la mejoría, disminuir el goteo a 10 ml/kg/hora, por 1 a 2 horas y realizar descenso de las cargas volumétricas:

- 7 -5 ml/kg/hora por 4 a 6 horas, evaluación horaria y dinámica
- 5- 3 ml/kg/hora por 4 a 6 horas, evaluación horaria y dinámica
- 3 - 2 ml/kg/hora por 4a 6 horas, evaluación horaria y dinámica

Si se observa mejoría clínica y al repetir el hematocrito la evolución es satisfactoria, continuar con infusión de líquidos de mantenimiento. La cantidad de líquidos para pacientes de 10 a 50 kg administrar según el esquema de Holliday y Seagar, con SSN 0.9% más cloruro de potasio a 3meq/100ml, y mayores de 50 kg pasar líquidos de mantenimiento de 1,500 a 1,800 mL/m² (calcular el ASC), con solución salina normal 0.9% más cloruro de potasio 3 meq/100 ml, líquidos para 24 horas durante 48 a 72 horas.

Para la administración de cargas o líquidos de mantenimiento en los pacientes obesos calcularlos según el peso ideal para la talla.

Se debe de mantener con líquidos IV por 48 a 72 horas hasta su completa estabilidad hemodinámica y valorar la vía oral de 12 - 24 horas posterior a la estabilización.

Si después de la segunda bolo 20 ml/kg/ en 15 minutos el paciente continúa con signos vitales inestables (choque persistente) y el hematocrito se mantiene elevado en relación con el de base, repetir un tercer bolo con solución salina 0.9% o Lactato de Ringer a 20 ml/kg en 30 minutos y de manera simultánea inicie el uso de aminas y si continua inestable considere el uso de soluciones hipertónicas (512) 5 a 7 ml/kg/hora.

Si hay mejoría, disminuir el goteo a 10ml/ kg/hora por 1 a 2 horas; luego continuar con el descenso de las cargas volumétricas:

- 7 - 5 ml/kg/hora por 4 a 6 horas, valoración horaria y dinámica
- 5 - 3 ml/kg/hora por 4 a 6 horas, valoración horaria y dinámica
- 3- 2 ml/kg/hora por 4 a 6 horas, valoración horaria y dinámica

Si se observa mejoría clínica y al repetir el hematocrito la evolución es satisfactoria, continuar con infusión de líquidos de mantenimiento. La cantidad de líquidos para pacientes de 10 a 50 kg administrar según el esquema de Holliday y Seagar, con SSN 0.9% más cloruro de potasio a 3meq/100ml, y mayores de 50 kg pasar líquidos de mantenimiento de 1,500 a 1,800 mL/m² (calcular el ASC), Con solución salina normal 0.9% más cloruro de potasio 3 meq/100 ml para líquidos de 24 horas durante 48 a 72 horas.

Para la administración de cargas o líquidos de mantenimiento en los pacientes obesos calcularlos según el peso ideal para la talla. Se debe de mantener con líquidos IV por 48 a 72 horas hasta su completa estabilidad hemodinámica y valorar la vía oral de 12 24 horas posterior a la estabilización. Si el paciente sigue inestable, revisar hematocrito tomado después de cualquier bolo anterior.

El hematocrito que ha disminuido bruscamente y la inestabilidad hemodinámica sugieren sangrado y la necesidad urgente de tomar una prueba cruzada y transfundir paquete globular 5-10 ml/kg.

✓ Si el paciente no mejora, evaluar la función de la bomba cardiaca (disfunción de bomba, miocardiopatía, miocarditis) y valorar el uso de Dobutamina.

✓ Vigilar la mecánica ventilatoria para decidir la aplicación de Ventilación Mecánica Invasiva.

Consideraciones especiales: en la interpretación de Hematocrito

- Un aumento o persistencia del hematocrito alto más signos vitales inestables (particularmente la reducción de la presión de pulso) indica fuga plasmática activa y que necesita reposición de líquidos.
- Un aumento o persistencia del hematocrito alto con un estado hemodinámico estable y adecuado gasto urinario, no requiere líquidos extra.
- Si a pesar de reponer volumen y compensar, la hemoconcentración persiste el estado de choque, se debe sospechar sangrado interno o falla miocárdica.
- Los pacientes con dengue grave, deben recibir atención inmediata, dinámica y efectiva en el lugar donde se identifique la gravedad y trasladarse adecuadamente una vez estabilizado el paciente (el traslado con personal médico al lado del paciente).
- Colocar catéter venoso central de 2 lumen, un lumen para medir PVC * y el otro para la infusión de aminos. Si el catéter es de un lumen utilícelo sola para la infusión de aminos.
- Si PVC está por debajo de 8 cm, PA baja, Hto normal o alto. Pasar SSN 0.9% 20ml/kg/ 30 a 60 minutos e iniciar aminos.
- Si PVC es de 8 a 12 cm, PA baja, Hto normal o alto. Iniciar aminos.
- Si PVC es > 12 cm, PA normal o elevada. (Aminos).

- *Si no tiene posibilidad de medir PVC, evalúe la presión sistólica y/o diastólica para decidir y elegir la amina adecuada.

Considerarla siguientes situaciones

Dengue del adulto mayor

Aunque la edad no conlleva mayor riesgo de contraer el dengue, la infección por dengue en personas mayores de 60 años de edad se asocia con un riesgo más alto de complicaciones, en comparación con otros grupos de edad. Esa característica se debe principalmente a una mayor incidencia de enfermedades concomitantes, presentaciones inusuales y complicaciones asociadas al dengue y particularidades fisiológicas e inmunológicas de la población de más edad.

Los adultos mayores son especialmente susceptibles a la deshidratación durante la fase febril del dengue. Es más, muchos de ellos, por sus creencias o costumbres, son reuentes a solicitar atención médica temprana y recurren a la medicina tradicional y a la automedicación, con lo cual se retrasa la búsqueda de atención médica. El aislamiento social también contribuye con este retraso.

La incidencia de enfermedades crónicas degenerativas incrementa proporcionalmente con la edad. Por esa razón, el control estricto de los parámetros hemodinámicos y metabólicos reviste gran importancia.

De igual manera, será necesario determinar los medicamentos que toman estos pacientes, ya que es propio de la edad que tomen antiinflamatorios no esteroideos, anticoagulantes, esteroides y fármacos antihipertensivos, hipoglucémicos, entre otros.

➤ **Infecciones asociadas:**

Se ha informado de infecciones bacterianas asociadas al dengue en adultos y niños y de algunas otras infecciones virales, como la influenza H1N1 y la fiebre chikungunya. Dado que esas infecciones comparten manifestaciones clínicas similares, con frecuencia se subestima la concurrencia de tales enfermedades de causa infecciosa en el mismo paciente, se ha notificado que hasta 5,5% de los casos de dengue tienen bacteriemia concomitante. Como es de suponer, la bacteriemia agrava el curso natural del dengue.

Al tratar a los pacientes con dengue que presenten una forma inusual de la enfermedad habrá que sospechar la presencia de infección concurrente. Eso es especialmente cierto cuando la fiebre dura más de 7 días, se observan alteraciones del estado de conciencia, insuficiencia renal e insuficiencia respiratoria o esplenomegalia de cierta importancia.

➤ **Hipertensión arterial:**

Se recomienda controlar con mayor frecuencia la presión arterial y, especialmente, otros signos de descompensación hemodinámica que pueden ocurrir durante el dengue. Es razonable suspender los antihipertensivos a todos los pacientes que presenten manifestaciones de descompensación hemodinámica durante la fase crítica del dengue.

En los pacientes que utilizan bloqueadores beta-adrenérgicos puede verse agravada la bradicardia propia del dengue o puede enmascarse el efecto adrenérgico del choque. Asimismo, los pacientes con dengue y miocarditis pueden presentar bradicardia hasta en 98% de los casos de manera similar, los antagonistas de los canales de calcio pueden producir taquicardia y por ello esa condición deberá interpretarse con precaución.

La evaluación del paciente hipertenso con dengue se complica aún más, ya que siempre hay que considerar que la hipertensión arterial se asocia con alteraciones en diversos órganos y así

determinar o contribuir a que el paciente presente insuficiencia renal, eventos vasculares cerebrales, síndrome metabólico y otras complicaciones.

➤ **Diabetes mellitus:**

En los casos de dengue grave y mortal, se ha determinado que la diabetes es uno de los principales factores de riesgo. La hiperglucemia conduce a incremento de la diuresis osmótica y deshidratación y esa última, a su vez, lleva a la acidosis metabólica las personas que debido al dengue tienen pobre ingesta oral y continúan tomando sus medicamentos contra la diabetes podrían presentar hipoglucemia.

Ese resultado empeora cuando se asocia a trastornos del hígado o del páncreas o de ambos órganos. La absorción gastrointestinal de los fármacos hipoglucemiantes orales es errática debido al vómito y la diarrea durante el dengue. La metformina causa acidosis láctica y hepatotoxicidad. Insuficiencia renal aguda. Las personas mayores son más susceptibles a la fuga capilar, deshidratación e insuficiencia renal aguda.

La rigidez arterial, el deterioro de la función miocárdica y de la reserva pulmonar son consideraciones importantes de tomar en cuenta al momento de instaurar la reposición hídrica. El edema agudo de pulmón y la insuficiencia cardíaca congestiva son complicaciones frecuentes entre los pacientes con dengue.

Los diuréticos tienen un efecto limitado en la insuficiencia renal crónica y los pacientes que los consumen son más susceptibles a la sobrecarga de líquidos. Los pacientes con insuficiencia renal crónica tienen riesgo de acidosis metabólica y desequilibrio electrolítico, que podría empeorar durante el choque por dengue, incluso al punto de necesitarse diálisis.

➤ **Enfermedades osteoarticulares y administración de anticoagulantes:**

Durante el episodio de dengue, se aconseja suspender los AINE y sustituirlos por paracetamol. El uso de dipirona en los primeros días de la enfermedad se asocia a recuentos plaquetarios más bajos y aumento del riesgo de dengue grave (16, 18).

El uso de ácido acetil salicílico en dosis de prevención cardiovascular quedará a criterio del médico de cabecera del paciente, y habrá que considerar la relación riesgo-beneficio. El uso de esteroides no ha mostrado ningún beneficio en la evolución del dengue, pero no hay razón para suspenderlos a los pacientes que ya los están tomando por un periodo prolongado

Los pacientes que toman anticoagulantes orales generalmente tienen o han tenido algún evento de trombosis grave. Si ese evento tuvo lugar en los 6 meses más recientes, puede valorarse la supresión de la anticoagulación o, si el riesgo es muy alto, sustituir por heparinas de bajo peso molecular.

➤ **Equilibrio electrolítico:**

Durante la infección por dengue puede presentarse hiponatremia, hipocalcemia, hipercalcemia o hipomagnesemia. Se recomienda que la corrección de estos trastornos electrolíticos se realice de acuerdo a las mediciones de electrolitos en la sangre y a las enfermedades concomitantes.

Dengue y Embarazo

Algunas características fisiológicas del embarazo, podrían dificultar el diagnóstico y manejo del dengue (leucocitosis, trombocitopenia, hemodilución).

Las complicaciones del dengue relacionadas al embarazo según la literatura reportada son:

Maternas:

- Amenaza de parto pre término (40%)
- Parto pre término (9%)
- Hemorragia durante el parto (9.3%)
- Hematoma retro placentario (1.9%).

Fetales:

- Prematurez (20%)
- Muerte fetal (3.8%)
- Aborto (3.8%)
- Transmisión vertical (5.6%)
- Muerte neonatal (1.9%).

En una proporción variable de casos de dengue (4% a 17%) entre las embarazadas se da un retraso del crecimiento fetal (18).

Por lo tanto, en toda mujer embarazada con sangrado se debe indagar la presencia de fiebre o antecedentes de fiebre durante los siete días más recientes. El manejo de la mujer embarazada es igual que en la mujer no embarazada, sin embargo, se deben considerar en el manejo de los líquidos, los cambios fisiológicos del embarazo (Hipervolemia, anemia fisiológica, disminución fisiológica de la presión arterial del embarazo y algunas complicaciones propias del embarazo como: preeclampsia, eclampsia, el síndrome de hemólisis, elevación de las enzimas hepáticas y bajo recuento plaquetario (síndrome HELLP), hígado graso agudo del embarazo, etc.).

Otros diagnósticos que habrá que descartar son neumonía, embolia pulmonar, diversas causas de sangramiento vaginal y otras causas infecciosas. La embarazada con diabetes u otra enfermedad de base deberá recibir atención para esa enfermedad para lograr la máxima compensación posible, además del manejo específico del dengue.

Está indicada la ultrasonografía fetal para evaluar el volumen del líquido amniótico, ya que en algunos casos podría presentarse oligohidramnios, y se tomen medidas pertinentes.

Se recomienda continuar con el embarazo hasta el término, prefiriendo la vía vaginal salvo alguna indicación obstétrica absoluta en donde se podrá realizar cesárea, para lo cual se requiere valoración del equipo multidisciplinaria para decidir abordaje.

Cuando se trata de una embarazada con dengue, una complicación importante en torno al parto es el sangrado uterino, particularmente si se realizan procedimientos quirúrgicos que pueden asociarse con hemorragia grave. Pueden presentarse casos de evolución fatal, la mayor parte de los casos de sangrado por herida quirúrgica y posquirúrgico son controlables.

Durante el puerperio, las embarazadas que tuvieron dengue y fueron atendidas oportunamente no tienen más complicaciones que el resto de las púérperas, garantizando la vigilancia y cumplimiento del MATEP que incluye la vigilancia cada 15 minutos en las primeras 2 horas del puerperio además del seguimiento del equipo multidisciplinario.

Es necesario la valoración por pediatría a todo recién nacido de madre con dengue al momento del parto, ya que el recién nacido puede expresar la enfermedad hasta 12 días después de su nacimiento. La lactancia materna debe ser continua y habrá que estimularla.

Suministro de líquidos en la mujer gestante, diagnosticadas con dengue:

Si se encuentra en el grupo A o B, efectuarlo bajo las recomendaciones generales de mujeres no embarazadas.

Para las gestantes que se encuentren dentro del grupo C, se recomienda la administración de líquidos endovenosos a razón de 10 ml/kg en 30 minutos. Observe la evolución del paciente; si desaparecen los signos de 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 segundo Hto disminuye respecto al primero, disminuya el volumen de hidratación a razón de 7-5 ml, kg por hora durante 4-6 horas, en adelante mantenga la hidratación de acuerdo con el estado del paciente. Prestar atención especial a los signos de sobrecarga hídrica (taquipnea, crépitos en las bases pulmonares, signos ultrasonográficos o radiológicos de sobrecarga hídrica entre otros).

Se recomienda mantener a la paciente en decúbito lateral izquierdo para mejorar perfusión materna y fetal. Es importante dar seguimiento cercano al gasto urinario como un criterio de adecuada perfusión. En el uso de aminos se recomienda seguir los criterios establecidos para las mujeres no gestantes.

La transfusión de unidades plaquetarias, se recomienda: Si en cualquiera de las fases del dengue es necesario la finalización del embarazo, basados en recomendaciones internacionales, se sugiere tomar como valores de referencia para la transfusión de unidades plaquetarias menor de 20,000 u/mcl para vía vaginal (siempre que la fase activa del trabajo de parto alcance los 5 cms de dilatación con dinámica uterina regular); menor de 50,000 u/mcl por vía cesárea (durante la inducción anestésica). Cuando los valores de plaqueta están por encima de estos valores antes recomendados, sugerimos realizar manejo conservador con control periódico plaquetario.

Organización de los servicios de atención en salud

Organizar de acuerdo a las disposiciones administrativas vigentes en el Ministerio de Salud sobre las medidas en las unidades de salud para vigilar estrictamente a los pacientes que

presentan fiebre, con el fin de identificar a tiempo los signos de peligro y así prevenir complicaciones.

Organización de la Unidad de Atención a Febriles (UAF);

Es un área de la emergencia de la unidad de salud (centros de salud u hospitales) en la que se observa a los pacientes que acudan presentando fiebre o con antecedentes de haber tenido fiebre en los días anteriores, no será rechazado ningún paciente y deberá ser atendido y vigilado por 24 horas. Los pacientes con sospecha de Dengue, Chikungunya, Zika, Leptospirosis, Faringoamigdalitis, así como infecciones de vías urinarias que no presenten signos de alarma ni cambios hemodinámicos, serán observado por 24 horas en la Unidad de Atención a Febriles (UAF) con valoración de signos de alarma y de los 8 parámetros hemodinámicos cada hora.

- La UAF se organiza con el propósito de identificar tempranamente los síndromes febriles que presentan cambios hemodinámicos.
- En la UAF se utilizará una historia clínica que contemple enfocada al padecimiento actual.
- Los pacientes deberán recibir una valoración médica para establecer un diagnóstico y decidir si quedan en observación o serán remitidos de inmediato a otras áreas correspondientes.
- Aquellos pacientes con datos claros de neumonía, abscesos, pie diabético u otras afecciones que provoquen fiebre sin cambios hemodinámicos ni datos de alarma serán derivados de inmediato al servicio correspondiente de acuerdo con la valoración especializada según su condición.

La UAF es una unidad de valoración clínica por lo que la vigilancia del paciente no depende de los exámenes de laboratorio ni de sus resultados. Por tal motivo se deberá dar seguimiento a los parámetros establecidos para la evolución de los cuadros febriles (vigilancia de signos de alarma y parámetros hemodinámicos). Esta debe contar con sales de rehidratación oral preparadas para entregarse a cada paciente según norma.

Los criterios de alta de la UAF son:

- Ausencia de Fiebre sin administración de antipiréticos
- Mejoría del Estado Clínico evidenciado por Buen estado General
- Adecuado apetito, Estado hemodinámico normal.

Para los pacientes observados en la UAF de los Centros de Salud, en los que se identifiquen signos de alarma o cambios hemodinámicos, la conducta será estabilizar al paciente, en comunicación con su punto focal y referir al hospital acompañado de personal calificado con los insumos necesario para cualquier eventualidad en el traslado; en el caso de las UAF de los hospitales, estos pacientes serán ingresados en la Sala de Febriles.

Toda UAF debe contar con personal asignado con dominio pleno de las normas y protocolos de atención para el manejo de cuadros. Además dispondrán de las normas y protocolos de atención para el manejo de cuadros febriles, los insumos necesarios y de los números telefónicos de contacto de los puntos focales de su departamento.

Al dar de alta a un paciente de la UAF se debe reportar a su Equipo de Salud Familiar y Comunitaria y además debe aconsejarse en forma comprensible sobre:

- La importancia de la cita de control de 24 horas es la valoración hemodinámica.
- La gravedad y repercusiones para la salud de los signos de alarma, enfatizando la importancia de acudir de forma inmediata ante cualquiera dato de alarma.

El cumplimiento de las indicaciones sobre:

- Tomar Sales de rehidratación oral,
- Cumplimiento del medicamento
- Guardar el reposo indicado por el médico para evitar complicaciones.
- El mantenimiento del tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas según la indicación médica.
- Evitar la automedicación.
- Estar pendiente si alguna persona de su familia o vecina está enferma, para recomendarle acudir a la unidad de salud más cercana por los peligros que representa la falta de atención.
- Toda embarazada y puérpera con fiebre debe ser hospitalizada, aunque no tengan signos de alarma y se deben valorar cada hora así como los pacientes de los grupos de riesgos.
- Se debe realizar la vigilancia del neonato que nazca de madre con síndrome febril hasta por un periodo de una semana y dar de alta según norma.

Organización de la Sala de Febriles

En los hospitales (Primarios, departamentales, regionales o con servicios de referencia nacional) se designarán Salas de Febriles para ingresar a los pacientes que presenten signos de alarma o cambios hemodinámicos (previamente estabilizados),. En este ambiente se deberá vigilar y atender a los pacientes según guías de abordaje de atención del MINSA.

Todo paciente ingresado en salas de febriles deben tener su historia clínica y examen físico completo, valoración multidisciplinaria desde la emergencia y durante su hospitalización hasta el alta.

Estas Salas de Febriles estarán dotados con personal médico y de enfermería capacitado en el manejo inmediato de los cambios hemodinámicos.

En caso que un paciente febril con signos de alarma o con choque necesite ser trasladado a otra unidad de salud, primero deberá estabilizarse, coordinar previamente con el hospital donde será recibido, en consulta con su punto focal y en el traslado deberá ir acompañado por personal de salud calificado para su atención. el acompañamiento se hará al lado del paciente y garantizando la administración de líquidos.

El alta de pacientes de las Salas de Febriles se hará de acuerdo con los siguientes criterios:

- Ausencia de fiebre por 48 horas sin administración de antipiréticos
- Mejoría del estado clínico manifestado por buen estado general, adecuado apetito.
- Estado hemodinámico normal al menos por 48 horas. Estabilidad hemodinámica sin líquidos IV por lo menos por 24 horas.
- Gasto urinario normal o aumentado (mayor de 1 cc/kg/hora) Buena tolerancia de la vía oral, sin líquidos iv
- Sin dificultad respiratoria. Sin evidencia de sangrado.
- Control y/o manejo de su patología de base si la tuviera.
- Infección agregada controlada.
- En el caso de embarazadas bienestar fetal adecuado. En relación con exámenes de laboratorio debe haber: Hematocrito normal y estable sin líquidos intravenosos; Tendencia ascendente del número de plaquetas mayor de 70,000 mm³.

A todo paciente dado de alta de la Sala de Febriles se le hará cita de control para evaluación hemodinámica a las 24 horas. Se deben retomar las mismas orientaciones que se dan al paciente al alta de la UAF. Además, se le debe advertir al paciente que en la fase de convalecencia puede presentar astenia, adinamia y depresión.

Atención en Cuidados Intensivos

Los pacientes que presenten cambios hemodinámicos y signos de alarma que ponen en peligro inminente su vida deberán ser atendidos de forma inmediata en Cuidados Intensivos todo con la valoración especializada que el caso amerite.

Son criterios para traslados al mayor nivel de resolución el choque persistente, el choque recurrente, evidencia de dificultad respiratoria, hemorragia grave, cualquier dato de disfunción orgánica (encefalitis, miocarditis, falla hepática, insuficiencia renal), presencia de enfermedad concomitante.

Todo traslado de pacientes que se realice a otro nivel de mayor resolución debe de realizarse de la siguiente manera:

- En condición estable.
- Acompañado por personal con competencia en el manejo de estos casos.
- Comunicarse el traslado a la unidad receptora para garantizar que se encuentren preparados.
- Contar con insumos y equipamiento para atender cualquier eventualidad durante el traslado.
- •El Director de SILAIS y su punto focal, así como el punto focal nacional deben estar informados.

En los hospitales, todo paciente con síndrome febril aunque no presente datos de alarma o de gravedad debe ser evaluado por un médico de base previo a enviarlo a casa.

Los pacientes que estuvieron en observación en UAF u hospitalizados serán monitoreados por el ESAFC de su sector para dar seguimiento a su evolución.

Toda unidad de salud deberá reportar diariamente (incluidos fines de semana y feriados) la situación de los pacientes febriles, ocupación de la UAF y de las Salas de Febriles y reportará de forma inmediata (tiempo real) los pacientes febriles graves.

Una vez que el paciente es estabilizado en el área de choque deberá ser ingresado a la sala de febriles o referido a la unidad de mayor resolución según la consideración especializada.

Criterios de Traslado:

- Choque refractario al manejo
- Choque recurrente
- Evidencia de dificultad respiratoria sin respuesta al manejo
- Hemorragia grave no controlada
- Cualquier dato de disfunción orgánica: encefalitis, miocarditis, falla hepática,
- Insuficiencia renal,
- Presencia de enfermedad concomitante descompensada

Guía para traslado de pacientes

En el marco de mejorar la calidad de atención y la respuesta en salud a las necesidades demandadas por la población, se deberán cumplir las siguientes disposiciones para el proceso de traslado de dichos pacientes entre establecimientos de salud.

Concepto de traslado: Proceso por medio del cual un paciente es reubicado de una

Unidad de salud, a otra de mayor resolución

Premisas Básicas:

- El traslado de un paciente, se hará cuando el beneficio de su traslado sea mayor que los riesgos que dicho traslado implica.
- El traslado debe de cumplir los criterios y parámetros considerados en la norma técnica de referencia y contrarreferencia de pacientes establecida por ministerio de salud (N -068).
- Se debe de garantizar la continuidad de la atención en forma ininterrumpida a los pacientes, durante el proceso de traslado.
- La atención durante el traslado se realizará en base a los Protocolos existentes, a fin de que se garanticen las condiciones óptimas del mismo. (Paciente estabilizado, con vía intravenosa periférica o central funcionando, con líquidos adecuados en calidad y cantidad, adecuada vigilancia de parámetros vitales, aporte de medicamentos u oxígeno según amerite el caso, etc.).
- El establecimiento de salud receptor del paciente trasladado, debe considerarlo como una prioridad de la atención médica.
- Los establecimientos de salud deben de registrar los traslados de acuerdo a las normativas.
- Los directores de los establecimientos de salud serán los responsables del cumplimiento
- de todas las normas y procedimientos de Referencia y Contrarreferencia relativa a traslados (N-068).
- Los Directores de los Hospitales establecerán los roles de turno mensual especificando claramente el nombre de los jefes de turnos y números de teléfonos.
- Los roles de turno de los hospitales de referencia nacional se harán circular a los hospitales regionales y departamentales.
- Los roles de turno de los hospitales regionales se harán circular a los hospitales departamentales y primarios de su área de influencia.
- Los roles de turno de los hospitales departamentales se harán circular a los hospitales primarios y centros de salud de su área de influencia.
- Los roles de turno serán remitidos al director de SILAIS, quien deberá hacerlas llegar a las unidades de salud correspondientes.

Mecanismos de Traslado:

- .La decisión del traslado debe ser autorizada por el Jefe de Servicio correspondiente o en su efecto con el jefe de turno de la guardia, con el visto bueno del Director del Hospital e informar al Director de SILAIS. Y coordinando con los PUNTOS FOCALES designados
- Realizado este trámite, el Director del Hospital referente se comunicará con el Director del Hospital receptor, explicando la condición del o la paciente. Durante los turnos la comunicación será de jefe de turno a jefe de turno.
- En caso de ser necesario se solicitará apoyo en la decisión clínica previo al traslado. De existir discrepancia en la decisión del traslado, el Director del SILAIS referente se comunicará con el Director de SILAIS receptor.
- .Una vez acordado el traslado, se informará al paciente, familiar o tutor indicando los beneficios que se esperan de dicho traslado y cumpliendo con el requisito del consentimiento informado de acuerdo a la Ley General de Salud.
- Se debe de garantizar el acompañamiento de un familiar del paciente que se traslade.
- Todo traslado debe ser realizado con personal de salud conocedor del paciente, y en el caso de los pacientes graves se procederá de la siguiente manera:
- El traslado del centro de salud a hospital primario se realizará por el recurso más calificado posible.
- De hospital primario a hospital departamental o regional se realizará por médico general o el recurso más calificado posible.
- Los pacientes serán movilizados una vez alcanzada la estabilidad hemodinámica y ventilatoria. De no conseguirlo se procederá al traslado realizando las acciones necesarias para alcanzar dicha estabilidad durante el trayecto.
- Durante el traslado el equipo médico practicará frecuentes evaluaciones de acuerdo al formato. La hoja de evaluación será entregada al equipo receptor a fin de que obtenga información de las condiciones del (la) paciente durante el traslado.

- El director del establecimiento de salud que refiere deberá registrar los números telefónicos del responsable del equipo médico que acompaña al o a la paciente y se comunicará con ellos al menos cada 30 minutos durante el traslado.
- El equipo que participa en el traslado, si considera necesario solicitar apoyo podrá llamar a la unidad receptora.
- En caso de que se presente un evento no deseado o complicación del paciente durante el traslado, el equipo responsable del mismo podrá tomar la decisión de auxiliarse del establecimiento más cercano con nivel de resolución que permita la debida atención del o de la paciente.
- Durante el traslado, la velocidad del vehículo debe de ser moderada, considerando que el o la paciente recibe atención en forma continua.
- El Director del establecimiento de salud receptor, deberá garantizar que el o la paciente sea recibida por el jefe de emergencia o jefe de turno según corresponda.
- El proceso de recepción o entrega de paciente contempla la entrega de su documentación e informe verbal de parte del recurso que es responsable de entregar a dicho paciente.
- En el caso de las complicaciones obstétricas el traslado se deberá de acompañar por anestesiólogo o técnico de anestesia, gineco-obstetra e internista.
- En el caso de traslado de neonatos se procurará trasladar al bebe en una incubadora de transporte o garantizando el abrigamiento suficiente a fin de evitar el enfriamiento, la hipoxia y la hipoglicemia, de acuerdo a las normas.
- En todos los casos en el equipo de manejo deberá formar parte personal de salud con capacidad de reanimación cardiopulmonar.

Criterios de alta

Clínicos

- Ausencia de fiebre por 48 horas sin administración de antipiréticos
- Mejoría del estado clínico manifestado por buen estado general
- Adecuado apetito
- Estado hemodinámico normal al menos por 48 horas
- Estabilidad hemodinámica sin líquidos IV por lo menos por 24 horas
- Gasto urinario normal o aumentado (mayor de 1 cc/kg/hora)
- Buena tolerancia de la vía oral. sin líquidos iv
- Sin dificultad respiratoria.
- Sin evidencia de sangrado.
- Control y/o manejo de su patología de base si la tuviera.
- Infección agregada controlada.
- En el caso de embarazadas bienestar fetal adecuado.
- En relación con exámenes de laboratorio debe haber:
 - Hematocrito normal y estable sin líquidos intravenosos
 - Tendencia ascendente del número de plaquetas mayor de 70,000 mm³

Educación, Promoción y Prevención

Capacitar a l personal médico y de enfermería, además de otros trabajadores de la salud, sobre el contenido completo de la guía de manejo clínico es una de las actividades importantes con revisión de casos clínicos que se atienden en las propias unidades de salud y comparar con el manejo establecido a fin de reforzar los conocimientos “aprender haciendo “; discusión de casos clínicos y realización de pases de visitas de los pacientes que están ingresados apoyándose con el Punto Focal de medicina Interna y Pediatría o en las sesiones de asesoría técnica a distancia que se emiten desde el nivel nacional.

La prevención la principal medida es cortar la cadena epidemiológica para lo cual los trabajadores de la salud deberán orientar a la población en general las medidas para la prevención de la infección por el virus del dengue en sus familias y en la comunidad, esto deberá ponerse en práctica en las unidades de salud con el objeto de prevenir la enfermedad

Medidas para eliminar el mosquito transmisor de la enfermedad

Esto se logra manteniendo las viviendas y sus alrededores limpios, protegiendo los recipientes de almacenamiento de agua para consumo de la casa (barriles, pilas, baldes) con abate para evitar que crezcan las larvas (clavos) que reproducen al zancudo, pero además manteniéndolos tapados; se debe buscar todo objeto que recoja o pueda recoger al menos un poquito de agua y destruirlos y eliminarlos o en caso que se puedan ocupar, vaciarlos del agua y colocarlos de forma tal que no puedan recoger agua.

Medidas de protección personal, recomendar a toda la población

Buscar y destruir posibles focos de criaderos de mosquitos, o sea todo objeto que pueda recolectar algunas gotas de agua, y eliminarlos en la vivienda y alrededor de ella, sea destruyéndolos o botándoles el agua y de tal manera que no vuelvan a recoger agua, Cubrir la piel lo más que se pueda, con camisas de manga larga, pantalones y calcetines, usar mosquiteros en las camas.

La población también debe educarse sobre el dengue, para que tanto pacientes y familiares sepan cómo participar en su propio cuidado, estén dispuestos a buscar atención médica en el momento oportuno, eviten la automedicación, puedan identificar hemorragias de la piel/mucosas y puedan detectar tempranamente los signos de alarma.

VII. Diseño Metodológico

Tipo de estudio: Descriptivo, observacional, transversal, técnicas CAP

Área de estudio: Centro de salud Mannier Rener, que se ubica en el municipio derivas, del departamento de Rivas.

Universo: 60 personal de salud de todo el centro de salud y ESAF, entre médicos, enfermeras ubicados en los diferentes áreas de la unidad de salud primaria.

Muestra: La muestra corresponde al mismo número de personal de salud.

Tipo de muestro: es por conveniencia de los autores.

Criterios de Inclusión

- Médicos que laboran de forma activo
- Enfermeras que laboran de forma activas
- Que sean trabajadores activos de unidad de salud
- Consentimiento informado

Criterios de Exclusión

- Médicos que no laboran de forma activo
- Enfermeras que no laboran de forma activas
- Que no sean de trabajador activo de unidad de salud
- Que rehúsa participar en el estudio

Técnica y recolección de los datos:

Para obtener la información se consideraron los objetivos del presente trabajo y se realizaron las siguientes actividades:

- Validación del instrumento con preguntas cerradas.
- Validación de instrumento de recolección, por medio de la realización de una prueba piloto.
- Elaboración de un consentimiento informado para trabajadores de la salud laboralmente activos.
- Solicitud por escrito a las autoridades competentes del Centro de Salud para la recolección de la información y desempeño del trabajo.
- Recolección de los datos del personal de salud en estudio.

Procedimientos y análisis de la información:

La información cuantitativa se procesó electrónicamente utilizando el programa EPI-info y Excel, el análisis se realizó por frecuencias y porcentajes. El informe se grabó en el programa de Microsoft Word y los cuadros y gráficos en EPI info, Excel.

Para valorar el nivel de conocimiento del personal de salud se aplicaron índices sumatorios, asignando a cada respuesta una determinada puntuación y utilizando 3 categorías en dependencia de preguntas contestadas correctamente.

- Bueno.....50 o más respuestas correctas
- Regular..... 20 a 49 respuestas correctas
- Malas..... Menos de 20 respuestas correctas

La valoración de las actitudes se midió por medio de una escala, asignando una puntuación a cada respuesta correcta. Posteriormente se organizaron respuestas y según la sumatoria se asignó:

- Actitud Favorable..... 20 a 26 respuestas correctas
- Actitud Desfavorables.....Menor o igual a 20 respuestas correctas

La Práctica se valoró con preguntas relacionadas al manejo de los casos sospechosos de dengue y su clasificación del mismo.

Adecuadas.....10 - 16 respuestas correctas

No adecuadas..... Menor o igual a 10 respuestas correctas

Variables

- Características demográficamente
- Tipo de información recibida
- Conocimiento
- Actitudes
- Prácticas

Operacionalización de las variables

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Edad	Periodo de tiempo en años que tiene el trabajador de la salud al momento de la entrevista	Años	20- 29 años 30- 49 años Mayor de 50 años
Sexo	Son las condiciones físicas que diferencian al hombre de la mujer caracteres sexuales secundarios	Sexo genotípico	Masculino Femenino
Perfil profesional	Nivel de preparación académica con competencia de acuerdo a su nivel de conocimiento al momento de la entrevista	Competencia académica	Médico Especialista Médico General Médico en servicio social

			Médico Interno Enfermero
Años de laborar en la unidad de salud	Tiempo transcurridos desde su ingreso como contratado a laboral a la unidad hasta el momento de la entrevista	Años	Menos de 1 año 1 a 5 años 6 a 10 años Mayor de 10 años
Información recibidas	Datos de información recibidas con el objetivo de mejorar las competencias en la atención a personas con dengue	Normativa 114 Tipo Lugar Medio	Si No
Conocimiento	Es el conjunto de datos, hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de la experiencia y aprendizaje del sujeto, y que se caracteriza por ser un proceso activo, en el caso de los conocimientos de prácticas sobre las medidas preventivas de dengue, estas se van adquiriendo con las estrategia de salud	Definición Clasificación Factores de riesgo Factores de mal pronósticos Medios de diagnósticos Tratamiento	Bueno: 50 o más respuestas correctas Regula: 20 a 49 respuestas correctas Mala: Menos de 20 respuestas correctas
Actitudes	Subjetivo a positiva o negativa, de personas, objetos, o asuntos que está basada en	Organización UAF Traslados	Favorable: 20 -26 respuestas

	creencias, sentimientos, y tendencias hacia la acción.	Criterios de traslado Criterios de altas Educación y promoción	correctas Desfavorables; Menor o igual -20 respuestas correctas
Prácticas	Son aquellas acciones y eventos que realizamos a lo largo de nuestra vida, se considera como sinónimo de experiencia, para que el ser humano ponga en práctica cierto tipo de conocimientos, es necesario en primera instancia un primer acercamiento, contacto directo mediante el uso de sentidos y conducta psicomotriz es decir el experimento; no puede haber práctica de tal o cuál conocimiento si antes no se obtiene la experiencia.	Organización de las UAF	Adecuadas: 10 - 16 respuestas correctas No adecuadas: Menor o igual -10 respuestas correctas

VIII. Resultados

Se realizó un estudio en el municipio de Rivas en el Centro de Salud Manni Renner, para evaluar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas que tiene el personal médico y de enfermería ante la atención de salud a las personas adultas sospechosas de dengue, obteniendo los siguientes resultados.

El grupo etario que predominó en el personal de salud fue el de 20 – 29 años con 63.3% (38), luego el de 30-40 años 25% (15), el sexo fue el femenino (40) 66.7%, el perfil según competencia fue enfermería (33) 55% y médicos (33) 45%, en relación a los años de laborar en el MINSA de 1- 5 años (23) 38.3%, menor de 1 año (19) 31.7%, y de 6 a más años (18) 30%.

En cuanto a las capacitaciones e información recibidas por este gremio de la salud; el 93.3% (50) refirieron que han recibido capacitaciones sobre la normativa 147, sobre todo en clasificación clínica, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento, educación, promoción y prevención del dengue 55% (55 pacientes), estas capacitaciones fueron dadas en centro de salud, Silais y hospital (50 – 55) 83.3 a 91.7%, a través de lecturas de normativa 147, clases, medios de comunicaciones (50) para el 88.3%. (Tabla No 2)

En cuanto a conocimiento, en definición de dengue hubo un 65% (39) que respondieron de forma correcta, clasificación de dengue, respuesta correctas 69% (42), factores del huésped 40% (24) responde que sí, en cuanto a factores de mal pronóstico para la evolución del paciente con dengue 53% (31), responde de forma correcta, en relación los medios de diagnósticos utilizados un 55% (34) responde de forma incorrecta las preguntas, 72% (43) aceptaron en las repuesta correcta en cuanto a evaluación general del dengue; al pregunta sobre los exámenes solicitados al inicio de la enfermedad 62% (37) responde de forma aceptada. En cuanto al manejo terapéutico del dengue de acuerdo a su clasificación, en DSSA; el 60% (40) respondieron de forma correcta, 40% (20), incorrecta; en DCSA; 72% (43) correcto, 28% (17) incorrecta y Dengue Grave 67%

(40) correctos, 33% (20) incorrectos, concluyendo que el personal médicos y enfermeras tienen un nivel de conocimiento Buenas con un 64% (39) de aceptabilidad.

Al referirnos de las actitudes del personal de salud ante el dengue; al preguntar sobre la organización de las unidades de atención de febriles 64% (39), dieron una buenas repuestas, 69% (41) actúan de forma favorables en el actuar en momentos de realizar un traslado, 88% (52) ante los criterios del traslado, 73% (44) criterios de egreso a los pacientes ingresados en las UAF, 73% (44) educación, promoción y prevención.

Obteniendo como resultados final actitudes favorables 77% (47), no favorables 23% (13)

Al evaluar las practicas se obtuvo un 75% (44), realizan prácticas adecuadas y 25% (16) no adecuadas

IX. Análisis y Discusión

La evaluación del nivel de conocimiento, actitudes y prácticas que tiene el personal de salud ante la atención de salud a las personas adultas sospechosas de dengue.

Las edades en el personal de salud oscilaron entre 20 – 29 años, no existen relación entre las edades del personal y el actuar ante un casos de dengue, aunque el estudio de Chavarry Rodas, Edward Anthony; et al (2018) en su investigación afirma que el rango de edad fue de 23 a 55 años con un promedio de 33.68 años

En cuanto al sexo femenino predomino en el presente estudio, difiere con los resultados de Chavarry Rodas donde afirma que en el personal médicos el mayor porcentaje fueron del sexo masculino. Pero puede verse modificado por el mayor porcentaje de la muestra son enfermaras y este gremio en casi su totalidad son mujeres.

En cuanto a los perfiles del personal de salud perfil según competencia fue enfermería es el gremio más predominante ante de los gremios médicos en las unidades de salud de atención pública, con una relación 1.3 según indicadores internacionales, así como en años de laborar en el MINSA de 1- 5 años, se refieren que existen enfermeras que iniciaron su desempeño muy jovencitas en cambios el médico deben de adquirir un escalón de profesionalismo de acuerdo a especialidades, según Céspedes Luquez, Kevin Alexander (2016) en su estudio para optar al título de médico y cirujano, sobre conocimiento, actitudes y prácticas sobre el manejo del Dengue en adultos en base a la Normativa 147 en el personal médico del Centro de Salud Carlos Rugama Poveda, concluyo que en los médicos 26 médicos, el sexo que predomina es el femenino, la cuarta parte tienen más de 10 años de antigüedad.

Céspedes Luqués, Kevin Alexander (2016) refieren que el personal de salud sobre todo los médicos han recibidos en un 70% capacitación sobre la normativa en los últimos seis meses

antes de la entrevista. En este presente estudios un 93.3% refirieron que han recibido capacitaciones sobre la normativa 073, sobre todo en clasificación clínica, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento, educación promoción y prevención del dengue esto se le puede atribuir que estábamos ante un brote a nivel centroamericano y en nuestro país Nicaragua

En cuanto a conocimiento, se obtuvo un nivel aceptable a nivel del personal, al pesar a que se debe de reconocer que se encontró debilidades en cuanto a factores del huésped, factores de mal pronóstico para la evolución a la gravedad del paciente, y definición del dengue, pero en general se obtuvo que el personal tenga un 64% de conocimientos. Pero debemos de reconocer que si existen debilidades pues ante un actual brote epidémico de dengue donde se presentaron muertos el conocimiento del personal debería ser más alto.

En cuanto al manejo terapéutico del dengue de acuerdo a su clasificación, en DSSA, DCSA y Dengue Grave; el ponderado fue de un 66% de sus conocimientos fuer buenos, pero si valoramos que estamos enfrenando un brote podríamos considerar un grado de conocimiento bajo.

Al referirnos de las actitudes del personal de salud ante el dengue; al preguntar sobre la organización de las unidades de atención de febriles, dieron una buenas repuestas, 69% actúan de forma favorables en el actuar en momentos de realizar un traslado, retomando criterios del traslado establecidos en la normativa, tienen claros los criterios de egreso a y brinda charlas educativas de promoción y prevención, obteniendo un puntaje más alto que el conocimiento de 77%. En cuanto a las practicas se obtuvo un 75%, que ante un brote lo consideramos bajo.

De acuerdo a Mendoza Landin, Cristhian Fernando (2014) en Ecuador el nivel de conocimiento fue bajo con un 50% ante la enfermedad a pesar que la considera mortal, que afecta a cualquier tipo de personas, reconocen agente causal, los factores de riesgo y síntomas de la patologías.

Rodríguez Taboada Ana María Teresa (2016) reconoce que el grado de conocimiento del personal de salud es bajo en un 52% sobre todo en prevención para evitar contagio.

Maldonado Muñoz, Álvaro Enrique; (2016) en su estudios sobre evaluación del conocimiento acerca de Dengue en los médicos de los establecimientos del primer nivel de atención de la Red de Salud Túpac Amaru, refieren que la reaparición del dengue ha sido desencadenada por múltiples factores como la expansión del vector en gran parte del país y la capital, lo que ha originado diversos casos en los últimos años, en este estudio se evaluaron 57 médicos, predominando el género masculino, la mediana fue de 46 años, la mayoría tiene más de 21 años trabajando, los simposios fueron la fuente de mayor frecuencia para información sobre dengue. El 66% tuvo bajo conocimiento y ninguno alto conocimiento. El 91% respondió correctamente acerca del tratamiento del dengue y el 8.7% acerca de la definición de caso probable. El puntaje promedio fue 7.5 de 16 puntos. Los grupos etarios extremos tuvieron bajo conocimiento al igual que el 81% que no revisó la guía de la Organización Mundial de la Salud.

En este mismo estudio Maldonado Muñoz, refiere que existe una asociación significativa con la revisión de la guía de la Organización Mundial de la Salud y el sexo, pero debido a la desproporción del género, la última debe tomarse con cautela. El mayor porcentaje obtuvo bajo conocimiento y está asociado a la edad, la revisión de las guías de la Organización Mundial de la Salud y del Ministerio de Salud.

Romero, Claudia Paico et al. (2017), En su artículo publicado en revista de salud de Perú; el nivel de conocimientos en diagnóstico y tratamiento sobre dengue en médicos de la región Lambayeque, obtuvo el 50,4 % de los médicos encuestados tienen un nivel de conocimiento bajo, el 48,7 % un nivel de conocimiento medio y únicamente un 0,9 % obtuvo nivel alto en conocimiento sobre diagnóstico y tratamiento de Dengue, estando asociado con capacitación previa y número de años de egresado del médico ($p < 0,05$).

Baltasar Bague Alicia, Rascle Medina, Jessy Corine Elise, Gomez Nario, Ondina, (2019) en el XVIII Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería 2019, con el tema Los profesionales de Enfermería en la prevención del Dengue; afirma que el Dengue es susceptible de prevención, a través de medidas higiénicas, relacionadas con conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidado. Los enfermeros mediante su función preventiva pueden empoderar a individuos y comunidades y generar responsabilidad social, la identificación de los pacientes con dengue depende mucho de las alertas que dan los profesionales de salud. Es de suma importancia de continuar la educación sobre el control del dengue en los profesionales de salud. La educación de los profesionales no se debe enfocar solamente sobre los conocimientos básicos, pero también hacer hincapié sobre la salud individual y de las comunidades: enseñar a acudir al consultorio, a prevenir si aparición de nuevos casos.

Mendoza Landin, Cristhian Fernando (2014) en su estudio para optar título de licenciado en enfermería sobre; conocimientos prácticas y actitudes que poseen los pobladores del barrio Teniente Hugo Ortiz de la ciudad de Santa Rosa; Ecuador sobre la prevención del dengue, concluyen que de acuerdo a los resultados obtenidos en cuanto al conocimiento tenemos que el 50% de los participantes indicaron que el dengue es una enfermedad, el 43,63% la considera mortal, el 86,36% indicó que puede afectar a cualquier persona, el 59,09% indicó que es transmitida por cualquier mosquito, el 86,36% conoce los síntomas de la enfermedad y el 54,54% reconoce al agente causal como un virus. Ante las actitudes se obtuvo que el 92,72% de los participantes si utiliza mosquitero, el 53,63% no se auto médica, el 91,81% no ha participado jornadas de limpieza, el 60,90% si abre las puertas y ventanas durante la fumigación, el 82,72% acude al subcentro de salud ante la sospecha de tener dengue y el 80,90% está conforme con la atención del subcentro de salud. Mientras que en las prácticas el 88,18% de los participantes si realizan medidas de prevención, el 92,72% si elimina adecuadamente los recipientes inservibles, el 52,72% indicó que a veces mantiene cubierto los recipientes que contienen agua con una, el 28,18% limpia y cambia el agua del tanque de su casa mensualmente, el 95,45% no utiliza repelentes contra insectos y por último el 90% de los participantes no utiliza camisa manga larga ni pantalón como medida de prevención contra el dengue. Si comparamos estos resultados a lo

de personal de salud del presente estudio que también son parte de la comunidad también el conocimiento obtenido es bajo.

Rodríguez Taboada Ana María Teresa (2016) en su estudio de tesis para optar al título de licenciada en enfermería; conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prevención del dengue en los hogares de Río Seco, Sector 3, El Porvenir – Trujillo, refiere que el nivel de conocimiento es bajo en un 52%, es medio en un 47% y solo es alto en un 1%; en relación al nivel de actitudes es positiva en un 83% y negativa en un 17%; en cuanto al nivel de prácticas es regular en un 80%, es bueno en un 10% y es deficiente en un 10%. Finalizando con una apreciación del nivel de conocimientos es bajo y que las personas de los hogares afirman tener en su mayoría una actitud positiva para la prevención del dengue, la práctica es regular casi en su totalidad.

Céspedes Luquez, Kevin Alexander (2016) afirma en su estudio de conocimiento, actitudes y prácticas sobre el manejo del Dengue en adultos en base a la Normativa 073 que el personal médico, tiene 73.1% conocimiento bueno, una actitud favorable un 80.8%. Con un 69.2% de práctica adecuada dentro de los participantes.

Concluyendo que en la mayoría de los estudios revisados existen un grado de conocimiento entre mala y regular sobre la temática estudiada, en el abordaje y manejo de los casos de dengue en adultos, los entrevistados demuestran una favorable actitud y la práctica en su entorno laboral es adecuada, resultados que son similares con los resultados del presente estudio en base a aplicación de la normativa 147, del MINSA en Nicaragua.

X. Conclusiones

Al evaluar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas que tiene el personal médico y de enfermería ante la atención de salud a las personas adultas sospechosas de dengue, obteniendo los siguientes conclusiones.

La edad que predominó en el personal de salud fue de 20 – 29 años, sexo femenino, perfil enfermeras, años de laborar de 1- 5 años. En cuanto a las capacitaciones e información recibidas hubo un buen porcentaje que afirmaron haber recibido capacitaciones sobre la normativa 147, en clasificación clínica, factores de riesgo, factores de mal pronóstico, diagnóstico, tratamiento, educación promoción y prevención ante el dengue.

En cuanto a conocimiento, el personal de salud del centro asistencia tiene un buen nivel de conocimiento con buena aceptabilidad de respuesta en relación a definición, clasificación, factores del huésped, factores de mal pronóstico, medios de diagnósticos, evaluación general, manejo.

Al referirnos a actitudes del personal de salud ante el dengue; sobre organización de las unidades de atención de febriles dieron una buena repuestas, actúan de forma favorables en el momentos de realizar un traslado, apoyado a los criterios, así como criterios de egreso; educación, promoción y prevención.

XI. Recomendaciones

Concertación entre la dirección docente SILAIS –Hospital – Unidades Primarias de salud para realizar docencia continua educativas, sobre la normativa 147, con evaluaciones previa y posterior a la capacitación con el objetivo de evaluar el nivel de retención científica del tema.

Realizar un plan de pasantía en la unidad hospitalaria para valorar las manifestaciones, diagnóstico y manejo terapéutico en los casos de dengue con signos de alarma y dengue grave, en equipos multidisciplinarios a nivel local para la obtención de información de factores de riesgo; que permita el análisis integral y oportuno en las diferentes clasificación del dengue, con el fin de orientar las intervenciones de prevención y control del dengue.

Construir alianzas las instituciones sanitarias y de educación en fortalecer la vigilancia vectorial de casos de dengue con signos y dengue grave para la identificación oportuna a través de los factores del huésped y factores de mal pronóstico para la evolución de gravedad.

Seguir investigando cuál es el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas que poseen el personal de salud de los diferentes niveles de atención, a fin de orientar las actividades de prevención y control del *Aedes aegypti*; dado que depende mucho de ellos el aprendizaje y buen rendimiento de los recursos humanos de salud.

Alianzas entre los medios de comunicación que forman parte de un complejo sistema de interacción social, para la educación, promoción prevención cambios de cultura, el medio ambiente, la economía, en post de evitar mortalidad en dengue, para contribuyen a mejorar la calidad de vida de las personas.

XII. Bibliografía

1. Anderson A, Zevallos M, Montes C, Ramírez G, Pastor R, Pezantes M, et. al. Conocimientos, actitudes y prácticas de la población frente al dengue: Lima: General de Promoción de la Salud del MINSA/Proyecto Vigía; 2014.
2. Acosta S, Chalgub A, Baydes R, et al. Modificación de los conocimientos de los conocimientos, actitudes y prácticas de la población sobre la prevención de los mosquitos. Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Vigilancia de la Salud. Vigilancia del dengue. (11/04/2000).
3. Allison Chávez Rojas, Conocimientos, Actitudes y prácticas sobre dengue en la población de los consejos 1y3 Sitiaba- León, Mayo-Septiembre 2003. P. 47-49.
4. Benítez, S, Machi M, Gibert E, Rivarola K. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del Dengue en un Barrio de Asunción. Rev. Chile Pediatría. Santiago, 73 (1): Enero 2012.
5. Castañeda O, Segura O, Ramírez A. Conocimientos, actitudes y prácticas comunitarias en un brote de Dengue en un municipio de Colombia, 2010. Rev.Salud pública. 2011; 13(3):514-527.
6. Cáceres, F, Vesga, C, Perea, X, Ruitort, M, Talbot, Conocimientos, actitudes y prácticas sobre Dengue en dos Barrios de Bucaramanga, Colombia. Rev. Salud Pública. 11 (1): 27-38, 2009. P27-38.

7. Castillo, R, Terrones, C, Yabar, D, Ventosilla, P. Conocimientos, actitudes y prácticas respecto a la Bartonelosis Aguda (Fiebre de la Oroya) en los pobladores del Distrito de Ollantaytambo, Provincia de Urubamba, En el Valle Sagrado de los Incas, Cusco, Perú. *Acta Med Per* 25(2) 2008. P.58-62.
8. Cáceres-Manrique F de M, Vesga, Gómez C, Perea, Flórez X, Ruitorte M, Talbot Y. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue en dos barrios de Bucaramanga, Colombia. *Revista de Salud Pública*. 2009;11 (1):27–38.
9. Cooke A, Carrión K, González A, Villareal A. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue en dos barrios del corregimiento de Pocrí, Distrito de Aguadulce, Provincia de Coclé. Panamá, Septiembre 2009. *Rev méd cient*. 2009;23 (2):12-23.
10. Dávila-Gonzales, Jhoni Alberto, Guevara-Cruz. Luis Antonio, Peña-Sánchez, Cristian Díaz-Vélez, Eric Ricardo, *Revista Hispana Ciencia*. *Rev. Hisp Ciencia de Salud*. 2018; 4 (3)
11. Escolar JH, Consuegra-Mayor C, Herazo-Beltrán Y. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre Dengue en un barrio de la ciudad de Cartagena de Indias. *Rev Salud Pública*. el 1 de marzo de 2014;16(2):281–92.
12. Gordillo L. Nivel de Conocimientos sobre la enfermedad del Dengue en personal Médico e Internos de Medicina de hospitales del Ministerio de Salud del Departamento de Lambayeque [Tesis para optar por el título de Médico Cirujano]. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo; 2001.
13. Hernández J, Consuegra C, Herazo Y. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre Dengue en un barrio de la ciudad de Cartagena de Indias. *Rev. Salud pública*. 2014; 16(2): 281-292.

14. Herrera C, Buitrago J, Rendón M, Cipamocha L. Conocimientos y prácticas de prevención del dengue en la comuna 1 de Neiva y municipio de acacias meta y de qué manera se puede evitar o erradicar esta enfermedad. Universidad Nacional abierta y a distancia – UNAD. Neiva 2013.
15. Herrera, Claudia; Buitrago, José; Rendón, Mabel, Cipamocha, Leidy; Conocimientos y prácticas de prevención del dengue en la comuna 1 de Neiva y municipio de acacias meta y de qué manera se puede evitar o erradicar esta enfermedad; 2013
16. Hoyos A, Pérez A. Nivel de conocimientos sobre el dengue en San Mateo, Anzoátegui, Venezuela. *Rev Cubana Salud Pública*. 2009; 35(4):161-17.
17. Hunsperger, A. E., Muñoz, Jordán, J., Beltrán, M, Colón, M., Carrión, J. Vázquez, J and Margolis, S. (2016). Performance of Dengue Diagnostic Tests in a Single Specimen Diagnostic Algorithm. *Journal of Infection Diseases*. San Juan: Puerto Rico.
18. Jamanca R, Touzett A, Campos L, Jave H, Carrión M, Sánchez S. Estudio cap de dengue en los distritos de Cercado de Lima, La Victoria y San Luis. Lima, Perú. junio 2004. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2005;22 (1):26–31.
19. Martínez M., Espino C., Moreno N., y Et al. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre dengue y su relación con hábitats del vector en Aragua-Venezuela. Scielo [revista en internet] 2015 julio.
20. Ministerio de Salud (MINSA). Guía para el Manejo Clínico del Dengue en Adulto. (2011). Managua: Nicaragua.

21. Ministerio de Salud (MINSA). Guía para el Manejo Clínico del Dengue en Pediatría. (2011). Managua: Nicaragua.
22. Organización Mundial de la Salud. Dengue: Guías para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control. 2009.
23. Organización Panamericana de Salud (2008) Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas CAP: Una herramienta para el abordaje intercultural de la malaria.
24. Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa Especial para la Investigación y capacitación de Enfermedades Tropicales. Dengue Guía para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control. (2009). La paz: Bolivia (2010). Pág. 99-105.
25. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. Guía de Bolsillo. Diagnóstico y Manejo Clínico de casos de Dengue. (2013).
26. Paico-Romero C, Polo-Capuñay A, Díaz-Exebio G, Díaz-Vélez C. Validación y desarrollo del instrumento: Nivel de conocimientos en diagnóstico y tratamiento sobre dengue en médicos de la región Lambayeque. Acta Médica Peruana.2012; 29 (3):143–147.
27. Pineda F, Agudelo CA. Percepciones, actitudes y prácticas en malaria en el Amazonas Colombiano. Rev Salud Pública. 2005; 7: 339-348.
28. Rodríguez L. Conocimientos, actitudes y prácticas de la población del municipio en Sancti Spiritus [Tesis]. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; Facultad de Medicina "Diez de Octubre"; 2008.
29. Shuaib F, et al. Knowledge, attitudes and practices regarding dengue infection in Westmoreland, Jamaica. West Indian med. j. 2010; 59(2):139-146

XIII. Anexos

Tabla No 1: Distribución del personal de salud que atiende Dengue en Adultos. Centro de Salud Manin Rener, Municipio de Rivas. Julio - Septiembre del 2019

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Edad		
20 – 29 años	38	63.3
30 – 40 años	15	25.0
Mayor de 50	7	11.7
Sexo		
Masculino	20	33.3
Femenino	40	66.7
Perfil Profesional		
Médico Especialista	1	1.7
Médico General	7	11.7
Médico en servicio social	9	15.0
Médico Interno	10	16.7
Enfermera (o)	33	55.0
Años de laboral en la US		
Menor de 1 año	19	31.7
1 a5 años	23	38.3
6 a 10 años	16	26.7
Mayor de 10 años	2	3.3

Fuente: Entrevista

Tabla No 2. Capacitaciones y fuentes de información sobre manejo de dengue en adultos del personal médico y enfermeras. Centro de Salud Manin Rener, Municipio de Rivas. Julio - Septiembre del 2019

Variables	Si		No	
	Fr	%	Fr	%
Capacitaciones e información recibidas				
Manejo de dengue	30	50	30	50
Normativa 147	50	93.3	10	16.7
Organización de UAF	13	21.6	13	21.6
Tipo de información recibida				
Marco Legal	17	28.3	43	71.7
Clasificación clínica del dengue	55	91.7	5	8.3
Factores de riesgo	55	91.7	5	8.3
Diagnóstico, procedimiento y tratamiento	55	91.7	5	8.3
Definiciones de roles por nivel de atención	43	71.7	17	28.3
Educación, Promoción y Prevención	56	93.3	4	6.7
Lugar donde has recibido la información				
Casa donde vive	22	36.7	38	63.3
Centro de salud	55	91.7	5	8.3
Hospital	50	83.3	10	16.7
Silais	45	75	15	25
Congreso	9	15	51	85
Por medio de quien conoces las medidas de prevención en la lucha anti epidémica				
Amigos	18	30	42	70
Colegas	30	50	30	50
Clases en su unidad de salud	49	81.7	11	18.3
Libros, folletos, normas	53	88.3	7	11.7
Medios de comunicación	48	80	12	20
Personal de salud	43	71.7	17	28.3
Otras fuentes	30	50	30	50

Fuente: Entrevista

Tabla No 3. Conocimiento de médicos y enfermeras sobre el manejo del dengue en adultos según definición de la normativa 147. Centro de Salud Manin Rener, Municipio de Rivas. Julio - Septiembre del 2019

Variables	Si		No	
	Fr	%	Fr	%
Definición de Dengue 2147				
Arbovirus, existen, cuatro serotipos	41	68.3	19	31.7
Virosis humana transmitida por artrópodos importante	18	30	42	70
Existen 5 serotipos DENV-1 al DENV-5	30	50	30	50
La mayoría cursan con tres fases, algunos casos, son dengue grave desde inicio de la enfermedad	44	73.3	16	26.7
La fiebre es alta y repentina, y es Trifásica.	35	58.3	25	41.7
La fase febril aguda dura de 2 a 5 días y suele acompañarse de malestar general y enrojecimiento facial y exantema	43	71.7	17	28.3
La fase crítica inicia defervescencia de la fiebre, se produce entre el día 3 - 7 de la enfermedad	42	70	18	30
En la fase crítica, ocurre un aumento de la permeabilidad capilar, y los niveles de hematocrito con descenso de las plaquetas	50	83.3	10	16.7
El período de fuga plasmática clínicamente dura de 48 a 72 horas y se presenta entre el 3ro y 7mo día de la enfermedad	39	63.3	22	36.7
El choque ocurre cuando se fuga una gran cantidad del volumen plasmático igual o mayor al 40 %	51	85	9	15
Los pacientes que se deterioran y presentan signos de alarma, se clasifican como Dengue Con Signos de Alarma.	47	78.3	13	21.7
Fase de crítica es cuando el paciente sobrevive a la fase febril, y tiene lugar una reabsorción gradual de líquido del compartimiento extravascular al intravascular.	32	53.3	28	46.7

Fuente: Entrevista

Tabla No 4. Conocimiento de médicos y enfermeras sobre el manejo del dengue en adultos según clasificación de la normativa 147. Centro de Salud Manin Rener, Municipio de Rivas. Julio - Septiembre del 2019

Variables Clasificación 1675	Si		No	
	fr	%	fr	%
De acuerdo a las manifestaciones clínicas, parámetros de evaluación hemodinámica y datos de laboratorio; se clasifican en DSSA, DCSA, DG	53	88.3	7	11.7
DSSA es todo cuadro febril agudo sin foco aparente, usualmente entre 2 a 7 días de evolución	42	70	18	30
DCSA es cuando hay dolor abdominal referido por el paciente o referido durante el interrogatorio y/o dolor a la palpación del abdomen	49	81.7	11	18.3
Manifestaciones clínicas importantes en el Dengue grave es vómito único o persistente o referido por el paciente	24	40	37	60
Dengue Grave se definen por dificultad respiratoria debido a extravasación de plasma, sangrado clínicamente importante y compromiso de órganos	50	83.3	10	16.7
La miocarditis por dengue se expresa principalmente con alteraciones del ritmo cardiaco taquiarritmias y bradiarritmias, inversión de la onda T e infra desnivel del segmento ST con disfunción ventricular	40	66.7	20	33.3

Fuente: Entrevista

Tabla No 5. Conocimiento de médicos y enfermeras sobre el manejo del dengue en adultos según factores de riesgo de la normativa 147. Centro de Salud Manin Rener, Municipio de Rivas. Julio - Septiembre del 2019

VARIABLES / FACTORES DE RIESGO	Si		No	
	fr	%	fr	%
Factores del huésped				
Jóvenes adultos	30	50	30	50
Antecedentes de enfermedades crónicas	17	28.3	43	71.7
Embarazo y puerperio	27	45	33	55
Desnutridos, obesos	23	38.3	37	61.7
Factores de mal pronóstico para la evolución				
Insuficiencia Cardíaca	29	48.3	31	51.7
Choque recurrente.	24	56.7	26	43.3
Choque refractario	37	61.7	23	38.3
No ser portador de enfermedades crónicas	32	53.3	28	46.7
Choque persistente menos de 1 hora	37	61.7	23	38.3

Fuente: Entrevista

Tabla No 6. Conocimiento de médicos y enfermería sobre el manejo del dengue en adultos según medios diagnósticos de la normativa 147. Centro de Salud Manin Rener, Municipio de Rivas. Julio - Septiembre del 2019

VARIABLES	Si		No	
	fr	%	fr	%
Medios de diagnósticos 1159				
Ultrasonido abdominal en todos los sospechosos	23	38.3	37	61.7
Hematocrito y plaquetas	25	41.7	35	58.3
Radiografías de tórax en todos los casos	22	36.7	38	63.4
Evaluación hemodinámica	36	60	24	40
Punción cardiaca en miocarditis por dengue	24	40	36	60
Historia clínica y examen físico completa	31	51.7	29	48.3
Evaluación general / historia clínica y anamnesis 998				
Signos de alarma. Hoja de hemodinámica	47	78.3	13	21.7
Cantidad de líquidos ingesta por la vía oral	35	58.3	25	41.7
Cambios del estado de conciencia	50	83.3	10	16.7
Administración de medicamento sin prescripción	37	61.7	23	38.3
Diuresis (frecuencia en las últimas 24 horas)	48	80	12	20
Recibió medicamentos tipo AINE o dipirona	46	76.7	14	23.3
Familiares o vecinos con fiebre en la vecindad	42	70	18	30
Exámenes solicitados al inicio de la enfermedad 693				
Biometría hemática completa	41	68.3	19	31.7
Examen general de orina	41	68.3	19	31.7
Plaquetas	39	65	21	35
Transaminasa	32	53.4	28	46.7
Electrolitos	35	58.3	25	41.7
Perfil lipídicos	36	60	24	30

Fuente: Entrevista

Tabla No 7. Conocimiento de médicos y enfermería sobre el manejo del dengue en adultos según tratamiento en normativa 147. Centro de Salud Manin Rener, Municipio de Rivas. Julio - Septiembre del 2019

VARIABLES / Tratamiento	Si		No	
	fr	%	fr	%
DSSA459				
Vigilancia por 72 horas en las UAF	42	70	18	30
Brindas SRO 10 vasos al menos al día	32	57.3	28	43.7
Acetaminofén y/o ibuprofeno VO cada 8 horas	19	31.7	41	68.3
Orientar sobre signos de alarma	54	90	6	10
Bajar fiebre sin moverlo de cama por medios físico	58	96.7	2	3.3
Hematocrito, plaquetas y leucocitos cada 72 horas	30	50	30	50
En caso de embarazo procurar el decúbito lateral derecho a fin de no disminuir el retorno venoso.	18	30	42	70
DCSA 216				
Comenzar 20 ml/kg/h en la primera hora y valorar estado hemodinámica y datos de alarma	25	41.7	35	58.3
Si se observa mejoría clínica y la diuresis es \geq de 1 ml/kg/h, proceder a descender las cargas volumétricas de manera progresiva	43	71.7	17	38.3
Si se observa mejoría clínica al pasar carga y al repetir el hematocrito la evolución es satisfactoria, se omite de inmediato la infusión de líquidos de mantenimiento.	43	71.7	17	38.3
La administración de cargas de mantenimiento en los pacientes obesos se calculan según el peso ideal para la talla	51	85	9	15
Si no hay mejoría de los signos de alarma después de la primera carga administrar un segundo bolo con solución salina 0.9% a 10 ml/ kg en 1 hora.	54	90	6	10

Fuente: Entrevista

Tabla No 8. Conocimiento de médicos y enfermeras sobre el manejo del dengue en adultos según tratamiento en dengue grave, en normativa 147. Centro de Salud Manin Rener, Municipio de Rivas. Julio - Septiembre del 2019

Variables / Tratamiento	Si		No	
	fr	%	fr	%
Es cuando hay evidencia de alteración de los parámetros de evaluación hemodinámica y con manifestaciones clínicas de choque en fase inicial o choque hipotensión	57	95	3	5
Monitoreo de signos vitales cada 30 minutos en la primera hora, luego continuarlo vigilando cada 30 minutos hasta que el paciente salga del choque	49	81.7	11	18.3
Iniciar hidratación intravenosa con cristaloides: solución salina 0.9% o Lactato de Ringer, a razón de 15 ml/kg/h por una hora	40	66.7	20	33.3
Se debe de mantener con líquidos IV por 48 a 72 horas hasta su completa estabilidad hemodinámica y valorar la vía oral de inmediato a la estabilización	47	78.3	13	21.7
Si el paciente después de 2 cargas de 15ml/kg/hora persisten las alteraciones hemodinámicas y evoluciona a choque hipotensivo iniciar nuevamente con 10 ml/kg/hora	33	55	27	45
Si el hematocrito que ha disminuido bruscamente y la inestabilidad hemodinámica sugieren sangrado y la necesidad urgente de tomar una prueba cruzada y transfundir plaquetas a 5-10 ml/kg	38	63.3	22	36.7
En caso de embarazo procurar el decúbito lateral derecho a fin de no disminuir el retorno venoso.	18	30	42	70

Fuente: Entrevista

Tabla No 9. Nivel de conocimiento de médicos y enfermeras sobre el manejo del dengue en adultos según normativa 147. Centro de Salud Manin Rener, Municipio de Rivas. Julio - Septiembre del 2019

Conocimiento	No	%
Mala	21	36
Buena	39	64
Total	60	100

Fuente: Entrevista

Tabla No 10. Actitudes de médicos y enfermeras ante el dengue en adultos según normativa 147. Centro de Salud Manin Rener, Municipio de Rivas. Julio - Septiembre del 2019.

VARIABLES / ACTITUD	DA		DE	
	fr	%	fr	%
El propósito es identificar tempranamente los síndromes febriles que presentan cambios hemodinámicas	52	86.7	8	13.3
Los pacientes con fiebre sin signos de alarma ni cambios hemodinámicas, serán observado por 24 horas en la UAF	53	88.3	7	11.7
Se deben de valorar los signos de alarma y los 8 parámetros hemodinámicas cada 4 horas.	22	36.7	38	63.3
En la UAF se utilizará una historia clínica completa que contemple al padecimiento actual.	43	71.7	17	28.3
Es una unidad de valoración clínica por lo que la vigilancia del paciente depende de los resultados del laboratorio	27	45	33	55
Los criterios de alta son: ausencia de fiebre sin administración de antipiréticos; mejoría clínico buen estado general, adecuado apetito	47	78.3	13	21.7
Las alta la UAF se debe reportar a su Equipo de Salud Familiar	22	36.7	38	63.3
Los paciente febril con signos de alarma o con choque necesite ser trasladado a otra unidad de salud, de forma inmediato para evitar complicaciones y muertes	43	71.7	17	28.3
Traslado de pacientes que se realice a otro nivel de mayor resolución				
Director de SILAIS, punto focal y punto focal nacional deben estar informados	27	45	33	55
Deben de ser acompañado por personal con competencia en el manejo de estos casos.	55	91.7	5	8.3
Deberán reportar diariamente incluidos fines de semana y feriados la situación de los pacientes febriles tiempo real y las condiciones de febriles graves.	42	70	18	30

Fuente: Entrevista

Tabla No 11. Actitudes de médicos y enfermeras ante el dengue en adultos según normativa 147. Centro de Salud Manin Rener, Municipio de Rivas. Julio - Septiembre del 2019

Variables / Actitud	DA		DE	
	%	fr	%	fr
Criterios de Traslado				
Choque refractario al manejo	51	85	9	15
Evidencia de dificultad respiratoria sin respuesta al manejo	58	96.7	2	3.3
Choque recurrente	59	98.3	1	1.7
Solicitud del pacientes y familiares	47	78.3	13	21.7
Hemorragia grave no controlada	57	95	3	5
Cualquier dato de disfunción orgánica	45	75	15	25
Criterios de Altas				
Ausencia de fiebre por 48 horas	28	46.7	32	53.3
Estado hemodinámica normal al menos 24 horas	46	76.7	14	23.3
Estabilidad hemodinámica con líquidos IV por lo menos por 24 horas	51	85	9	15
En el caso de embarazadas bienestar fetal adecuado	49	81.7	11	18.3
Buena tolerancia de la vía oral sin líquidos iv sin dificultad respiratoria, sin evidencia de sangrado.	45	75	15	25
Educación, Promoción y Prevención				
El control del mosquito o zancudo es la única medida que puede lograr que la transmisión de la infección por virus del Dengue se interrumpa	30	50	30	50
El uso de los mosquiteros en las camas previene la producción del zancudos	44	73.3	16	26.7
Todas las embarazadas, puérperas y recién nacidos, deben asistir a sus atenciones se deben de realicen todos los exámenes indicados por el equipo de salud.	58	96.7	2	3.3

Fuente: Entrevista

Tabla No 12. Nivel de Actitud de médicos y enfermeras ante el manejo del dengue en adultos según tratamiento en dengue grave, en normativa 147. Centro de Salud Manin Rener, Municipio de Rivas. Julio - Septiembre del 2019

Actitudes	N°	%
Favorables	47	77
No Favorables	13	23
Total	60	100

Fuente: Entrevista

Tabla No 13. Prácticas de médicos y enfermeras ante el manejo del dengue en adultos según en normativa 147. Centro de Salud Manin Renner, Municipio de Rivas. Julio - Septiembre del 2019

Variables / Practicas	DA		DE	
	fr	%	fr	%
Organización de las UAF				
En su práctica profesional frente a los casos de dengue tiene a manos normativa 147, en su escritorio	49	81.7	11	17.3
Cuenta su unidad de salud con área de triage para identificar a los pacientes febriles según gravedad	50	83.3	10	16.7
Cuenta su unidad de salud con UAF para ingreso a los pacientes febriles	52	86.7	8	13.3
Ingreso a UAF a todos los febriles o con antecedente de fiebre	53	88.3	7	11.7
Existen de forma permanente hojas de los parámetros hemodinámicas en su UAF	46	76.7	14	23.3
Elabora y vigila los parámetros hemodinámicas en solos paciente con sospechas de dengue	40	66.7	20	33.3
Siempre espero resultados de exámenes de laboratorio para iniciar el manejo del paciente con dengue	25	41.7	35	58.3
Se realiza historia clínica y examen físico exhaustivo en todos pacientes con fiebre	43	71.7	17	28.3
Utilizan tabla evaluación hemodinámicas solo en pacientes con sospecha de dengue	44	73.3	16	26.7
Se debe de indagar sobre frecuencia, volumen y hora de última micción en 24 horas en todos paciente febril	53	88.3	7	11.7
Administro antibióticos a todo paciente con dengue con foco infeccioso agregado	50	83.3	10	16.7
Debo de realizar balance hídrico cada 6- 8 horas	35	58.3	25	41.7
Tiene visible formula de cálculos de las aminas en bomba de infusión	21	35	39	65
Tienen visibles los números telefónicos del punto focal municipal, hospital y nacional	17	28.3	43	71.7
Aplican el esquema de Holliday y Seagar, para carga a los pacientes y para brindar suero oral si tolera la vo	35	58.3	25	41.7
Existen roll de radiólogos de turno diario en su unidad de salud	33	55	27	45

Fuente: Entrevista

Tabla No 12. Nivel de Practicas de médicos y enfermería ante el manejo del dengue en adultos según normativa 147. Centro de Salud Manin Rener, Municipio de Rivas. Julio - Septiembre del 2019

Actitudes	N°	%
Adecuadas	44	75
No adecuadas	16	25
Total	60	100

Fuente: Entrevista

Entrevista**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua****Recinto Universitario Farem- Carazo****Facultad de Ciencias Médicas****INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACIÓN**

“Conocimientos, actitudes y practicas sobre el manejo del dengue en adultos según la normativa 147 en el personal médico y enfermería del centro de salud Manin Rener del Municipio de Rivas, de julio a septiembre del 2019”

La presente entrevista es para valorar el conocimiento, actitudes y prácticas del personal médico y enfermería sobre el manejo del dengue de su unidad de salud “Manin Rener”. Sus respuestas serán utilizadas únicamente para efectos del estudio y su información será confidencial de forma que usted responda con toda confianza a las preguntas que se le realizaran.

“Buenos días estimado Dr. (a), somos la Dra. Elba Fernanda Reyes Mongalo y el Dr. Christian Bojorge Obregón, médicos en servicio social 2, nos encontramos realizando un estudio CAP

Numero de encuesta_____

Fecha_____

I- DATOS GENERALES**A. Edad**

1. 20- 29 años_____
2. 30- 49 años_____
3. Mayor de 50- años_____

B. Sexo:

1. Masculino _____
2. Femenino _____

C. Perfil profesional:

1. Médico Especialista_____
2. Médico General_____
3. Médico en servicio social_____

4. Médico Interno _____
5. Enfermera (o) _____

D. Años de laborar en la unidad de salud:

- Menos de 1 año _____
- 1 a 5 años _____
- 6 a 10 años _____
- Mayor de 10 años _____

E. En los últimos 6 meses ha sido capacitados sobre

1. Manejo de dengue
2. Normativa 147
3. Organización de UAF

II- INFORMACIÓN SOBRE NORMATIVA 147: MANEJO DEL DENGUES EN ADULTOS

A. Sobre Normativa 147 Dengues en adultos	S	N
	Si	NO
1. Has recibido información sobre la normativa 147		
B. Tipo de información que has recibido		
1. Marco Legal		
2. Clasificación clínica del dengue		
3. Factores de riesgo		
4. Diagnóstico, procedimiento y tratamiento en adultos		
5. Definiciones de roles por nivel de atención		
6. Educación, Promoción y Prevención		
C. Lugar donde has recibido la información		
1. Casa donde vive		
2. Centro de salud		
3. Hospital		
4. Silais		
5. Congreso		
D. ¿Por medio de quien conoces las medidas de prevención en la lucha anti		

epidémica?		
1. Amigos		
2. Colegas		
3. Clases en su unidad de salud		
4. Libros, folletos, normas		
5. Medios de comunicación		
6. Personal de salud		
7. Otras fuentes		

III. Conocimiento

A. Definición		
1. Causada por un arbovirus, del cual existen cuatro serotipos		
2. Virosis humana transmitida por artrópodos más importante		
3. Existen 5 serotipos DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4, DENV-5		
4. la mayoría de los pacientes cursan con las tres fases, en algunos casos las manifestaciones de dengue grave se presentan desde inicio de la enfermedad		
5. Los pacientes desarrollan fiebre alta y repentina, que puede ser Trifásica.		
6. Habitualmente la fase febril aguda dura de 2 a 5 días y suele acompañarse de malestar general y enrojecimiento facial y exantema		
7. La fase crítica inicia defervescencia de la fiebre, se produce entre el día 3 - 7 de la enfermedad,		
8. Algunos pacientes pueden no progresar a la fase crítica a la desaparición de la fiebre; en esta fase ocurre un aumento de la permeabilidad capilar, aumento de los niveles de hematocrito y descenso de las plaquetas		
9. El período de fuga plasmática clínicamente significativa por lo general dura de 48 a 72 horas y se presenta entre el 3ro y 7mo día de la enfermedad		
10. El choque ocurre cuando se fuga una gran cantidad del volumen plasmático igual o mayor al 40 % del volumen circulante		

11. Los pacientes que se deterioran y presentan Signos de Alarma, se clasifican como Dengue Con Signos de Alarma.		
12. Fase de crítica es cuando el paciente sobrevive a la fase febril, y tiene lugar una reabsorción gradual de líquido del compartimiento extravascular al intravascular.		
B. Clasificación		
1. De acuerdo a las manifestaciones clínicas, parámetros de evaluación hemodinámica y datos de laboratorio; se clasifican en DSSA, DCSA, DG		
2. DSSA es todo cuadro febril agudo sin foco aparente, usualmente entre 2 a 7 días de evolución		
3. Un DCSA es cuando hay dolor abdominal referido por el paciente o referido durante el interrogatorio y/o dolor a la palpación del abdomen		
4. Manifestaciones clínicas importantes en el Dengue grave es Vómito único o persistente o referido por el paciente		
5. Dengue Grave se definen por uno o más de los siguientes criterios, dificultad respiratoria debido a extravasación de plasma, sangrado clínicamente importante y compromiso de órganos		
6. La miocarditis por dengue se expresa principalmente con alteraciones del ritmo cardíaco taquiarritmias y bradiarritmias, inversión de la onda T e infra desnivel del segmento ST con disfunción ventricular		
C. Factores de riesgos		
¿Cuáles son no factores del huésped?		
1. Jovenes adultos		
2. Antecedentes de enfermedades crónicas		
3. Embarazo y puerperio		
4. Desnutrido y obesos		
D. ¿Cuáles no son factores de mal pronóstico para la evolución del dengue?		
1. Insuficiencia Cardíaca		
2. Choque recurrente.		
3. Choque refractario		

4. No ser portador de enfermedades crónicas (Diabetes, asma, cardiopatías)		
5. Choque persistente menos de 1 hora		
1. Son medios de diagnósticos del dengue todos los anteriores excepto		
1. Ultrasonido abdominal en todos los sospechosos		
2. Exámenes de laboratorio como hematocrito y plaquetas		
3. Radiografías de tórax en todos los casos		
4. Evaluación hemodinámica		
5. Punción cardiaca en miocarditis por dengue		
6. Historia clínica y examen físico completa		
2. Evaluación general / historia clínica: anamnesis son importantes excepto		
1. Signos de alarma.		
2. Cantidad de líquidos ingesta por la vía oral		
3. Cambios del estado de conciencia: irritabilidad, somnolencia, letargo, lipotimia, mareo, convulsiones y vértigo.		
4. Administración de medicamento sin prescripción médica.		
5. Diuresis (frecuencia en las últimas 24 horas, volumen y hora de la última micción)		
6. Recibió medicamentos tipo AINE o el uso de dipirona		
7. Familiares o vecinos con fiebre en la vecindad		
3. Exámenes solicitados al inicio de la presentación de la enfermedad son excepto		
1. Biometría hemática completa		
2. Examen general de orina		
3. Plaquetas		
4. transaminasa		
5. Electrolitos		
6. Perfil lipídicos		
4. Hablando de Tratamiento del dengue responde los siguiente		

DSSA		
1. Vigilancia por 72 horas en las UAF		
2. Brindas SRO 10 vasos al menos al día		
3. Acetaminofén y/o ibuprofeno VO cada 8 horas		
4. Orientar sobre signos de alarma		
5. Bajar fiebre sin moverlo de cama por medios físico		
6. Hematocrito, plaquetas y leucocitos cada 72 horas		
7. En caso de embarazo procurar el decúbito lateral derecho a fin de no disminuir el retorno venoso.		
DCSA		
8. Comenzar 20 ml/kg/h en la primera hora y valorar estado hemodinámico y datos de alarma		
9. Si se observa mejoría clínica y la diuresis es \geq de 1 ml/kg/h, proceder a descender las cargas volumétricas de manera progresiva		
10. Si se observa mejoría clínica al pasar carga y al repetir el hematocrito la evolución es satisfactoria, se omite de inmediato la infusión de líquidos de mantenimiento.		
11. La administración de cargas de mantenimiento en los pacientes obesos se calculan según el peso ideal para la talla		
12. Si no hay mejoría de los signos de alarma después de la primera carga administrar un segundo bolo con solución salina 0.9% a 10 ml/ kg en 1 hora.		
DG		
13. Es cuando hay evidencia de alteración de los parámetros de evaluación hemodinámica y con manifestaciones clínicas de choque en fase inicial o choque hipotensión		
14. Monitoreo de signos vitales cada 30 minutos en la primera hora, luego continuarlo vigilando cada 30 minutos hasta que el paciente salga del choque		
15. Iniciar hidratación intravenosa con cristaloides: solución salina 0.9% o Lactato de Ringer, a razón de 15 ml/kg/h por una hora		
16. Se debe de mantener con líquidos IV por 48 a 72 horas hasta su completa estabilidad hemodinámica y valorar la vía oral de inmediato a la estabilización		
17. Si el paciente después de 2 cargas de 15ml/kg/hora persisten las alteraciones hemodinámicas y evoluciona a choque hipotensivo iniciar nuevamente con 10 ml/kg/hora		
18. Si el hematocrito que ha disminuido bruscamente y la inestabilidad hemodinámica sugieren sangrado y la necesidad urgente de tomar una prueba cruzada y transfundir plaquetas a 5-10 ml/kg		

IV. ACTITUDES

Marque con una X según corresponda: Da: De Acuerdo, De: Desacuerdo

A. Organización de la Unidad de Atención a Febriles (UAF)	DA	De
1. El propósito es identificar tempranamente los síndromes febriles que presentan cambios hemodinámicas		
2. Los pacientes con fiebre sin signos de alarma ni cambios hemodinámicas, serán observado por 24 horas en la UAF)		
3. Se deben de valorar los signos de alarma y de los 8 parámetros hemodinámicas cada 4 horas.		
4. En la UAF se utilizará una historia clínica completa que contemple al padecimiento actual.		
5. Es una unidad de valoración clínica por lo que la vigilancia del paciente depende de los resultados del laboratorio		
6. Los criterios de alta son: ausencia de fiebre sin administración de antipiréticos; mejoría clínico buen estado general, adecuado apetito, estado hemodinámica normal		
7. Las alta la UAF se debe reportar a su Equipo de Salud Familiar		
8. Los paciente febril con signos de alarma o con choque necesite ser trasladado a otra unidad de salud, de forma inmediato para evitar complicaciones y muertes		
B. Traslado de pacientes que se realice a otro nivel de mayor resolución		
1. Director de SILAIS, punto focal y punto focal nacional deben estar informados		
2. Deben de ser acompañado por personal con competencia en el manejo de estos casos.		
3. Deberán reportar diariamente incluidos fines de semana y feriados la situación de los pacientes febriles tiempo real y las condiciones de febriles graves.		
C. Criterios de Traslado		
1. Choque refractario al manejo		
2. Evidencia de dificultad respiratoria sin respuesta al manejo		
3. Choque recurrente		
4. Solicitud del pacientes y familiares		
5. Hemorragia grave no controlada		
6. Cualquier dato de disfunción orgánica		
D. Criterios de Altas		
1. Ausencia de fiebre por 48 horas		

2. Estado hemodinámica normal al menos 24 horas		
3. Estabilidad hemodinámica con líquidos IV por lo menos por 24 horas		
4. En el caso de embarazadas bienestar fetal adecuado		
5. Buena tolerancia de la vía oral sin líquidos iv		
6. Sin dificultad respiratoria, Sin evidencia de sangrado.		
E. Educación, Promoción y prevención		
1. El control del mosquito o zancudo es la única medida que puede lograr que la transmisión de la infección por virus del Dengue se interrumpa		
2. El uso de los mosquiteros en las camas previene la producción del zancudos		
3. Todas las embarazadas, puérperas y recién nacidos , deben asistir a sus atenciones prenatales y controles de Vigilancia Crecimiento y desarrollo y que se realicen todos los exámenes indicados por el equipo de salud.		

V. PRACTICAS

A. Organización de la Unidad de Atención a Febriles (UAF)	Da	De
1. En su práctica profesional frente a los casos de dengue se basa tiene a manos normativa 147, en su escritorio		
2. Cuenta su unidad de salud con área de triage para identificar a los pacientes febriles según gravedad		
3. Cuenta su unidad de salud con UAF para ingreso a los pacientes febriles		
4. Ingreso a UAF a todos los febriles o con antecedente de fiebre		
5. Existen de forma permanente hojas de los parámetros hemodinámicas en su UAF		
6. elaboro y vigila los parámetros hemodinámicas en solos paciente con sospechas de dengue		
7. Siempre espero resultados de exámenes de laboratorio para iniciar el manejo del paciente con dengue		
8. Se realiza historia clínica y examen físico exhaustivo en todos pacientes con fiebre		
9. Utilizan tabla evaluación hemodinámicas solo en pacientes con sospecha de dengue		
10. Se debe de Indagar sobre frecuencia, volumen y hora de última micción en 24 horas en todos paciente febril		
11. Administro antibióticos a todo paciente con dengue con foco infeccioso agregado		
12. Debo de realizar balance hídrico cada 6- 8 horas		

13. Tiene visible formula de cálculos de las aminas en BOMBA DE INFUSION		
14. Tienen visibles los números telefónicos del punto focal municipal, hospital y nacional		
15. Aplican el esquema de Holliday y Seagar, para carga a los pacientes y para brindar suero oral si tolera la vía oral		
16. Existen roll de radiólogos de turno diario en su unidad de salud		

GRACIAS POR SU APOYO

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua**Recinto Universitario Farem- Carazo****Facultad de Ciencias Médicas****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

La presente entrevista es para valorar el conocimiento, actitudes y prácticas del personal médico y enfermería sobre el manejo del dengue de su unidad de salud “Manin Rener”. Sus respuestas serán utilizadas únicamente para efectos del estudio y su información será confidencial de forma que usted responda con toda confianza a las preguntas que se le realizaran.

YO _____ CON NUMERO DE
CEDULA _____, DOY AUTORIZACIÓN

A REALIZAR ENTREVISTA SOBRE EL MANEJO DEL DENGUE EN PACIENTES ADULTOS. SIN NINGUN TIPO DE COHESION, RESPONDIENDO A LAS PREGUNTAS, CON EL OBJETIVO DE MEJOR EL MANEJO DEL DENGUE. TODO LOS QUE SE DIGAN SERA UTILIZADOS CON PROPOSITOS ACADEMICOS Y DE FORMA CONFIDENCIAL.

RIVAS A LOS _____ DIAS DEL MES DE _____ DEL AÑO 2019

FIRMA DEL ENTREVISTADO

FIRMA DEL ENTREVISTADOR