



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA**



**MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**

**OCOTAL 2014-2016**

**Informe final de tesis para optar al título de**

**Master en Salud Pública**

**CARACTERISTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS DE LOS  
PACIENTES ADULTOS CON SOSPECHA DE DENGUE QUE ASISTEN  
AL CESAMO SAN BENITO, TEGUCIGALPA, HONDURAS,  
ABRIL-JULIO 2015.**

**Autor:**

**Dra. Amelia Rodas**

**Dra. Cirugía Dental**

**Tutor:**

**Dra. Marcia Ibarra**

**Docente Investigador**

**Ocotal, Nicaragua 2016.**

## ÍNDICE

i.	AGRADECIMIENTOS	
ii.	DEDICATORIA	
iii.	RESUMEN	
I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	ANTECEDENTES.....	2
III.	JUSTIFICACIÓN.....	4
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
V.	OBJETIVOS.....	6
VI.	MARCO TEÓRICO.....	7
VII.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	13
VIII.	RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTOS.....	16
IX.	CONCLUSIONES.....	28
X.	RECOMENDACIONES.....	29
XI.	BIBLIOGRAFÍA.....	30
	ANEXOS.....	31

## i. AGRADECIMIENTOS

A **Dios** por darme la vida y la fortaleza para llegar hasta acá.

A mi **madre** por ayudarme a cumplir una meta más en mi vida, por ser mi apoyo, mi fuerza y mi ancla; por hacer hasta lo imposible para que yo me gradúe, pero sobre todo por confiar en mí.

A mis **hermanos**, por apoyarme en todo lo que pudieron y así cumplir la meta de graduarme.

A **J. Antonio Ortega**: Por ser el motor que me ha empujado cuando no he tenido fuerzas, por ayudarme en todo momento; pero sobre todo, por creer en mis sueños y siempre estar al lado mío para lograrlo juntos.

A todas las demás personas (maestros, familiares y amigos) que colaboraron a llegar al fin de este camino llamado Maestría.

Infinitas gracias a todos!

Doctora Amelia Rodas

## ii. DEDICATORIA

A mi madre, por darme la vida y junto con ello acompañarme en cada etapa haciendo de mis metas y sueños los de ella también.

Gracias por hacer su prioridad, mi prioridad y darme la oportunidad de subir un escalón más en mis estudios.

Mil gracias Mami por creer en mí! Este triunfo es de las dos!

La amo!

Doctora Amelia Rodas

### iii. RESUMEN

**Objetivo.** Determinar las características Clínico-epidemiológicas de los pacientes adultos con Dengue Sospechoso que asisten al CESAMO San Benito, Tegucigalpa, Honduras, Abril- Julio 2015.

**Problema.** ¿Cuáles son las características clínico-epidemiológicas de los pacientes adultos con sospecha de Dengue que asisten al CESAMO San Benito, Tegucigalpa, Honduras, Abril- Julio 2015?

**Método.** Se revisaron los expedientes clínicos y fichas epidemiológicas de todos los pacientes adultos con posible diagnóstico de dengue que asistieron al CESAMO San Benito en el período de Abril-Julio de 2015.

**Resultados.** Participaron 36 pacientes con diagnóstico sospechoso de dengue, de los cuales 69% fueron mujeres, 67% fueron jóvenes entre 21-30 años, 94% de raza mestiza, la mayoría eran ama de casa con un nivel académico en su mayoría de primaria completa y secundaria completa, el 80% de los pacientes eran de procedencia de colonia, con viviendas la mayor parte de adobe. El 94% de los pacientes presentó fiebre y más del 80% cefalea y dolor retroocular; cumpliéndose así la norma para sospechar de un caso de dengue. El 80% de los pacientes se presentó a la consulta a 2-3 días de evolución de la enfermedad, la mayoría sin haber realizado migración y sin diagnóstico anterior de dengue. El 16.67% de los pacientes no presentaba información epidemiológica necesaria para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con dengue, según el lineamiento de la OMS.

**Conclusión.** Los resultados indican que los casos de dengue en el centro de salud San Benito llevan el ritmo normal en cuanto a sus características sociodemográficas y manifestaciones clínicas; sin embargo debe mejorarse la captación de los datos epidemiológicos de estos pacientes.

**Palabras clave:** Dengue, DENCO, ETV, Modelo de atención familiar y comunitaria

## I. INTRODUCCIÓN

Según la organización Mundial de la Salud (OMS), dos quintas partes de la población mundial vive en riesgo de ser infectadas por dengue y más de cien países han sido afectados por epidemias de dengue o dengue hemorrágico. Se estima que todos los años ocurren más 50, 000,000 de casos de dengue y dengue hemorrágico; 500,000 hospitalizaciones y 20,000 defunciones. (1)

Antes de 1981, el dengue y su forma más grave (el DH) estaban considerados como un problema del continente asiático que no amenazaba la región de las Américas. Este escenario cambió repentinamente como resultado, primero, de la epidemia cubana de 1981 y luego con la segunda epidemia en 1990 en Venezuela, marcando claramente al dengue y al DH como enfermedad emergente en las Américas. (2)

En Honduras el virus de dengue cada día es más evidente en la población; hasta el año 2015, la Secretaría de Salud reporta que el total casos del virus del dengue continúa abatiendo a la población ya que se contabilizan 31,405 casos este año, de estos, 648 son dengue grave o hemorrágico. Para el 2014 a la misma fecha se reportaron 894 casos de Dengue grave. Es decir, hubo una reducción de al menos 246 casos. Sin embargo, este tipo de dengue constituye una amenaza grave para la vida de una persona infectada, ya que debido a sus características puede causar la muerte.<sup>1</sup>

El presente protocolo plantea realizar la caracterización clínica epidemiológica en los pacientes adultos con sospecha de Dengue que asisten al Centro de Salud Médico Odontológico (CESAMO), San Benito, Tegucigalpa, Honduras, Abril-Julio 2015.

---

<sup>1</sup> Diario el Heraldo, Honduras. 28 de julio de 2015

## II. ANTECEDENTES

Entre 2001 y 2005, más de 30 países de las Américas notificaron en conjunto casi 3 millones de casos de dengue, de ellos 65 235 de dengue hemorrágico. En 2007, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recibió informes de 900 000 casos de dengue, 26 412 casos de dengue hemorrágico y 317 defunciones en la Región. (3)

En la 27.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana del 2007, los países reconocieron la problemática presentada por los crecientes brotes de dengue y la complejidad de la situación epidemiológica para su prevención y control. En la Conferencia se consideró al dengue como un problema que va más allá del sector de la salud y se orientó la búsqueda de políticas públicas al control de los determinantes sociales y ambientales condicionantes de su transmisión y el fortalecimiento de las estrategias nacionales de gestión integrada para su prevención y control (EGI-dengue). (4)

Durante el periodo 1991-2010 en Honduras; se puede observar que los casos de DC han experimentado un patrón ascendente con una tendencia de incremento lineal con presencia de brotes epidémicos cada tres a cuatro años a partir de 1991 (3,045 casos), 1995 (18,152 casos), 1998 (21,359 casos), 2002 (32,269 casos), 2007 (29,328 casos) y 2010 (63,477 casos)

En el año 2009 y 2010 el Distrito Central y San Pedro Sula han sido las regiones con la mayor actividad de transmisión del dengue en el país. Gracias a Dios es la Región de Salud que ha presentado la menor actividad en la transmisión del virus del dengue.

En el Distrito Central se ha observado que las zonas más afectadas han correspondido a comunidades urbano marginales de Comayagüela y Tegucigalpa que comparten en común las siguientes características: zonas urbanas densamente pobladas con carencias en la dotación de servicios básicos (recolección de basura y suministro intermitente de agua) y escasa cohesión social: se destacan particularmente la Colonia Villanueva, Los Pinos, Nueva Suyapa; 3 de Mayo, Carrizal, San Francisco, Flor del Campo y Villa Adela. En las últimas epidemias de dengue se ha observado un patrón de concentración de los casos de DC/DH en estas áreas de la ciudad, manteniéndose otras zonas con una baja transmisión de la enfermedad. Dado

los limitados recursos disponibles tanto en personal, transporte y financiamiento, las acciones de control se han enfocado a estas zonas de alta transmisión de la enfermedad. (5)

En el registro epidemiológico del CESAMO San Benito, en el año 2010 se encontró la mayor cantidad de casos de dengue. Hasta la semana epidemiológica 26 de ese año, se habían atendido y diagnosticado 244 casos de dengue clásico y 82 de hemorrágico; recibiendo por día entre 20 a 25 pacientes con dengue.



### III. JUSTIFICACIÓN

El dengue es una enfermedad grave, con un gran impacto socio-económico y epidemiológico y constituye un problema creciente para la salud pública mundial y en particular para Honduras en donde las epidemias por dengue han impactado desde inicio de los años ochenta.

La definición de la OMS para el diagnóstico de dengue en adultos debe ser adaptada en cada país por medio del estudio de sus manifestaciones clínicas y de laboratorio, lo cual motivó la realización de este estudio.

En el marco de la Reforma del Sector, el sistema de salud debe contribuir a mejorar la salud de la población y minimizar las disparidades observadas, empleando los conocimientos más avanzados y asegurando equidad de acceso a servicios de salud de alta calidad y capacidad resolutive. Existe evidencia de que los Sistemas de Salud organizados en torno a Atención Primaria y un Modelo de atención integral, basado en los principios de la salud familiar, son el medio a través del cual se logran ambas metas.

Los resultados de esta investigación representan un importante beneficio para el CESAMO, dado que contribuirá a mejorar el diagnóstico y atención de adultos con dengue, ajustando los protocolos bajo el nuevo modelo de atención familiar y comunitaria.

Los datos que aporta este estudio, también pueden ser útiles para el desarrollo de estrategias de vigilancia epidemiológica del dengue en adultos en la zona de influencia del centro de salud San Benito, y especialmente para el seguimiento del dengue con manifestaciones clínicas atípicas.

También beneficia al personal de salud involucrado en la atención de pacientes, al brindar información científica sobre el comportamiento atípico del dengue, y cuáles signos y síntomas pueden contribuir al diagnóstico oportuno de casos y prevenir su evolución a formas severas de la enfermedad.



#### IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Dengue es un problema de salud de elevada frecuencia en todo el mundo siendo considerado como causa mayor de morbilidad y mortalidad principalmente en la población joven y económicamente activa, por lo que reviste una gran importancia clínica y sanitaria, comportándose en Honduras de forma similar al resto del mundo por lo que representa un relevante problema de salud.

Por lo tanto se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las características clínico-epidemiológicas de los pacientes adultos con sospecha de Dengue que asisten al CESAMO San Benito, Tegucigalpa, Honduras, Abril- Julio 2015?

Así mismo las siguientes interrogantes:

Interrogantes:

1. ¿Qué características socio demográficas tiene la población en estudio?
2. ¿Cuáles son los antecedentes personales patológicos de los investigados?
3. ¿Cómo son las manifestaciones clínicas que presentan estos pacientes?
4. ¿Qué condiciones epidemiológicas están presentes en estos pacientes?

## V. OBJETIVOS

### **Objetivo General:**

Determinar las características Clínico-epidemiológicas de los pacientes adultos con Dengue Sospechoso que asisten al CESAMO San Benito, Tegucigalpa, Honduras, Abril- Julio 2015.

### **Objetivos Específicos**

1. Conocer las características socio demográficas de la población en estudio.
2. Precisar los antecedentes personales patológicos de los investigados.
3. Identificar las manifestaciones clínicas de estos pacientes.
4. Establecer condiciones epidemiológicas presentes en los pacientes.

## VI. MARCO TEÓRICO

El dengue es una enfermedad causada por un virus que se transmite a través de la picadura de un mosquito perteneciente al género *Aedes*, principalmente el *Aedes aegypti*, vector de la enfermedad. Este mosquito tiene hábitos domiciliarios, por lo que la transmisión es predominantemente doméstica. Aunque, en teoría, una persona podría padecer dengue hasta cuatro veces a lo largo de su vida (una por cada serotipo), hasta el momento solo se han comprobado hasta tres infecciones en un mismo individuo. Cualquier serotipo puede producir formas graves de la enfermedad, aunque los serotipos 2 y 3 han sido asociados a la mayor cantidad de casos graves y fallecidos.(6)

El dengue es un problema creciente para la Salud Pública mundial, debido a varios factores: el cambio climático, el aumento de la población mundial en áreas urbanas de ocurrencia rápida y desorganizada, la insuficiente provisión de agua potable que obliga a su almacenamiento en recipientes caseros habitualmente descubiertos, la inadecuada recolección de residuos y la gran producción de recipientes descartables que sirven como criaderos de mosquitos al igual que los neumáticos desechados. A esto se suman el aumento de viajes y migraciones, fallas en el control de los vectores y la falta de una vacuna eficaz para prevenir la enfermedad. En América solamente ha sido demostrada la transmisión del dengue a través de mosquitos *Aedes aegypti*. (7)

Las personas infectadas presentan viremia desde un día antes y hasta cinco o seis días posteriores a la aparición de la fiebre. Si durante la viremia el mosquito pica a esta persona, se infecta. Luego de un periodo necesario para el desarrollo de la infección viral en el mosquito (periodo de incubación extrínseco), éste permanecerá infectante el resto de su vida. Esto está influenciado por algunos factores ambientales como la temperatura media entre otros, que modifican la capacidad del vector para el desarrollo de la infección viral y su transmisión. Todo caso de dengue cuyo período de viremia transcurra en el país, constituye un riesgo para la salud pública y debe desencadenar las acciones de control de manera inmediata y, en todo caso, en menos de 72hs. La duración de este periodo es variable, (7 a 14 días) y, entre otros factores, depende de la temperatura media ambiental. La enfermedad no se transmite de persona a persona, ni a través de objetos, ni por

vía oral, respiratoria ni sexual. Sin embargo, aunque es infrecuente, también están descritas la transmisión durante el embarazo y la vía transfusional.(8)

La infección por dengue puede ser clínicamente inaparente o puede causar una enfermedad de variada intensidad. Luego de un período de incubación que puede ser de 5 a 7 días, (se han observado casos con un período de incubación de 3 hasta 14 días), podrán aparecer las manifestaciones clínicas, aunque una alta proporción de las personas infectadas cursarán de manera asintomática.

Las infecciones sintomáticas pueden variar desde formas leves de la enfermedad, que solo se manifiestan con un cuadro febril agudo, de duración limitada (2 a 7 días) a otros cuya fiebre se asocia a intenso malestar general, cefalea, dolor retro ocular, dolor muscular y dolores articulares.

Algunos casos de dengue pueden evolucionar a formas graves (dengue grave) en las que hay manifestaciones hemorrágicas, pérdida de plasma debida al aumento de la permeabilidad vascular, (lo que ocasiona un incremento del hematocrito) y presencia de colecciones líquidas en cavidades serosas (derrame pleural, ascitis y derrame pericárdico), lo que puede llevar a un cuadro de shock.

Los casos de dengue grave son más frecuentes en personas que ya padecieron dengue por un serotipo (infección primaria) y se infectan nuevamente (infección secundaria) con un serotipo diferente al que le ocasionó el primer cuadro. Este fenómeno puede ocurrir hasta muchos años después de ocurrida la infección primaria, pero no implica necesariamente que toda infección secundaria conduzca a dengue grave.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido y recomendado la clasificación del dengue en: fiebre del dengue (FD) y fiebre hemorrágica por dengue (FHD) con o sin síndrome de shock por dengue (SCD). En los últimos años se han publicado artículos que cuestionan la utilidad de esta clasificación, por considerarla rígida, demasiado dependiente de los resultados de laboratorio, no inclusiva de enfermos con dengue con otras formas de gravedad, tales como la encefalitis, miocarditis o hepatitis grave, e inútil para el manejo clínico de los enfermos. Por ésta razón, la OMS auspició un estudio internacional, llamado

DENCO (Dengue Control), cuyo objetivo principal fue encontrar una forma mejor de clasificar la enfermedad e identificar los signos de alarma útiles para mejorar el manejo de casos de dengue. Durante este estudio, se obtuvo información clínica de casi 2.000 casos de dengue confirmado, procedentes de siete países de dos continentes. El estudio concluyó que entre el 18% y hasta el 40% de los casos no podían ser categorizados mediante dicha clasificación. Asimismo, más del 15% de los casos con shock no podían ser clasificados como casos graves de dengue, dado que no cumplían con alguno de los criterios para ser considerados casos de fiebre hemorrágica por dengue o síndrome de shock por dengue (FHD/SCD). Como resultado de este estudio se arribó a la propuesta de una clasificación binaria de la enfermedad: dengue y dengue grave. (9)

Fiebre por dengue se define como una persona con enfermedad febril aguda que dura de 2 a 7 días, con dos o más de los siguientes signos o síntomas:

- Cefalea y/o dolor retroorbitario
- Mialgia y/o artralgia
- Erupción cutánea
- Manifestaciones hemorrágicas
- Leucopenia

¿Cuándo un paciente es sospechoso de dengue?

Todo paciente con síndrome febril inespecífico definido como:

- Persona de cualquier edad y sexo que presenta fiebre, de menos de 7 días de duración sin afección de las vías aéreas superiores ni otra etiología definida, acompañada de dos o más de los siguientes signos: - Cefalea y/o dolor retroocular, - Malestar general, mioartralgias, - Diarrea, vómitos - Anorexia y náuseas, - Erupciones cutáneas, - Petequias o prueba del torniquete<sup>2</sup> positiva, - Leucopenia, plaquetopenia, (solo si está disponible). (10)

¿Cómo se clasifica el caso sospechoso de dengue?

Los casos sospechosos de dengue deben ser evaluados para identificar la presencia o no de signos de alarma, ya que esto definirá una primera clasificación.

(Los signos de alarma que deben evaluarse en toda persona sospechosa de dengue son los que se detallan en el cuadro siguiente:

Buscar los signos de alarma:

- Dolor abdominal intenso y continuo
- Vómitos persistentes
- Derrame seroso
- Sangrado de mucosas
- Somnolencia e irritabilidad
- Hepatomegalia
- Laboratorio: incremento brusco del hematocrito concomitante con rápida disminución del recuento de plaquetas (6)

#### Situación Epidemiológica

En las últimas décadas ha aumentado enormemente la incidencia de dengue en el mundo. Alrededor de la mitad de la población del mundo corre el riesgo de contraer esta enfermedad. El dengue se presenta en los climas tropicales y subtropicales de todo el planeta, sobre todo en las zonas urbanas y semiurbanas.

En algunos países asiáticos y latinoamericanos el dengue grave es causa de enfermedad y muerte en los niños. No hay tratamiento específico del dengue ni del dengue grave, pero la detección oportuna y el acceso a la asistencia médica adecuada disminuyen las tasas de mortalidad por debajo del 1%. La prevención y el control del dengue dependen exclusivamente de las medidas eficaces de lucha antivectorial. (11)

El patrón epidemiológico de la fiebre del dengue en Honduras durante los últimos 32 años ha mostrado dos distintas etapas: 1) brotes epidémicos en áreas localizadas (1978-1994) y 2) circulación viral endémica o epidémica a nivel nacional con predominio de las Regiones Sanitarias Metropolitanas de Tegucigalpa y San Pedro Sula (1995–2010).

Entre los probables factores que podría explicar este cambio en la estacionalidad de la enfermedad además se encuentran la ocurrencia del fenómeno de El Niño Oscilación del Sur (ENOS) y el cambio climático global, el primero que se presenta



cada 2 a 7 años y que existe evidencia que está asociado con un incremento en el riesgo de ciertas enfermedades transmitidas por vectores en áreas geográficas específicas donde los patrones climáticos están relacionados con el ciclo de ENOS y el control del vector es limitado.

La relación hombre mujer en los últimos cinco años ha sido muy homogénea con un ligero predominio a expensas de los hombres, a excepción del año 2008 que fue de 2:1, para volverse a igualar en el presente año lo cual nos indica que ambos sexos tienen riesgo similar de desarrollar DH y que la transmisión podría también estar llevándose a cabo en los centros de trabajo.

En el año 2006, el Distrito Central, San Pedro Sula, Atlántida y Yoro registraron el mayor número de casos; en el 2007 solamente el Distrito Central reportó más de la mitad de los casos de todo el país, seguido de las regiones de Olancho y San Pedro Sula. En el año 2008, nuevamente el Distrito Central ocupa el primer lugar con el mayor número de casos notificados, seguido de San Pedro Sula, Atlántida, Santa Bárbara y Olancho. En el año 2009 y 2010 el Distrito Central y San Pedro Sula han sido las regiones con la mayor actividad de transmisión del dengue en el país.

En el Distrito Central se ha observado que las zonas más afectadas han correspondido a comunidades urbano marginales de Comayagüela y Tegucigalpa que comparten en común las siguientes características: zonas urbanas densamente pobladas con carencias en la dotación de servicios básicos (recolección de basura y suministro intermitente de agua) y escasa cohesión social: se destacan particularmente la Colonia Villanueva, Los Pinos, Nueva Suyapa; 3 de Mayo, Carrizal, San Francisco, Flor del Campo y Villa Adela. (5)

## Lineamientos para el manejo de casos de Dengue

Según la OMS, para el manejo de pacientes con dengue debe realizarse paso a paso lo siguiente:

- Evaluación general: la cual incluye la historia clínica; donde deben ir especificado datos de mucha importancia como ser: los días de evolución de la enfermedad, búsqueda de signos de alarma, si hay familiares con dengue y/o otras personas en la comunidad, así como si ha realizado viajes a áreas endémicas de dengue. Si hay condiciones coexistentes tales como: HTA, Diabetes, Obesidad, entre otras. Buscar la presencia de manifestaciones cutáneas y realizar pruebas de laboratorio si fuese posible. (10)

## VII. DISEÑO METODOLÓGICO

- a. **Tipo de Estudio:** Descriptivo, Transversal.
- b. **Área de Estudio:** El estudio se realizó en el CESAMO San Benito de Tegucigalpa, Honduras.
- c. **Universo:** Constituido por todos los pacientes diagnosticados como sospechoso de dengue que asistan al CESAMO.
- d. **Muestras:** n = 36 revisión de expedientes, por medio de muestreo a conveniencia.
- e. **Consideraciones éticas:** Por las características del estudio, no se les realizó entrevista a los pacientes ni carta de consentimiento informado; sin embargo el objetivo del estudio fue explicado al personal, y se aseguró la privacidad y confidencialidad de la información proporcionada.
- f. **Criterios de Inclusión y Exclusión:**

**Criterios de inclusión:** Todos los pacientes adultos con diagnóstico de sospecha de dengue que asisten al CESAMO San Benito.

**Criterios de Exclusión:** Todos los pacientes con diagnóstico diferente a dengue o pacientes menores de 21 años con diagnóstico de dengue.

### g. Variables por objetivo

**Objetivo 1: Conocer las características socio demográficas de la población en estudio.**

Sexo, edad, grupo étnico, ocupación, estado civil, procedencia, tipo de vivienda.

**Objetivo 2: Precisar los antecedentes personales patológicos de los investigados**

Enfermedades crónicas no transmisibles

Otras patologías.

### **Objetivo 3: Identificar las manifestaciones clínicas de estos pacientes**

- Fiebre
- Cefalea y/o dolor retroorbitario
- Mialgia y/o artralgia
- Erupción cutánea
- Manifestaciones hemorrágicas
- Leucopenia

### **Objetivo 4: Establecer condiciones epidemiológicas presentes en los pacientes**

- Migración
- Lugar de migración
- Diagnóstico anterior de dengue.

### **Métodos, Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:**

#### **h. Fuentes de Información**

Secundaria: Se revisaron las fichas clínicas

#### **i. Técnicas de recolección de información**

##### **Técnica:**

Se revisaron los expedientes clínicos y fichas epidemiológicas de todos los pacientes adultos con posible diagnóstico de dengue que asistieron al CESAMO San Benito en el período de Abril-Julio de 2015.

#### **j. Instrumento de recolección de información**

Los instrumentos de recolección de información lo constituyó el expediente clínico y epidemiológico de cada paciente con posible diagnóstico de dengue.

#### **k. Procesamiento de la información**

Para el procesamiento de la información se utilizaron los programas estadísticos EPI INFO 3.2.2, Microsoft office Excel 2007 para las gráficas, Microsoft Word para el informe y Microsoft Power Point para la presentación de la información.

## **I. Consideraciones éticas**

La información fue manejada confidencialmente y solo para efecto de estudio. Se obtuvo autorización por parte de las autoridades del CESAMO San Benito para la realización del estudio. No se manejaron nombres.

## **m. Trabajo de campo**

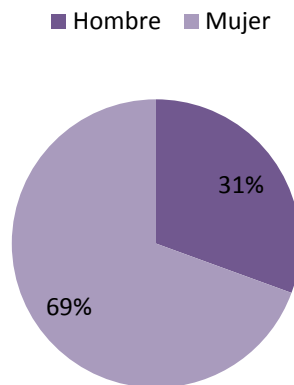
Se solicitó la autorización para realizar el estudio por medio de una carta dirigida a la Directora del CESAMO San Benito. Luego se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes adultos con posible diagnóstico de dengue que asistieron al CESAMO en el periodo Abril-Julio de 2015, para el llenado de la entrevista, la cual fue llenada por la investigadora.

## VIII. RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS

### Datos Sociodemográficos de los pacientes con sospecha de dengue

Gráfico 1

#### Porcentaje según Sexo de pacientes con posible diagnóstico de Dengue. CESAMO San Benito

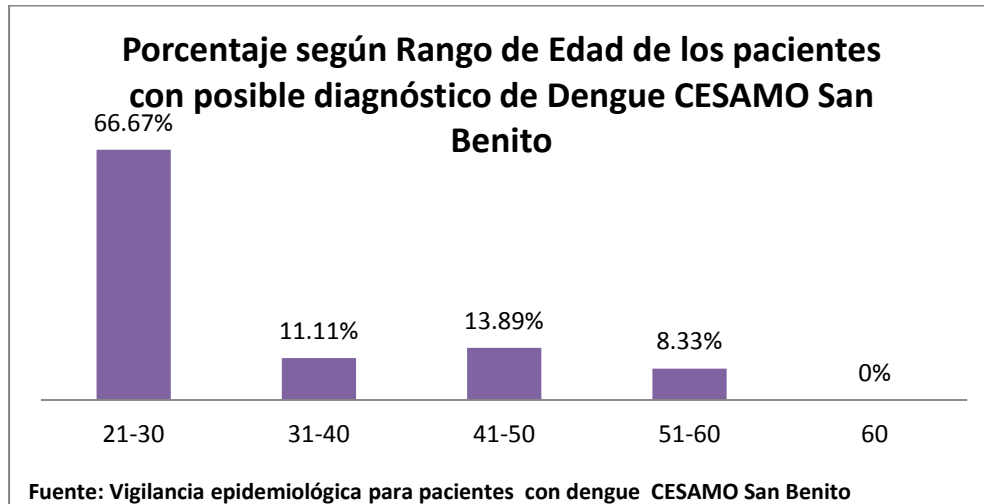


Fuente: Vigilancia epidemiológica para pacientes con dengue CESAMO San Benito

Los resultados obtenidos en lo concerniente a la variable sexo son los siguientes; de los 36 pacientes, 11 (31%), son hombres y 25 (69%), son mujeres;

En Honduras, la relación hombre mujer en los últimos cinco años ha sido muy homogénea con un ligero predominio a expensas de los hombres, a excepción del año 2008 que fue de 2:1, para volverse a igualar en el año 2009 lo cual indica que ambos sexos tienen riesgo similar de desarrollar dengue y que la transmisión podría también estar llevándose a cabo en los centros de trabajo. (5). Es así como hoy en día la mujer tiene mayor riesgo de contraer dengue, ya que la mayoría de ellas son amas de casa y es ahí donde se encuentran la mayor cantidad de criaderos de mosquitos.

Gráfico 2

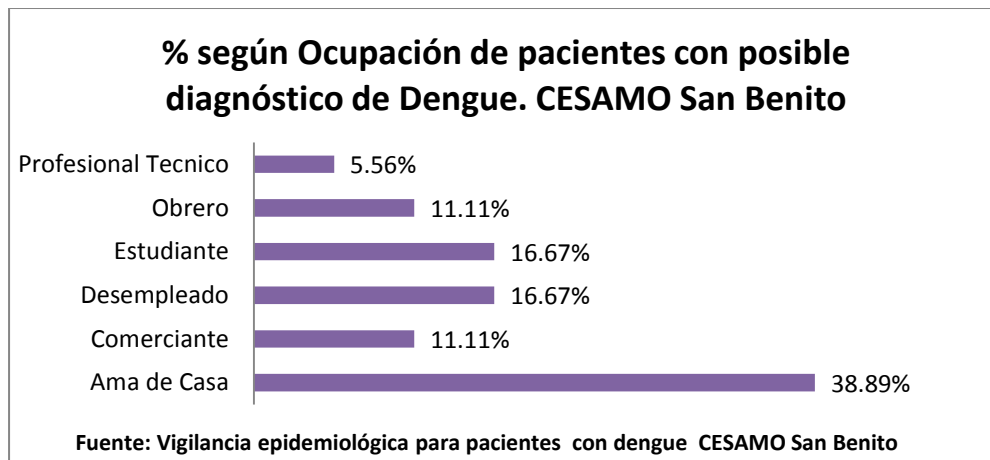


La distribución de las edades de los 36 pacientes, se observó entre las edades de 21-30 años, 24 (66.67%), de 41-50 años 5(13.89%), de 31-40 años 4(11.11%), de 51-60 años 3(8.33%).

De los 36 expedientes revisados; la mayoría de los pacientes eran jóvenes menores de 30 años y la minoría de la sexta década de la vida; sin embargo, estudios anteriores indican que la mayoría de muertes por dengue es en niños, pero que cualquier persona sin importar la edad, está propensa a adquirir la enfermedad. La detección oportuna y el acceso a la asistencia médica adecuada disminuyen las tasas de mortalidad por debajo del 1%. (11)

En el grupo étnico: 34 eran mestizo (94.44%), Afro caribeño 1 (2.78%) y Garífuna 1 (2.78%).

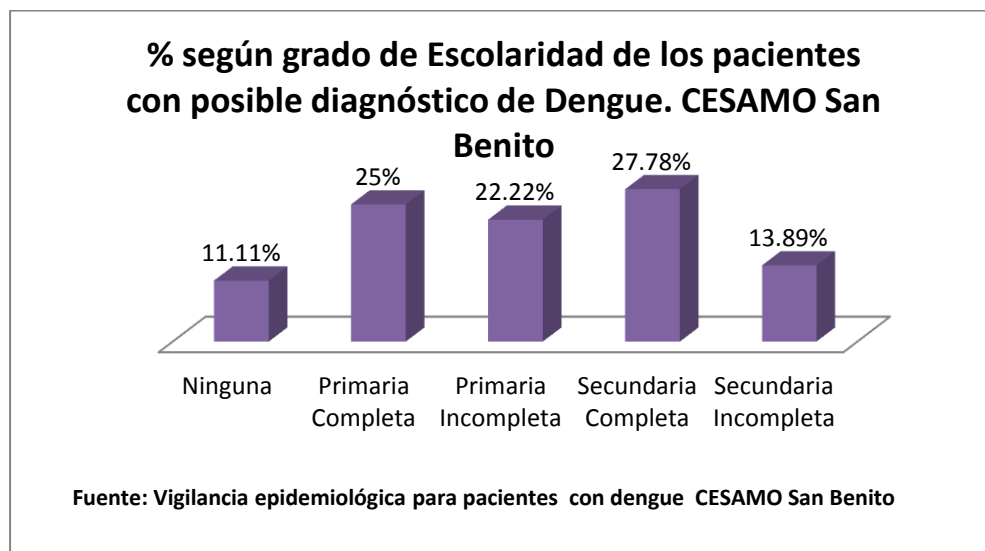
Gráfico 3



La ocupación: Ama de Casa 14 (38.89%), Desempleado 6 (16.67%), Estudiante 6 (16.67%) Comerciante 4 (11.11%), Obrero 4 (11.11%) y Profesional Técnico 2 (5.56%).

Del total de expedientes revisados, en su mayoría fueron de mujeres y éstas de profesión ama de casa. En estudios recientes se ha comprobado que el mosquito transmisor del dengue tiene hábitos domiciliarios, por lo tanto su transmisión es predominantemente doméstica (6). Es así por lo que hay mayor porcentaje de riesgo de adquirir el dengue en los hogares y lugares de trabajo y que éstos se presten a la creación de criaderos de zancudos, esto coincide con los resultados obtenidos en este estudio, ya que la mayoría fueron mujeres y éstas amas de casa.

Gráfico 4



En la variable escolaridad, los resultados obtenidos fueron los siguientes; secundaria completa 10 (27.78%), primaria completa 9 (25%), primaria incompleta 8 (22.22%) secundaria incompleta 5 (13.89%) ninguna 4 (11.11%), y Educación superior 0 (0%).

De los 36 expedientes, los resultados obtenidos del nivel de escolaridad fueron que la mayoría tenía una secundaria completa y ninguno de ellos tenía una educación superior.

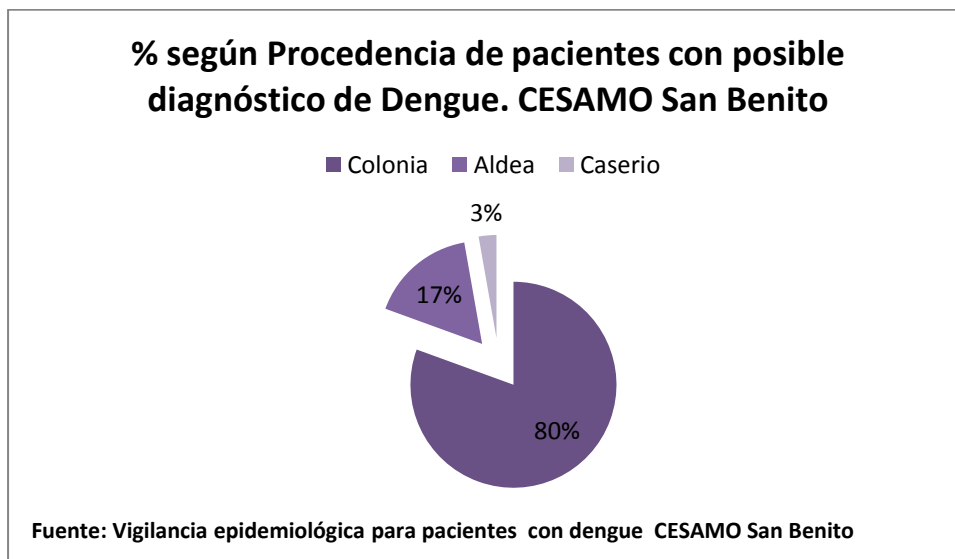
En el estado civil: Casado(a) 6 (16.67%), Soltero(a) 13 (36.11%) y Unión Libre 17 (47.22%).

Al igual que los estudios realizados de las determinantes sociales del dengue, en este estudio coinciden que están más vulnerables las poblaciones con nivel de escolaridad bajo, ya que en su mayoría no ponen en práctica las campañas de prevención de las enfermedades transmitidas por vectores; así como el hacinamiento en las familias es uno de los factores predominantes. Los resultados obtenidos en este estudio, se obtuvo que la mayoría de las personas con posible



diagnóstico de dengue viven en unión libre con sus parejas, lo que lleva a pensar que no hay un control en el número de miembros de la familia. (14)

Gráfico 5

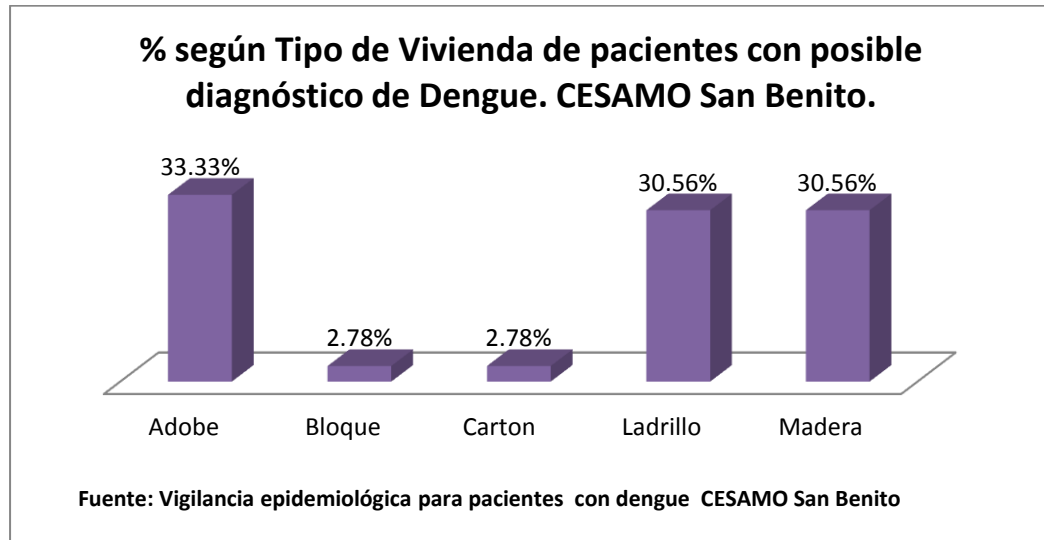


La procedencia de los pacientes con sospecha de dengue fue de Colonia 29 (80.56%), Aldea 6 (16.67%), y Caserío 1 (2.78%).

La procedencia de los pacientes con posible diagnóstico de dengue estudiados en su mayoría fue de colonia Los Pinos que al igual que en estudios anteriores presenta factores predisponentes para que se dé la enfermedad. Siendo uno de ellos el aumento de la población en esta área urbana de ocurrencia rápida y desorganizadas con insuficiente provisión de agua potable que obliga a su almacenamiento en recipientes caseros habitualmente descubiertos y así la formación de criaderos de zancudos. (7)

En Honduras desde el año 2006, el Distrito Central, ha sido de las regiones con la mayor actividad de transmisión del dengue en el país; se ha observado que las zonas más afectadas han correspondido a comunidades urbano marginales de Comayagüela y Tegucigalpa que comparten en común las siguientes características: zonas urbanas densamente pobladas con carencias en la dotación de servicios básicos (recolección de basura y suministro intermitente de agua) y escasa cohesión social: se destacan particularmente la Colonia Villanueva, Los Pinos, Nueva Suyapa; 3 de Mayo, Carrizal, San Francisco, Flor del Campo y Villa Adela. (5)

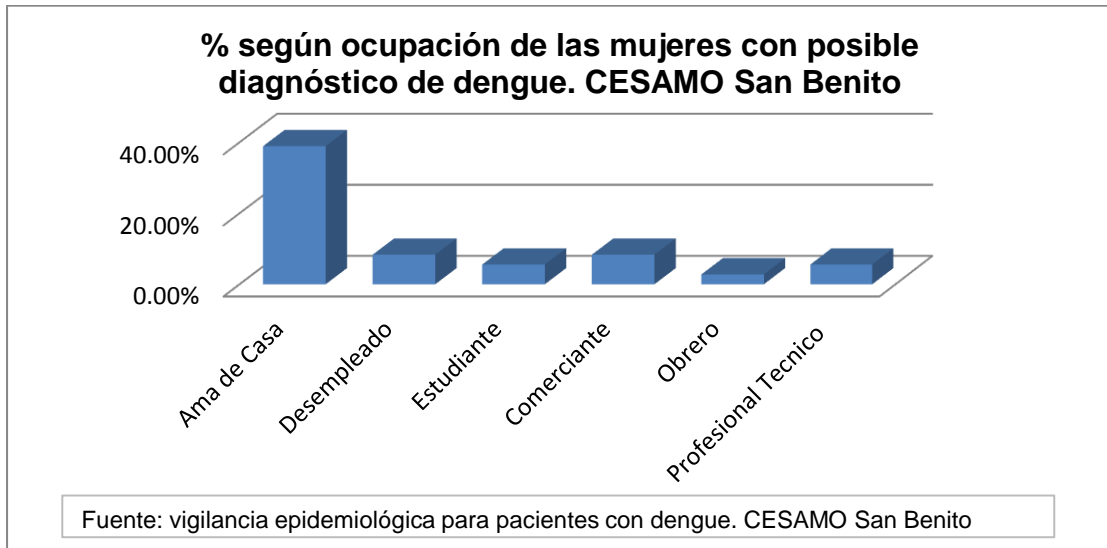
Gráfico 6



El tipo de vivienda los resultados son los siguientes; Adobe 12 (33.33%), Ladrillo 11 (30.56%), Madera 11 (30.56%). Bloque 1 (2.78%), y Cartón 1 (2.78%),

La mayoría de las viviendas de las 36 personas con posible diagnóstico de dengue, estaban hechas de adobe y una minoría de bloque y cartón. Asimismo, el dengue está más presente en estas comunidades debido a que los métodos de barrera vector-humano, como son los repelentes, las pantallas bloqueadoras de mosquitos en las ventanas/ casas, y el aire acondicionado son utilizados con menor frecuencia debido a su alto costo. Adicionalmente, hay una diferente efectividad en términos de equidad cuando las intervenciones de salud se implementan a nivel poblacional, es decir, las intervenciones tienen una menor efectividad en poblaciones en desventaja debido a barreras de implementación (menor acceso o cobertura) (18). Al estar la mayoría hechas de adobe, los resultados orientan a que son viviendas con carencias en la dotación de servicios básicos (recolección de basura y suministro de agua) (5), factores que conllevan a tener un mayor riesgo de adquirir las enfermedades transmitidas por vectores.

Gráfico 7



De los 36 expedientes revisados, la mayoría (25) corresponde a pacientes del sexo femenino (69.44%) y 11 (30.56%) al sexo masculino.

La distribución de las profesiones en las mujeres fue de: 14 amas de casa (38.88%), 3 comerciantes (8.33%), 3 desempleadas (8.33%), 2 estudiantes (5.55%), 2 profesional técnico (5.55%) y solo 1 (2.78%) obrero.

Del total de expedientes de pacientes de sexo femenino, la gran mayoría son amas de casa y desempleadas y la minoría estudiantes o profesional técnico, sin dejar de mencionar a la única que de profesión es obrero.

La presencia de una enfermedad en una población depende del entorno y la protección social que el individuo y la colectividad tengan. En el caso del dengue las poblaciones sin abastecimiento de agua, sin canalización, sin sistemas apropiados de manejo de residuos sólidos, tendrán mayor riesgo de contraer la enfermedad (17).

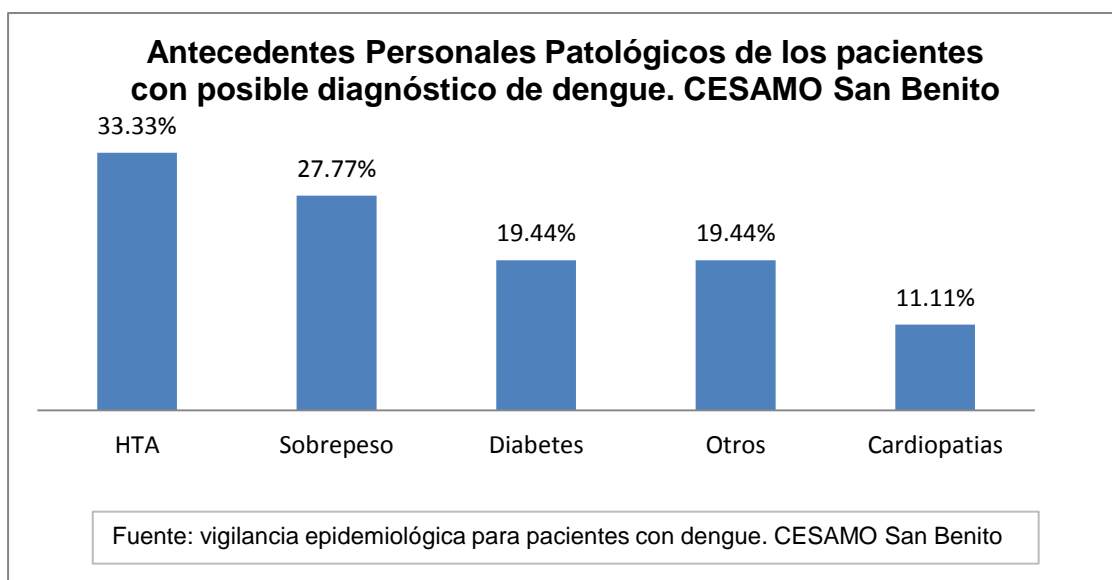
Los criaderos de vectores más productivos fueron los contenedores de agua situados al aire libre, sobre todo los que estaban sin cubrir o debajo de arbustos, y los que no habían sido utilizados por lo menos en una semana. Las áreas peri domésticas e intra domésticas contribuían a la producción de pupas mucho más que los espacios comerciales y públicos. (16)

En Honduras, en los últimos 5 años la relación hombre-mujeres ha sido muy homogénea en el caso del dengue, con un leve predominio en los hombres. (5) Sin embargo, se ha comprobado que la mayoría de los casos de dengue se dan en los hogares y lugares de trabajo. Es por ello,

que los resultados obtenidos en este estudio, es que las mujeres y amas de casa son más propensas; ya el dengue puede ser considerado un resultado en términos de inequidad en salud en regiones endémicas como la Colonia Los Pinos, pero, a su vez, también puede conducir a mayor inequidad debido a la pérdida de ingresos por la ausencia al trabajo y los costos altos de salud. Por lo tanto, la enfermedad clínica por dengue puede llevar a ahondar más la pobreza en algunos hogares ya empobrecidos (18)

### Antecedentes Personales Patológicos de los pacientes

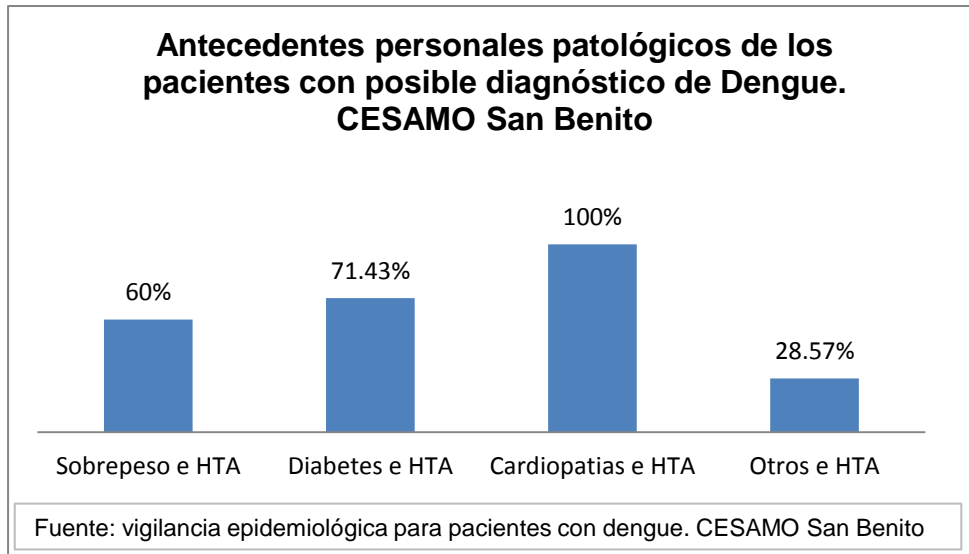
Gráfico 8



En la (tabla#2 ver anexos 5), están los resultados obtenidos de los 36 expedientes de los pacientes con sospecha de dengue y los resultados obtenidos fueron: HTA 12 pacientes (33.33%), sobrepeso 10 (27.77%), diabetes 7 (19.44%) y otros 7 (19.44) y cardiopatías 4 (11.11%).

Se han comprobado manifestaciones clínicas atípicas principalmente en los pacientes con enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión arterial, sobrepeso, cardiopatía y otras) y a su vez estos pacientes deben de ser tratado de forma diferente, ya que debido a la vulnerabilidad que presentan hay mayor riesgo de complicaciones e incluso pueden incluir shock y/o muerte. (8)

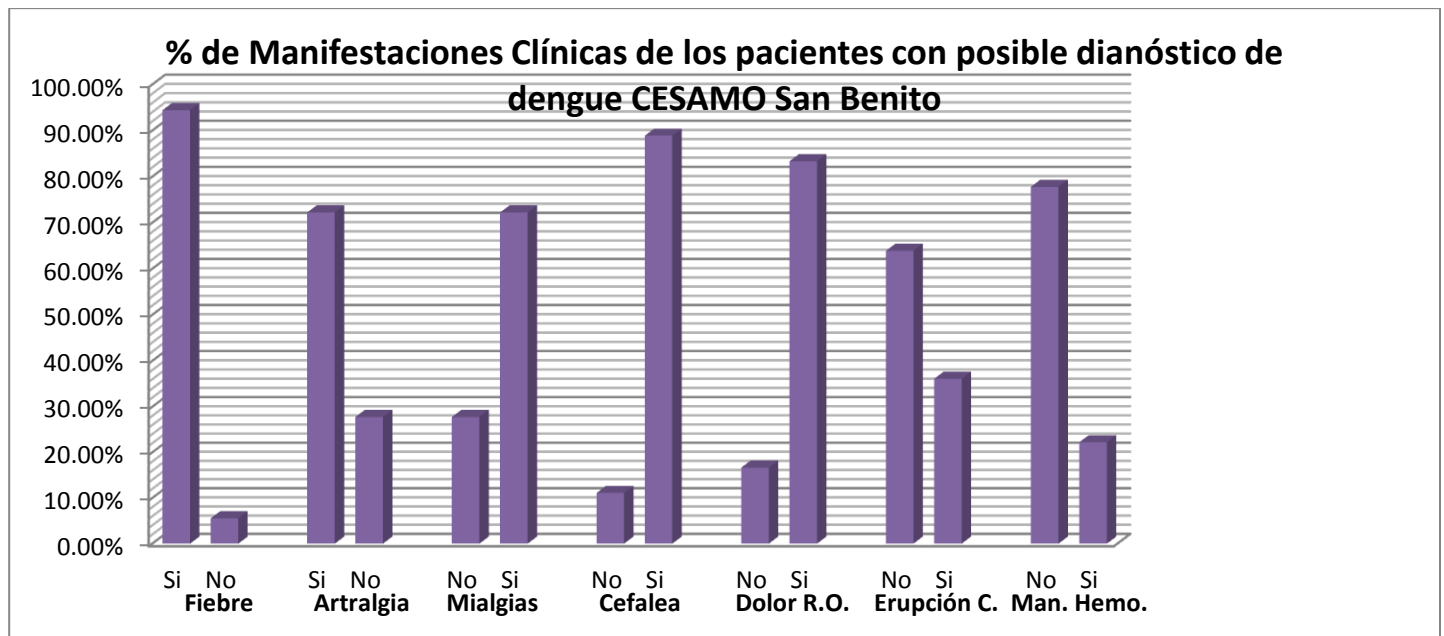
Gráfico 9



De los 36 expedientes revisados de pacientes con posible diagnóstico de dengue, el (100%) de los cardiopatas también sufren hipertensión arterial; de los 7 diabéticos, 5 (71.43%) es hipertenso también; de los 10 pacientes con sobre peso, 6 (60%) también son hipertensos y de los 7 pacientes que presentan otros antecedentes patológicos, solamente 2 (28.57) también es hipertenso.

### Manifestaciones Clínicas de los Pacientes

Gráfico 10



Fuente: vigilancia epidemiológica para pacientes con dengue. CESAMO San Benito

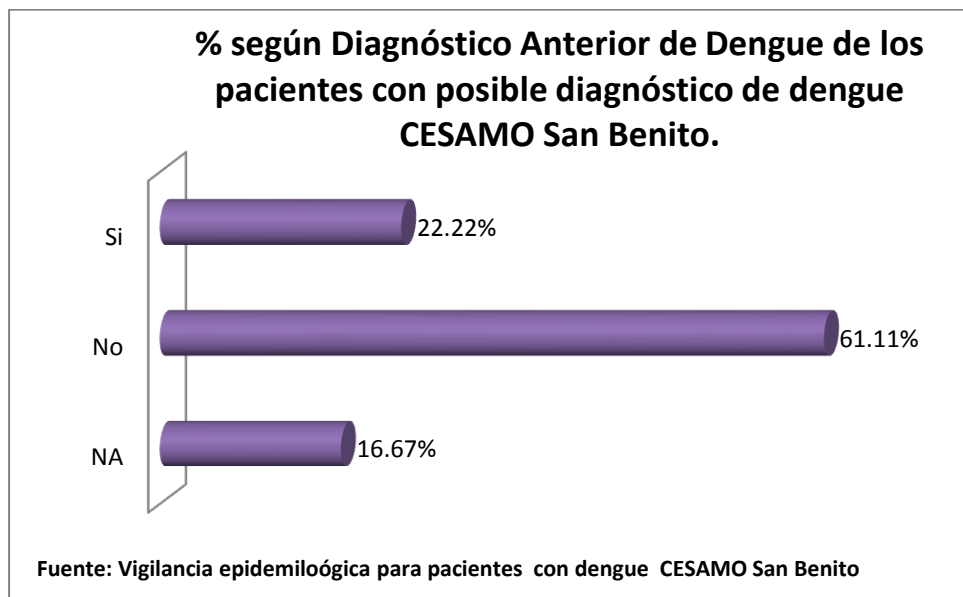
De los 36 pacientes; 34 (94.44%) tenían fiebre, 32 cefalea (83.33%), dolor retro ocular 30 (83.33), 26 mialgia y artralgia (72.22%), 13 erupciones cutáneas (36.11), y 8 (22.22%) manifestaciones hemorrágicas. (Ver tabla # 3 anexos 5).

Del total de expedientes de pacientes con posible diagnóstico de dengue, casi todos cumplen con los requisitos para ser un caso sospechoso de dengue según la OMS y los lineamientos para el diagnóstico y tratamiento de éstos pacientes. Y estos deben ser: todo pacientes de cualquier edad y sexo que presente fiebre de menos de 7 días de duración, sin afección de las vías aéreas superiores ni otra etiología definida acompañada de dos o más de los siguientes signos: - Cefalea y/o dolor retro ocular, - Malestar general, mioartralgias, - Diarrea, vómitos - Anorexia y náuseas, - Erupciones cutáneas, - Petequias o prueba del torniquete positiva, - Leucopenia, plaquetopenia, (solo si está disponible). (10)

Con lo anterior se puede decir que la gran mayoría de los pacientes con sospecha de dengue, fueron bien diagnosticados mediante los síntomas clínicos y cumplieron las normas para los pacientes con sospecha de dengue.

### Factores epidemiológicos presentes en los pacientes

Gráfico 11



En la variable Diagnóstico anterior de dengue; 22 (61.11%) no tenía diagnóstico anterior de dengue, 8 (22.22%) si tenía un diagnóstico anterior; sin embargo de los 36 expedientes clínicos, 6 (16.66%) no tenían ese dato.

De todos los pacientes con posible diagnóstico de dengue, la mayoría refirió haberlo tenido anteriormente; lo que estudios anteriores dicen: que las personas podrían padecer de dengue hasta cuatro veces a lo largo de su vida (una por cada serotipo); aunque hasta el momento solo se han comprobado hasta tres infecciones en un mismo individuo (6). Esto conlleva a que mayor número de infecciones, el dengue con su sintomatología cada vez se agudiza, por esto es necesario investigar el diagnóstico anterior de dengue en estos pacientes y así poder comprobar o no que la gravedad que presentan estos pacientes es debido al serotipo o veces que ha sido infectado por el zancudo.

Gráfico 12

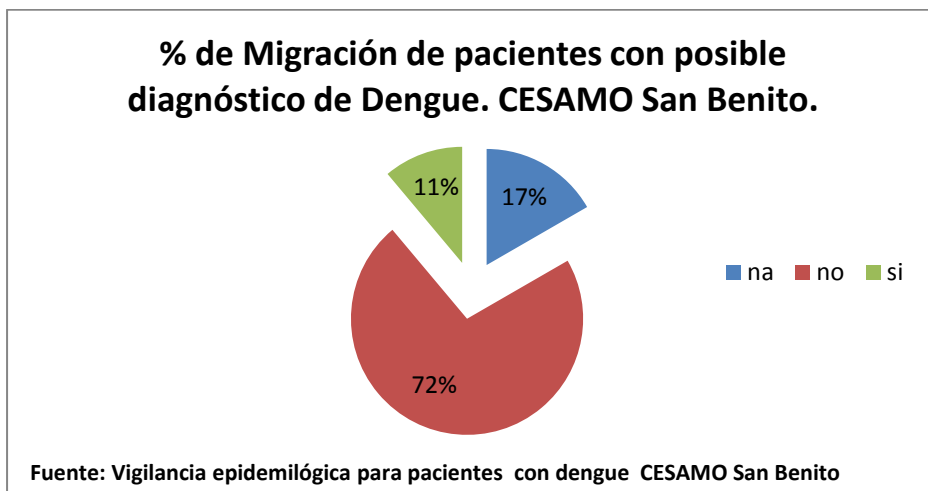
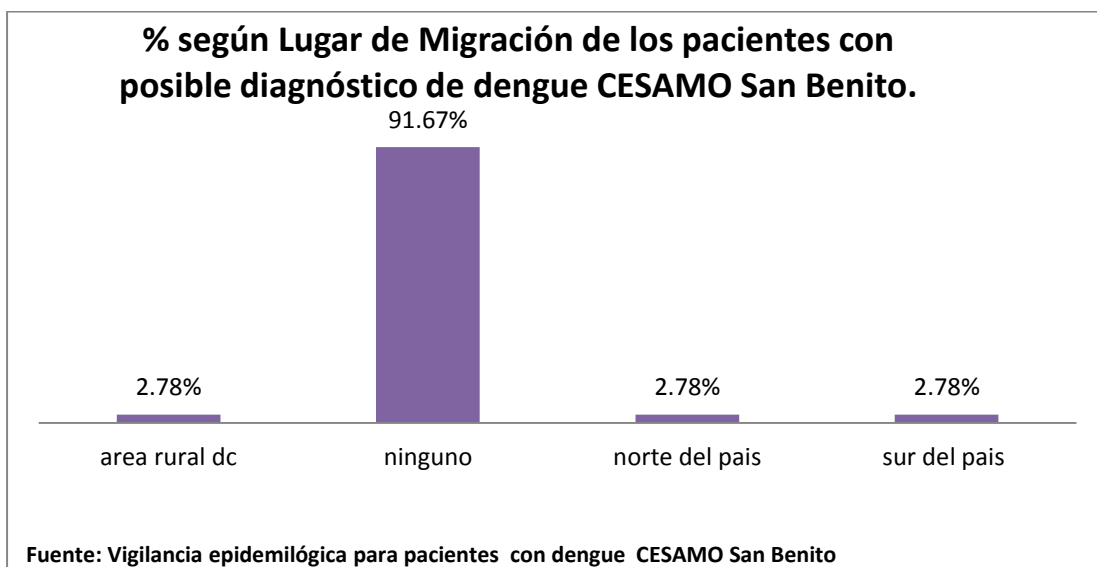


Gráfico 13



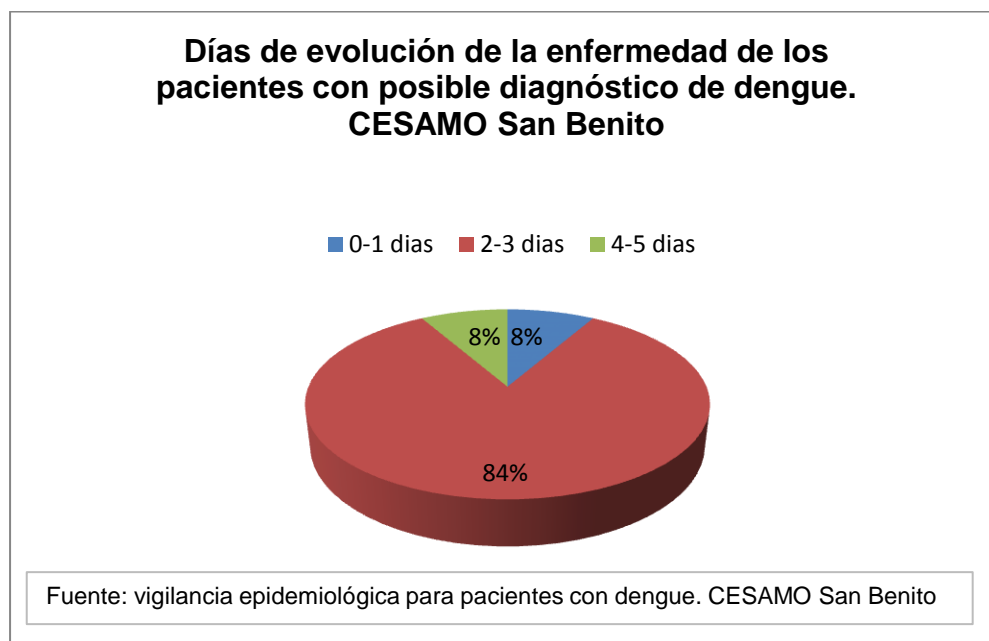
De los 36 expedientes revisados; 6 (16.66%) no tenían el lugar de migración, 4 (11.11%) si habían migrado, pero de éstos solamente 3 (8.33%) tenían descrito el lugar de migración.

Del total de los expedientes, la gran mayoría no estaba lleno correctamente en lo concerniente al lugar de migración; dato importantísimo para el diagnóstico del dengue.

El dengue es un problema creciente para la Salud Pública mundial debido a varios factores; y uno de ellos son los viajes y las migraciones a zonas endémicas de la enfermedad (7). Pero en esta variable se obtuvo el mismo problema que la anterior y es el déficit por parte del personal de salud encargado de atender y diagnosticar a los pacientes con sospecha de dengue por medio del incompleto llenado de las fichas especiales para dichos pacientes. Se podría simplificar el momento del diagnóstico de éstos pacientes por medio de datos sencillos y básicos como el porcentaje de migración y hacia qué lugares migraron éstos pacientes. Y así se puede ver que del total de los pacientes, solo 4 habían migrado y de éstos, únicamente 3 tenían descrito en el expediente el lugar de migración; es así como se comprueba el llenado incorrecto de las fichas clínicas para estos pacientes.



Grafico 14



Los días de evolución de la enfermedad en el cual los pacientes asistieron al centro de salud, los resultados obtenidos fueron los siguientes: 0-1 día, 3 pacientes (8.33%), entre 4-5 día 3 pacientes (8.33%) y entre 2-3 días, 30 pacientes (83.33%). ( ver tabla #4 anexos 5).

La gran mayoría de los pacientes con posible diagnóstico de dengue; asistieron a la consulta médica del CESAMO entre el 2do y 3er día de aparición de los síntomas y esto concuerda con la historia natural de la enfermedad, en este caso el dengue; el cual los pacientes infectados presentan viremia desde un día antes y hasta cinco o seis días posteriores a la aparición de la fiebre. Todo caso de dengue cuyo período de viremia transcurra en el país, constituye un riesgo para la salud pública y debe desencadenar las acciones de control de manera inmediata y, en todo caso, en menos de 72hs. La duración de este periodo es variable, (7 a 14 días) y, entre otros factores, depende de la temperatura media ambiental (8).

## **IX. CONCLUSIONES**

1. Las principales características sociodemográficas de la población en estudio son; población mayoritariamente femenina, joven (entre 21-30 años) amas de casa, con primaria completa y secundaria completa. La mayoría de los pacientes son procedentes de colonias, con viviendas de adobe, ladrillo y madera mayoritariamente.
2. Se logró identificar que la mayoría de los pacientes presenta antecedentes patológicos de Hipertensión arterial y Sobrepeso.
3. Las manifestaciones clínicas que presentaron en su mayoría los pacientes fueron: fiebre y cefalea, seguido de dolor retro orbitario, mialgias y artralgias; siendo así solo una minoría quienes presentaron alguna manifestación hemorrágica.
4. Existe un déficit en el llenado de los expedientes clínicos y fichas clínicas especiales para pacientes con diagnóstico sospechoso de dengue, principalmente en los aspectos epidemiológicos del paciente, como ser: migración y lugar de migración ya que no hay coherencia en los resultados encontrados. Aquí también se encontró que la mayoría de los pacientes acudió al centro de salud entre el segundo y tercer día de evolución de la enfermedad y solo una minoría del total de los pacientes con sospecha de dengue tenía un diagnóstico anterior del mismo.

## **X. RECOMENDACIONES**

### **1. A las Autoridades del Ministerio de Salud de Honduras :**

- a. Los establecimientos que conforman el Sistema Nacional de Salud de los diferentes niveles de atención deben realizar: detección, notificación, recopilación, análisis, interpretación, difusión e investigación de casos sospechosos de dengue detectados en la consulta médica.

### **2. A las Autoridades del Centro de Salud San Benito:**

- a. Instruir al personal médico encargado de diagnosticar los casos de dengue a utilizar las fichas clínicas de vigilancia epidemiológica para dichos pacientes, así como el llenado correcto de las mismas.
- b. Realizar charlas de actualización con el personal, para así poder estar al día con los cambios que brinda la OMS.

### **3. Al personal médico:**

- a. Concientizar a los pacientes de la importancia que conlleva el migrar o no a zonas endémicas de la enfermedad y al mismo tiempo brindar esa información al médico para el correcto diagnóstico.
- b. Educar a los familiares de las complicaciones que pueden tener los pacientes con antecedentes personales patológicos y el dengue; así como también presentarse al centro de salud el primer día de evolución de la enfermedad.

## XI. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Rodríguez, Cruz. Rodolfo. (2002) Estrategias para el control del dengue y del *Aedes aegypti* en las Américas.
- (2) Guzmán, Tirado. María Guadalupe (1999). La emergencia de la fiebre hemorrágica del dengue en las Américas. Reemergencia del dengue.
- (3) Ramírez, Zepeda, María Guadalupe (2009). Caracterización clínica y epidemiológica de los casos de dengue: Experiencia del Hospital General de Culiacán, Sinaloa, México. Rev. Panamericana Salud Pública 2009; 25(1): 16-23.
- (4) V Simposio Regional sobre Neumococo. (2013) Sao Paulo, Brasil.
- (5) Ávila, Monte. Gustavo Adolfo; Araujo, Roxana; Orellana, Gabriel. (2010) Situación epidemiológica del dengue en Honduras. Período 1991-2010.
- (6) Ministerio de Salud. (2013). Enfermedades infecciosas. Dengue. Guía para el equipo de Salud.
- (7) Venegas J.Rivera, Dácil, Vergara C., Lapierre, Lisette. (2012) Dengue una enfermedad emergente y re-emergente en América.
- (8) Ministerio de Salud de la Nación. 4ta edición. Año 2015. Dengue. Guía para el equipo de salud.
- (9) Torres, Martínez. Eric. (2008). I taller regional. Evaluación EGI-DENGUE. Brasilia, 3-11-08.
- (10) Secretaria de salud de Honduras 1ra. Edición.(2011). Lineamientos del manejo clínico de pacientes con dengue.
- (11) OMS. (2015). Dengue y dengue grave.
- (12) OPS, 2002. Primer Encuentro Internacional Dengue/Colectivos - Informe Ejecutivo, Buenos Aires, 13, 14 y 15 de noviembre, 2001.
- (13) OPS, 2002. Marco de Referencia - Nueva Generación de Programas de Prevención y Control del Dengue en las Américas.
- (14) Monterroza, Nancy. (2012). La dimensión social del dengue en El Salvador.
- (15) OMS, 2004. Estrategia de Gestión integrada de Prevención y control del Dengue en Centroamérica y República Dominicana (EGI-CAD). San Pedro Sula, Honduras. 23-30 enero 2004.
- (16) Ávila, María Luisa. (2013). Los determinantes sociales y las epidemias del dengue.
- (17) OMS, (2016). Determinantes ecobiosociales de la reproducción del vector del dengue: estudio multipaís en zonas urbanas y semiurbanas de Asia.
- (18) Simposio: Inequidad en salud. (2013). La inequidad en salud: El caso del Dengue.
- (19) Simposio Regional sobre Neumococo. (2013). La Iniciativa ProVac. Toma de decisiones basada en evidencias. 5-6 marzo 2013 São Paulo, Brasil
- (20) OPS, 2000. Promoción de Estrategias para la Participación Comunitaria y la Educación Popular en el Control del Dengue a través de la comunicación social - Reunión Subregional en los Países de Centroamérica (Panamá, Belice, México y Rep. Dominicana) - Mayo 2000

## **ANEXOS**

## Anexo 1

**Operacionalización de Variables:**  
**Objetivo 1: Conocer las características socio demográficas de la población en estudio.**

VARIABLE	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL	VALORES	ESCALA DE MEDICION
SEXO	Porcentaje según sexo	Conjunto de rasgos que distinguen al hombre y a la mujer	Masculino Femenino	ordinal
EDAD	% según Años cumplidos	Se expresa como el periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento, hasta el momento de referencia	21-30 años 31-40 años 41-50 años 51-60 años Mayor de 60	Numeral
GRUPO ETNICO	% según Características biológicas y/o ubicación geográfica	Es un grupo de personas cuyos diversos integrantes comparten rasgos culturales, idioma, religión y muchas veces un territorio	- Mestizo o ladino - Afrocaribeño - Garífuna - Misquito - Pech (paya) - Lenca - Tolupan	Nominal
OCUPACION	% según tipo de trabajo	Es el tipo de labor o trabajo que una persona realiza al momento de la referencia	- Desempleado - Estudiante - Profesional Técnico - Profesional Universitario - Policía / Militar	ordinal

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comerciante</li> <li>- Agricultor / ganadero</li> <li>- Artesano</li> <li>- Obrero</li> <li>- Ama de casa</li> </ul>	
ESCOLARIDAD	% según nivel de escolaridad	Ultimo grado en años cursado en el sistema de educación formal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Primaria Completa</li> <li>- Primaria Incompleta</li> <li>- Secundaria Completa</li> <li>- Secundaria Incompleta</li> <li>- Educación Superior Completa</li> <li>- Educación Superior Incompleta</li> <li>- Ninguna</li> </ul>	Ordinal
ESTADO CIVIL	% según situación jurídica	Es la situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soltero (a)</li> <li>- Casado (a)</li> <li>- Unión Libre</li> <li>- Divorciado (a)</li> <li>- Separado (a)</li> <li>- Viudo (a)</li> </ul>	ordinal
PROCEDENCIA	% rural o Urbana	Lugar que reside actualmente la persona al momento de la entrevista	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colonia</li> <li>- Barrio</li> <li>- Aldea</li> <li>- Caserío</li> </ul>	nominal

**OBJETIVO 2: Precisar los antecedentes personales patológicos de los investigados**

<b>VARIABLE</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>VALORES</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>
- HTA - Diabetes - sobrepeso - Cardiopatías - Otros	% morbilidad asociada anterior o posterior al dengue	Enfermedades o procesos perjudiciales para la salud de aparición anterior o posterior al dengue.	Si- No Si- No Si- No Si- No Si- No	ordinal



**OBJETIVO 3: Identificar las manifestaciones clínicas de estos pacientes**

<b>VARIABLE</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>VALORES adecuar según Marco teórico</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>
- Fiebre -Cefalea y/o dolor retrorbitario - Mialgia y/o artralgia - Erupción cutánea - Manifestaciones hemorrágicas - Leucopenia	% Síntomas: hallazgo referido por el paciente. Con signos de alarma	Todo hallazgo referido por el paciente u otro informante.	Si- No Si- No Si-No Si- No Si- No Si- NO	Ordinal

**OBJETIVO 4: Establecer condiciones epidemiológicas presentes en los pacientes**

<b>VARIABLE</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>VALORES</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>
Días de evolución	% de días de evolución de la enfermedad	Días del transcurso de la enfermedad	0-1 día 2-3 4-5 Más de 5	Numeral
Migración	% de migración del paciente	Movimiento de población que consiste en dejar el lugar de residencia para establecerse en otro país o región, generalmente por	Si No	Ordinal

		causas económicas o sociales.		
Lugar de migración	% según lugar de migración del paciente	Lugar a donde se mueve la población.	Norte del P Sur Occidente Oriente	Nominal
Diagnóstico anterior de dengue.	% de diagnóstico anterior de dengue	Si ha presentado caso de dengue anteriormente o no.	Si No	Ordinal

## Anexo 2

# CARACTERISTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS DE LOS PACIENTES ADULTOS CON SOSPECHA DE DENGUE QUE ASISTEN AL CESAMO SAN BENITO, TEGUCIGALPA, HONDURAS, DICIEMBRE 2015- ENERO 2016.

### 1. SEXO

Masculino

Femenino

### 2. EDAD

21-30 años

31-40 años

41-50 años

51-60 años

>60

### 3. GRUPO ETNICO

- Mestizo o ladino

- Afrocaribeño

- Garífuna

- Misquito

- Pech (paya)

- Lenca

- Tolupan

### 4. OCUPACION

- Desempleado

- Estudiante

- Profesional Técnico

- Profesional Universitario

- Policía / Militar

- Comerciante

- Agricultor / ganadero

- Artesano

- Obrero

-Ama de casa

### 5. ESCOLARIDAD

-Primaria Completa

- Primaria Incompleta

- Secundaria Completa

- Secundaria Incompleta

- Educación Superior Completa

- Educación Superior Incompleta

- Ninguna

### 6. ESTADO CIVIL

-Soltero (a)

- Casado (a)

- Unión Libre

- Divorciado (a)

Anexo 3

AUTORIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

**CESAMO SAN BENITO**

**COLONIA LOS PINOS, TEGUCIGALPA**

Tegucigalpa, 10 de diciembre de 2015

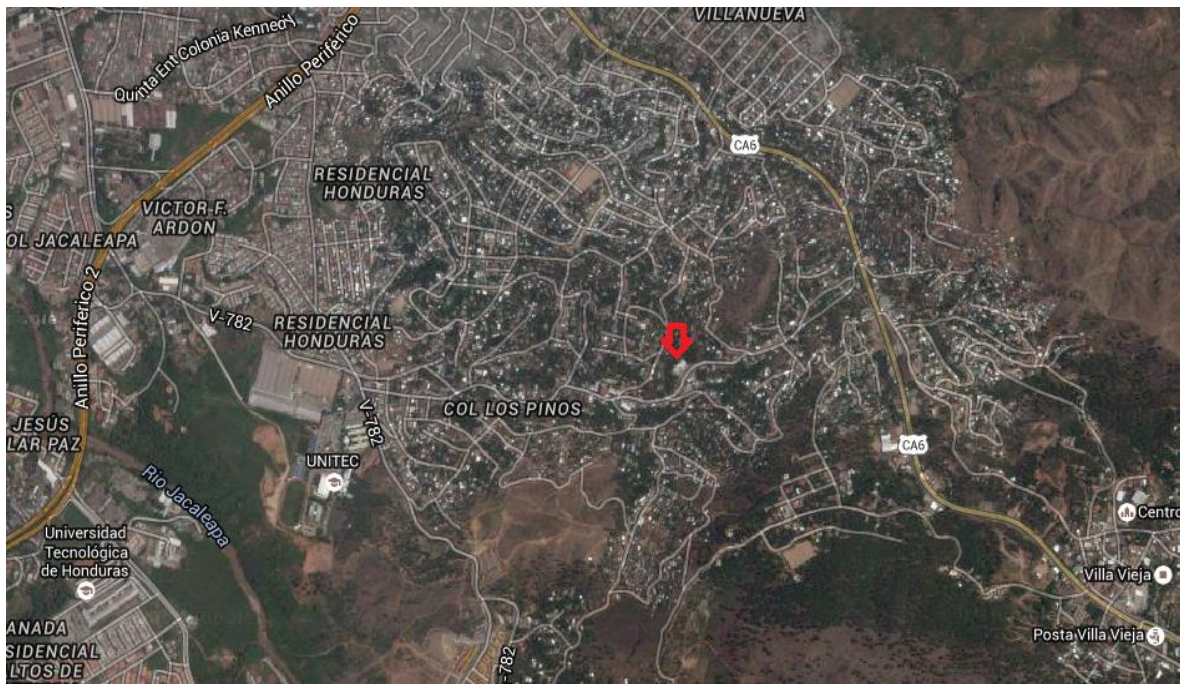
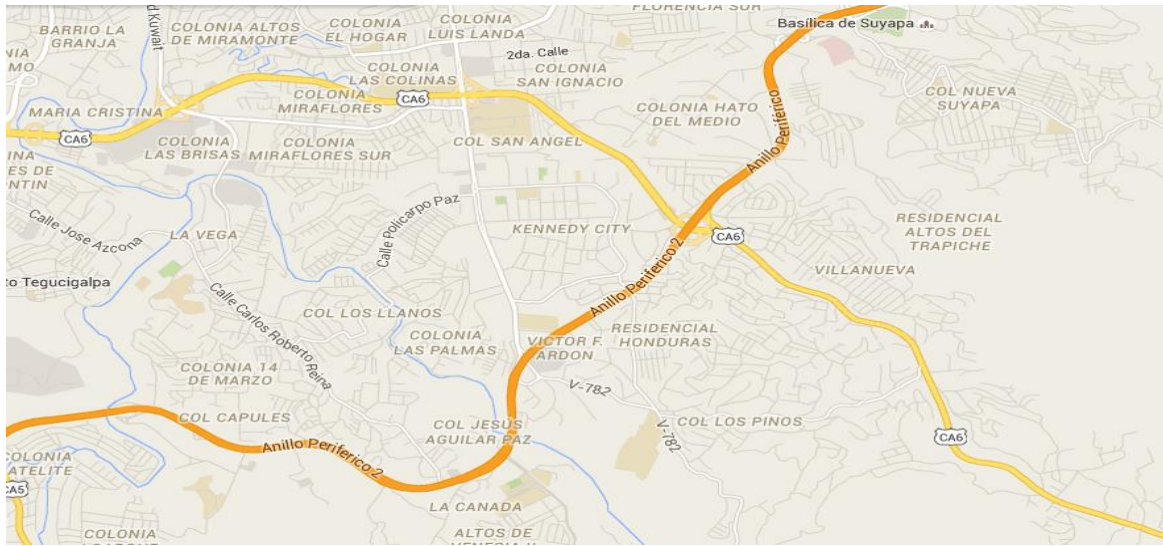
Por medio de la presente, autorizo a la Doctora Amelia Rodas Rodrigues, estudiante de la Maestría en Salud Pública del CIES (Sede Ocotal) a realizar estudio para su tesis sobre las: **CARACTERISTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS DE LOS PACIENTES ADULTOS CON SOSPECHA DE DENGUE QUE ASISTEN AL CESAMO SAN BENITO; en el período Abril- Julio de 2015.**

**Atentamente**

**Dra. Mireya Mineros  
Directora CESAMO San Benito**

# Anexo 4

## MAPA





VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL DENGUE  
SOLICITUD DE EXAMENES



SOSPECHOSO DE DENGUE HEMORRÁGICO SI  NO

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN EXACTA LUGAR \_\_\_\_\_ MUNICIPIO \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO \_\_\_\_\_ BARRIO, COLONIA O ALDEA \_\_\_\_\_

CALLE Y/O AVENIDA \_\_\_\_\_ CASA No. \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

HOSPITALIZADO EN \_\_\_\_\_ FECHA INGRESO \_\_\_\_\_ SALA \_\_\_\_\_ No. EXPED \_\_\_\_\_

DATOS CLINICOS: FECHA PRIMER SÍNTOMA \_\_\_\_\_ DIAS DE EVOLUCION \_\_\_\_\_

FECHA DE TOMA DE MUESTRA 1era \_\_\_\_\_ 2da \_\_\_\_\_

TIPO DE MUESTRA SUERO  SANGRE EN DISCO

No.	SIGNOS Y SINTOMAS	SI	NO
1	FIEBRE		
2	DOLOR DE CABEZA		
3	DOLOR EN LOS OJOS		
4	DOLOR DE CUERPO		
5	DOLOR DE COYUNTURAS		
6	ERUPCION		
7	NAUSEAS O VOMITOS		
8	FALTA DE APETITO		
9	ESCALOFRIOS		
10	TOS		
11	COGESTION NASAL		
12	PETEQUIAS/EQUIMOSIS		
13	VOMITO CON SANGRE		
14	SANGRE EN LA ESCRETA		
15	HEMORRAGIAS DE NARIZ		
16	HEMORRAGIAS DE ENCIAS		
17	SANGRE EN LA ORINA		
18	HEMOR. VAG. / F.U.M. / /		
19	DOLOR ABDOMINAL		
20	FRIALDAD DE MIEMBROS		
21	SUDORACION		
22	PALIDEZ		
23	PRUEBA TORNIQUETE (+) (-)		
24	DERRAME DE SEROSAS		

PRUEBA DE LABORATORIO	FECHA 1			FECHA 2			FECHA 3		
	D	M	A	D	M	A	D	M	A
HB									
HTC									
PLAQUETAS									
LEUCOCITOS									
PAM									

DATOS ADICIONALES:

1. Durante los 10 días antes de enfermarse viajó a otro lugar SI  NO

2. A donde viajó? \_\_\_\_\_

3. Tuvo dengue antes? SI  NO

Otros diagnósticos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Embarazo: SI  NO

INFORMACIÓN SOBRE TOMA DE MUESTRAS

Al momento primer contacto paciente

- **1era Muestra:** Suero Sanguíneo (estéril) Examen: Aislamiento de Virus (Sin anticoagulante). Tomar en los primeros 5 días del inicio de síntomas.
- **2da Muestra:** Suero o Sangre en Papel Filtro. Examen: IgM-ELISA: Tomarla a los 6 ó más días del inicio de síntomas.
- En caso de sospecha de Dengue hemorrágico tomar obligatoriamente 2 muestras.

CLASIFICACIÓN A  C   
DENGUE HEMORRAGICO B  D

CONDICIONES DE EGRESO V  M

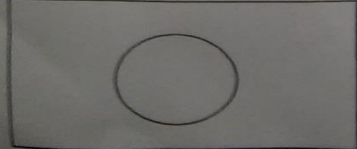
Persona que remitió \_\_\_\_\_

Dirección Dptal. \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ área \_\_\_\_\_

U. S. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Enviar resultado a: \_\_\_\_\_

ENGRAPE AQUÍ MUESTRA EN PAPEL FILTRO



TOMADO DE 6 ó MAS DIAS DE INICIO DE

REGISTRO No. \_\_\_\_\_

Fecha de Recibo: \_\_\_\_\_

Fecha de Prueba: \_\_\_\_\_

RESULTADO DE LABORATORIO

PRIMERA PRUEBA (IgM)		SEGUNDA PRUEBA (IgM)
<input type="radio"/> POSITIVO	<input type="radio"/> POSITIVO	<input type="radio"/> POSITIVO
<input type="radio"/> NEGATIVO	<input type="radio"/> NEGATIVO	<input type="radio"/> NEGATIVO
Serotipo _____	<input type="radio"/> INDETERMINADO	

Clasificación final Fecha: \_\_\_\_\_ Confirmado  Laboratorio: \_\_\_\_\_ Clini. epid. \_\_\_\_\_

ABUSO DE DROGAS SIN DEPENDENCIA		DIAGNOSTICO		CODIGO
< 5 AÑOS	> 5 AÑOS	NUEVOS	SUBSIG.	
		NUEVOS	SUBSIG.	

PAG. #2. MENSUAL DE MORBILIDAD

INFORME MENSUAL DE MORBILIDAD  
ESTABLECIMIENTO: *San Benito* MES: *Abril* AÑO *2015*

CODIGO	DIAGNOSTICOS	< 5 AÑOS		> 5 AÑOS	
		NUEVOS	SUBSIG.	NUEVOS	SUBSIG.
A01.0	FIBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA				
	DISENTERIA BACILAR	1			
	DISENTERIA AMIBIANA	25		10	
A09.X	DIARREAS				
J16.4	TUBERCULOSIS				
B15.9	HEPATITIS INFECCIOSA				
A36.9	DIFTERIA				
A37.9	TOSFERINA				
	INFECCION MENINGOCOCICA				
A33.X	TETANO NEONATORUM				
A80.9	POLIOMIELITIS AGUDA				
B05.9	SARAMPION				
B06.9	RUBEOLA	1	2	12	4
A90.X	DENGUE				
	ENCEFALITIS VIRICA				
	RABIA EN EL HOMBRE (HIDROFOBIA)				
B54.X	MALARIA				
B55.1	LEISHMANIASIS CUTANEA				
A53.9	SIFILIS	1		1	
A54.9	GONORREA	1		18	
	MICOSIS				
	HELMINTIASIS INTESTINALES MIXTAS				
	PARASITOSIS INTESTINAL	4		20	
	TUMORES MALIGNOS				
	TUMORES BENIGNOS				
	CANCER IN SITU				
	BOCIO				
E14.9	DIABETES			4	39
	ANEMIAS	1		3	
	PSICOSIS				
	TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD				
	DESVIACIONES Y TRASTORNOS SEXUALES				
	SINDROME DEPENDENCIA DEL ALCOHOL				
	SINDROME DE LAS DROGAS				

CODIGO		DIAGNOSTICO		NUEVOS		SUBSIG.	
				< 5 AÑOS		> 5 AÑOS	

PAG #2... MENSUAL DE MORBILIDAD

ESTABLECIMIENTO: *San Benito* INFORME MENSUAL DE MORBILIDAD  
 MES: *Mayo* AÑO *2015*

CODIGO	DIAGNOSTICOS	< 5 AÑOS		> 5 AÑOS	
		NUEVOS	SUBSIG.	NUEVOS	SUBSIG.
A 01.0	FIBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA				
	DISENTERIA BACILAR	2	0	2	0
	DISENTERIA AMIBIANA	28	1	14	0
A09.X	DIARREAS				
J16.4	TUBERCULOSIS				
B15.9	HEPATITIS INFECCIOSA				
A36.9	DIFTERIA				
A37.9	TOSFERINA				
	INFECCION MENINGOCOCICA				
A33.X	TETANO NEONATORUM				
A80.9	POLIOMIELITIS AGUDA				
B 05.9	SARAMPION				
B 06.9	RUBEOLA				
A90.X	DENGUE	1	0	24	8
	ENCEFALITIS VIRICA				
	RABIA EN EL HOMBRE (HIDROFOBIA)				
B54.X	MALARIA				
B55.1	LEISHMANIASIS CUTANEA				
A53.9	SIFILIS		0		0
A54.9	GONORREA				
	MICOSIS	1	0	11	0
	HELMINTIASIS INTESTINALES MIXTAS				
	PARASITOSIS INTESTINAL	5		12	
	TUMORES MALIGNOS				
	TUMORES BENIGNOS				
	CANCER IN SITU				
	BOCIO				
E14.9	DIABETES			4	33
	ANEMIAS	2		3	
	PSICOSIS				
	TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD				
	DESVIACIONES Y TRASTORNOS SEXUALES				
	SINDROME DEPENDENCIA DEL ALCOHOL				
	SINDROME DE LAS DROGAS				



**INFORME MENSUAL DE MORBILIDAD**

ESTABLECIMIENTO : *San Benito* MES : *Junio* AÑO *2015*

CODIGO	DIAGNOSTICOS	< 5 AÑOS		> 5 AÑOS	
		NUEVOS	SUBSIG.	NUEVOS	SUBSIG.
A 01.0	FIBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA				
	DISENTERIA BACILAR				
	DISENTERIA AMIBIANA				
A09.X	DIARREAS	47	1	22	1
J16.4	TUBERCULOSIS			2	0
B15.9	HEPATITIS INFECCIOSA				
A36.9	DIFTERIA				
A37.9	TOSFERINA				
	INFECCION MENINGOCOCICA				
A33.X	TETANO NEONATORUM				
A80.9	POLIOMIELITIS AGUDA				
B 05.9	SARAMPION				
B 06.9	RUBEOLA				
A90.X	DENGUE	1	0	8	8
	ENCEFALITIS VIRICA <i>Chick'V'</i>	3	0	105	11
	RABIA EN EL HOMBRE (HIDROFOBIA)				
B54.X	MALARIA				
B55.1	LEISHMANIASIS CUTANEA				
A53.9	SIFILIS				
A54.9	GONORREA				
	MICOSIS	1	0	18	0
	HELMINTIASIS INTESTINALES MIXTAS				
	PARASITOSIS INTESTINAL	5	0	20	1
	TUMORES MALIGNOS				
	TUMORES BENIGNOS				
	CANCER IN SITU				
	BOCIO				
E14.9	DIABETES			4	41
	ANEMIAS			5	0
	PSICOSIS				
	TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD				
	DESVIACIONES Y TRASTORNOS SEXUALES				
	SINDROME DEPENDENCIA DEL ALCOHOL				
	SINDROME DE LAS DROGAS				

ALTERACIONES DE LAS FUNCIONES		ABUSO DROGAS SIN DEPENDENCIA		CODIGO
SUBSIG.	NUEVOS	SUBSIG.	NUEVOS	
> 5 AÑOS		> 5 AÑOS		

PAG #2. MENSUAL DE MORBILIDAD

INFORME MENSUAL DE MORBILIDAD  
 ESTABLECIMIENTO: *Cerau S-B* MES: *Julio* AÑO *2015*

CODIGO	DIAGNOSTICOS	< 5 AÑOS		> 5 AÑOS	
		NUEVOS	SUBSIG.	NUEVOS	SUBSIG.
A.01.0	FIBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA				
	DISENTERIA BACILAR				
	DISENTERIA AMIBIANA	1			
A09.X	DIARREAS	58		24	
J16.4	TUBERCULOSIS				
B15.9	HEPATITIS INFECCIOSA				
A36.9	DIFTERIA				
A37.9	TOSFERINA				
	INFECCION MENINGOCOCICA				
A33.X	TETANO NEONATORUM				
A80.9	POLIOMIELITIS AGUDA				
B 05.9	SARAMPION				
B 06.9	RUBEOLA				
A90.X	DENGUE	1	1	14	9
	ENCEFALITIS VIRICA				
	RABIA EN EL HOMBRE (HIDROFOBIA)				
B54.X	MALARIA				
B55.1	LEISHMANIASIS CUTANEA				
A53.9	SIFILIS				
A54.9	GONORREA				
	MICOSIS			8	
	HELMINTIASIS INTESTINALES MIXTAS				
	PARASITOSIS INTESTINAL	6		21	3
	TUMORES MALIGNOS				
	TUMORES BENIGNOS				
	CANCER IN SITU				
	BOCIO				
E14.9	DIABETES			6	36
	ANEMIAS	1		9	
	PSICOSIS				
	TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD				
	DESVIACIONES Y TRASTORNOS SEXUALES				
	SINDROME DEPENDENCIA DEL ALCOHOL				
	SINDROME DE LAS DROGAS				

PROYECTO ASOCIADOS DE LOS PACIENTES DE DENGUE QUE ASISTEN AL CENTRO, TEGUCIGALPA, HONDURAS, DICIEMBRE 2015-ENERO 2016.

**HISTORIA CLINICA**

Número de Ficha: San Benito REGION: Metrop.  
 UNIDAD DE SALUD NOTIFICANTE: San Benito  
 UNIDAD DE SALUD QUE CORRESPONDE POR PROCEDENCIA: San Benito  
 Fecha de entrevista: 9/4/15 Entrevistador: Dr. Soto

**DATOS GENERALES**

Nombre: Santa Lorenza Cruz Moran Expediente: 1648  
 No. Identidad: 0611-1964-00498 Fecha de nacimiento: 5/9/64 Edad: 50a  
 Sexo: Hombre  Mujer  Estado civil: Soltero  Casado  Union libre  Divorciado   
 Etnia: Lenca  Garifuna  Misquita  Pech  Tawahka/sumos  Totupanjicaque  Chorti

DIRECCION Departamento: Fco Mo Municipio: DC  
 Barrio / colonia / aldea / caserio: Villanueva Correo electr:  
 Teléfono fijo: Celular: 9799 8922 Teléfono trabajo:

**SOCIOECONOMICO** Años de estudio cursados: a) Primaria 6 b) Secundaria  c) Universidad   
 No. De dependientes Adultos  Menores 2 Prof/Oficio: domesticas Activ laboral actual: opina domesticas  
 a) Empleo temporal  b) Empleo Permanente  c) Desempleado  d) Independiente  Ingreso mensual lps 4,000  
 Cuenta con: a) Vivienda propia  b) alquiler  c) Otra  d) pago mensual lps

**ANTECEDENTES FAMILIARES (padres, hermanos, tios, abuelos, hijos) Y PERSONALES**

Patologia/Estado morbosos	Familiar (especificar parentesco)	Personal	Años de Dx
a) Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> desc.	<input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no	<u>4 meses.</u>
Cuantos casos hay por generacion?			
b) HTA	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> desc. <u>padre, madre, 1/11</u>	<input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no	<u>9 años.</u>
c) Dislipidemia	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> desc.	<input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no	
d) Sd. Ovario poliquistico	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> desc.	<input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no	
e) Enf de tiroides	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> desc. <u>1/11</u>	<input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no	
f) Probl de circulacion	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> desc. <u>2/11</u>	<input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no	<u>3 años.</u>
g) Infarto del corazón	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> desc. <u>Madre, padre, tío. 4/6</u>	<input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no	
h) Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> desc. <u>Madre, padre.</u>	<input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no	
i) Asma	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> desc.	<input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no	
j) Enf. Pulmonar crónica	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> desc. <u>1/11 hipertension</u>	<input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no	
k) Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> desc.	<input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no	
l) Osteoartritis	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> desc.	<input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no	<u>1 años.</u>
m) Epilepsia	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> desc. <u>1/11</u>	<input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no	
n) Cáncer:	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> desc. <u>1/11 madre.</u>	<input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no	
o) Depresion	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> desc.	<input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no	
p) Otros	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> desc.	<input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no	

**Hábitos** Antecedente Edad inició/dejó Frecuencia en últimos 12 meses  
 Alcohol  previo  actual  nunca / a)diaria b)5-6d/sem c)1-4d/sem d)1-3d/mes e)<1d/mes  
 Tabaco  previo  actual  nunca  pasivo / ¿Cuantos cigarrillos fumó diariamente?  
 Otras Drogas  previo  actual  nunca / ¿Qué Tipo?

**Ejercicio (actividad física que aumenta Fr Cardiaca, Fr Respiratoria y lo hace sudar)**  
 Frecuencia de Ejercicio (minutos/ semana)  >=150  < 150  nunca  
 Tipo de Ejercicio:  Corre  Camina  Bicicleta  Gimnasia aeróbica  Pesas  otro:

**SALUD SEXUAL:** ¿Cuál es su Orientación Sexual?: Heterosexual  Bisexual  Homosexual  Otros  
 Edad en la 1ra relacion sexual: 20 Edad en la 1ra union marital: 21 Edad en el 1er nacimiento de su hijo/a: 20  
 Su último hijo/a fue: planeado  No planeado pero deseado  No deseado   
 No. de parejas con las que tiene hijos (as): 1 Numero parejas sexuales en el último año: 1  
 ¿Ha tenido una ITS en el último año? Si  no  Dg. Medico: Hongos ¿Fue tratada?  no   
 Donde? Clínica Pública  Clínica Privada  Auto medicado  ¿Qué método de prevención conoce? Condoh.  
 ¿Usó condones en el último año? siempre  ocasionalmente  Nunca

Usa método de planificación  si  no  cual: caso no tiene relaciones  
 Antecedentes gineco-obstetricos Menarquia: 13 años FUM: 1 Oct. 2014  
 G: 5 P: 5 A: 0 Obitos  Ectópicos  OC:  HV 5 HM: 0  
 Aumento 20lb o más durante emb  si  no  no sabe Tuvo productos <37 SG  si  no  no sabe  
 Tuvo productos: 25 >4 kg (8.8 lb)  si  no  no sabe <2.5Kg (5.5 lb)  si  no  no sabe  
 Salud sexual masculina Problema de función erectil: No  si  CUAL?  Impotencia  Eyaculac. precoz   
 Examen de próstata (>40a) si  no  fecha ultima vez Tacto rectal PSA Diagnóstico

Anexo VI  
 Hoja de Control Diario  
 En Pacientes Ambulatorios Con Dengue

Fecha

	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7
<b>Pulso</b>							
<b>Frecuencia Cardiaca</b>							
<b>Frecuencia Respiratoria</b>							
<b>Presión Arterial</b>							
<b>Presión Arteria Media</b>							
<b>Presión de Pulso</b>							
<b>Dolor Abdominal Persistente</b>							
<b>Vómitos Persistentes</b>							
<b>Somnolencia y Desmayos</b>							
<b>Diuresis</b>							
<b>Hora de Ultima Micción</b>							
<b>Volumen de Líquidos Ingerido</b>							
<b>Diarrea</b>							
<b>Sangrado de Mucosas</b>							
<b>Hematocrito</b>							
<b>Leucocitos</b>							
<b>Plaquetas</b>							



## VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL DENGUE SOLICITUD DE EXAMENES



SOSPECHOSO DE DENGUE HEMORRÁGICO SI  NO

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN EXACTA LUGAR \_\_\_\_\_ MUNICIPIO \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO \_\_\_\_\_ BARRIO, COLONIA O ALDEA \_\_\_\_\_

CALLE Y/O AVENIDA \_\_\_\_\_ CASA No. \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

HOSPITALIZADO EN \_\_\_\_\_ FECHA INGRESO \_\_\_\_\_ SALA \_\_\_\_\_ No. EXPED \_\_\_\_\_

DATOS CLINICOS: FECHA PRIMER SÍNTOMA \_\_\_\_\_ DIAS DE EVOLUCION \_\_\_\_\_

FECHA DE TOMA DE MUESTRA 1era \_\_\_\_\_ 2da \_\_\_\_\_

TIPO DE MUESTRA SUERO  SANGRE EN DISCO

No.	SIGNOS Y SÍNTOMAS	SI	NO
1	FIEBRE		
2	DOLOR DE CABEZA		
3	DOLOR EN LOS OJOS		
4	DOLOR DE CUERPO		
5	DOLOR DE COYUNTURAS		
6	ERUPCIÓN		
7	NAUSEAS O VOMITOS		
8	FALTA DE APETITO		
9	ESCALOFRIOS		
10	TOS		
11	COGESTION NASAL		
12	PETEQUIAS/ EQUIMOSIS		
13	VOMITO CON SANGRE		
14	SANGRE EN LA ESCRETA		
15	HEMORRAGIAS DE NARIZ		
16	HEMORRAGIAS DE ENCÍAS		
17	SANGRE EN LA ORINA		
18	HEMOR. VAG. / F.U.M. / /		
19	DOLOR ABDOMINAL		
20	FRIALDAD DE MIEMBROS		
21	SUDORACIÓN		
22	PALIDEZ		
23	PRUEBA TORNIQUETE (+) (-)		
24	DERRAME DE SEROSAS		

CLASIFICACIÓN A  C

DENGUE HEMORRAGICO B  D

CONDICIONES DE EGRESO V  M

Persona que remitió \_\_\_\_\_

Dirección Dptal. \_\_\_\_\_ No. área \_\_\_\_\_

U.S. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Enviar resultado a: \_\_\_\_\_

PRUEBA DE LABORATORIO	FECHA 1			FECHA 2			FECHA 3		
	D	M	A	D	M	A	D	M	A
HB									
HTC									
PLAQUETAS									
LEUCOCITOS									
PAM									

**DATOS ADICIONALES:**

1. Durante los 10 días antes de enfermarse viajó a otro lugar SI  NO

2. A donde viajó? \_\_\_\_\_

3. Tuvo dengue antes? SI  NO

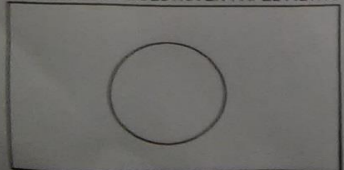
Otros diagnósticos: \_\_\_\_\_

Embarazo: SI  NO

**INFORMACIÓN SOBRE TOMA DE MUESTRAS**  
Al momento primer contacto paciente

- 1era Muestra: Suero Sanguíneo (estéril) Examen: Aislamiento de Virus (Sin anticoagulante). Tomar en los primeros 5 días del inicio de síntomas.
- 2da Muestra: Suero o Sangre en Papel Filtro. Examen: IgM-ELISA: Tomarla a los 6 ó más días del inicio de síntomas.
- En caso de sospecha de Dengue hemorrágico tomar obligatoriamente 2 muestras.

ENGRAPE AQUÍ MUESTRA EN PAPEL FILTRO



TOMADO DE 6 ó MAS DIAS DE INICIO DE

REGISTRO No. \_\_\_\_\_

Fecha de Recibo: \_\_\_\_\_

Fecha de Prueba: \_\_\_\_\_

RESULTADO DE LABORATORIO		
PRIMERA PRUEBA (IgM)	SEGUNDA PRUEBA (IgM)	
Cultivos		
<input type="radio"/> POSITIVO	<input type="radio"/> POSITIVO	<input type="radio"/> POSITIVO
<input type="radio"/> NEGATIVO	<input type="radio"/> NEGATIVO	<input type="radio"/> NEGATIVO
Serotipo _____	<input type="radio"/> INDETERMINADO	
Clasificación final	Confirmado <input type="radio"/>	Laboratorio _____
Fecha: _____		Clini. epid. _____

## Anexo 5

### TABLAS DE RESULTADOS

#### Datos Sociodemográficos de los Pacientes

Tabla #1

Datos Sociodemográficos		Frecuencia	Porcentaje	% Acumulado
<b>Sexo</b>	<b>Hombre</b>	<b>11</b>	<b>31%</b>	<b>31%</b>
	Mujer	25	69%	100%
<b>Edad</b>	<b>21-30</b>	<b>24</b>	<b>66.67%</b>	<b>66.67%</b>
	31-40	4	11.11%	77.78%
	<b>41-50</b>	<b>5</b>	<b>13.89%</b>	<b>91.67%</b>
	51-60	3	8.33%	100.00%
	<b>Más de 60</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>100.00%</b>
<b>Estado Civil</b>	<b>Soltero</b>	<b>13</b>	<b>36.11%</b>	<b>36.11%</b>
	Casado	6	16.67%	52.78%
	<b>Unión Libre</b>	<b>17</b>	<b>47.22%</b>	<b>100.00%</b>
<b>Grupo Étnico</b>	<b>Mestizo</b>	<b>34</b>	<b>94.44%</b>	<b>94.44%</b>
	Afro Caribeño	1	2.78%	97.22%
	<b>Garífuna</b>	<b>1</b>	<b>2.78%</b>	<b>100.00%</b>
<b>Ocupación</b>	<b>Ama de Casa</b>	<b>14</b>	<b>38.89%</b>	<b>38.89%</b>
	Comerciante	4	11.11%	50.00%
	<b>Desempleado</b>	<b>6</b>	<b>16.67%</b>	<b>66.67%</b>
	Estudiante	6	16.67%	83.34%
	<b>Obrero</b>	<b>4</b>	<b>11.11%</b>	<b>94.45%</b>
	Profesional Técnico	2	5.56%	100.01%
	<b>Ninguna</b>	<b>4</b>	<b>11.11%</b>	<b>11.11%</b>
<b>Escolaridad</b>	Primaria Completa	9	25%	36.11%
	<b>Primaria Incompleta</b>	<b>8</b>	<b>22.22%</b>	<b>58.33%</b>
	Secundaria Completa	10	27.78%	86.11%
	<b>Secundaria Incompleta</b>	<b>5</b>	<b>13.89%</b>	<b>100.00%</b>

<b>Procedencia</b>	<b>Colonia</b>	<b>29</b>	<b>80.56%</b>	<b>80.56%</b>
	Aldea	6	16.67%	97.23%
	Caserío	1	2.78%	100%

<b>Vivienda</b>	<b>Adobe</b>	<b>12</b>	<b>33.33%</b>	<b>33.33%</b>
	Bloque	1	2.78%	36.11%
	<b>Cartón</b>	<b>1</b>	<b>2.78%</b>	<b>38.89%</b>
	Ladrillo	11	30.56%	69.45%
	<b>Madera</b>	<b>11</b>	<b>30.56%</b>	<b>100.01%</b>

### Antecedentes Personales Patológicos de los pacientes

Tabla # 2

		Frecuencia	Porcentaje	% Acumulado
<b>Cardiópatas</b>	Si	4	11.11%	11.11%
	No	32	88.89%	100.00%
<b>Diabetes</b>	<b>Si</b>	<b>7</b>	<b>19.44%</b>	<b>19.44%</b>
	No	29	80.56%	100.00%
<b>Hipertensos</b>	<b>No</b>	<b>24</b>	<b>66.67%</b>	<b>66.67%</b>
	Si	12	33.33%	100.00%
<b>Sobrepeso</b>	<b>No</b>	<b>26</b>	<b>72.22%</b>	<b>72.22%</b>
	Si	10	27.78%	100.00%
<b>Otros</b>	<b>No</b>	<b>29</b>	<b>80.56%</b>	<b>80.56%</b>
	Si	7	19.44%	100.00%

## Manifestaciones Clínicas de los pacientes

**Tabla # 3**

		Frecuencia	Porcentaje	% Acumulado
Fiebre	Si	34	94.44%	94.44%
	No	2	5.56%	100
Artralgias	Si	26	72.22%	72.22%
	No	10	27.78%	100%
Mialgias	No	10	27.78%	27.78%
	Si	26	72.22%	100%
Cefalea	No	4	11.11%	11.11%
	Si	32	88.89%	100%
Dolor Retro orbitario	No	6	16.67%	16.67%
	Si	30	83.33%	100%
Erupción Cutánea	No	23	63.89%	63.89%
	Si	13	36.11%	100%
Manifestaciones Hemorrágicas	No	28	77.78%	77.78%
	Si	8	22.22%	100%

## Condiciones epidemiológicas presentes en los pacientes.

**Tabla # 4**

		Frecuencia	Porcentaje	% Acumulado
Días de evolución de la enfermedad	0-1	3	8.33%	8.35%
	2-3	30	83.33%	91.65%
	4-5	3	8.33%	100%
Migración	Na	6	16.67%	16.67%
	no	26	72.22%	88.89%
	si	4	11.11%	100.00%



<b>Lugar de migración</b>	Área Rural D.C.	1	2.78%	2.78%
	Ninguno	33	91.67%	94.45%
	Norte del País	1	2.78%	97.23%
	Sur del País	1	2.78%	100.01%
<b>Diagnostico anterior de Dengue</b>	NA	6	16.67%	16.67%
	No	22	61.11%	77.78%
	Si	8	22.22%	100.00%