



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS

TÍTULO:

**“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE DENGUE
GRAVE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL
ROBERTO GILBERT Y PROPUESTA DE MEDIDAS
PREVENTIVAS JULIO DE 2009 – JUNIO 2010”.**

**TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OPTAR
POR EL GRADO DE MAGISTER EN ATENCION PRIMARIA
Y CLINICA INFANTIL.**

AUTORA:

Md. ANA ESTHER ORTÍZ NUÑEZ

TUTOR:

DR. ANTONIO VITERI LARRETA.

2014

GUAYAQUIL - ECUADOR

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS
AV. KENNEDY S/N AV. DELTA
TELÉFONO: 2391046
GUAYAQUIL-ECUADOR

71-IIM-CI-14

Guayaquil, mayo 23 de 2014

Señora Dra.
Rosario Zambrano
DIRECTORA DE LA ESCUELA
DE GRADUADOS
Ciudad. -

De mis consideraciones:

Adjunto a la presente la tesis de la Dra. Ana Esther Ortiz Núñez, con el tema:
"PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE DENGUE GRAVE EN
PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL "ROBERTO GILBERT" Y
PROPUESTA DE MEDIDAS PREVENTIVAS JULIO DE 2009-JUNIO 2010".

La tesis ha sido revisada y aprobada, por la cual se recomienda continuar con la sustentación correspondiente.

Atentamente,


Dr. Angel Ortiz A., MS.c.
DIRECTOR

Copia: archivo

Dr Angel Ortiz A.
DIRECTOR
Instituto de Investigaciones Médicas





UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
SECRETARIA GENERAL

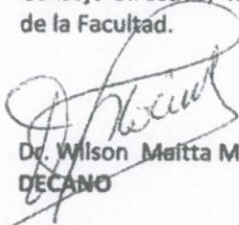


ACTA DE SUSTENTACION DE ANTEPROYECTO

Sustentado el Anteproyecto de la **MAESTRIA EN ATENCION PRIMARIA Y CLINICA INFANTIL** de la Dra. **Ana Ortiz Núñez**, por su presentación, contenido, exposición oral y la profundidad de conocimientos, este Jurado Calificador delibera y acuerda:

APROBAR EL ANTEPROYECTO

Para constancia y verificación firman la presente Acta, el Dr. Wilson Maitta Mendoza, Presidente del H. Consejo Directivo, los Miembros del Tribunal Calificador y la Abg. Carmen Morán Flores, Secretaria de la Facultad.

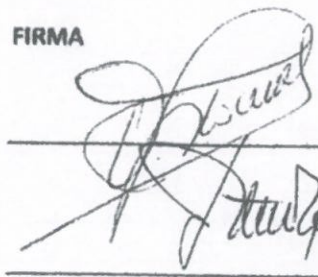

Dr. Wilson Maitta Mendoza
DECANO

TRIBUNAL CALIFICADOR

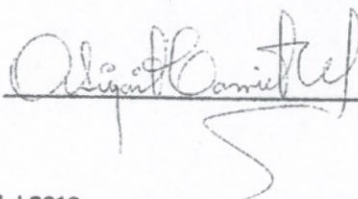
NOMBRES y APELLIDOS

FIRMA

Dr. Wilson Maitta Mendoza, Decano



Dr. Carlos Torres Noé, MSc - Examinador



Dra. Abigail Carriel Ubilla, MSc - Examinadora

Dado en la ciudad de Guayaquil, a los seis días del mes de mayo del 2012



Ab. Carmen Morán Flores
SECRETARIA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Tema del Anteproyecto: **"PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE DENGUE GRAVE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL ROBERTO GILBERT Y PROPUESTA DE MEDIDAS PREVENTIVAS. JULIO 2009 - JUNIO 2010"**.

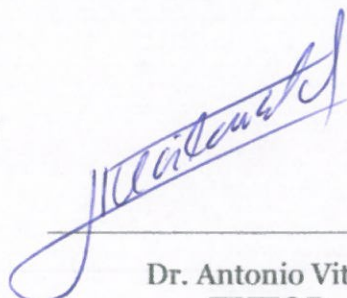


UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

CERTIFICADO DE APROBACION DEL TUTOR

En mi calidad de tutor del trabajo de investigación :
**“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE DENGUE GRAVE
EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL ROBERTO
GILBERT Y PROPUESTA DE MEDIDAS PREVENTIVAS JULIO
DE 2009 – JUNIO 2010”** , corresponde a la Maestría de Atención
Primaria y clínica Infantil de la Universidad de Guayaquil, certifico: que he
procedido a la revisión del documento en la referencia, habiendo ejercido
las funciones asignadas a mi persona con la asesoría desde el anteproyecto
hasta la culminación de la investigación . Luego de su revisión y análisis
puedo dar fé de que cumple con las recomendaciones metodológicas y de
estilo requeridos por la Universidad para su aprobación, y su realización
constituirá un valioso aporte científico a la institución. Estando en
conformidad con el trabajo efectuado por lo cual autorizo a la Dra. Ana
Esther Ortiz Núñez la presentación final por escrito de la tesis.

Atentamente:



Dr. Antonio Viteri.
TUTOR

Guayaquil, Marzo 2013.



Hospital de Niños
Dr. Roberto Gilbert Elizalde
Junta de Beneficencia de Guayaquil

Servicio de Archivo y Estadística
Tradición de Fé, Amparo y Esperanza

Santiago de Guayaquil, a Septiembre 12 de 2013

Señores
Escuela de Postgrado
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Por medio del presente informo a usted(es) que los ciento once pacientes en los que basó su estudio la doctora ANA ESTHER ORTIZ NUÑEZ con cédula 0911329696 relacionado con la "prevalencia y factores de riesgo de dengue grave en pacientes pediátricos del Hospital Roberto Gilbert" para sus estudios de "Maestría en Atención Primaria y Clínica Infantil", son pacientes y casos clínicos de este hospital.

La doctora Ortiz Núñez puede hacer uso de este documento como lo considere necesario.

Atentamente,


Hospital De Niños Dr. Roberto Gilbert S.
Ing. Gabriel García Gutiérrez
JEFE DE ESTADÍSTICA
Gabriel García Gutiérrez, Ing.
Jefe de Estadística

Dedicatoria

A Dios Todopoderoso quien es el Director de mis pasos y encamina mi felicidad al triunfo y la superación para servir a mis seres queridos y a la sociedad.

A mis padres que me dieron el Don de la Vida y me enseñaron que las cosas grandes salen adelante con esfuerzo y sacrificio.

Con mucho amor les dedico esta Tesis a mis hijas Rosiris y Cristina como fruto del trabajo continuo e imperecedero para alcanzar mi ideal de servir a los demás con amor, mi profesión.

A la Universidad Estatal de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Graduados, que me abrió las puertas del saber científico

Agradecimiento

A mi tutor Dr. Antonio Viteri Larreta y revisor Dr. Ángel Ortiz Arauz por su ayuda certera y precisa en la dirección de mi Tesis, por sus conocimientos científicos, paciencia y dedicación que me ha capacitado en esta maravillosa profesión

Al Hospital Roberto Gilbert y colegas de dicha casa de salud por su colaboración en la realización de este trabajo.

A mis compañeras de estudio por su apoyo y amistad durante el tiempo de estancia académica.

RESUMEN

Objetivo: Identificar la prevalencia y factores de riesgo de dengue grave en pacientes pediátricos del hospital “Roberto Gilbert” y propuesta de medidas preventivas julio de 2009 – junio 2010. **Métodos:** Con este propósito se incorporaron 100 pacientes pediátricos que cumplieron con los criterios de selección, a partir de una población de estudio de 100 pacientes. se definieron como casos 25 pacientes hospitalizados por dengue grave menores de 15 años con resultados confirmatorios de dengue . Se utilizaron las definiciones basadas en las recomendaciones de la OMS. Se utilizaron como variables sexo , edad, procedencia, antecedentes previos de dengue, hemoconcentración, presencia de leucopenia, requerimiento de transfusiones. **Resultados:** se determinó una prevalencia de 0,40 % de dengue y de 0,1 % de dengue grave , mientras que entre los pacientes que presentaron dengue el 25% correspondió al dengue grave , se identificó como factores de riesgo para dengue grave ser de sexo masculino el más afectado, una edad de 10-12 años , procedente de una zona urbana, predominantemente del guayas ,tener antecedentes previos de dengue ,presencia de leucopenia , hemoconcentración, requerimiento de transfusiones , poliserositis fueron los síntomas más frecuentes , el tiempo de duración de fiebre predominó de seis días. **Conclusiones:** el antecedente de dengue, de sexo masculino procedente del guayas ,ser menor de 10 a 12 años constituyeron los factores de riesgo para dengue grave. Con esta información y con la propuesta de medidas preventivas contribuirá a optimizar las intervenciones institucionales de prevención, detección precoz que realiza esta casa de salud y el Sistema Sanitario Ecuatoriano en la provincia del Guayas al permitir una intervención rápida entre pacientes pediátricos que tengan estos factores.

Palabras claves: DENGUE. DENGUE GRAVE. FACTORES DE RIESGO.

ABSTRACT

Objective:. Identify the prevalence and risk factors for severe dengue in pediatric hospital patients "Robert Gilbert" and proposed preventive measures July 2009 - June 2010 Methods: For this purpose 100 pediatric patients who met the selection criteria were incorporated , from a study population of 100 patients. 25 cases were defined as patients hospitalized for severe dengue under 15 with dengue confirmatory results. Definitions based on the recommendations of the WHO were used. Were used as sex, age, origin, previous history of dengue, hemoconcentration, presence of leucopenia, transfusion requirement. Results: The prevalence of dengue 0.40% and 0.1% of severe dengue was determined, while among dengue patients experiencing 25% were severe dengue identified as risk factors for severe dengue will be the most affected age 10-12 years from an urban, predominantly Guayas, have a previous history of dengue, presence of leukopenia, hemoconcentration, transfusion requirement, poliserositis male were the most frequent symptoms, time dominance duration of fever six days. Conclusions: The history of dengue, male from the guayas, be less than 10 to 12 years were risk factors for severe dengue. With this information and with the proposed preventive measures will help to optimize institutional interventions for prevention, early detection makes this home health and Ecuadorian health system in the province of Guayas in allowing rapid intervention among pediatric patients with these factors.

Keywords : DENGUE . SEVERE DENGUE . RISK FACTORS.

INDICE DE CONTENIDOS

1 INTRODUCCION.....	1
1.1 JUSTIFICACIÓN.....	3
1.2 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS.....	3
1.2.1 General	3
1.2.2 Específicos.....	3
1.3 HIPÓTESIS	4
1.4 VARIABLES	4
2 MARCO TEÓRICO	5
2.1.1 Dengue.....	5
Epidemiología.....	5
Etiología.....	5
Ciclo Evolutivo.....	6
Curso Clínico.....	6
Clasificación.....	7
Confirmación de un caso de dengue	10
2.2 FACTORES DE RIESGO DEL DENGUE GRAVE	13
2.2.1 Tratamiento.	14
En pacientes con dengue sin signos de alarma y, sin condiciones co- existentes	14
En pacientes con dengue y con signos de alarma	15
Pacientes con dengue con signos de alarma y con criterios para dengue grave.....	17
3 MATERIALES Y MÉTODOS	20
3.1 MATERIALES.....	20
3.1.1 Lugar de investigación	20
3.1.2 Periodo de investigación.....	20
3.1.3 Recursos empleados.....	20
Recursos humanos.....	20
3.1.4 Universo y muestra.	20
Universo.....	20

Muestra	20
3.2 MÉTODOS	21
3.2.1 Tipo de investigación.	21
3.2.2 Diseño de la investigación	21
3.2.3 Recolección de información.	21
3.2.4 Procesamiento de la información	21
4 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	22
5 DISCUSIÓN	37
6 CONCLUSIONES.....	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
ANEXOS	44

1 INTRODUCCION

Anualmente se reportan en el mundo, 100.500.000 casos de dengue, con una tasa de letalidad promedio de alrededor del 5 al 20% (11, 14, 20); en este mismo intervalo de tiempo cerca de 45.000 niños menores de 15 años se complican como consecuencia de esta patología (4).

Actualmente es la enfermedad más importante transmitida por vectores en América, amenazando la salud de millones de niños. Sólo en 2007 se notificaron más de 890 000 casos, de los cuales aproximadamente 26 000 correspondieron a Dengue Grave (20)

En el Ecuador el deterioro de las condiciones sociales, ambientales y económicas ha favorecido su permanencia y su alta incidencia. Por ejemplo a nivel nacional en 2007 se reportaron oficialmente 10587 casos mientras que solo entre enero y mediados de febrero de 2010 ya se han reportado 907 pacientes de dengue, a expensas de provincias de la costa (15, 17)

Guayas, unas de las provincias de este país con la mayor densidad poblacional y una de las que tradicionalmente ha aportado con el mayor número de enfermos por Dengue, en 2007 informó 3071 casos (MSP, 2008) y en Guayaquil, su capital provincial y la ciudad más populosa de esta región reportó entre enero y febrero 182 casos (Expreso, 2010) El hospital “Roberto Gilbert” una institución de atención especializada para pacientes pediátricos, ubicada en este centro urbano confirma un número anual de 70 a 80 casos de hospitalizaciones por dengue (13) entre los que se contarían un 11% de pacientes con Dengue Grave (1).

El concepto de Dengue grave se ha incluido recientemente como parte de una iniciativa de la OMS para poder protocolizar el manejo de esta enfermedad y recién el personal de salud se ha comenzado a familiarizar con esta terminología, sin embargo la incorporación de este término no

solo ha significado una variación en el concepto, sino que esto también ha modificado algunas cifras con las que el personal de salud se había familiarizado.

Un estudio efectuado por Coloma en 2011, en el hospital Roberto Gilbert determina una prevalencia del 25% entre pacientes pediátricos de Dengue, pero no estima la presencia de factores de riesgo en relación a su impacto.

En este sentido se hace imprescindible actualizar la información estadística por lo que continuación se presenta la propuesta para realizar un estudio que solucione este problema en el hospital de niños “Dr. Roberto Gilbert”, tomando en consideración que la población pediátrica es especialmente vulnerable y que la actualización de esta información puede contribuir importantemente a mejorar a los pacientes pertenecientes a este grupo etáreo.

1.1 Justificación

Se ha planteado que la ampliación del acceso de los pacientes con Dengue a atención médica prestada por médicos y enfermeros entrenados para el tratamiento del Dengue grave puede reducir la tasa de mortalidad a menos del 1% (20)

Este entrenamiento debe incluir el conocimiento sobre los principales factores de riesgo ya que permite actuaciones terapéuticas oportunas y la implementación de acciones eficientes de prevención y detección precoz (4).

Esta investigación sirve para determinar la prevalencia del dengue grave pediátrico de acuerdo a resultados diseñando un programa educativo, con esta investigación serán beneficiados los niños y sus familias por cuanto vamos a lograr disminuir la prevalencia del dengue grave su hospitalización consecuentemente disminuir los problemas económicos y laborales. Va a ser beneficiado la institución al lograr bajar los casos grave, se va a conseguir disminuir los gastos para la institución. Dicho programa podrá ser aplicado en la institución e incluso en otras instituciones hospitalarias.

1.2 Formulación de objetivos.

1.2.1 General

Determinar la prevalencia y los factores de riesgo de mayor frecuencia entre los pacientes pediátricos con Dengue grave atendidos en Hospital Roberto Gilbert.

1.2.2 Específicos

- Determinar la prevalencia del tipo de dengue

- Registrar la prevalencia y filiación de pacientes que desarrollaron dengue grave
- Identificar los factores de riesgo presente entre los pacientes pediátricos incluidos en el estudio.
- Diseñar propuestas de medidas preventivas del dengue grave para los familiares de los pacientes.

1.3 Hipótesis

La prevalencia de dengue grave es alta y el factor de riesgo de mayor importancia es la pérdida de volumen en el hospital Roberto Gilbert .

1.4 Variables

- Variable Independiente:
 - Factores de riesgo
- Variable Dependiente:
 - Prevalencia de Dengue grave
- Intervenientes
 - Edad
 - sexo
 - Tipo de dengue
 - Procedencia

2 MARCO TEÓRICO

2.1.1 Dengue

Epidemiología.

El Dengue se presenta generalmente en forma de epidemias explosivas, que afectan a miles de personas, cada episodio es por un tipo de dengue, pero paulatinamente los demás serotipos se van introduciendo en la región. (14)

En América en 1965 se inicia en Jamaica una epidemia por DEN-3. En 1977 una epidemia en Jamaica y el resto del Caribe produjo medio millón de casos y fue por DEN-1. En 1981 la gran epidemia de Dengue Hemorrágico en el Caribe fue causada por DEN-2, en esta oportunidad se reportaron 344.203 enfermos en cinco meses, con aproximadamente 10% de enfermos graves. A partir de entonces se han producido epidemias en casi todos los países de América Latina y se han aislado los 4 serotipos DEN-1,2,3,4. (4)

En zonas endémicas donde ocurre transmisión durante todo el año, hay un aumento del número de casos durante la estación de lluvia como consecuencia del aumento de la población del insecto. Las zonas endémicas son las regiones tropicales y subtropicales, altitud sobre el nivel del mar máximo de 1200 m. El virus del dengue tipo 3 no se lo había detectado desde 1978, pero en noviembre de 1994 se reporta en Nicaragua y Panamá y está circulando en el Caribe desde 1998 y en el Ecuador desde el 2000. (7)

Etiología

El agente etiológico es un virus del genero Flavivirus, correspondiente a cuatro serotipos (DEN 1, DEN 2, DEN 3, DEN 4). Se trata de un virus RNA, de 45 – 55 nm de diámetro. El genoma está incluido dentro de una nucleocápside icosaédrica con envoltura externa. (18)

Ciclo Evolutivo

El virus del Dengue es transmitido por el mosquito *Aedes aegypti*. En las Américas, la transmisión es exclusivamente de un ser humano a otro ser humano, no existe un reservorio animal, pero hay evidencia de transmisión en primates no humano en Asia. La hembra del mosquito se infecta de un hombre en fase vírica. El virus invade los tejidos del mosquito y se multiplica en las glándulas salivales, este periodo de ciclo extrínseco dura de 8 a 14 días y luego el insecto permanece infectado durante el resto de su vida. (5)

El virus es inoculado al ser humano al efectuarse una nueva picadura del *Aedes aegypti*. El *Aedes aegypti* es peri doméstico y vive en colecciones artificiales de agua cerca del hombre, como residuos en botellas, en neumáticos abandonados, floreros, agua potable conservada en recipientes de agua o agua de lluvia acumulada. Actualmente se tiene evidencia que el *Aedes aegypti* se reproduce en agua sucia contaminada. El ciclo evolutivo del mosquito se realiza en cuatro fases: huevos, larvas, pupa y adulto. Los huevos son depositados en la superficie del agua. Los huevos pueden pasar sin desarrollarse varios meses, especialmente cuando las condiciones de humedad le son adversas. Esta resistencia permite que los huevos puedan ser transportados a lugares lejanos en recipientes secos. La larva liberada se desarrolla en 2 ó 3 días y el periodo de pupa dura igual periodo para luego emerger el mosquito adulto. (18)

Curso Clínico

El cuadro clínico del dengue varía desde un cuadro subclínico, casi asintomático hasta el más serio con fiebre alta, cefalea; gran dolor muscular, articular, retro orbitario, rash en la mitad de los casos y otros síntomas menos frecuentes. Las manifestaciones más graves ocurren en el Dengue Hemorrágico y el Síndrome de Choque del Dengue (FHD/SSD) pueden ser incluso mortales. (2)

Clasificación

Durante tres décadas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido y recomendado la clasificación del dengue en: fiebre del dengue (FD) y fiebre hemorrágica dengue (FHD) con o sin síndrome de shock por dengue (SCD) (10, 11, 12, 14).

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 tal 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 (4).

Durante este estudio, se obtuvo información clínica de casi 2.000 enfermos con dengue confirmado, procedentes de siete países de dos continentes. El estudio concluyó que de 18% a 40% de los casos no podían ser clasificados mediante la actual clasificación y más de 15% de los casos con shock tampoco podían ser clasificados como casos graves de dengue, porque no cumplían con alguno de los criterios para ser considerados casos de Fiebre hemorrágica por dengue o síndrome de shock por dengue (FHD/SCD) (4).

El estudio también tuvo otro resultado consistente en la propuesta de una clasificación binaria de la enfermedad (4): dengue y dengue grave.

Los criterios de dengue grave, que se obtuvieron como resultado de este estudio, fueron los siguientes (4):

- Extravasación severa de plasma, expresada en shock hipovolémico,

y/o por dificultad respiratoria debida al exceso de líquidos acumulados en el pulmón.

- Hemorragias severas.
- La afectación de órganos: hepatitis severa por dengue (transaminasas superiores a 1000 unidades), encefalitis por dengue o afectación grave de otros órganos, como la miocarditis por dengue.

Estos criterios de severidad tuvieron 95% de sensibilidad y 97% de especificidad (4).

El estudio DENCO (6) también permitió identificar algunos signos y síntomas que estaban presentes en los enfermos un día antes de agravarse (signos de alarma) que permiten identificar tempranamente al enfermo con dengue que va a evolucionar a dengue grave, reconociendo qué enfermos se beneficiarían con la reposición precoz de líquidos por vía intravenosa, lo que mejora el pronóstico del paciente.

Se considera casos sospechoso de dengue en todo caso de síndrome febril, definido como un paciente de cualquier edad y sexo que resida o haya viajado a un área endémica, o con transmisión activa de dengue, que presente fiebre de menos de 7 días de duración, sin afección de las vías aéreas superiores, acompañada de dos o más de los siguientes síntomas (6):

- Anorexia y náuseas,
- Erupciones cutáneas,
- Cefalea y/o dolor retro ocular,
- Malestar general, mioartralgias,
- Leucopenia, plaquetopenia
- Petequias o prueba del torniquete positiva
- Diarrea, vómitos

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 de los casos. Los signos de alarma que deben evaluarse en toda persona sospechosa son (6):

- Dolor abdominal intenso y continuo
- Vómitos persistentes
- Derrame seroso (en peritoneo, pleura o pericardio) detectado por clínica, por laboratorio (hipoalbuminemia) o por imágenes (ecografía de abdomen o Rx de tórax).
- Sangrado de mucosas,
- Somnolencia o irritabilidad
- Hepatomegalia (> 2 c):
- Laboratorio (si está disponible): incremento brusco del hematocrito concomitante con rápida disminución del recuento de plaquetas.

Según la presencia o no de signos de alarma, los casos sospechosos de dengue podrán clasificarse en (6):

- Dengue sin signos de alarma
- Dengue con signos de alarma

Los casos de Dengue sin signos de alarma pueden ser tratados de manera ambulatoria, excepto en el caso de que presenten condiciones co-existentes o de riesgo social que modifiquen el tratamiento (6).

Las condiciones co-existentes o de riesgo social que deben ser evaluadas para determinar si el tratamiento del paciente con dengue sin signos de alarma es o no ambulatorios son el los niños que estos tengan menos de 6 meses, con obesidad, cardiopatía u otras condiciones clínicas o con riesgo social (vivir solo, difícil acceso al hospital, pobreza extrema) (6)

Según la presencia o no de condiciones co-existentes o de riesgo social, los pacientes con Dengue y sin signos de alarma pueden clasificarse

en (4):

- Paciente con dengue sin signos de alarma y, sin condiciones co-existentes
- Paciente con dengue sin signos de alarma y, con condiciones co-existentes

Si uno o más de los signos de alarma que se mencionaron antes está presente, el paciente con Dengue se clasifica como Dengue con signos de alarma y es necesario referirlo a un Hospital. Según la presencia o no de determinados signos, los pacientes con Dengue con signos de alarma pueden clasificarse en (4):

- Paciente con dengue con signos de alarma, y
- Paciente con dengue grave

Los criterios para determinar si un paciente con Dengue con signos de alarma se clasifica o no como Dengue Grave incluyen uno o más de los siguientes hallazgos (6):

- Shock hipovolémico por fuga de plasma
- Distress respiratorio por acumulación de líquidos
- Sangrado grave
- Daño orgánico importante.

Confirmación de un caso de dengue

Se considera Caso Confirmado a todo paciente sospechoso que tenga un diagnóstico confirmatorio de dengue por laboratorio, o por nexo epidemiológico, según la situación epidemiológica (6).

La confirmación serológica y virológica de cada caso sospechoso de dengue no es necesaria para iniciar las medidas de control y el tratamiento del paciente con sospecha del mismo (6).

La confirmación del diagnóstico de dengue se hace por alguna de las siguientes técnicas, dependiendo de la situación epidemiológica de la región, y del momento entre el inicio de los síntomas y la toma de la muestra (6).

2.1.1.1.1 En un área sin confirmación de brote de dengue:

Si la muestra es tomada antes de los 5 días de iniciados los síntomas, se realiza aislamiento del virus y/o detección del genoma viral de muestras de suero y/o tejidos (4,6).

- Si el resultado es positivo, se confirma el caso de dengue.
- Si el resultado es negativo no se descarta el diagnóstico. Se debe solicitar una nueva muestra de suero del paciente con más de 5 días de iniciados los síntomas (en lo posible, la segunda muestra debiera ser tomada aproximadamente 10 a 15 días del inicio de los síntomas):
- Si el resultado de la segunda muestra es negativo, el caso es negativo.
- Si el resultado de la segunda muestra es positivo, se realiza también una prueba de neutralización en el suero de la primera muestra. Si el resultado de este estudio es negativo, se confirma la seroconversión y se considera un caso confirmado.

Si la muestra es tomada a partir de los 5 días de iniciados los síntomas:

- Se realiza detección de anticuerpos IgM de virus de dengue.
- Si el resultado es negativo, se descarta el diagnóstico de dengue.
- Si el resultado es positivo, se pide una segunda muestra para confirmar mediante prueba de Neutralización.

2.1.1.1.2 En un área con confirmación de brote de dengue:

En esta situación epidemiológica, toda persona con cuadro clínico compatible con dengue y nexo epidemiológico³ constituirá un caso de

dengue a los fines de su tratamiento (6).

En un área en la que ya se ha confirmado un brote de dengue, el diagnóstico de laboratorio no está destinado al manejo de los casos, que se hará de acuerdo con su cuadro clínico, sino que se realiza para la vigilancia (6).

En consecuencia, sólo se debe tomar muestras para el diagnóstico etiológico a una pequeña proporción de los casos sospechosos a fin de monitorear la duración del brote en el tiempo y vigilar la potencial introducción de nuevos serotipos en el área (4).

También debe realizarse diagnóstico etiológico a todos aquellos casos graves y/o mortales que pudieran atribuirse al virus dengue (4).

Para estos casos específicos, la Dirección de Epidemiología de cada provincia será la encargada de transmitir al personal de salud la cantidad de muestras que deberán ser analizadas, de acuerdo al algoritmo de toma de muestras emitido por el Laboratorio Nacional de Referencia (4).

Si la muestra es tomada antes de los 5 días de iniciados los síntomas (4):

- Aislamiento del virus y/o detección del genoma viral de muestras de suero y/o tejidos, para monitoreo de serotipo y genotipo, no para diagnóstico.

Si la muestra es tomada después de 5 días de iniciados los síntomas (4):

- Detección de anticuerpos IgM de virus dengue.

En este contexto, una muestra única positiva para IgM puede confirmar un caso sospechoso (4).

En pacientes post mortem (4)

- Aislamiento viral y/o detección de genoma viral por PCR en muestras de suero obtenida por punción cardíaca, o tejidos.
- Serología IgM e IgG (en par de sueros).
- Inmunohistoquímica en muestras de tejidos en formol bufferado.

2.2 Factores de riesgo del Dengue grave

El dengue es una sola enfermedad y en tal sentido se comparte varios de los factores de riesgo tanto para la forma no grave como para la forma grave. (3, 16, 19)

- Falta de educación sanitaria a la población
- Presencia de problemas de suministro de agua potable en forma permanente.
- Falta de reordenamiento ambiental, con participación comunitaria y multisectorial.
- Falta de medidas de prevención relacionadas con el control del vector:
- control de los criaderos destruyendo los recipientes de agua inservibles (neumáticos usados, latas, botellas, etc), así como cubriendo y protegiendo los recipientes de agua para el consumo (tanques y otras vasijas)
- modificación del cultivo de plantas en recipientes con agua a los cuales puede echárseles arena o tierra, y evitar aguas estancadas peridomiciliares.
- Falta de uso de larvicidas químicos (temephos) o biológicos en tanques y demás recipientes con agua.

Pero de la misma manera existen factores que podrían determinar un aumento de la posibilidad de desarrollar Dengue grave

- El principal factor de riesgo para el dengue grave es habitar o visitar una región geográfica con presencia del vector y circulación de uno o más de los serotipos del virus dengue (zona endémica).
- Retraso en la asistencia sanitaria.
- Automedicación

2.2.1 Tratamiento.

En pacientes con dengue sin signos de alarma y, sin condiciones co-existentes

El tratamiento y seguimiento de los pacientes con dengue sin signos de alarma y sin condiciones co-existentes se resume en el cuadro de la derecha. El tratamiento puede ser domiciliario, indicando al paciente y su familia que concurra al centro de salud si aparecen los signos de alarma

Se debe indicar reposo y reposición de líquidos (caldos, jugos de frutas, leche) y se debe proteger al paciente de la picadura de mosquitos mientras el paciente se encuentre febril, para evitar la transmisión de la enfermedad (18).

Se puede indicar Paracetamol para el dolor y la fiebre, pero están contraindicados los otros anti-inflamatorios no esteroideos (diclofenac, ibuprofeno, naproxeno, aspirina), corticoides, antibióticos y la utilización de la vía intramuscular.

En lo posible estos pacientes deben ser evaluados en forma diaria por algún integrante del equipo de salud (médico, enfermera, agente comunitario), siempre buscando signos de alarma, particularmente desde el inicio de la caída de la fiebre hasta 48 horas después

Se debe brindar información acerca de la enfermedad, su modo de

transmisión y la forma de prevención tanto al paciente como a su familia
En pacientes con dengue sin signos de alarma con condiciones co-existentes o riesgo social

Los pacientes con dengue sin signos de alarma que tienen condiciones coexistentes o que tienen riesgo social, pueden requerir una atención diferente.

En estos casos, si el paciente tolera la vía oral, las indicaciones son las mismas que para el paciente que está en su domicilio, controlando además las condiciones co-existentes. En el caso de que el paciente con dengue no tolere la vía oral, se indica hidratación endovenosa a 2-3 ml/kg, controlando las condiciones co-existentes (17).

Se debe controlar la aparición de signos de alarma, y proteger al paciente de la picadura de mosquitos, mientras el paciente se encuentre febril, para evitar la transmisión de la enfermedad.

Es importante brindar información tanto al paciente como a su familia con relación a la enfermedad y a los signos de alarma (20).

En pacientes con dengue y con signos de alarma

El tratamiento de los pacientes con dengue con signos de alarma dependerá de la presencia o no de criterios para clasificar al paciente como Dengue Grave.

Pacientes con Dengue con Signos de Alarma y Sin Criterios para Dengue Grave

Si fuera posible, se le debe tomar al paciente una muestra de sangre para hematocrito antes de iniciar el tratamiento.

Se le debe reponer al paciente líquidos por vía intravenosa

utilizando soluciones cristaloides, como solución salina isotónica al 0.9% o Ringer Lactato a 10 ml/Kg/hora y, posteriormente, mantener la dosis o disminuirla de acuerdo a la respuesta clínica del paciente.

Luego de esa carga de cristaloides, se debe reevaluar al paciente:

- Si persiste con signos de alarma, se debe repetir el procedimiento 1 o 2 veces más.
- Si presenta mejoría de los signos de alarma, y baja el Hto, se debe reducir el aporte a 5-7 ml/kg/hora por 2-4 horas más.

Una vez terminado el procedimiento que corresponda según la primera re-evaluación, nuevamente evaluar al paciente y:

- Si continúa la mejoría clínica, reducir el aporte de cristaloides a 3-5 ml/kg/hora por 2-4 horas más.
- Si continúa mejorando, reducir el aporte de cristaloides a 2-3 ml/kg/hora por 24-48 horas más, e iniciar la hidratación oral.
- Si hay un empeoramiento de los signos vitales y/o un aumento del Hto, el paciente debe ser manejado como un caso de Dengue grave.
- Si hay un empeoramiento de los signos vitales y un descenso brusco del Hto., se debe considerar la posibilidad de que el paciente tenga alguna hemorragia y se lo debe tratar como un caso de dengue grave.

Además de estas medidas destinadas a reponer el volumen de líquidos del paciente, es esencial mantener al paciente protegido de la picadura de los mosquitos para evitar la transmisión de la enfermedad.

Esto es esencial en el ámbito hospitalario ya que los pacientes con Dengue compartirán su ámbito de internación con otras personas internadas por otras causas y posiblemente no infectadas. Proteger al paciente con Dengue de la picadura de los mosquitos reducirá el riesgo de que otras personas en el hospital no infectadas con Dengue contraigan la

enfermedad (17).

En todo momento, se debe informar a la familia acerca de la enfermedad, las condiciones del caso y su posible evolución, las medidas de prevención de la diseminación del Dengue, y las medidas de prevención generales que disminuyen la transmisión del Dengue en la familia y la comunidad (13).

Pacientes con dengue con signos de alarma y con criterios para dengue grave

- Se debe hidratar enérgicamente al paciente e ir evaluando la evolución de la condición del paciente (signos vitales, tiempo de llenado capilar, hematocrito, diuresis) y decidir, dependiendo de la situación clínica, la reducción progresiva de la cantidad de líquidos o el aporte de coloides o hasta la necesidad de transfusiones.
- Siempre se debe obtener Hto antes de hidratar al paciente.
- El primer paso es iniciar carga cristaloides con Solución Fisiológica o Rínger Lactato a 20 ml/kg en 15-30 minutos y
- Evaluar:
- si el paciente mejora, se puede seguir con Solución Fisiológica o Rínger Lactato a 10 ml/kg por 1 hora. Si sigue la mejoría continuar reduciendo el aporte como en el dengue con Signos de Alarma.
- Si el paciente no mejora y el Hto sigue alto, se le debe repetir la carga con Solución Fisiológica o Rínger Lactato a 20 ml/kg en 15-30 minutos
- Reevaluar:
- Si el paciente mejora, se debe seguir con cristaloides a 10 ml/kg en 1 hora y seguir como en el tratamiento de pacientes con dengue con Signos de Alarma.
- Si el paciente no mejora y el Hto sigue alto, se debe iniciar el aporte

de coloides a 10-20 ml/kg en 30-60 minutos

- Reevaluar:
 - Si el paciente mejora: cambiar a cristaloides a 10 ml/kg en 1 hora y seguir como en el caso de tratamiento de pacientes con dengue con Signos de Alarma.
 - Si el paciente no mejora, se debe continuar con coloides a 10-20 ml/kg en 1 hora más y
- Reevaluar:
 - Si el paciente no mejora, se debe considerar el uso de drogas vasoactivas.
 - Si el paciente no mejora y el Hto baja, se debe pensar en la presencia de sangrado (casi siempre el sangrado es digestivo) y se debe indicar la transfusión de glóbulos rojos, en forma urgente.

El tratamiento de hemorragias severas se hará de acuerdo al criterio clínico (18)

Además de estas medidas destinadas a reponer el volumen de líquidos del paciente, es esencial mantener al paciente protegido de la picadura de los mosquitos para evitar la transmisión de la enfermedad. Esto es esencial en el ámbito hospitalario ya que los pacientes con Dengue compartirán su ámbito de internación con otras personas internadas por otras causas y posiblemente no infectadas. Proteger al paciente con Dengue de la picadura de los mosquitos reducirá el riesgo de que otras personas en el hospital no infectadas con Dengue contraigan la enfermedad (20).

En todo momento, se debe informar a la familia acerca de la enfermedad, las condiciones del caso y su posible evolución, las medidas de prevención de la diseminación del Dengue, y las medidas de prevención

generales que disminuyen la transmisión del Dengue en la familia y la comunidad (20).

Las condiciones en las que el paciente sea derivado influirán en la evolución del mismo: todo paciente con signos de alarma necesita ser expandido, (los signos de alarma evidencian la extravasación de líquidos), en el lugar inicial donde se ha atendido y durante su traslado al centro de mayor complejidad.

Dicha reposición, puede ser realizada, tanto con solución fisiológica como con Ringer lactato, y debe ser iniciada siempre en el lugar donde el paciente está siendo asistido, aunque se trate de un servicio de salud del primer nivel de atención (20).

3 MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Materiales

3.1.1 Lugar de investigación

Hospital de niños “Dr. Roberto Gilbert” Guayaquil-Ecuador

3.1.2 Periodo de investigación

1 de julio de 2009 a 31 junio de 2010

3.1.3 Recursos empleados

Recursos humanos

- Autor
- Tutor

3.1.4 Universo y muestra.

Universo

El universo estará constitución por los niños que ingresaron al hospital con diagnostico de dengue durante el periodo de investigación

Muestra

Niños menores de 15 años con criterios de dengue grave .

- Criterios de inclusión
 - Atendidos en el periodo de estudio: 1 de julio de 2009 a 31 de junio de 2010
 - Capacidad de acceder a la historia clínica electrónica
 - Caso confirmado de Dengue según los criterios expuestos en el marco referencial.

- Criterios de exclusión
 - Pérdida parcial o total del contenido de la historia clínica respecto de la información necesaria para el estudio.

3.2 Métodos

3.2.1 Tipo de investigación.

Descriptivo, observacional.

3.2.2 Diseño de la investigación

No experimental, longitudinal

3.2.3 Recolección de información.

- Formulario de recolección de información.

3.2.4 Procesamiento de la información

La base de datos se diseñará en una hoja de cálculos de Excel. Para la descripción de las variables se emplearán estadígrafos, y porcentajes. La comparación de los resultados de la intervención se utilizará una prueba de Chi2 considerándose significativas diferencias con un $p < 0.05$ Para el análisis de riesgo indirecto se calculará la OR y la ARA debido al carácter retrospectivo del estudio. Para todos los cálculos se considerará un IC del 95%.

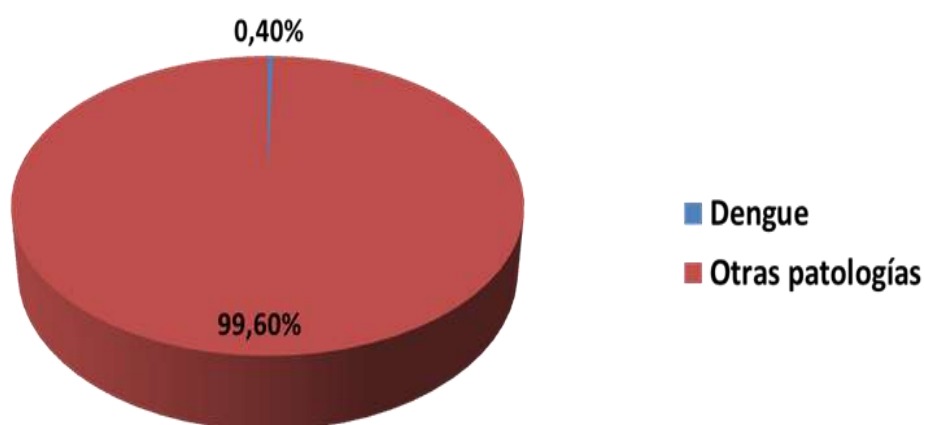
4 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Tabla 4-1: Prevalencia de pacientes ingresados por Dengue en el servicio de hospitalización. Hospital “Roberto Gilbert”. Periodo 2009- 2010

	N	%
DENGUE	100	0,4%
OTRAS PATOLOGIAS	24932	99,6%
TOTAL	25032	100%

Fuente: Base de datos

Gráfico 4-1 Prevalencia de pacientes ingresados por Dengue en el servicio de hospitalización. Hospital “Roberto Gilbert”. Periodo 2009-2010



Fuente: Base de datos

Análisis

En el periodo de estudio la proporción de pacientes hospitalizados por dengue correspondió al 0,4% del total de hospitalizados por otras patologías .

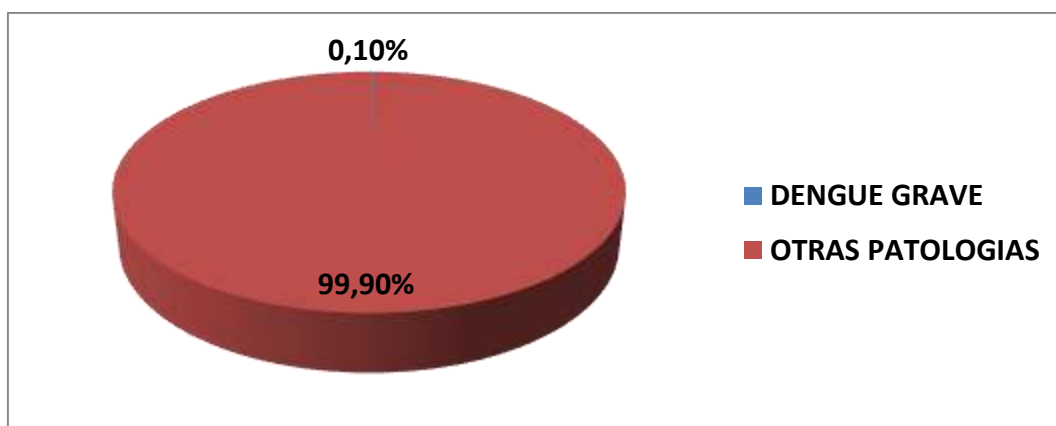
Para este indicador se toma en consideración los pacientes en el periodo de estudio 1 Julio 2009 a 31 Julio 2010 que cumplieron los criterios de inclusión que fueron en un total 100 pacientes de los cuales 25 pacientes presentaron dengue grave.

Tabla 4-2 Prevalencia de pacientes ingresados por dengue grave en el servicio de hospitalización .Hospital Roberto Gilbert . Periodo julio 2009- junio 2010

	N	%
DENGUE GRAVE	25	0,1%
OTRAS PATOLOGIAS	25007	99,9%
TOTAL	25032	100%

Fuente: Base de datos

Grafico 4-2 Prevalencia de pacientes ingresados por dengue grave en el servicio de hospitalización .Hospital Roberto Gilbert . Periodo julio 2009- junio 2010



Fuente: Base de datos

Análisis

En el periodo de estudio la proporción de pacientes hospitalizados por dengue grave correspondió al 0,1% del total de hospitalizados por otras patologías .

Tabla 4-3: Prevalencia del tipo de dengue, según la nueva clasificación, presente en pacientes pediátricos atendidos en el hospital “Roberto Gilbert”. Periodo julio 2009- junio 2010

Tipo de Dengue	f	%
Dengue con signos de alarma	67	67%
Dengue sin signos de alarma	8	8%
Dengue Grave	25	25%
Total	100	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos

Gráfico 4-3: Tipo de dengue, según la nueva clasificación, presente en pacientes pediátricos atendidos en el hospital “Roberto Gilbert”. Periodo 2009-2010

Fuente: Base de datos



Análisis

El dengue con más frecuencia que se presentó en el periodo de estudio fue el dengue con signos de alarma en un 67% (n=67), seguido del dengue grave 25% (n=25) y el dengue sin signos de alarma 8% (n=8) por lo que el dengue grave se desarrolló en una cuarta parte de los pacientes diagnosticados con esta enfermedad como podemos apreciar en este gráfico y tabla.

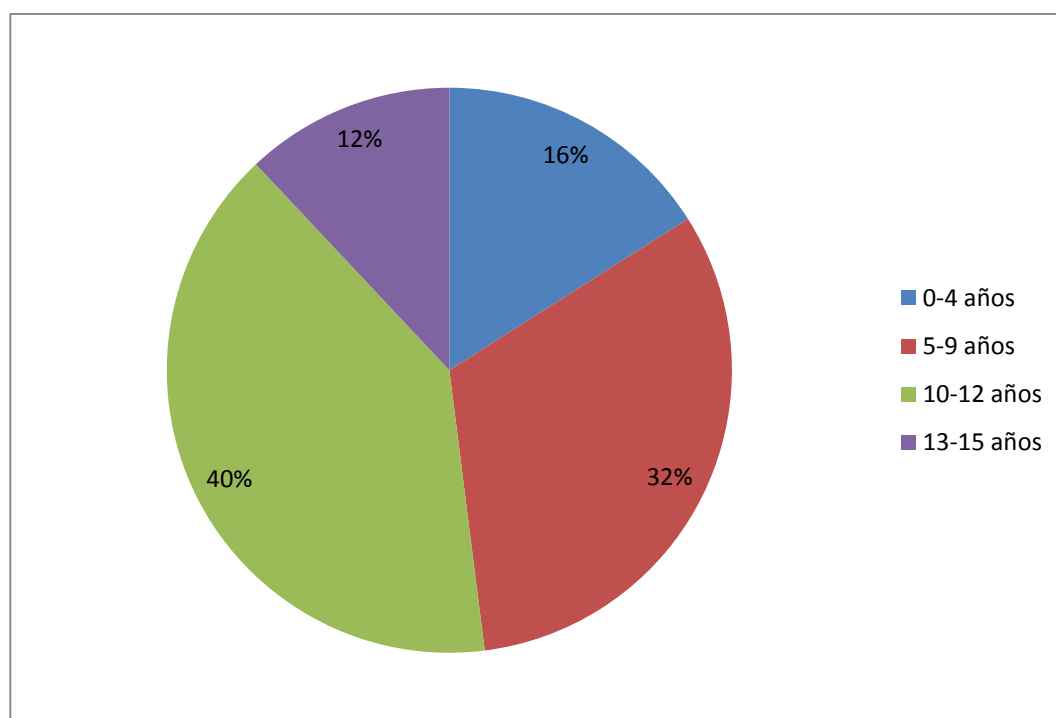
Factores de riesgo:

Tabla 4-4: Distribución de los casos por grupo etario de dengue grave Hospital “Roberto Gilbert”. Periodo 2009-2010

Años	N	%
0-4	4	16%
5-9	8	32%
10-12	10	40%
13-15	3	12%
total	25	100%

Fuente: Base de datos

Gráfico 4-4: Distribución de los casos por grupo etario de dengue grave Hospital “Roberto Gilbert”. Periodo 2009-2010



Fuente: Base de datos

Análisis

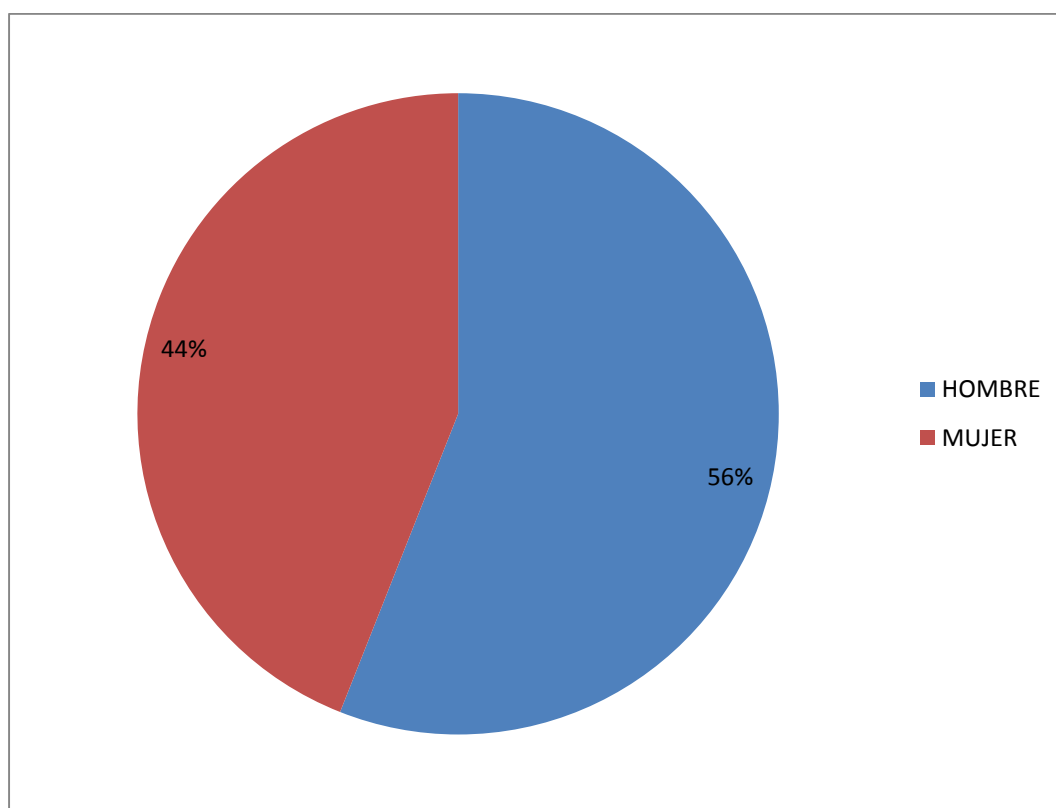
El grupo más afectado fue de 10 a 12 años en 40% (n=10) seguido del grupo etario de 5 a 9 años 32 % (n=8) y en menor proporción de 0-4 años (n=4) y de 13 a 15 años 12% (n=3).

Tabla 4-5: Distribución de los casos por género de dengue grave Hospital “Roberto Gilbert”. Periodo 2009-2010

sexo	N	%
hombre	14	56%
mujer	11	44%
total	25	100%

Fuente: Base de datos

Gráfico 4-5: Distribución de los casos por género de dengue grave . Hospital “Roberto Gilbert”. Periodo 2009-2010



Fuente: Base de datos

Análisis

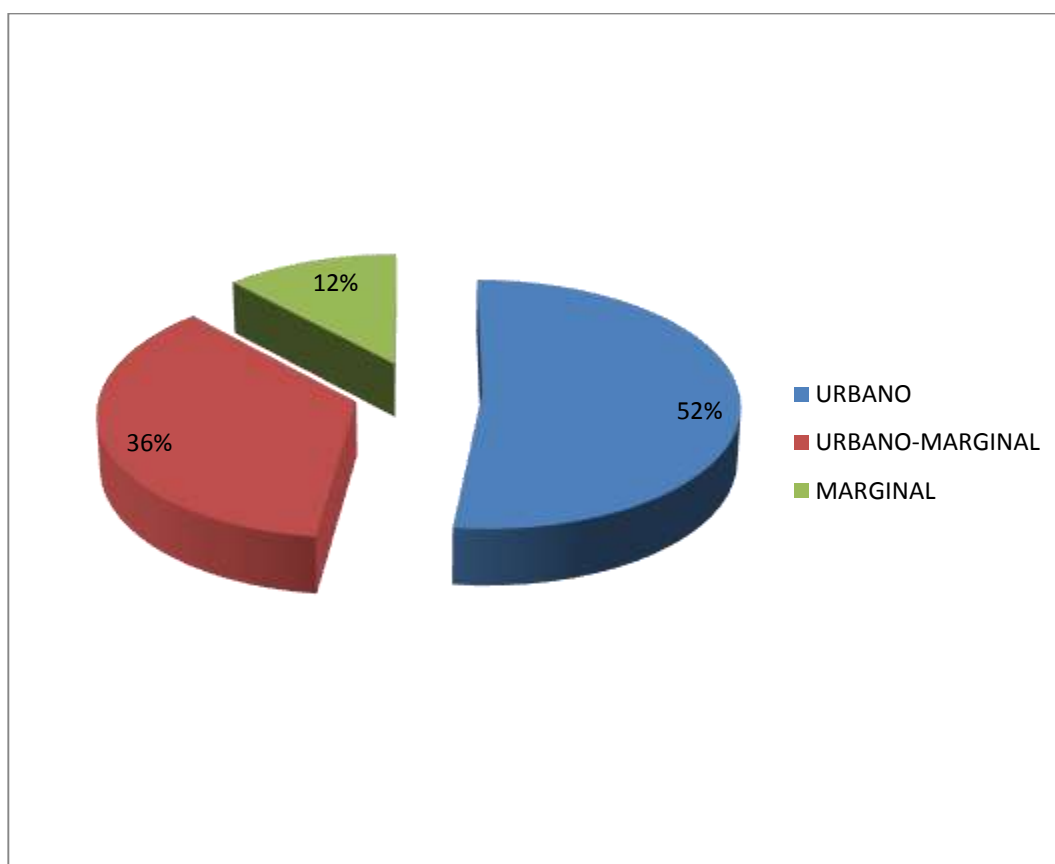
En relación al sexo, los pacientes con dengue grave fueron en su mayoría hombres 56% vs. 44% que fueron mujeres como lo demuestra la tabla y grafico

Tabla 4-6: Distribución de los casos por zona de procedencia del dengue grave. Hospital “Roberto Gilbert”. Periodo 2009-2010

Zona	N	%
Urbano	13	52%
Urbano marginal	9	36%
Marginal	3	12%
total	25	100%

Fuente: Base de datos

Gráfico 4-6: Distribución de los casos por zona de procedencia del dengue. Hospital “Roberto Gilbert”. Periodo 2009-2010



Fuente: Base de datos

Análisis

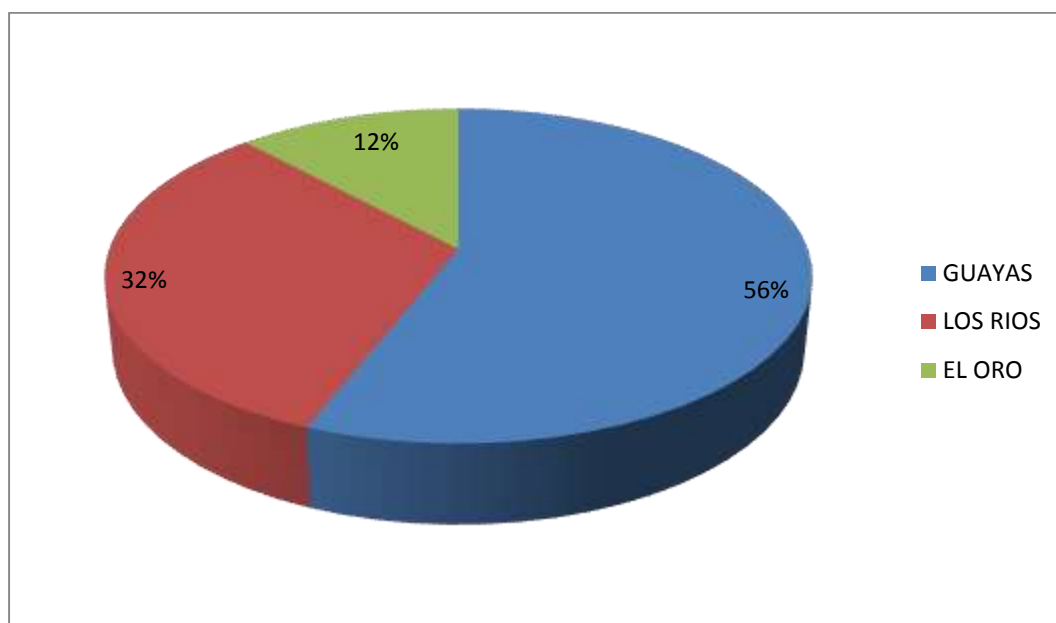
La zona de procedencia fue predominante la urbana en los pacientes con Dengue Grave con 52%(n=13) seguido de la urbano – marginal en un 36% (n=9) , y finalmente la marginal en un 12% (n=3).

Tabla 4-7: Distribución de los casos de dengue grave por provincia de procedencia. Hospital “Roberto Gilbert”. Periodo 2009-2010

Procedencia	N	%
Guayas	14	56%
Los Ríos	8	32%
El Oro	3	12%
total	25	100%

Fuente: Base de datos

Gráfico 4-7: Distribución de los casos de dengue grave por provincia de procedencia. Hospital “Roberto Gilbert”. Periodo 2009-2010



Fuente: Base de datos

Análisis

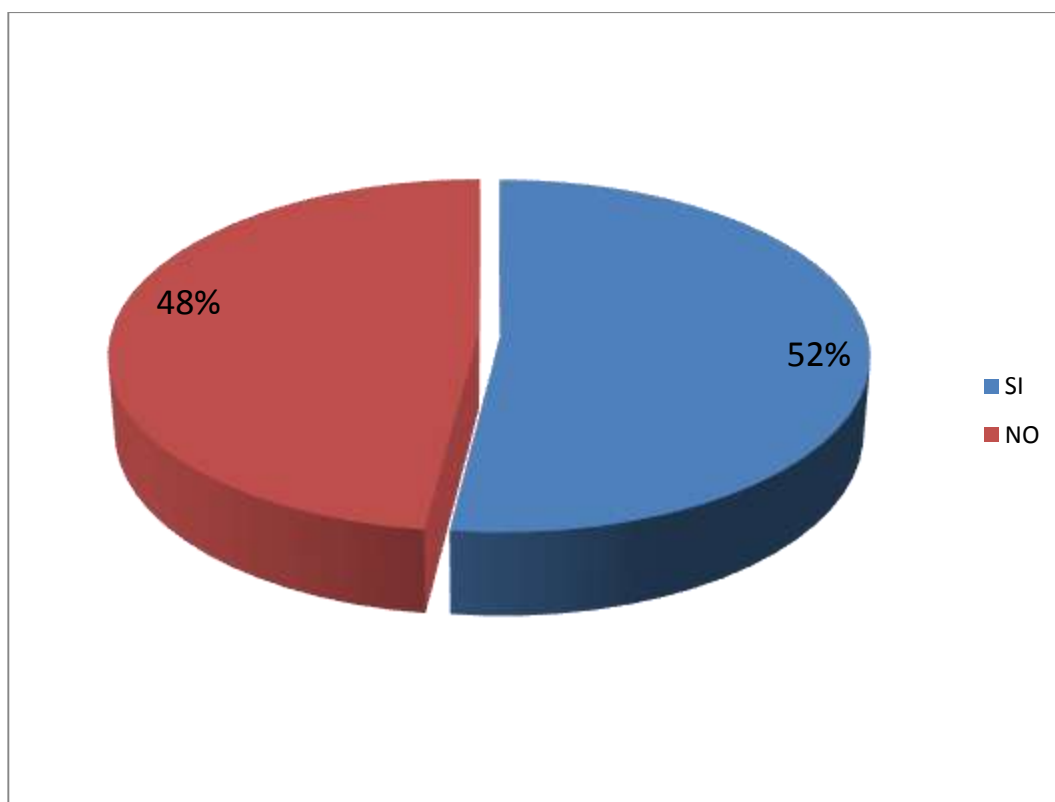
Entre todos los pacientes con Dengue Grave la mayoría provino de las Provincias de Guayas 56%(n=14) seguido respectivamente de Los Ríos 32% (n=8) y el Oro en un 12% (n=3).

Tabla 4-8: Presencia de antecedentes de dengue en el Dengue grave. Hospital “Roberto Gilbert”. Periodo 2009-2010

Tipo de infección	N	%
Sí	13	52%
No	12	48%
total	25	100%

Fuente: Base de datos

Gráfico 4-8: Presencia de antecedentes de dengue en el Dengue grave. Hospital “Roberto Gilbert”. Periodo 2009-2010



Fuente: Base de datos

Análisis

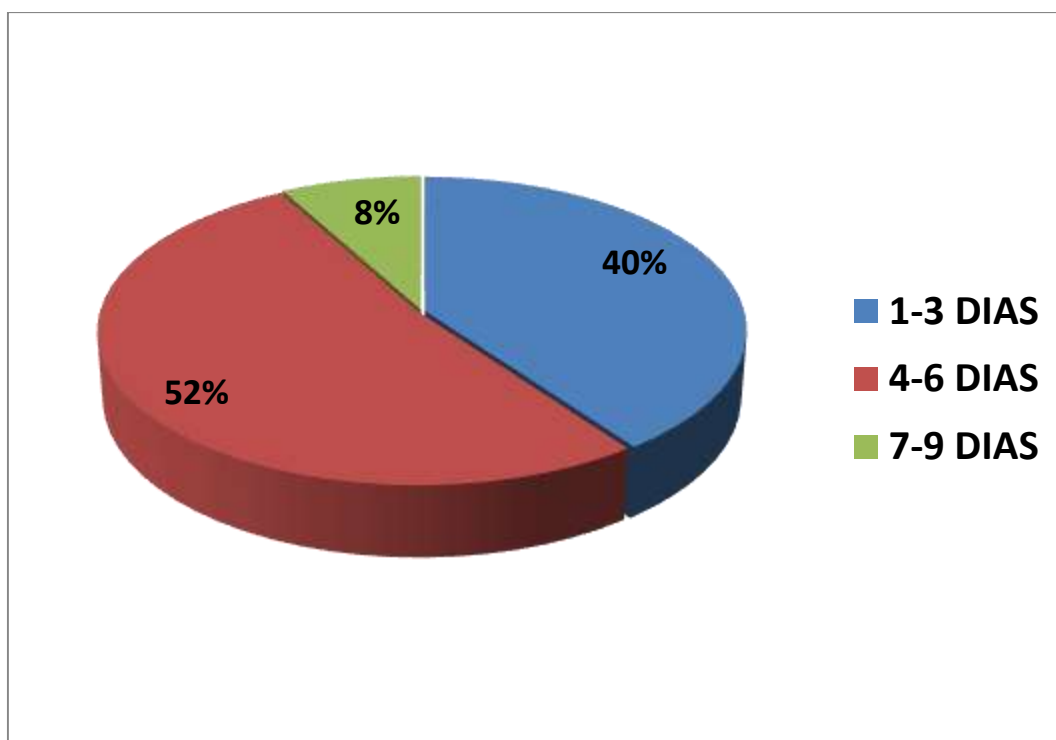
Entre los pacientes con dengue grave el 52% presento antecedentes de dengue y el 48% no presentó antecedentes previos de dengue

Tabla 4-9: Duración de la fiebre en el Dengue grave . Hospital “Roberto Gilbert”. Periodo 2009-2010

Días de fiebre	N	%
1-3	13	40%
4-6	10	52%
7-9	2	8%
total	25	100%

Fuente: Base de datos

Gráfico 4-9: Duración de la fiebre en el Dengue grave. Hospital “Roberto Gilbert”. Periodo 2009-2010



Fuente: Base de datos

Análisis

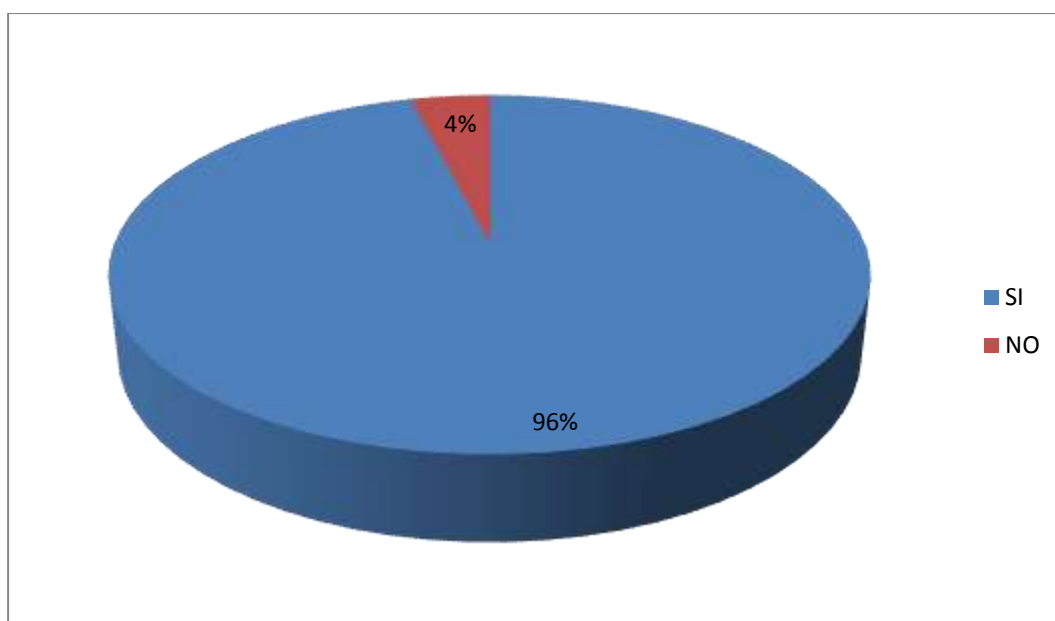
En 52% de los pacientes con dengue grave la fiebre duró de 4 a 6 días , seguido del 40% que duro de 1- 3 días y un porcentaje menor del 8 % de 7 a 9 días .

Tabla 4-10: Presencia de hemoconcentración en los pacientes pediátricos con dengue grave . Hospital “Roberto Gilbert”. Periodo 2009-2010

Hemoconcentración	N	%
Sí	24	96%
No	1	4%
total	25	100%

Fuente: Base de datos

Gráfico 4-10: Presencia de hemoconcentración en los pacientes pediátricos con dengue grave. Hospital “Roberto Gilbert”. Periodo 2009-2010



Fuente: Base de datos

Análisis

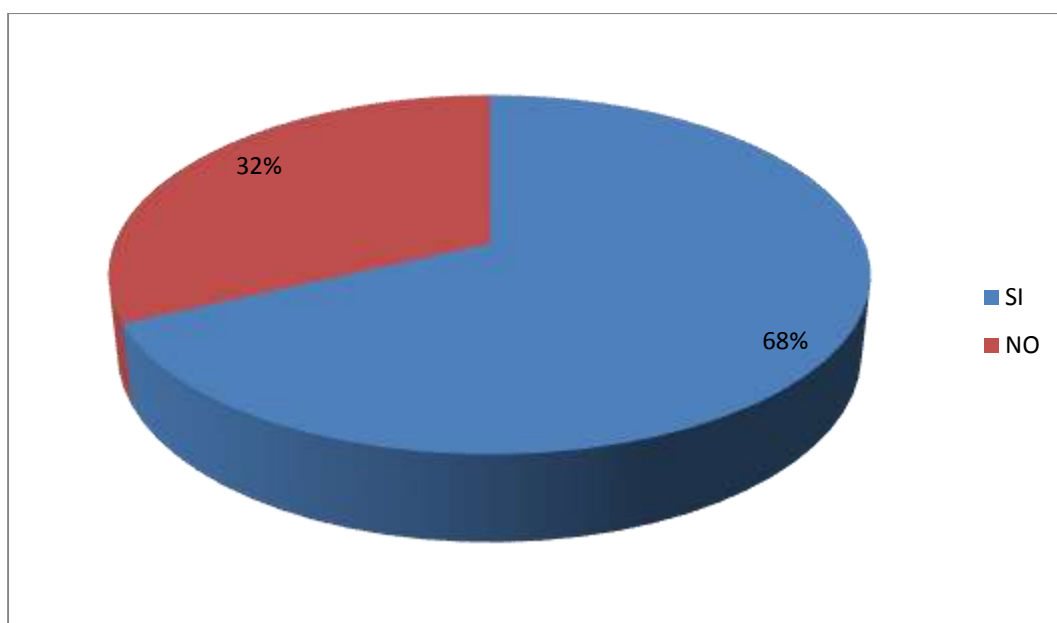
Se presentó hemoconcentración en el 96 % de los pacientes (n=24) y solo el 4% no presento hemoconcentración (n=1) en los pacientes con dengue grave.

Tabla 4-11: Presencia de poliserositis entre los pacientes pediátricos con Dengue grave. Hospital “Roberto Gilbert”. Periodo 2009-2010

Poliserositis	N	%
Sí	17	68%
No	8	32%
total	25	100%

Fuente: Base de datos

Gráfico 4-11: Presencia de poliserositis entre los pacientes pediátricos con Dengue grave . Hospital “Roberto Gilbert”. Periodo 2009-2010



Fuente: Base de datos

Análisis

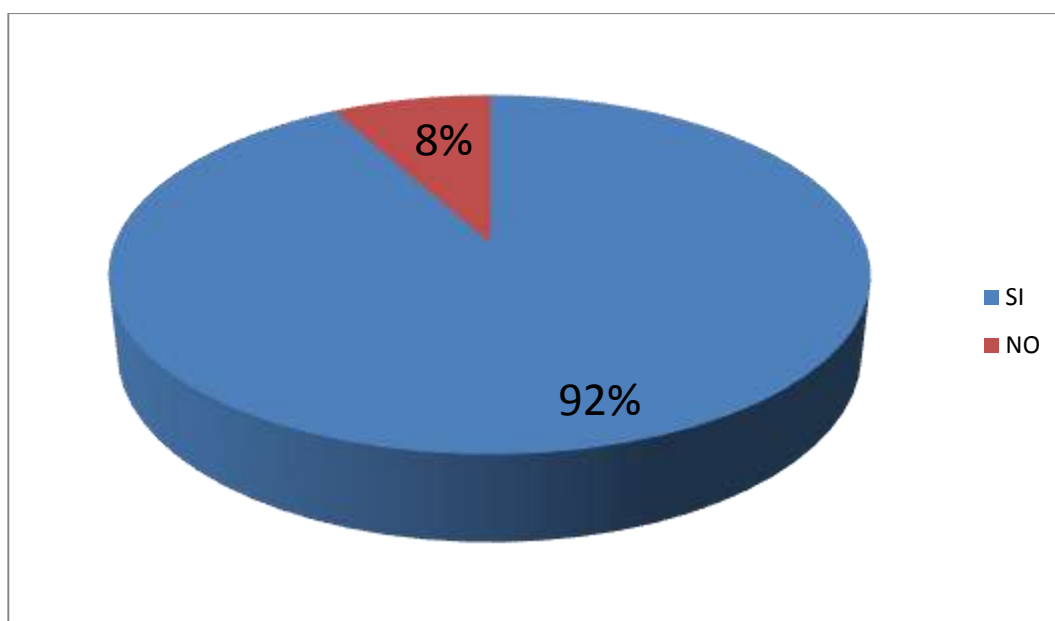
La poliserositis se presentó en el 68% (n= 17)de los pacientes con dengue grave, mientras que el 32%(n=8) no lo presento.

Tabla 4-12: Presencia de leucopenia entre los pacientes pediátricos con Dengue grave . Hospital “Roberto Gilbert”. Periodo 2009-2010

Leucopenia	N	%
Sí	23	92%
No	2	8%
total	25	100%

Fuente: Base de datos

Gráfico 4-12: Presencia de leucopenia entre los pacientes pediátricos con Dengue grave . Hospital “Roberto Gilbert”. Periodo 2009-2010



Fuente: Base de datos

Análisis

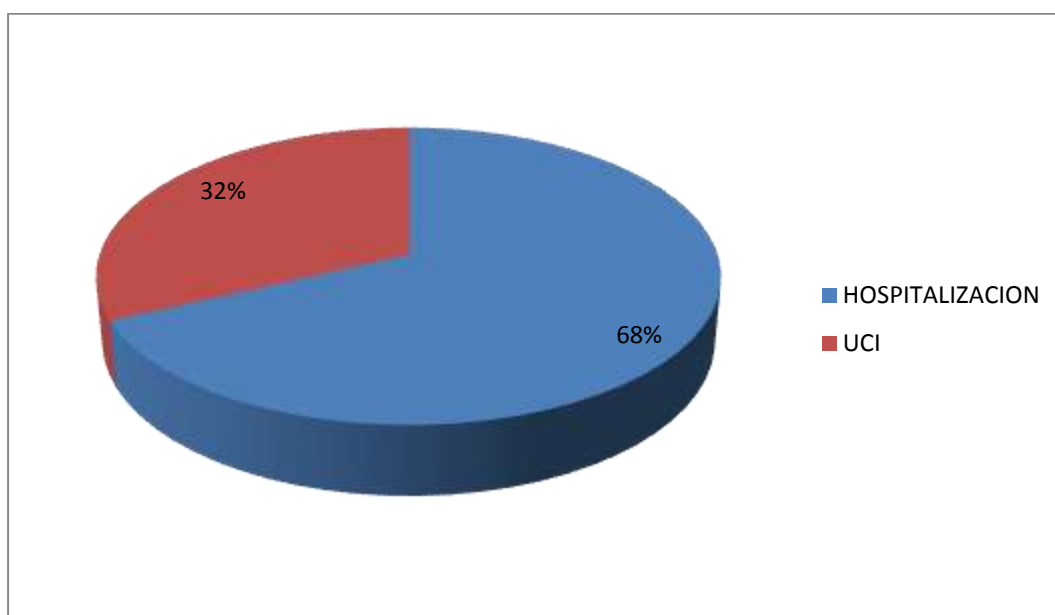
La leucopenia fue un dato que se presentó en el 92% de los pacientes con dengue grave.

Tabla 4-13: Tipo de manejo hospitalario aplicado a los pacientes pediátricos con Dengue grave. Hospital “Roberto Gilbert”. Periodo 2009-2010

Manejo hospitalario	N	%
Hospitalización	17	68%
UCI	8	32%
total	25	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos

Gráfico 4-13: Tipo de manejo hospitalario aplicado a los pacientes pediátricos con Dengue grave , distribuidos por tipo Dengue. Hospital “Roberto Gilbert”. Periodo 2009-2010



Fuente: Base de datos

Análisis

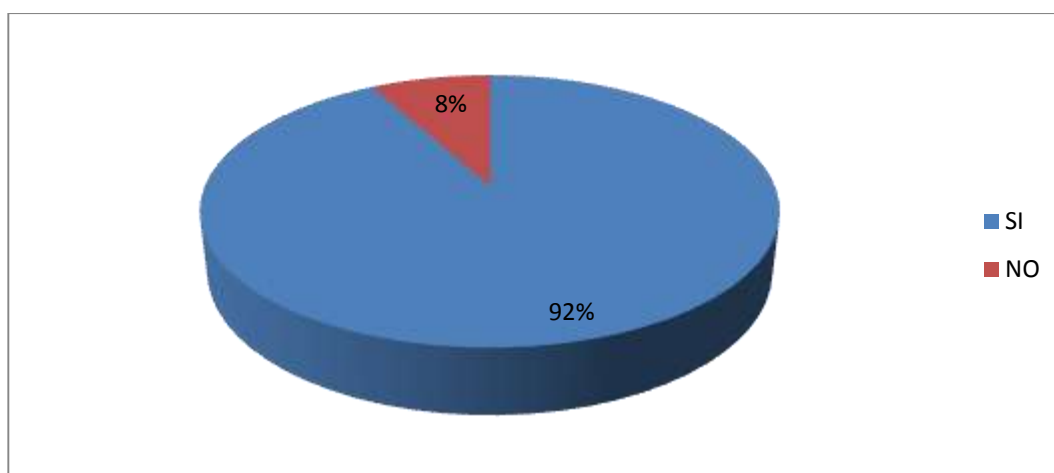
El 68 %(n=17) de los pacientes con dengue grave ingresaron a hospitalización y solo el 32% (n=8) paso a (UCI) unidad de cuidados intensivos.

Tabla 4-14: Indicación de transfusión a pacientes pediátricos con dengue grave. Hospital “Roberto Gilbert”. Periodo 2009-2010

Transfusión	N	%
Sí	23	92%
No	2	8%
total	25	100%

Fuente: base de datos

Gráfico 4-14: Indicación de transfusión a pacientes pediátricos, distribuidos por tipo Dengue. Hospital “Roberto Gilbert”. Periodo 2009-2010



Fuente: Base de datos

Análisis

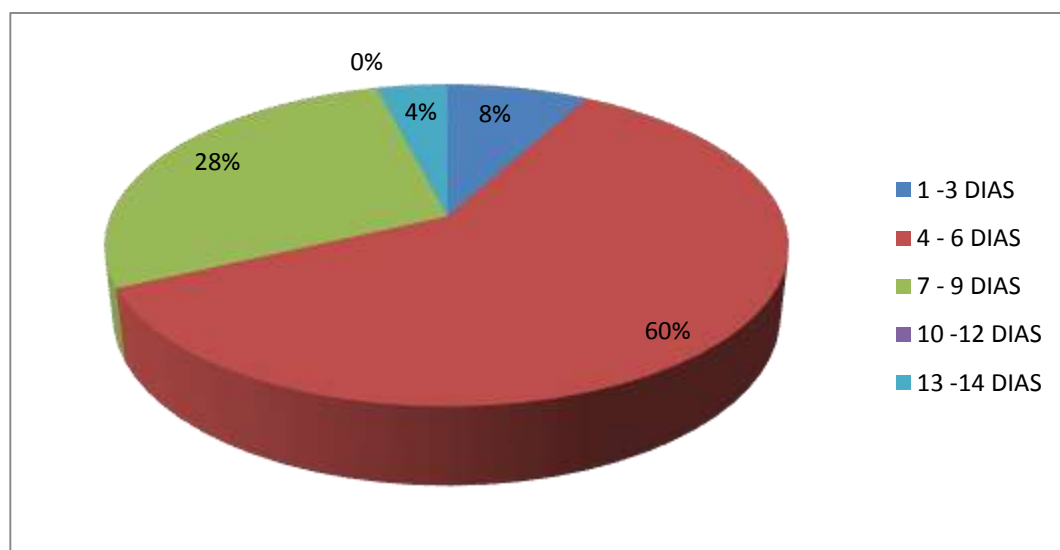
Se requirió de transfusión sanguínea en el 92% de los pacientes con Dengue grave y solo en el 8% de los pacientes no requirió transfusiones+.

Tabla 4-15: Duración de la estancia hospitalaria en pacientes pediátricos, distribuidos por tipo Dengue. Hospital “Roberto Gilbert”. Periodo 2009-2010

	N	%
1-3	2	8%
4-6	15	60%
7-9	7	28%
10-12	0	0%
13-14	1	4%
Total días	25	100%

Fuente: Base de datos

Gráfico 4-15: Duración de la estancia hospitalaria en pacientes pediátricos, distribuidos por tipo Dengue. Hospital “Roberto Gilbert”. Periodo 2009-2010



Fuente: Base de datos

Análisis

La duración de la estancia hospitalaria en el 60%(n=15) de los pacientes con dengue grave fue de 4 a 6 días , seguido del 28% (n=7) de 7 a 9 días, así como el 8% (2) de 1 a 3 días y el 4% (n=1) de 13 a 14 días .

5 DISCUSIÓN

El estudio evidencia de forma importante la baja capacidad de la antigua clasificación de la OMS para Dengue ya que utilizando la nueva se incluye a un 25% los casos de los pacientes atendidos en el hospital “Roberto Gilbert” que deben ser considerados como graves y que deben pasar a un régimen especial de control, mientras que por otro lado un estudio efectuado recientemente en la misma casa de salud pero en el cuál se efectuó una clasificación utilizando la anterior, se puede observar una prevalencia de complicaciones del 14%, es decir 10% menos que corresponden a más o menos 10 casos más (13). Además en un estudio realizado en el departamento de Santander Colombia se registro, el 25,68% de casos por Dengue grave valores muy similares a nuestro estudio(27).

El grupo más afectado en nuestro estudio fue de 10 a 12 años en 40% seguido del grupo etario de 5 a 9 años 32 % y en menor proporción de 0-4 años 16% y de 13 a 15 años 12% . Se compara con estudio realizado en Cali Colombia en el periodo 2009- 2010 que se observa que el grupo etario más afectado es de 5-9 años con 42,5% seguido de 10 a 14 años 39,3% y de 0 a 4 años del 18%,1 .(28)

En relación al sexo, los pacientes con dengue grave fueron en su mayoría hombres 56% vs. 44% que fueron mujeres similar realidad con población de Cali Colombia donde predomino sexo masculino 50,2% vs sexo femenino 49,8% (28).

Entre los pacientes con dengue grave el 52% presento antecedentes mientras que el 48% no presentó antecedentes previos de dengue se lo compara con estudio realizado en Iquitos Peru donde muestran un porcentaje mayor del 80% de presentar antecedentes de dengue.(29)

En 52% de los pacientes con dengue grave la fiebre duró de 1 a 3 días , seguido del 40% que duro de 4- 6 días . Estudio realizado en Iquitos

Perú demuestra que el tiempo que transcurre entre el primer síntoma y la aparición del primer signo de alarma es de 3.5 días (29) .

La OMS ha señalado que un factor importante de desarrollo de dengue grave es la pérdida de volumen que produce shock (20) y esto ha concordado con los resultados del presente estudio, esto es un problema ya que el factor más fuertemente asociado con la muerte es la hemorragia grave. Inclusive la epistaxis y vómitos persistentes (21), que se consideran señales de advertencia en la clasificación de casos de dengue OMS revisada, ya que es una manera en la que los pacientes pierden volumen de manera fácil y la presencia de estos eventos puede provocar la muerte. (22-25)

La duración de la fiebre y la estancia hospitalaria son largos entre los pacientes que desarrollan dengue grave lo que corresponde a lo que se encontró en la presente investigación. (26) Es importante tener en cuenta que cuanto antes un factor de riesgo de Dengue grave puede ser identificado, mayor es la posibilidad de introducir intervenciones terapéuticas apropiadas para evitar la muerte. Si los factores de alto riesgo han sido reconocidos con prontitud y los niños habían sido tratados adecuadamente, es posible que la progresión complicaciones y muerte pueda ser haberse evitada.

Esto señala claramente que la nueva clasificación no solamente permite incorporar una mayor cantidad de pacientes que requieren atención, si no que optimiza esta incorporación y deja de lado casos que no deben incluirse lo que sin duda es bueno para las instituciones sanitarias.

6 CONCLUSIONES

Los resultados nos llevan a concluir lo siguiente:

- El dengue de mayor prevalencia es el dengue no agravado que representa el 75% de los casos.
- La distribución por edad y la edad promedio en pacientes con dengue grave es de 10 a 12 años.
- Entre pacientes con dengue grave existe un ligero predominio de pacientes masculinos, (56% vs 44%)
- La mayoría proviene de zona marginal en el dengue grave.
- Guayas es la provincia que aporta con la mayoría de casos
- La mayoría de los pacientes con dengue agravado si tuvieron antecedentes de la enfermedad.
- La duración de la fiebre en ambos tipo de dengue fue en general de entre menor a una semana.
- La sintomatología que determino el ingreso fue la fiebre.
- Se produjo hemoconcentración y leucopenia en la mayoría de pacientes con dengue agravado .
- La poliserositis también es una sintomatología de gran prevalencia en pacientes con dengue grave.
- Por lo general el manejo del dengue grave se realiza en muchas ocasiones en hospitalización pero también hay otros atendidos en UCI.
- Se requirió transfusión en una gran parte de los pacientes con dengue grave.
- La estancia hospitalaria fue de una semana promedio.

En relación a estas conclusiones se recomienda lo siguiente:

- Recomendar la alerta de los médicos pediatras ante los signos y síntomas que tienen mayor prevalencia entre pacientes con un cuadro de dengue.

- Promover el desarrollo de un estudio que mida el pronóstico de mortalidad asociada a la presencia de los signos y síntomas de mayor prevalencia entre los pacientes con dengue grave.
- Determinar los factores de riesgo de dengue grave en pacientes pediátricos atendidos en el hospital Roberto Gilbert.
- Identificar las medidas de sostén y el tratamiento que se relaciona con una menor tasa de evolución hacia cuadros graves en pacientes pediátricos con dengue.
- Difusión de los resultados del estudio a la comunidad de médicos del hospital

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Coloma R. 2011. Prevalencia De Dengue En Pacientes Pediátricos Según La Nueva Caracterización Clínica De La OMS Hospital “Roberto Gilbert” Periodo 2009. Tesis. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
2. ESPINOZA-GÓMEZ, F. et al. 2002. Educational campaign virus malathion spraying for the control os Aedes aegypti in Colima, Mexico. J. Epidemiol. Comm. Health, v.56, n.2, p.148-52
3. ISSPM, OPS. (2010). Estrategia mesoamericana para la prevención y contro integrado del dengue.
4. ISTÚRIZ R, et al. 2000. Dengue and Dengue Hemorrhagic fever in Latin America and the Caribbean, Infectious disease clinics of North America. 14(1):121-137.
5. JAENISCH T, WILLS B. Resultado del estudio DENCO. TDR/WHO Reunión de Expertos en la Clasificación y Manejo de casos de Dengue. Implicaciones del Estudio DENCO. WHO, Ginebra, Sep 30- Oct. 1/2008.
6. MALAGÓN G, 2002. La Salud Pública. Situación Actual Propuestas y Recomendaciones. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana
7. MSP: Indicadores básicos de salud. 2008. Quito
8. OMS. Prevención y control del dengue y la fiebre hemorrágica del dengue: Integral de las directrices. Regional de publicación de la OMS, SEARO, n ° 29, de 1999
9. OMS/OPS. 2002. Programa de Reconstrucción posthuracanes George y Match. Manual de procedimientos de técnicas para el diagnóstico de Dengue. Washington
10. OPS. 1995. Dengue y Dengue Hemorrágico en las Américas: Guías para su prevención y control. Washington: OPS.
11. OPS/OMS. 2004. Estrategia de gestión integrada de prevención y control de Dengue en Centroamérica y República Dominicana. OMS.
12. ORTIZ A. 2010. Incidencia de complicaciones por fiebre del Dengue

- en niños menores de 14 años. Hospital “Dr. Roberto Gilbert”. período de 2006 y 2007. Tesis de especialidad. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
13. PAHO. 2006: Number of Reported Cases of Dengue & Dengue Hemorrhagic Fever (DHF), Region of the Americas (by country and subregion). (actualizado 26 sep 2006; citado 2 mar 2007) Disponible en: www.carec.org.
 14. PALMA M. 2008. Prevalencia del Dengue en el Hospital del IESS – Babahoyo en el periodo 2007 – 2008. Tesis de Especialidad. Universidad de Guayaquil.
 15. PÉREZ-GUERRA, C. et al. 2005. Knowledges and attitudes in Puerto Rico concerning dengue prevention. *Rev. Pan. Salud Publica*, v.17, n.84, p.243-53.
 16. RAMOS H. 2007. Prevalencia de Dengue clásico y hemorrágico en el área de salud N° 1. Guasmo sur. *Periodol* 2001-2005.
 17. REAL J et al. 2006. Dengue y Dengue Hemorrágico. Consideraciones Prácticas del diagnóstico, Manejo clínico y tratamiento. MSP, Guayaquil.
 18. SÁNCHEZ, L. et al. 2008. Estrategia de educación popular para promover la participación comunitaria en la prevención del dengue en Cuba. *Rev. Panam. Salud Publica*, v.24, n.1, p.61-9
 19. WHO. 2009. Dengue y Dengue hemorrágico. Nota descriptiva n° 117. Disponible en: www.who.int
 20. World Health Organization. Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547871_eng.pdf . Accessed 2009 Nov 29.
 21. Barniol J, Gaczkowski R, Barbato EV, Cunha RV, Salgado D, Martínez E, et al. Usefulness and applicability of the revised dengue case classification by disease: multi-centre study in 18 countries. *BMC Infect Dis*. 2011;11:106.
 22. Méndez A, González G. [Abnormal clinical manifestations of dengue

- hemorrhagic fever in children] *Biomedica*. 2006;26(1):61–70.
23. Lum LC, Goh AY, Chan PW, El-Amin AL, Lam SK. Risk factors for hemorrhage in severe dengue infections. *J Pediatr*. 2002;140(5):629–31.
 24. Sumarmo H, Wulur E, Jahja E, Gubler DJ, Suharyono W, Sorensen K. Clinical observations on virologically confirmed fatal dengue infections in Jakarta, Indonesia. *Bull World Health Organ*. 1983;61(4):693–701.
 25. Guzmán MG, Kourí G, Morier L, Soler M, Fernández A. Casos mortales de dengue hemorrágico en Cuba, 1981. *Bol Of Sanit Panam*. 1984;97(2):111–7.
 26. Figueiró AC, Hartz ZM, Brito CA, Samico I, Siqueira Filha NT, Cazarin G, et al. Death from dengue fever as a sentinel event for evaluation of quality of healthcare: a case study in two municipalities in Northeast Brazil, 2008 *Cad Saude Publica*. 2011;27(12):2373–85.
 27. Así Vamos en Salud. Casos de Dengue y casos de incidencia de Dengue <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/51>
 28. Rojas, J. Dengue y dengue grave. 2011:5-6.
 29. Suarez,L;Arrasco, J. Factores asociados a dengue grave durante la epidemia de dengue en la ciudad de Iquitos, 2010-2011. *Rev. Peru. Epidemiologia*. 2011 (15): 4

ANEXOS

Anexo 1: Hoja de recolección de información

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
PROGRAMA DE MAESTRÍAS**

**FACTORES DE RIESGO DE DENGUE GRAVE EN PACIENTES
PEDIÁTRICOS. HOSPITAL “ROBERTO GILBERT” 2009- 2010**

Responsable: AEON

- 1 Formulario
- 2 Historia clínica: CI
- 3 Edad: años
- 4 Sexo: masculino ☐ femenino ☐
- 5 Tipo de Dengue: no grave ☐ grave ☐
- 6 Zona de procedencia: Urbana ☐ Urbano-Marginal ☐
rural ☐
- 7 Provincia de procedencia del paciente:
- 8 Toma de AINES: sí ☐ No ☐
- 9 Días de sintomatología días
- 10 Tiempo entre síntomas y asistencia sanitaria días
- 11 Antecedentes de infección sí ☐ No ☐

Anexo 2: Cronograma

Actividades	2012							
	mayo		junio		julio		agosto	
	1	2	1	2	1	2	1	2
Recolección de datos								
Tabulación de datos								
Análisis e interpretación								
Elaboración Informe preliminar								
Elaboración informe definitivo								
Entrega del informe final								

Anexo 3: Recursos financieros

Código	Rubro	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total (\$)
	01 Materiales y Suministros			
01.1	Hojas A4 75 grs.(Xerox)	1000	\$ 0,009	\$ 9,00
01.2	CD-R (Imation)	3	\$ 0,500	\$ 1,50
01.3	Esferográficos (BIC)	4	\$ 0,350	\$ 1,40
01.4	Cartucho Tinta negra	1	\$ 32,000	\$ 32,00
01.5	Cartucho Tinta color	1	\$ 38,000	\$ 38,00
01.6	Computador portátil	1	\$ 1324,000	\$ 1324,00
			Subtotal	\$ 1405,00
	02 Operativos			
02.1	Internet	10	\$ 0,500	\$ 5,00
02.2	Anillado	5	\$ 2,000	\$ 10,00
02.3	Encuadernado	3	\$ 5,000	\$ 15,00
02.4	Gastos varios	1	\$ 50,000	\$ 50,00
			Subtotal	\$ 80,00
	03 Personal			
03.1	Estadígrafo	1	\$ 300,000	\$ 300,00
			Subtotal	\$ 300,00
	04 Imprevistos			
04.1	Imprevistos	10%	\$ 178.500	\$ 178.500
			Subtotal	\$ 178.500

Anexo 3.-Base De Datos

FORMULARIO	HISTORIA CLINICA
1	298561
2	13392
3	296319
4	310205
5	311331
6	310870
7	312215
8	98846
9	264145
10	314480
11	300379
12	315521
13	119750
14	95956
15	318755
16	32016
17	117320
18	318693
19	319249
20	188832
21	319207
22	73492
23	321497
24	321669
25	322149
26	229867
27	292047
28	322565
29	98009
30	323709
31	324407
32	317160
33	24107

34	117403
35	326968
36	177688
37	307647
38	90526
39	306919
40	309069
41	308536
42	332840
43	333429
44	291333
45	332507
46	125705
47	116348
48	331841
49	335447
50	258265
51	335804
52	335894
53	217097
54	335407
55	335916
56	336953
57	336894
58	337374
59	151786
60	17693
61	338871
62	32777
63	337655
64	340936
65	341837
66	341611
67	186779
68	338953
69	104375
70	341944
71	342473
72	342658
73	20728
74	315694
75	77776

76	342295
77	343143
78	342454
79	111410
80	342194
81	343080
82	343671
83	217753
84	342577
85	343126
86	108253
87	312803
88	30200
89	342659
90	274749
91	343861
92	340697
93	124807
94	86505
95	341574
96	343654
97	87199
98	343125
99	343466
100	252065



UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**PROGRAMA DE MAESTRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y
CLÍNICA INFANTIL**

PROPUESTA

**“PROPUESTA PARA PREVENCIÓN DE DENGUE GRAVE EN
PACIENTES PEDIÁTRICOS”**

Autora: Md. Ana Esther Ortíz Nuñez

Guayaquil, 2014

CONTENIDO

JUSTIFICACIÓN	4
FUNDAMENTACIÓN	5
UBICACIÓN	6
FACTIBILIDAD	6
VARIABLES.....	6
OBJETIVOS.....	6
GENERAL	6
ESPECÍFICOS	7
DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA.....	7
EVALUACIÓN.....	8
DE PROCESO:	8
DE PRODUCTO	9
MARCO ADMINISTRATIVO	9
RECURSOS.....	9
Humanos.....	9
Instrumentos de recolección de información	10
PRESUPUESTO	10
Financiero	10
CRONOGRAMA.....	11

TABLAS

TABLA 1: DETALLE DE RECURSOS HUMANOS.....	9
TABLA 2: INVERSIÓN FINANCIERA AL DETALLE	10
TABLA 3: INVERSIÓN FINANCIERA POR CONGLOMERADOS.....	11
TABLA 4: DETALLE TEMPORAL DE ACTIVIDADES	11

JUSTIFICACIÓN

El dengue es esencialmente una enfermedad humana transmitida por el mosquito *Aedes aegypti* . El Dengue en se ha convertido en países en vías de desarrollo en una enfermedad endémica, en amplias zonas con la presencia de factores de riesgo. El riesgo se manifiesta fundamentalmente durante los meses cálidos, pero existen zonas llamadas endémicas, donde periódicamente ocurren brotes de la enfermedad

Es necesario en estos lugares, mantener campañas constantemente de prevención y promoción en salud para poder disminuir el impacto de esta enfermedad sobre los sistemas de salud y sobre la sociedad.

La educación moldea las ideas y los comportamientos de las poblaciones , la incorporación de la población que vive en zonas de riesgo de contraer dengue es fundamental en la transformación de los hábitos y conductas de estos individuos y su entorno.

La incorporación de las comunidades debe realizarse con soluciones técnicas que sean efectivas, económicas, fáciles de llevar a cabo y aceptables a la familia para poder controlar el vector, minimizando el número de casos de dengue y los brotes epidémicos de la enfermedad. En este sentido, las estrategias educativas, parece, ser la forma más importante y efectiva para promover la participación de la comunidad enmarcada en un conocimiento cabal del problema que deben enfrentar.

El presente trabajo es una propuesta con la finalidad de evaluar el conocimiento sobre dengue antes de la intervención y compararlo con el cambio de conocimiento después de una intervención educativa.

FUNDAMENTACIÓN

Lo que se define como salud o enfermedad, como bienestar o malestar, depende no sólo de factores individuales y biológicos, sino del entorno social y cultural dentro del cual vivimos, trabajamos, y nos relacionamos. Por lo tanto, las diferentes culturas y subculturas tienen su propia manera de interpretar lo que es la salud y lo que es la enfermedad.

La medicina, aunque domina muchas de las prácticas de diagnósticas y terapéuticas en muchas partes del mundo, no es la única forma de combatir la enfermedad. De hecho, actualmente las personas y comunidades no aceptan la opinión del experto médico como única fuente de sabiduría y conocimientos y cada vez con mayor frecuencia solicitan información sobre enfermedades específicas y manifiestan el deseo de obtener información sobre las diferentes opciones terapéuticas y de prevención.

Por lo tanto los problemas de salud no pueden ser resueltos únicamente por intervención médica o por un cambio de comportamiento. Es decisivo que la educación para la salud tome en cuenta los factores sociales, ambientales y económicos que determinan la salud de la gente. La educación para la salud necesita capacitar a la gente para que cambie estas condiciones.

Desde este punto de vista, la educación para la salud para prevenir el Dengue Grave es un proceso social y político imprescindible, así como un elemento básico de desarrollo humano de las personas que viven en zonas de alto riesgo y es un paso imprescindible para disminuir la morbilidad y mortalidad en estos grupos poblacionales.

UBICACIÓN

Provincia del Guayas, cantón Guayaquil, Parroquias rurales y urbanas con alto riesgo de infección de dengue en sus pobladores.

FACTIBILIDAD

La propuesta es factible ya que la Dirección Provincial de Salud del Guayas y el Gobierno se encuentran dispuestos a apoyar todas las intervenciones educativas tendientes a mejorar el estado de salud del pueblo ecuatoriano con miras a conseguir las metas del milenio para el 2015.

HIPÓTESIS

“El fortalecimiento de la población de zonas de alto riesgo de enfermar de Dengue en conocimientos de acciones eficaces para prevenir y reducir la transmisión y el desarrollo de dengue grave, disminuye su frecuencia y la morbilidad causada por este tipo específico de manifestación patológica”

VARIABLES

- Fortalecimiento y capacitación
- Tasas de morbilidad

OBJETIVOS

General

Fortalecer a la población de zonas de alto riesgo de enfermar de Dengue en conocimientos de acciones eficaces para prevenir y reducir la transmisión y el desarrollo de dengue grave.

Específicos

- Capacitar sobre enfermedad de dengue, su vector, forma y ciclo evolutivo de este.
- Aprender a reconocer los síntomas característicos del dengue y tipos de dengue.
- Aprender los diferentes tipos de métodos diagnósticos empleados para el tamizaje y diagnóstico de Dengue y su interpretación
- Identificar signos y síntomas que pueden señalar un mayor riesgo de desarrollar dengue grave.
- Enseñar algunas medidas de manejo en pacientes con sospecha de infección por Dengue.
- Capacitar para la implementación de medidas preventivas para evitar el desarrollo del vector.

DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

Objetivo	acciones	Métodos
*Capacitar sobre <i>enfermedad de dengue</i> , su vector, forma y ciclo evolutivo de este.	*Describir los agentes causales de dengue *Mostrar el ciclo evolutivo	*Charlas participativas con rotafolios *Colorear el ciclo evolutivo del Dengue
*Enseñar a reconocer los síntomas característicos del dengue y tipos de dengue.	*Describir los agentes causales de Dengue.	*Dinámicas demostrativas de los síntomas *Charlas participativas con rotafolios

*Mostrar los diferentes tipos de métodos diagnósticos empleados para el tamizaje y diagnóstico de Dengue y su interpretación	*Mostrar cómo se realizan los diagnósticos	*Charlas participativas con rotafolios
*Identificar signos y síntomas que pueden señalar un mayor riesgo de desarrollar dengue grave.	*Describir los síntomas *Describir los síntomas que indican gravedad	*Charlas participativas con rotafolios *Sopa de letras para identificar características de dengue grave
*Enseñar algunas medidas de manejo en pacientes con sospecha de infección por Dengue.	*Mostrar medidas de manejo	*Charlas con rotafolios
*Capacitar para la implementación de medidas preventivas para evitar el desarrollo del vector	*mostrar medidas preventivas que pueden emplearse en el hogar y la comunidad	*Sociodrama *Discusión grupal

EVALUACIÓN

De proceso:

- Asistencia del 100 % de médicos designados y personas en capacitación.
- Cumplimiento del 90% de las horas de capacitación

De producto

Objetivo	Métodos
*Capacitar sobre enfermedad de dengue, su vector, forma y ciclo evolutivo de este.	100% de asistentes capacitados
*Enseñar a reconocer los síntomas característicos del dengue y tipos de dengue.	100% de asistentes capacitados
*Mostrar los diferentes tipos de métodos diagnósticos empleados para el tamizaje y diagnóstico de Dengue y su interpretación	100% de asistentes capacitados
*Identificar signos y síntomas que pueden señalar un mayor riesgo de desarrollar dengue grave.	100% de asistentes capacitados
*Enseñar algunas medidas de manejo en pacientes con sospecha de infección por Dengue.	100% de asistentes capacitados
*Capacitar para la implementación de medidas preventivas para evitar el desarrollo del vector	100% de asistentes capacitados

MARCO ADMINISTRATIVO

Recursos

Humanos

Cargo	Número	Nombre
Directora del proyecto	1	Dr. Ana Ortiz
Coordinadora del proyecto	1	
Líder Barrial		De acuerdo al número de unidades académicas designadas

Tabla 1: Detalle de recursos humanos

Instrumentos de recolección de información

- Rotafolios
- Formulario de recolección de datos (ver Anexo)
- Bolígrafos
- Hojas
- Lápiz de colores
- Hojas con dibujos del ciclo evolutivo

Presupuesto

Financiero

Código	Rubro	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total (\$)
01 Materiales y Suministros				
01.1	Hojas A4 75 grs.(Xerox)	100	\$ 0,009	\$ 0,90
01.2	Esferográficos (BIC)	50	\$ 0,350	\$ 17,50
01.3	Papelógrafo	2	\$ 2,000	\$ 4,00
01.4	trípticos	40	\$ 3,000	\$ 120,00
01.5	Cartucho Tinta negra N 21 (hpD1362)	1	\$ 32,000	\$ 32,00
			Total	\$ 174,40
02 Operativos				
02.4	Refrigerios	40	\$ 1,000	\$ 40,00
			Total	\$ 40,00
03 Personal				
03.1	técnico del auditorio	1	\$ 10,000	\$ 10,00
			Total	\$ 10,00

Tabla 2: Inversión financiera al detalle

Código	Rubro	Costo Total (\$)	
01.0	Materiales y suministros	\$	174,40
02.0	Operativos	\$	40,00
03.0	Personal	\$	10,00
	Total	\$	224,40

Tabla 3: Inversión financiera por conglomerados

Cronograma

Actividades	2013							
	mayo		junio		julio		agosto	
	1	2	1	2	1	2	1	2
Tramite de autorizaciones								
Exposición de charlas								
Análisis de la información								
elaboración del informe								
Presentación del informe								

Tabla 4: Detalle temporal de actividades

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO Y SUBTÍTULO: "PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE DENGUE GRAVE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL ROBERTO GILBERT Y PROPUESTA DE MEDIDAS PREVENTIVAS JULIO DE 2009 – JUNIO 2010".		
AUTOR/ES: MD. ANA ESTHER ORTIZ NUÑEZ	TUTOR: DR. ANTONIO VITERI LARRETA	
	REVISORES: DR. ANGEL ORTIZ ARAUZ.	
INSTITUCIÓN:	FACULTAD: CIENCIAS MEDICAS	
CARRERA: ESPECIALIDAD MAESTRIA EN ATENCION PRIMARIA Y CLINICA INFANTIL.		
FECHA DE PUBLICACIÓN: 2014	No. DE PÁGS: 69	
TÍTULO OBTENIDO: MAGISTER EN ATENCION PRIMARIA Y CLINICA INFANTIL		
ÁREAS TEMÁTICAS: (el área al que se refiere el trabajo. Ej. Auditoría Financiera, Auditoria, Finanzas) ATENCION PRIMARIA		
PALABRAS CLAVE: (términos con el que podría ubicar este trabajo) DENGUE. DENGUE GRAVE. FACTORES DE RIESGO.		
RESUMEN: (de qué se trata, para qué, por qué?) Objetivo: Identificar la prevalencia y factores de riesgo de dengue grave en pacientes pediátricos del hospital "Roberto Gilbert" y propuesta de medidas preventivas julio de 2009 – junio 2010. Métodos: Con este propósito se incorporaron 100 pacientes pediátricos que cumplieron con los criterios de selección, a partir de una población de estudio de 100 pacientes. se definieron como casos 25 pacientes hospitalizados por dengue grave menores de 15 años con resultados confirmatorios de dengue . Se utilizaron las definiciones basadas en las recomendaciones de la OMS. Se utilizaron como variables sexo , edad, procedencia, antecedentes previos de dengue, hemoconcentración, presencia de leucopenia, requerimiento de transfusiones. Resultados: se determinó una prevalencia de 0,40 % de dengue y de 0,1 % de dengue grave , mientras que entre los pacientes que presentaron dengue el 25% correspondió al dengue grave , se identificó como factores de riesgo para dengue grave ser de sexo masculino el más afectado, una edad de 10-12 años , procedente de una zona urbana, predominantemente del guayas ,tener antecedentes previos de dengue ,presencia de leucopenia , hemoconcentración, requerimiento de transfusiones , poliserositis fueron los síntomas más frecuentes , el tiempo de duración de fiebre predomino de seis días. Conclusiones: el antecedente de dengue, de sexo masculino procedente del guayas , ser menor de 10 a 12 años constituyeron los factores de riesgo para dengue grave. Con esta información y con la propuesta de medidas preventivas contribuirá a optimizar las intervenciones institucionales de prevención, detección precoz que realiza esta casa de salud y el Sistema Sanitario Ecuatoriano en la provincia del Guayas al permitir una intervención rápida entre pacientes pediátricos que tengan estos factores.		
No. DE REGISTRO (en base de datos):	No. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO
CONTACTO CON AUTOR/ES	Teléfono: 0995745553	E-mail: anaesthero2009@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: ESCUELA DE GRADUADOS	
	Teléfono: 2288086	
	E-mail: egraduadosug@hotmail.com	