



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

UNIDAD DE POSGRADO, INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO.

TESIS PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAGÍSTER EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE SALUD

**“PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA DENGUE CLASICO Y GRAVE
HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE. GUAYAQUIL”**

AUTOR: DRA. INÉS ZAMBRANO ORMAZA

TUTOR: ING. JULIO DE LA TORRE MSc.

GUAYAQUIL – ECUADOR

OCTUBRE 2016

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO DE TRABAJO DE TITULACIÓN ESPECIAL		
TÍTULO Y SUBTÍTULO: Protocolo de Atención para Dengue Clásico y Grave Hospital Francisco Icaza Bustamante. Guayaquil		
AUTOR/ ES: Dra. Inés Zambrano Ormaza	REVISORES: Ing. Julio De La Torre MSc	
INSTITUCIÓN: Universidad Estatal de Guayaquil	FACULTAD: Facultad de Ciencias Médicas	
CARRERA: Medicina		
FECHA DE PUBLICACION: noviembre del 2016	Nª DE PÁGS:	
ÁREAS TEMÁTICAS:		
PALABRAS CLAVE: Protocolo, dengue grave, clásico, atención clínica		
RESUMEN: El dengue es un problema de salud pública que debe ser atendido de forma coherente y con mucha responsabilidad, creando guías que permitan estandarizar procedimientos sin perder la individualidad de cada caso. El trabajo presentado se enfoca a proponer un protocolo de atención para pacientes pediátricos que presenten cuadro clínico de dengue grave o clásico, usuarios del Hospital Francisco Icaza Bustamante, de la ciudad de Guayaquil. La elaboración e implantación del protocolo de atención tendrá como beneficio principal el mejoramiento de la atención de pacientes con las enfermedades descritas y la reducción de la morbilidad infantil. Se conoce que el 100% de los profesionales conocen esta problemática y el 96% reconoce que los casos graves deben de ser atendidos en el tercer nivel de complejidad; ante esto el 100% de los profesionales de la salud entrevistados mencionan que de existir un protocolo de atención pediátrica en el Hospital del niño se mejora la atención clínica; debido a que tendrían referentes necesarios para poder establecer desde la experiencia un mayor control y reducción de las complicaciones dentro de la unidad de consulta externa, emergencia o cuidados intensivos, lugar donde se atiende los casos de dengue grave.		
Nº DE REGISTRO (en base de datos):	Nº DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0995169365	E-mail: Ineszam7@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre:	
	Teléfono:	
	E-mail:	

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutor de la estudiante Dra. Inés Zambrano Ormaza, del Programa de Maestría/Especialidad GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE SALUD, nombrado por el Decano de la Facultad de Ciencias Médicas CERTIFICO: que el estudio de caso del examen complejo titulado, en opción al grado académico de Magíster (Especialista) en MAGÍSTER EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE SALUD, cumple con los requisitos académicos, científicos y formales que establece el Reglamento aprobado para tal efecto.

Atentamente

Ing. Julio De La Torre MSc

TUTOR

Guayaquil, noviembre de 2016

Agradecimiento

Al Hospital del Niño “Dr. Francisco Icaza Bustamante”, a mis compañeros y compañeras de trabajo que colaboraron en responder los instrumentos y a todas aquellas personas que contribuyeron en el desarrollo del trabajo.

Dra. Inés Zambrano Ormaza

Dedicatoria

A Dios por darme la vida.

A mis padres, que Dios los tiene en su gloria y me permitieron ser un ente útil a la vida.

A mi esposo que es la razón de vivir.

A mis hermanos que son parte de mi vida.

Dra. Inés Zambrano Ormaza

Guayaquil, noviembre del 2016

DECLARACIÓN EXPRESA

“La responsabilidad del contenido de este trabajo de titulación especial, me corresponden exclusivamente; y el patrimonio intelectual de la misma a la UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL”

Dra. Inés Zambrano Ormaza

ineszam7@hotmail.com

ABREVIATURAS

Cap.	.....	Capítulo
CIEIC	.....	Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas y Crónicas
DEN	.....	Dengue
EPOC	.....	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
HCU	.....	Historia Clínica Única
INS	.....	Instituto Nacional de Salud
MSP	.....	Ministerio de Salud Pública
OPS	.....	Organización Panamericana de la Salud
Pág.	.....	Página (Ejemplo: p. 8)
S.f.	.....	Sin fecha
UCIP	.....	Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico

Índice

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA	ii
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR.....	iii
Agradecimiento	iv
Dedicatoria	v
ABREVIATURAS.....	vii
Índice.....	viii
RESUMEN	xi
Abstract	xii
INTRODUCCIÓN	1
Objetivo general:.....	4
Objetivos específicos:.....	4
Novedad científica.....	4
CAPITULO 1	5
MARCO TEÓRICO.....	5
1.1 Dengue.-	5
1.2 Caracterización clínica del dengue	5
1.3 Fases de la enfermedad	6
1.4 Factores de riesgo	8
1.5 Comorbilidad o riesgo social	9
1.6 Formas de transmisión	9
1.7 Epidemiología.-.....	10
1.8 Prestación de servicios clínicos y manejo de casos.....	11
1.9.- Recomendaciones para el tratamiento.....	13
1.10 Calidad de la atención	14
1.11.- Protocolo de atención.-.....	15
1.11.1.-Importancia del protocolo de atención.-.....	16
1.11.2.- Logros de un protocolo de atención.-.....	17
1.11.3.- Estructura del protocolo de atención.-.....	17
1.12.- Referentes empíricos	18
CAPITULO II	20
Marco metodológico.....	20
2.1.- Metodología.-.....	20
2.2.- Método:	20
2.3.- Métodos empíricos.-	20
2.4.- Hipótesis:.....	20

2.5.- Población.-	21
2.6.- Muestra.-.....	21
2.7.- Unidades de análisis para las investigaciones cualitativas.-	21
2.8.- Matriz de Operacionalización de las variables. -.....	22
2.9.- Criterios éticos de la investigación.....	23
2.10.- Instrumento.-	23
Encuesta de conocimiento dirigido a profesionales de la salud que laboran y tienen contacto directo con pacientes con cuadro clínico de dengue clásico y grave.....	23
CAPITULO III	25
RESULTADOS	25
CAPITULO IV	31
DISCUSIÓN.....	31
CAPITULO V	35
PROPUESTA	35
Protocolo de atención para el manejo de pacientes pediátricos con cuadro clínico de dengue clásico y grave en el Hospital del Niño, Francisco Icaza Bustamante.	35
Introducción.-.....	35
Objetivo del protocolo.-	35
Cobertura del protocolo.-	35
Dengue: clasificación de riesgo y manejo del dengue	36
Fases de la enfermedad.-	36
Manejo de paciente pediátricos con cuadro clínico de dengue sin signos de alarma (Grupo A).-	37
Exámenes complementarios de laboratorio.-.....	37
Tratamiento.-	38
Recomendaciones para la familia.-	39
Manejo de paciente pediátricos con cuadro clínico de dengue con signo de alarma (grupo B).39	
Paciente con signos de alarma.-.....	40
Examen físico general.-	40
Exámenes complementarios de laboratorio.-.....	41
Manejo.-	41
Re-evaluación.-.....	41
Signos de alerta.-.....	41
Manejo de paciente pediátricos con cuadro clínico de signos de choque (Grupo C).....	42
Paciente con signos de choque.-.....	42
Exámenes complementarios de laboratorio.-.....	42
Manejo.-	43

Re-evaluación.-.....	43
CONCLUSIONES	45
RECOMENDACIONES	46
Bibliografía	47
ANEXO.-	51
Árbol del problema	51

RESUMEN

El dengue es un problema de salud pública que debe ser atendido de forma coherente y con mucha responsabilidad, creando guías que permitan estandarizar procedimientos sin perder la individualidad de cada caso. El trabajo presentado se enfoca a proponer un protocolo de atención para pacientes pediátricos que presenten cuadro clínico de dengue grave o clásico, usuarios del Hospital Francisco Icaza Bustamante, de la ciudad de Guayaquil. Teniendo como antecedente que en el 2015 en el Hospital del niño, Francisco Icaza Bustamante se reportaron 254 casos de dengue confirmados, de los cuales 237 casos son con signos de alarma y 17 son graves; de los cuales existen 3 pacientes que fallecieron en el sistema de salud. La elaboración e implantación del protocolo de atención tendrá como beneficio principal el mejoramiento de la atención de pacientes con las enfermedades descritas y la reducción de la morbimortalidad infantil. Se conoce que el 100% de los profesionales conocen esta problemática y el 96% reconoce que los casos graves deben de ser atendidos en el tercer nivel de complejidad; ante esto el 100% de los profesionales de la salud entrevistados mencionan que de existir un protocolo de atención pediátrica en el Hospital del niño se mejora la atención clínica; debido a que tendrían referentes necesarios para poder establecer desde la experiencia un mayor control y reducción de las complicaciones dentro de la unidad de consulta externa, emergencia o cuidados intensivos, lugar donde se atiende los casos de dengue grave.

Palabras claves.- Protocolo, dengue grave, clásico, atención clínica

Abstract

Dengue is a public health problem that must be addressed consistently and with a lot of responsibility, creating guidelines that allow standardizing procedures without losing the individuality of each case. The present paper focuses on proposing a care protocol for pediatric patients with clinical signs of severe or classic dengue, users of the Hospital Francisco Icaza Bustamante, in the city of Guayaquil. Having as background that in 2015 in the Children's Hospital, Francisco Icaza Bustamante reported 254 cases of confirmed dengue, of which 237 cases are with alarm signs and 17 are serious; Of which there are 3 patients who died in the health system. The elaboration and implementation of the protocol of attention will have as main benefit the improvement of the attention of patients with described diseases and the reduction of the infant morbimortality. It is known that 100% of professionals know this problem and 96% acknowledge that serious cases should be addressed at the third level of complexity; In view of this, 100% of the health professionals interviewed mention that if there is a pediatric care protocol in the child's hospital, clinical care is improved; Because they would have references necessary to be able to establish from the experience a greater control and reduction of the complications inside the unit of external consultation, emergency or intensive care, place where the cases of severe dengue are taken care of.

Keywords.- Protocol, severe dengue, classic, clinical care

INTRODUCCIÓN

El dengue (DEN) es una enfermedad vírica que se trasmite por la picadura de un mosquito hembra cuyo género es el Aedes, especialmente el Aedes aegypti, el cual también transmite la fiebre amarilla, prevaleciendo en los trópicos. Siendo el arbovirus con mayor trascendencia a nivel de estadísticas de morbimortalidad e impacto socioeconómico, siendo una de las patologías de más rápida expansión en nuestro hábitat debido al clima tropical que prevale en Ecuador (Guzmán et al. 2005).

Se conoce que en la atención pediátrica no existe un protocolo o lineamientos clínicos o terapéuticos que permitan reducir la morbimortalidad de la población infantil cuando aparecen casos de dengue clásico o grave; la importancia de tener una base médica en la atención y aquello no permite mejorar la atención de niños y niñas, los beneficios que se obtienen en países que establecen mecanismos de acción social y comunitaria también tienen su impacto socioeconómico aparte de reducir el padecimiento del usuario atendido, dándole calidad de vida en la enfermedad.

El vector es un mosquito de color oscuro, con rayas blancas en las patas y el dorso del animal, es un insecto que resplandece de color plateado en la luz, tiene hábitos domésticos y su presencia es mayor en la media mañana y antes de oscurecer; prefiere los lugares oscuros y frescos de las casa o departamentos; cuya alimentación ese compone de néctar y jugo de vegetales, la hembra pica organismos vivos de sangre caliente, debido a que la necesita para que maduren sus crías después del apareamiento. Vive pocas semanas y su vuelo no supera los 100 metros. En la actualidad se conocen cuatro diferentes tipos de serotipos de virus: DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4. Cuando un paciente se mejora de una infección de este agente, obtiene inmunidad por el resto de la vida, en relación al serotipo en particular. Siendo esta situación prevenible en el 2015 existieron 2.350

millones de casos en el continente americano, de los cuales 10,200 fueron diagnosticados como graves con un saldo de 1181 pacientes fallecidos, el cual también fue conocido como dengue hemorrágico en años anteriores, fue identificado por primera vez en los años cincuenta del siglo pasado, durante la epidemia que tuvo Filipinas y Tailandia, hoy en día afecta principalmente a países de América, África y Asia (OMS, 2016).

El dengue es una enfermedad sistémica y dinámica que se caracteriza por ser clásico (no grave) y grave según su sintomatología y el adecuado tratamiento específico que se le dé, tiene una duración de ente 4 a 10 días, presentándose a cualquier edad en forma endémica o epidémica. En la actualidad se evidencia que no existe un protocolo establecido en la atención en casos de dengue en niños y niñas que acuden a las áreas de emergencia o consulta externa del Hospital Francisco Icaza Bustamante de la ciudad de Guayaquil (OMS/OPS, 2015).

Delimitación del problema: Para el desarrollo de la presente investigación se ha delimitado el problema como: la deficiencia de la atención a los pacientes con diagnóstico de dengue clásico y grave; las principales causas del problema se deben a que existe un reducido recursos humanos, en el que está inmerso los profesionales, y la no existencia de especificidad de la población ecuatoriana, otra causa están la saturación del servicios de salud y la reducida coordinación entre áreas médicas. El efecto de la problemática descrita causa que existan tratamientos heterogéneos, improvisación, inseguridad, complicaciones clínicas de riesgo, procedimiento poco eficientes, retardo en la entrega de insumos, insatisfacción y quejas de usuarios, por lo tanto se tendrá como macro efectos: incrementado el índice de morbimortalidad de usuarios con dengue clásico y grave (Anexo 1).

Formulación del problema: ¿Cómo contribuye la implementación del protocolo de atención a los niños que llegan con cuadro clínico de dengue clásico y grave en el mejoramiento de la calidad de los servicios de atención de consulta externa y emergencia del Hospital Francisco Icaza Bustamante?

Justificación: En el Ecuador se están aplicando protocolos internacionales para el manejo del Dengue clásico con o sin síntomas y el dengue grave, pero no se evidencia estudios sobre protocolos propios y/o desarrollados en el Ecuador para manejar clínicamente esta patología. La Universidad Católica del Ecuador (2016) menciona que existen escasos reportes sobre investigaciones en la población ecuatoriana del *Aegypti*, el cual es necesario abordar esta temática, llenando espacios de conocimiento que no hay hasta la actualidad, siendo este un referente de vectores de enfermedades infecciosas en el Ecuador.

En el Hospital del niño, Francisco Icaza Bustamante, en el año 2015 se reportaron 254 casos de dengue confirmados, de los cuales 237 casos son con signos de alarma y 17 son graves; de este grupo 109 casos tienen diagnóstico final de dengue con signos de alarma, 11 dengue grave, 4 fiebre chikungunya y 129 casos con otros diagnósticos no concluyentes; de los casos confirmados como dengue existen 3 pacientes que fallecieron en el sistema de salud (MSP, Estadística de Dengue en Ecuador y Guayas, 2015). La elaboración e implantación del protocolo de atención en casos de dengue clásico y grave tendrá como beneficio principal el mejoramiento de la atención de pacientes con las enfermedades descritas.

Objeto de estudio: Dengue

Campo de acción o de investigación: Los protocolos de atención

Objetivo general:

Proponer la implementación de un protocolo de atención para casos de dengue clásico y grave en niños y niñas, usuarios del Hospital Francisco Icaza Bustamante, de la ciudad de Guayaquil, año 2015-2016.

Objetivos específicos:

- Investigar y analizar las teorías disponibles sobre dengue y protocolos de atención.
- Determinar los principales factores que inciden en la atención del paciente con dengue clásico y grave.
- Elaborar un protocolo de atención que permita identificar los diagnósticos y tratamientos adecuados.

Novedad científica

El presente trabajo de titulación tiene como novedad científica el desarrollo de un protocolo de atención pediátrico para casos de cuadro clínico de dengue clásico y dengue grave.

CAPITULO 1

MARCO TEÓRICO

1.1 Dengue.-

El dengue es una enfermedad infectocontagiosa grave que se desarrolla por un virus ARN el cual pertenece al género de Flavivirus y a la familia de los Togaviridae, teniendo como principal vector al mosquito *Aedes Aegypti*, siendo la más importante de atender entre las enfermedades virales humanas por la incidencia que se aproxima a los 50 millones de nuevos casos por año en el mundo. En los últimos 50 años ha tenido un crecimiento acelerado de por lo menos 30 veces expandiéndose hacia otras regiones geográficas de preferencia tropicales y subtropicales (OMS, 2015; Zamora Ubieta Francisco, 2010; CIEIC, 2016).

Ecuador fue azotado por esta epidemia aproximadamente en el año de 1980 en conjunto con Paraguay, Bolivia y Perú, los cuales no habían presentado anteriormente casos de forma agresiva, iniciando con el serotipo 1, siendo los factores preponderantes de transmisión el ser endémicos en la región de las costas ecuatorianas (OPS, 2000, Pág. 21).

1.2 Caracterización clínica del dengue

La fiebre del dengue es una patología dinámica y sistémica, teniendo un amplio espectro clínico en el que se presenta manifestaciones clínicas graves y no graves. Posterior de la fase de incubación aparece de forma repentina las siguientes tres fases de evolución (febril, crítica y recuperación o convalecencia)

El Ministerio de Salud de San Salvador, et al. (2010) refiere que el diagnóstico sospechoso de dengue se debe de dar en las siguientes condiciones: caso febril y presentar dos o más síntomas descrito a continuación:

- Anorexia y nauseas
- Rash cutáneo
- Cefalea, dolor retroocular, mialgias, artralgias.
- Sangrado espontaneo o prueba de torniquete positivo
- Leucopenia $< 5000\text{mm}^3$
- Signos de alarma
- Vivir o haber viajado a áreas tropicales o subtropicales.

1.3 Fases de la enfermedad

El Instituto Nacional de Salud de Colombia en su Guía para la atención clínica integral del paciente con Dengue (2010, Pág. 16), al igual que la Guía para el diagnóstico y tratamiento de República Dominicana (2010) refieren que existen tres etapas de la enfermedad, la febril, crítica y de convalecencia, las mismas que están caracterizadas por signos y síntomas según gravedad:

a.- La fase febril. - es la más común en presencia del virus que causa el dengue (viremia) dura aproximadamente de 2 a 7 días, las complicaciones más importantes son episodio febril, sudoración, decaimiento y deshidratación, es importante monitorear los signos de alarma, ya que también aparece eritema en la piel, mialgias, artralgias, dolor de garganta, inyección conjuntival, cefaleas, rubor facial. Tener en cuenta que las fiebres altas pueden causar trastornos neurológicos y convulsiones febriles en niños pequeños y por tanto generar incluso una discapacidad intelectual, aquello se evidencia en la práctica clínica diaria. (OMS et al. 2009, Pág. 44).

b.- La Fase crítica. - en este estadio la disminución o desaparición de la fiebre (defervescencia) ocurre entre el tercer y séptimo día de la enfermedad, la temperatura pasa de 38°C a 37.5°C y se mantiene en esta etapa se puede mejorar o empeorar.

Los pacientes que muestran mejoría después del periodo de la defervescencia tienen dengue sin signos de alarma, pero los que se deterioran tienen dengue con signos de alarma donde se marca el inicio de una fase crítica.

Los lineamientos actualizados para el manejo de casos de Dengue de San Salvador (2010. Pág.12) hablan sobre los *signos de alarma* que se deben de tomar en cuenta en la exploración clínica del paciente sintomático, como por ejemplo:

- Aparecimiento de dolor espontáneo intenso a la palpación de abdomen.
- Vómitos que deshidratan al paciente.
- Acumulación de líquidos: ascitis, edema, derrame pleural, disminución de la diuresis.
- Sangrado en mucosas.
- Irritabilidad, somnolencia.
- Debilidad o fatiga general (astenia).
- Incremento del tamaño del hígado, el mismo que es mayor a 2cm (hepatomegalia dolorosa).
- En exámenes de laboratorio se evidencia, incremento de hematocritos, leucopenia progresiva
- Hipotensión postural/lipotimias
- Disminución repentina de la temperatura/hipotermia.

c.- La fase recuperación.- cuando el paciente sobrevive a la etapa crítica de la enfermedad de 24 a 48 horas, en las posteriores 48 a 72 horas tiene lugar la reabsorción de los líquidos del compartimiento extravascular. Durante este periodo el sujeto puede eliminar fisiológicamente el exceso de líquidos que se había extravasado hasta normalizar sus funciones vitales. Es común en este estado que se evidencie bradicardia y alteración

en el electrocardiograma, así mismo que presente bradipsiquia y astenia incluso durante semanas después del apareamiento de esta patología. En esta etapa es indispensable la vigilancia de pacientes con nefropatía, cardiopatía, adultos mayores, niños/as, así como el manejo de posibles infecciones pulmonares.

1.4 Factores de riesgo

Los principales factores de riesgo que se evidencia dentro del área médica y social son el incremento paulatino y acelerado de urbanizaciones poco planificadas con descontrol en los países tropicales, lugar de preferencia de hábitat del vector. Los sistemas de suministros de aguas son fuentes de riesgo, al igual que la red de cloacas y el tratamiento de desperdicios a nivel nacional y a nivel comunitario teniendo un impacto en el crecimiento de las enfermedades transmitidas por mosquitos (Sigüencia, et al. 2012); a esto se suma el escaso control comunitario que tiene la población en eliminación de criaderos potenciales de este insecto y a que los rociadores a veces no tienen una efectividad sobre el mosquito adulto. (Torres, J., 2009)

Otro factor de riesgo que existe y que no se puede dejar de lado son las características climatológicas. Crecimiento poblacional, dificultades económicas y sociales contribuyen a la proliferación del mosquito *Aedes Aegypti* principal vector de esta enfermedad en nuestro país.

En Ecuador, los datos del Ministerio de Salud Pública estiman que el 70% del territorio nacional presenta condiciones adecuadas para la transmisión de la fiebre del dengue, con una población en riesgo de más de ocho millones de personas, y alrededor de 16,000 nuevos casos oficialmente reportados durante el 2012. Por lo tanto, esta enfermedad es considerada como un problema de salud pública prioritario y creciente El (CIEIC, 2016).

1.5 Comorbilidad o riesgo social

El riesgo es mayor en pacientes que tienen una condición de vulnerabilidad, por ejemplo mujeres embarazadas, niños menores de 5 años, mayores de 65 años de edad, presencia de patologías crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular grave, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedades hematológicas crónicas (anemia falciforme), nefropatías, enfermedad ácido péptica y enfermedades autoinmunes, consumo de drogas, patologías mentales con tratamiento farmacológico, paciente con riesgo social (Pacientes que vivan solos, difícil acceso a un servicio de salud, pobreza extrema, discapacidad y otros) (INS/OPS, 2010. Pág. 22).

1.6 Formas de trasmisión

La transmisión del dengue es por la picadura del insecto infectado, el mismo que incorpora la carga viral cuando pica a otro sujeto en el que esté en la etapa de viremia, la misma que puede durar hasta seis días. Comenzando el ciclo con la picadura del mosquito que contiene el virus el cual se multiplica en todo el organismo del mismo, entrando por a la célula por endocitosis mediada por receptor (Jara, 2009. Pág. 7).

La transmisión depende mucho de las formas de interactuar de interaccionar entre el ambiente, el agente, población de huéspedes y vector, los que coexisten en un mismo sitio de vida, por lo tanto, se tiene dos periodos muy importantes de describir:

Periodo de transmisibilidad. - Infectados con el virus, transmiten a otros mosquitos antes de terminar el período febril, el insecto se vuelve transmisor después de 8 a 12 días y comienza su tarea de infectar a los seres humanos durante su tiempo de vida.

Periodo de incubación. - cuando ingresa el virus al organismo del ser humano este comienza a alojarse ya buscar un lugar para incubar, el mismo que se denomina cepa viral, durando esta fase de entre 3 a 14 días. Posterior a este evento comienzan a presentarse los síntomas. Siendo el tiempo desde la picadura hasta la aparición de los síntomas un promedio de 7 a 10 días (SESPAS, OPS. 2010, Pág. 6).

1.7 Epidemiología.-

Esta enfermedad se distribuye de manera generalizada en zonas tropicales que van desde el Sudeste Asiático y América Latina. Campañas de erradicación del mosquito permitieron la casi total eliminación del virus en América, pero por la persistencia del mosquito en algunos lugares la enfermedad reapareció, debutando con grandes epidemias de dengue hemorrágico en Cuba en 1981 y Venezuela 1990 (OMS, 2007).

En el Ecuador el apareamiento de dengue es una importante situación de problema de salud pública que lleva a invertir muchos recursos en la atención clínica y comunitaria desde su aparición en los finales de los años 1988; donde de manera progresiva ha tenido un comportamiento endemo-epidémico dispersándose de manera directa los serotipos, la no erradicación de este virus se debe a varios factores que determinan el mantenimiento de esta situación de atención en salud pública como determinantes sociales, ambientales, económicos, y culturales; teniendo un impacto en aproximadamente el 70% del territorio ecuatoriano; es decir que un número aproximado de 10138449,3 personas están en riesgo a enfermar de dengue (MSP, 2013).

1.8 Prestación de servicios clínicos y manejo de casos

Para reducir la mortalidad del dengue en el Ecuador se debe de tener un proceso organizado, el cual tiene que garantizar los derechos de los pacientes el de tener una atención digna de calidad y calidez, bajo las normativas y leyes vigentes; es muy

necesaria la detección temprana para desarrollar un tratamiento eficiente y eficaz basada en el respeto de la vida humana. El componente clave para llevar a cabo este proceso es el tipo de atención sanitaria que se presta desde el primer nivel hasta el tercero, se conoce que muchos de los pacientes con dengue mejoran, pero otros evolucionan a más grave que incluso necesitan ser hospitalizados. Es necesaria la aplicación de principios claves de triage y tomar decisiones basadas en la evidencia clínica y científica detectando precozmente a pacientes en riesgo y atender de manera oportuna los mismos. Se hace evidente que dentro de estos manejos oportunos se deben de enfocar en estrategias basadas en:

- Detectar que el usuario febril puede presentar dengue
- Detección temprana de casos sospechosos.
- Atención precoz de casos febriles sospechosos de dengue.
- Identificar fase de viremia.
- Identificar infectados con signos de alerta y que deban ser derivados a hospitalización, segundo o tercer nivel de atención.

Los centros de salud de nivel primario y secundario deben de ser los encargados y responsables de evaluar y dar tratamiento según triage de las urgencias y ambulatoriamente los casos sospechosos.

Se define como triage al proceso de evaluación y clasificación inmediata de los usuarios que acuden al establecimiento de salud con el fin de detectar urgencias, emergencias o consulta externa; el objetivo es poder establecer una atención más inmediata para reducir la mortalidad de los pacientes.

Es importante tener en cuenta que durante la etapa febril temprana hay dificultades en establecer si el paciente avanzará a un dengue grave o reducirán sus síntomas, por lo

tanto se debería atender a diario para evaluar su progreso y así evitar complicaciones mayores (OMS et al. 2006. Pág. 43-45).

La OMS en conjunto con el Programa Especial para la Investigación en Enfermedades Tropicales de La Paz, Bolivia (2009), establecen un enfoque para el manejo de casos de dengue sospechosos que consta de tres pasos: la evaluación general, diagnóstica y de manejo.

El enfoque para el manejo de los casos debe de ser integral, comenzando con una evaluación general donde se explore mediante la historia clínica información relevante sobre los síntomas y antecedentes personales/familiares, acompañado de un examen físico, de laboratorio de rutina y específicos para el detección de dengue.

La segunda fase de esta evaluación debe ser el determinar un diagnóstico con la información de la evaluación general, así mismo determinar la fase y gravedad de la enfermedad. Para posterior seguir en el tercer paso que sería ya el manejo, donde se notificará al sistema de salud, el tratamiento dependerá de las manifestaciones clínicas ya sea de manera ambulatoria o de evidenciarse la necesidad de una hospitalización (OMS et al. 2009).

Existen guías que actualmente están dedicándose a detectar de manera precoz el dengue en los países que son susceptibles al mosquito vector, como se evidencia en trabajos realizados en República Dominicana, Perú, Bolivia, Ecuador entre otros; los cuales tratan de darle la importancia que se merece, siendo esta una política de salud pública la atención priorizada de personas en situación de urgencias y emergencias por dengue, pero aún hace falta reforzar conocimientos en los profesionales de la salud.

1.9.- Recomendaciones para el tratamiento

Es importante saber identificar cual es el problema médico que presenta el paciente, definir apareamiento de patologías médicas o traumáticas, para categorizarlo y no solo por los mecanismos de las lesiones sino por la naturaleza de algunos indicadores clínicos se detecta en qué fase se encuentra el paciente, dado que según la OMS (2009) cada etapa tiene una forma de manejo y es necesario tomar en cuenta los siguientes pasos.-

Paso I—Evaluación general

Historia Clínica Única (HCU) deberá contener:

- Fecha de inicio de fiebre o síntomas;
- Cantidad de ingestión oral; – evaluación para detectar los signos de alerta;
- Diarrea;
- Alteraciones en el estado mental, convulsiones y/o mareos;
- Frecuencia de Micción, volumen, estado.
- Explorar antecedentes de dengue en la familia, barrio, identificar situación geográfica de sitios visitados en los últimos meses, conductas sexuales de riesgo.

Examen físico se debe analizar e incluir lo siguiente:

- Realizar toma de signos vitales
- Evaluación del estado hemodinámico;
- Evaluar estado mental;
- Evidenciar la presencia de abdomen blando/hepatomegalia/ascitis;
- Evidenciar si hay taquipnea/respiración acidótica/derrame pleural;

- Explorar para detectar erupciones y manifestaciones de sangrado;
- Evaluar existencia de deshidratación;
- prueba de torniquete (repetirla si anteriormente resultó negativa o si no hay manifestación de sangrado).

Paso II—Diagnóstico, evaluación de la fase y gravedad de la enfermedad.-

Presentado los criterios clínico descritos anteriormente se hace evidente que la evaluación en este paso es netamente de diagnostica bajo los criterios profesionales del médico, basándose en la HCU, la evaluación físico y el cuadro hemático completo y del hematocrito, el profesional de salud debe poder determinar si la patología es dengue y en qué fase se encuentra (febril, crítica o de convalecencia), si hay signos de alarma, estado de deshidratación y hemodinámico del sujeto y si requiere hospitalización.

Paso III—Manejo Notificación de la enfermedad:

Es necesario establecer mecanismos de notificación temprana de casos sospechosos y confirmados para tomar medidas preventivas, debido a que se conoce que existe una etapa de viremia que puede generar una epidemia en el sector donde se evidencia el paciente.

1.10 Calidad de la atención

La salud es un derecho constitucional que lo garantiza el estado con políticas públicas que van ligadas al acto de mejoramiento del sistema de salud público. Los estándares e indicadores de entada para la atención integral de salud de la niñez debe ser que la unidad de salud cuente con el 100% de los insumos, equipos y medicamentos básicos según su nivel de complejidad para la atención ambulatoria y/o hospitalización para niños y niñas lactantes, preescolares y escolares.

En este trabajo de investigación y calificación de protocolos de atención en casos de cuadro clínico de dengue clásico y grave tiene como principal objetivo dentro de la implementación de la calidad de atención poder obtener los beneficios de la norma internacional ISO 9001:2008, donde el sistema de Gestión de la Calidad deberá estar documentado e implantado de tal manera que garantice la incorporación de todos los procesos homogéneamente, así mismo como los mecanismos de planificación y capacitación de la empresa mejorando la eficacia a través de una mejora organizacional y control, obteniendo una cultura participativa entes los colaboradores del Hospital (Ponce Alcocer, Geovanny. 2015. Pág. 52-55).

El beneficio de ser competitivo a nivel hospitalario facilita la imagen de calidad, así mismo se obtiene el acceso a nuevas formas de mercado, investigaciones, participaciones interinstitucionales. El ahorro de costo en la reducción de la mala calidad y el aumento de la competitividad financiera por buena calidad del servicio o producto son beneficios que se obtiene porque e implementa un sistema de corrección gradual de problemas presentados, atacando las causas que la originan (Ponce Alcocer, Geovanny. 2015. Pág. 52-55).

1.11.- Protocolo de atención.-

Los protocolos de atención son instrumentos los cuales se aplican de forma directa en un área de trabajo, donde los procedimientos de calidad deben de tener un estándar, donde se puede resumir o no contenidos de una guía de práctica clínica o guía de atención del sector público o privado.

Un protocolo de atención debe de tener un fundamento científico establecido por el sistema de salud, debe de plantearse por las problemáticas existentes, el mismo tiene que tener una evidencia científica y empírica, fundamentándose en la experiencia recabada a

nivel de atención clínica especializada en la temática estudiada, como lo es el dengue. El fundamento teórico le permite tener la validez en el nivel de atención, buscando argumentos y evidencia que le dan respuestas a preguntas e hipótesis establecidas dentro del campo de la investigación y aplicación de instrumentos, así mismo los procedimientos que se aplican para obtener los objetivos deben de ser detallados las variables, tipo y forma de medirlas (OPS. Pág. 4-11).

1.11.1.-Importancia del protocolo de atención.-

El protocolo de atención permite establecer una forma de atención clara y precisa, permite homologar el proceso de atención a las personas, optimizando la validez y la toma pertinente de medidas asentado en realidades científicas, si bien es cierto las ciencias de la salud ha tenido un avance notable, debido a esto uno de los problemas en el ámbito laboral es el que existen múltiples formas de llevar a cabo una misma actividad, por lo tanto es de mucha importancia paliar esta situación incorporando instrumentos que faciliten tomar decisiones, por lo tanto existen guías y protocolos, se aborda en este trabajo lo segundo (López Gómez et all, 2007, pág. 7-12).

Un protocolo de atención clínica se puede definir como un acuerdo entre profesionales especializados o expertos en una temática específica que permita determinar un sistema claro de actividades a realizar ante una tarea concreta. Por lo tanto se podría protocolizar actividades físicas, verbales y mentales las mismas que son ejecutadas por profesionales. Para la elaboración se debe de buscar bibliografía aceptada con calidad científica, así mismo como otros protocolos actualizados y vigentes donde se comienza con una estructura formal (Sánchez Linares 2014).

1.11.2.- Logros de un protocolo de atención.-

- Identifica el proceso de atención a las personas, mejorando la eficiencia y la toma oportuna de decisiones basado en evidencia científica.
- Especifica la responsabilidad de cada uno de los miembros del personal de salud, según nivel de atención.
- Mejora la toma de medidas por parte de las y los beneficiarios, proporcionándoles oportunidades para que participen en su transcurso de atención.
- Simplifica y facilita el registro de información del proceso de atención que facilite la evaluación de la misma.
- Propone indicadores para la evaluación del proceso de atención con base en estándares objetivos.
- Fortalece la práctica del personal de salud, como un respaldo, en la atención a las personas.

1.11.3.- Estructura del protocolo de atención.-

- Introducción
- Objetivo del protocolo
- Cobertura del protocolo
- Tratamiento
- Recomendaciones
- Bibliografía

1.12.- Referentes empíricos

Tabla 1.- Referentes empíricos en el manejo del Dengue

Autor	Nombre de trabajo	Ciudad-país	Objetivo del trabajo	Resultados

Mgs. César Chalén Laínez	Uso de Guías de Práctica Clínica para Dengue en un Hospital Básico: Calidad y Costos de Atención	Quito-Ecuador Mayo del 2015	La aplicación de Guías de Práctica Clínica en el manejo de pacientes con sospecha clínica de dengue.	Permite reducir los costos sin reducir la calidad de la atención
Lcda. Mirella Jara	Cuidados de enfermería en pacientes con dengue clásico y hemorrágico ingresados en el Hospital Alcívar	Ecuador 2015	Identificar el número de casos de dengue clásico y hemorrágico y las respectivas medidas terapéuticas que deben abordar el personal de enfermería, en pacientes con dicho diagnóstico en el Hospital “Miguel H. Alcívar”.	Prevalencia en niños entre 8 meses a 8 años, afectando más al sexo femenino que al masculino. Un 75% de pacientes presentaron plaquetopenia.
Comité de Dengue y Chikungunya (CHIKV) del Instituto de Medicina Tropical de Paraguay	Plan de contingencia ante eventual epidemia de dengue y chikungunya	Paraguay – año 2015	Coordinar la estructura y desarrollo del Instituto de Medicina Tropical – Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social para facilitar cuidado/atención a los pacientes con Dengue y fiebre chikungunya. Establecer protocolos que permitan la Garantizar la dotación de suficientes insumos y capacitar al recurso humano.	Identificación clínica de forma oportuna, el adecuado manejo de los casos, el aislamiento del paciente de acuerdo a las normas de aislamiento.
Dr. Javier Arranz Izquierdo. Dr. Fernando Pérez Escanilla.	Guía de manejo en Atención Primaria de pacientes con Dengue,	España-marzo 2016	Acompañar en detección precoz del dengue, chikungunya y zika,	Contribuye a realizar el manejo clínico y seguimiento de los pacientes.

Dr. Manuel Linares Rufo.	Chikungunya y Zika			
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) Representación Guatemala	Guía práctica para el manejo clínico de dengue, chikungunya: Guía para el primero, segundo y tercer nivel de atención	Guatemala - 2015	La guía para la atención en primer, segundo y tercer nivel de complejidad, permite tener una intervención adecuada,	El propósito es reducir la morbimortalidad de estos dos virus disminuyendo el costo socioeconómico de las bajas laborales en la población.
Ministerio de Salud, Secretaría de vigilancia en salud de Brasil	Dengue: diagnóstico y manejo clínico en adultos y niños.	Brasil - 2016	Establecer criterios clínicos y de laboratorio útil para el diagnóstico y de manejo de los casos de dengue clásico y dengue grave en todo el territorio nacional	Mejorar la atención a las personas afectadas por dengue clásico y grave, reduciendo el riesgo de muerte o la ocurrencia de complicaciones.
Ministerio de Salud del Gobierno de la Provincia de Córdoba	Plan estratégico de abordaje integral para la prevención y el control del dengue y la chikungunya en Córdoba	Córdoba – Argentina 2015	La reducción de la morbimortalidad es el primer objetivo a desarrollar este protocolo, minimizando lo efectos de la introducción del virus de dengue y/o chikungunya, evitando de esta manera un brote..	Mejoramiento de la capacidad de respuesta es indispensable en los servicios de atención, con la prevención, detección y control temprano

Elaborado por: Dra. Inés Zambrano

CAPITULO II

Marco metodológico

2.1.- Metodología.-

La investigación presentada ha sido elaborada según la metodología cuantitativa, siendo este un estudio descriptivo que nos ayudará a especificar las propiedades de una de la problemática investigar, ya que se someterá a análisis las variables e indicadores encontrados durante dicho estudio. Así mismo la investigación va a ser transaccional, porque se va a recoger información una sola vez, en la situación que se encuentre la población actualmente.

2.2.- Método:

El método a utilizarse en el presente trabajo será inductivo - deductivo, debido a que se parte de problemas actuales para obtener un producto en general, así mismo servirá para atender con protocolos generales, casos particulares.

2.3.- Métodos empíricos.-

El método empírico a utilizarse en este trabajo será la encuesta, porque permite conocer y obtener información específica, revelando una característica fenomenológica del problema.

2.4.- Hipótesis:

El protocolo de atención para casos de dengue clásico y grave, mejora la atención clínica reduce la morbimortalidad de los usuarios de entre 1 a 14 años de edad, del Hospital Francisco Icaza Bustamante.

2.5.- Población.-

La población está constituida por el personal médico, enfermería, especialistas del sistema de salud público del Hospital Francisco Icaza Bustamante.

2.6.- Muestra.-

La muestra será no probabilística de sujetos voluntarios de un número de veinticuatro Profesionales de salud del área de emergencia y consulta externa

2.7.- Unidades de análisis para las investigaciones cualitativas.-

La unidad de análisis dentro de la presente investigación son profesionales de la salud que laboran en el servicio público y que tienen contacto a través del área de emergencia o consulta externa con pacientes con cuadro clínico de dengue clásico o grave.

2.8.- Matriz de Operacionalización de las variables. -

PROBLEMA	VARIABLES	DEFINICIONES CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALAS	INSTRUMENTOS	UNIDAD DE ANALISIS
¿Cómo contribuye la implementación del protocolo de atención a los niños que llegan con cuadro clínico de dengue clásico y grave en el mejoramiento de la calidad de los servicios de atención?	Protocolos de atención. (VI)	Acuerdo entre profesionales especializados o expertos en una temática específica que permita determinar un sistema claro de actividades a realizar ante una tarea concreta.	Técnicas	Capacitación	Cualitativa	Entrevistas	Directivos Profesionales de la salud.
	Calidad de los servicios de salud (VD)	Es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud.	Culturales Biológicas Técnica Interpersonal	Cuidado del profesional Pacientes portadores de enfermedad. Tiempos Grado de Satisfacción	Cualitativa Cualitativa cuantitativa Cualitativa	Encuestas	

			comodidad	Accesibilidad	Cualitativa		
--	--	--	-----------	---------------	-------------	--	--

Elaborado por: Dra. Inés Zambrano

2.9.- Criterios éticos de la investigación

El presente trabajo mantiene criterios éticos de una investigación cuantitativa de alto nivel, donde se tiene en cuenta que las fuentes de consultas son primarias y secundarias de años recientes, los objetivos específicos están claros y precisos, existe transparencia en la recolección de datos y confidencialidad por lo tanto los instrumentos no tienen opciones para escribir los nombres. El impacto que tendrá será positivo, no se prevé aspectos negativos en la aplicación del protocolo de atención, por lo cual tendrá:

Credibilidad.- Los resultados del presente trabajo corresponden a la problemática evidenciada en el Hospital en cuanto a la atención clínica de los pacientes pediátricos que presentan sintomatología de dengue.

Aplicabilidad.- los instrumentos fueron aplicados directamente en el sitio de trabajo, recogiendo respuestas de forma exhaustiva en los profesionales de la salud del Hospital.

Relevancia.- Existe correspondencia entre la problemática evidenciada y los resultados obtenidos.

2.10.- Instrumento.-

Encuesta de conocimiento dirigido a profesionales de la salud que laboran y tienen contacto directo con pacientes con cuadro clínico de dengue clásico y grave.

El instrumento a utilizarse será una encuesta de preguntas abiertas y cerradas dicotómicas es una recopilación de conocimiento básico que se debe de tener en el área de atención hospitalaria, aquellas apuntan a investigar el manejo básico del cuadro clínico de pacientes pediátricos con sospecha de dengue grave y clásico. Será dirigido a la población-muestra, escogida de forma intencional, el cual va a identificar la existencia de capacitaciones dirigido a los profesionales de la salud, así mismo permitirá determinar los principales factores que inciden en la atención del paciente con dengue clásico y grave.

El instrumento está estructurado de forma sencilla, pero personal, conformado por 13 preguntas, las cuales están distribuidas para ser contestadas de forma rápida y sin generar un juicio de valor al respecto, buscan encontrar evidencias que permitan obtener más información sobre el problema a investigar, presentándolo por áreas, las cuales van a permitir conocer sobre el manejo actual de un cuadro clínico de dengue, acciones comunitarias y capacitaciones.

CAPITULO III

RESULTADOS

El dengue, como se conoce tiene efectos muy importantes sobre la salud de las personas y más aún sobre la nación. Actualmente las políticas públicas han ido encaminadas a reducir la brecha de atención en temas de igualdad de acceso y de recursos, pero también se es necesario que el sistema cuente con las herramientas necesarias para hacerlo, y los resultados de este trabajo son los siguientes.-

Los profesionales de la salud en un número de 24 personas entrevistadas con el instrumento que se explicó anteriormente refieren en un 100% conocer sobre el dengue, signos y síntomas y formas básicas de manejo; un dato muy importante cuando hablamos de intervención, porque cada uno reconoce entonces su rol frente a esta situación que aparece tanto en consulta externa o en área de emergencia.

Cuando se habla de protocolos de atención de dengue clásico y dengue grave, se obtiene que el 83% de los profesionales desconocen sobre la existencia de un protocolo de atención de dengue clásico o grave, mientras que el 17% refieren que si existe un protocolo que norme y guíe la atención en salud pública, siendo un referente importante de abordar porque permite conocer que dentro del trabajo realizado se conoce el manejo adecuado de un paciente pediátrico con cuadro clínico de dengue pero no se evidencia que exista un documento oficial que pueda permitir tener un mismo patrón de trabajo en el sistema, incluso proyectando la reducción de morbimortalidad infantil.

También se hace evidente que la socialización del protocolo ha sido en igual número de respuestas a los lo conocen, con un 17% de personal que ha sido socializado los que refirieron que conocen sobre el protocolo y un 83% indican que un documento de tal magnitud no ha sido socializado; pero se hace evidente que profesionales de la salud

conocen el manejo sintomático de dicho problema de salud porque su formación académica así lo permite. Por lo tanto la forma de socialización que tiene el 17% de profesionales ha sido por medios virtuales y electrónicos, mientras que el 83% refiere desconocerlo.

El conocer las funciones que debe de cumplir el profesional de la salud, me permite ser funcional en la atención pediátrica de un caso de dengue clásico o grave, establecido por el nivel de complejidad del hospital (tercer nivel de atención), el mismo que en el presente instrumento no se evidencia con claridad es preguntarse, porque una Unidad de Salud complejidad alta, va a tener como rol la vigilancia de un paciente, aunque un porcentaje mínimo son quienes han respondido con esa opción (8%) no dejan de ser sumamente importante en una intervención porque el objetivo principal es reducir la deficiente atención e intervención en casos con esta patología descrita anteriormente. Por el nivel de complejidad del Hospital del niño, se permite tener como rol la canalización de vía circulatoria y respiratoria con oxígeno o ventilación mecánica y administración de fluidos, siendo uno de los principales pasos para la intervención oportuna en casos de dengue con signos de alarma o grave los cuales existe como principal criterio la hipotensión arterial, sangrado masivo en sitios de venopuntura, descompensación hemodinámica, taquicardia, fiebre, deshidratación el mismo que necesitan un atención de emergencia; pues se conoce que dentro de las intervenciones deberá ser de forma acertada, inmediata. Tener claro el rol de manejo permite mejorar la atención y por lo tanto la intervención clínica del médico, residente, enfermera, auxiliar de enfermería, los mismos que deberán estar preparados para identificar e intervenir de forma inmediata ante los casos clínicos que se atiendan en consulta externa o emergencia.

Para los profesionales de la salud del Hospital del Niño, unidad de salud que recibe referencias y derivaciones de los Centros de Salud tipo A, B, C, refieren en un 83% que

el motivo principal porque se genera una atención deficiente en pacientes pediátricos con cuadro clínico de dengue clásico o grave son las mismas referencias enviadas de forma tardía de las unidades de salud de menor nivel de atención, es decir que mientras no se ejecute un trabajo adecuado de manejo del dengue en los centros de salud no se podría mejorar en el tercer nivel, percepción que tiene un importante porcentaje, aunque al analizarlo de forma detenida existen necesidades sentidas y necesidades reales. ¿La necesidad de que las derivaciones sean de forma temprana ayudaría a mejorar la atención deficiente? Una pregunta que se debe explorar a fondo debido a que el sistema de salud está compuesta de tal manera que cada uno cumpla un rol diferente y necesario en la atención clínica con la medicación adecuada, en las dosis, atención y cuidado adecuados.

Otro factor importante y que se evidencia cuando se habla de mejorar niveles de atención, es la necesidad de contar con el número de profesionales necesarios para cubrir la demanda de pacientes en la consulta externa y emergencia, dotando de un tiempo mayor para conocer y explorar de forma adecuada la sintomatología clínica que presente el paciente y posibles complicaciones; haciendo referencia a esto la percepción de la población muestra entrevistada refiere el 63% que esta atención deficiente se debe al reducido número de médicos y otros profesionales de salud.

Los medicamentos, instrumentos, recursos, exceso de papeleo y la comunicación deficiente entre profesionales son otros factores que van a impactar en menor manera, pero no dejando de ser importante, la atención de los pacientes en consulta externa o emergencia. Objeto interesante de analizar es que a pesar de que profesionales cuentan con espacios limitados de trabajos, no lo perciben como una variable que afecte en la atención del paciente.

Ante esto el 100% de los profesionales de la salud entrevistados mencionan que de existir un protocolo de atención pediátrica en el Hospital del niño para manejo de dengue clásico y grave se mejora la atención clínica; debido a que tendrían referentes necesarios para poder establecer desde la experiencia un mayor control y reducción de las complicaciones dentro de la unidad de consulta externa, emergencia o cuidados intensivos, lugar donde se atiende los casos de dengue grave.

Se hace evidente que el manejo clínico de un paciente con dengue no solo se debe de hacer con buena voluntad, sino con conocimiento científico, práctico, teórico e instrumental, saber establecer diagnósticos diferenciales y definitivos para proceder a decidir la mejor intervención clínica; observándose así en el análisis del instrumento aplicado que el 71% de los entrevistados refieren que los criterios fundamentales para diagnosticar dengue clásico y con signos de alarma es fiebre, dolor abdominal y prueba de torniquete positiva, siendo la respuesta más acertada; pero aún se observa que el manejo diagnóstico debe de ser necesario y fundamental para un buen diagnóstico porque el 12,5% refieren que la fiebre, dolor retroocular y muscular es un signo de dengue, error grave en el momento de intervenir no saber diferenciar entre esta patología y el chikungunya por ejemplo, los otros son criterio importantes pero que pueden estar presentes en otras enfermedades.

Es necesario realizar una formación continua y asistida a los profesionales de parte de un especialista en manejo de estos cuadros clínicos (dengue). Porque se observa en el análisis que existe un 33% de profesionales que afirma que el dolor retroocular, fiebre y

malestar general es parte del dengue grave, conociendo que este nivel de la enfermedad ya existe un sangrado masivo, hipotensión, dolor abdominal, hipotensión. Necesario y evidente poder mejorar el sistema de diagnóstico para aplicar tratamientos acordes a lo evidenciado. El 67% conoce el cuadro clínico de dengue grave.

El intervenir de forma clínica y establecer un diagnóstico adecuado se debe de enviar a realizar exámenes complementarios, por lo tanto respondieron el 46% que se debe de enviar examínense como hemograma completo y plaquetas, 54%, hemograma completo, pruebas serológicas inmunoglobulina a partir del sexto día; radiografía de tórax para identificar existencia de derrame pleural y eco de abdomen para evidenciar cuadro de ascitis en un 17% siendo la opción con menos porcentaje debido a que esto se relaciona con un cuadro clínico de dengue grave con signo de choque.

Los paciente con un nivel mayor de vulnerabilidad a desencadenar complicaciones del cuadro clínico de dengue son los niños y niñas diabéticos, renales y con vih/sida el cual fue puntuado en un 71%, lo cual es coherente al igual que la respuesta donde se determina a los niños diabéticos, renales y cardiacos, debido al cuadro clínico que caracteriza el dengue clásico o grave.

Tomando en cuenta lo anterior, los profesionales de salud conocen en un 96% que el dengue con signo de choque debe de ser atendido en un Hospital de tercer nivel con Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico (UCIP), debido a su nivel de complejidad y gravedad de los síntomas, como por ejemplo taquicardia, hipotensión arterial, choque por fuga de plasma, compromiso de órganos: hepatitis, miocarditis, encefalitis, tiempo de coagulación prolongado, sangrado por sitios de venopuntura o boca y nariz o sangrado masivo, llenado capilar mayor a 3 segundos, dificultad respiratoria, piel marmólica entre otros.

Recordando que el nivel de competencia profesional permite identificar cual es el criterio clínico que permita dar de alta a un paciente pediátrico, no solamente evidenciar no fiebre (25%), tolerancia de la vía oral (17%) o hemodinámica estable (38%), sino que los exámenes de laboratorio deben obtener estabilidad de los hematocritos por lo menos en un tiempo de 48 horas con un incremento mayor a 1000 000mm³ en plaquetas cuya respuesta fue aceptada por el 75% de los profesionales de salud de la población-muestra.

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

El presente trabajo permite conocer cuál es la percepción de los profesionales de la salud, evidenciándose que el 100% de los sujetos entrevistados conocen sobre el dengue, siendo nuestro país un hábitat con clima que favorece la proliferación del mosquito *Aedes Aegypti*, por lo tanto se debe de tener a profesionales preparados para enfrentar las consecuencias de una no adecuada destrucción de los criaderos de este vector.

Cuando se habla de protocolos de atención de dengue clásico y dengue grave, se obtiene que el 83% de los profesionales desconocen sobre la existencia de un protocolo de atención de dengue clásico o grave que tenga un enfoque pediátrico, se hace evidente entre las percepciones que el 100% de los entrevistados comparten que existiendo un protocolo pediátrico mejoraría la calidad de atención y de intervención; al igual que otras investigaciones donde se ha evidenciado que esta iniciativa permite reducir costos, sin reducir la calidad de atención usando una guía de Práctica Clínica para Dengue en un Hospital Básico: Calidad y Costos de Atención de Chalen Laínez (2015).

Los profesionales de la salud conocen el manejo sintomático del dengue, porque su formación académica así lo permite, pero contribuye de forma directa la implementación de dicha herramienta (protocolo de atención), mientras que el 83% refiere desconocerlo, así mismo el conocer las funciones que debe de cumplir el profesional de la salud, permite mejorar la atención pediátrica de un caso de dengue clásico o grave, establecido por el nivel de complejidad del hospital (tercer nivel de atención), por el nivel de complejidad del Hospital del niño, se permite tener como rol la canalización de vía circulatoria y respiratoria con oxígeno o ventilación mecánica y

administración de fluidos, siendo uno de los principales pasos para la intervención oportuna en casos de dengue con signos de alarma. Tener claro el rol de manejo permite mejorar la atención y por lo tanto la intervención clínica del médico, residente, enfermera, auxiliar de enfermería, los mismos que deberán estar preparados para identificar e intervenir de forma inmediata ante los casos clínicos que se atiendan en consulta externa o emergencia.

Para los profesionales de la salud del Hospital del Niño, unidad de salud que recibe referencias y derivaciones de los Centros de Salud tipo A, B, C, refieren en un 83% que el motivo principal porque se genera una atención deficiente en pacientes pediátricos con cuadro clínico de dengue clásico o grave son las mismas referencias enviadas de forma tardía de las unidades de salud de menor nivel de atención, por lo tanto se debería explorar porque existe esa percepción y si es correspondida a los tiempos de atención

Otro factor importante y que se evidencia cuando se habla de mejorar niveles de atención, es la necesidad de contar con el número de profesionales necesarios para cubrir la demanda de pacientes; haciendo referencia a esto la percepción de la población muestra entrevistada refiere el 63% que esta atención deficiente se debe al reducido número de médicos y otros profesionales de salud.

Ante esto el 100% de los profesionales de la salud entrevistados mencionan que de existir un protocolo de atención pediátrica en el Hospital del niño para manejo de dengue clásico y grave se mejora la atención clínica; debido a que tendrían referentes necesarios para poder establecer desde la experiencia un mayor control y reducción de las complicaciones dentro de la unidad de consulta externa, emergencia o cuidados intensivos, lugar donde se atiende los casos de dengue grave.

Se hace evidente que el manejo clínico de un paciente con dengue no solo se debe de hacer con buena voluntad, sino con conocimiento científico, práctico, teórico e instrumental, saber establecer diagnósticos diferenciales y definitivos para proceder a decidir la mejor intervención clínica; observándose así en el análisis del instrumento aplicado que el 71% de los entrevistados refieren que los criterios fundamentales para diagnosticar dengue clásico y con signos de alarma es fiebre, dolor abdominal y prueba de torniquete positiva, siendo la respuesta más acertada; al igual que el Gobierno de Argentina que enfoca su plan de mejoramiento integral a la capacidad de respuesta, la misma que debe ser inmediata, la que es indispensable en los servicios de atención, con la prevención, detección y control temprano (M.S. de Córdoba, 2015)

El intervenir de forma clínica y establecer un diagnóstico adecuado se debe de enviar a realizar exámenes complementarios, por lo tanto respondieron el 46% que se debe de enviar exámenes como hemograma completo y plaquetas, 54%, hemograma completo, pruebas serológicas inmunoglobulina a partir del sexto día; radiografía de tórax para identificar existencia de derrame pleural y eco de abdomen para evidenciar cuadro de ascitis en un 17% siendo la opción con menos porcentaje debido a que esto se relaciona con un cuadro clínico de dengue grave con signo de choque.

Los paciente pediátricos presentan un nivel mayor de vulnerabilidad y son propensos a desencadenar complicaciones del cuadro clínico de dengue cuando tiene morbilidades asociadas como diabetes, renales y con vih/sida el cual fue puntuado en un 71%, lo cual es coherente al igual que la respuesta donde se determina a los niños diabéticos, renales y cardíacos, debido al cuadro clínico que caracteriza el dengue clásico o grave.

Tomando en cuenta lo anterior, los profesionales de salud conocen en un 96% que el dengue con signo de choque debe de ser atendido en un Hospital de tercer nivel con Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico (UCIP), debido a su nivel de complejidad y gravedad de los síntomas. Recordando que el nivel de competencia profesional permite identificar cual es el criterio clínico que permita dar de alta a un paciente pediátrico, no solamente evidenciar no fiebre (25%), tolerancia de la vía oral (17%) o hemodinámica estable (38%), sino que los exámenes de laboratorio deben obtener estabilidad de los hematocritos por lo menos en un tiempo de 48 horas con un incremento mayor a 1000 000mm³ en plaquetas cuya respuesta fue aceptada por el 75% de los profesionales de salud de la población-muestra.

CAPITULO V

PROPUESTA

Protocolo de atención para el manejo de pacientes pediátricos con cuadro clínico de dengue clásico y grave en el Hospital del Niño, Francisco Icaza Bustamante.

Introducción.-

El dengue es una enfermedad de gran impacto epidemiológico, social, económico, que constituye un problema que incrementa los esfuerzos en la salud pública del mundo, en especial en Ecuador, siendo una enfermedad de tipo endémica en muchos países de América, reportándose de forma anual casos sospechosos, confirmatorios y hasta fallecimientos de algunos. Es importante mantener el personal de salud de todos los niveles en constantes capacitaciones, de esa manera mejoramos el servicio de salud pública.

Objetivo del protocolo.-

Disponer de una guía apropiada para el manejo clínico de casos con cuadro clínico de dengue clásico y grave en pacientes pediátricos con el propósito de mejorar la atención a las personas afectadas y reducir la morbimortalidad o las complicaciones clínicas.

Cobertura del protocolo.-

La cobertura del protocolo será a pacientes pediátricos desde 1 mes de vida hasta los 14 años de edad, rango de atención del Hospital del niño Francisco de Icaza Bustamante

Dengue: clasificación de riesgo y manejo del dengue

Cuando ingresa a la consulta externa o al área de emergencia un paciente con fiebre o antecedentes de fiebre de inicio abrupto con duración máxima de 7 días y por lo menos dos de los siguientes signos o síntomas: dolor retroocular, cefaleas, exantema, postración, vómitos, náuseas artralgias y mialgias.

En el presente protocolo de atención se va a observar el manejo clásico y sistemático de casos con sospecha de dengue clásico y grave, siendo el objetivo principal prevenir el choque.

Fases de la enfermedad.-

a.- La fase febril.- es la más común en presencia del virus que causa el dengue (viremia) dura aproximadamente de 2 a 7 días, las complicaciones más importantes son episodio febril, sudoración, decaimiento y deshidratación, es importante monitorear los signos de alarma, ya que también aparece eritema en la piel, mialgias, artralgias, dolor de garganta, inyección conjuntival, cefaleas, rubor facial. Tener en cuenta que las fiebres altas pueden causar trastornos neurológicos y convulsiones febriles en niños pequeños y por tanto generar incluso una discapacidad intelectual, aquello se evidencia en la práctica clínica diaria. (OMS et al. 2009, Pág. 44).

b.- La Fase crítica.- en este estadio la disminución o desaparición de la fiebre (defervescencia) ocurre entre el tercer y séptimo día de la enfermedad, la temperatura pasa de 38°C a 37.5°C y se mantiene en esta etapa se puede mejorar o empeorar.

Los pacientes que muestran mejoría después del periodo de la defervescencia tienen dengue sin signos de alarma, pero lo que se deterioran tienen dengue con signos de alarma donde se marca el inicio de una fase crítica.

c.- La fase recuperación.- cuando el paciente sobrevive a la etapa crítica de la enfermedad de 24 a 48 horas, en las posteriores 48 a 72 horas tiene lugar la reabsorción

de los líquidos del compartimiento extravascular. Durante este periodo el sujeto puede eliminar fisiológicamente el exceso de líquidos que se había extravasado hasta normalizar sus funciones vitales. Es común en este estado que se evidencie bradicardia y alteración en el electrocardiograma, así mismo que presente bradipsiquia y astenia incluso durante semanas después del apareamiento de esta patología. En esta etapa es indispensable la vigilancia de pacientes con nefropatía, cardiopatía, adultos mayores, niños/as, así como el manejo de posibles infecciones pulmonares.

Manejo de paciente pediátricos con cuadro clínico de dengue sin signos de alarma (Grupo A).-

El grupo A de atención pediátrica corresponde a los pacientes que no tienen signos de alarma, donde el cual el tratamiento se debe de seguir en casa pero siempre bajo educación y/o recomendaciones del profesional y control diario en el Centro de Salud de primer nivel.

La evaluación de esta etapa es muy importante determinar si el cuadro clínico sospechoso se confirma a dengue, estado hemodinámico y de hidratación, así mismos evaluar si el paciente requiere o no hospitalización o si se encuentra en choque; el centro de salud realiza el manejo pediátrico de los pacientes de entre 1 año a 14 años.

Exámenes complementarios de laboratorio.-

- Hemograma completo cada 24 horas, hasta 48 horas después del descenso de la fiebre.
- Examen de orina.

Tratamiento.-

Decisiones de manejo clínico: dependiendo de las manifestaciones clínicas y circunstancias, los pacientes pediátricos del grupo A sin signos de alarma pueden ser evaluados y atendidos en el centro de salud del primer nivel, en caso de presentar alteración y/o signos de alarma o choque, se deberá referir inmediatamente a segundo o tercer nivel de atención de salud; el manejo es el siguiente.-

- Abundante líquidos orales, ofrecer suero de rehabilitación oral, jugo de frutas no cítricos, sopas, agua de coco, agua natural, entre otros líquidos
- Se debe confirmar diuresis al menos 4 veces al día.
- En niños el manejo menor a 10kg dentro del Centro de Salud es de 180 a 200 ml/kg/día; cuando el paciente pediátrico es mayor a 10kg se manejará con solución salina de 2800 a 3000 ml/m² de superficie, para evitar deshidratación.
- Reposo: en cama con recomendaciones del médico.
- Alimentación según tolerancia
- Síntomas.- Manejo con acetaminofén de 40 a 50 mg/kg/día/cada 6 horas.
- No usar aspirinas.
- No corticoides
- No utilizar vía intramuscular
- No antieméticos, no dipirona.
- Evaluación diaria hasta 72 horas después del descenso de la fiebre.
- Se debe de realizar control diario y explorar signos de alarmas.

Recomendaciones para la familia.-

- Educar los familiares sobre los signos de alarma, porque pueden aparecer en la fase de remisión de la fiebre, mejorando o agravándose el cuadro clínico.
- Regresar de inmediato al centro de salud o al hospital si evidencia al menos un signo de alarma.
- Consumo de líquidos abundante según tolerancia.
- Utilizar el mosquitero durante el periodo de viremia, porque podría generar un brote de dengue en el sitio de residencia.

Criterios para alta en caso de dengue del grupo A.

- Hemodinámica estable durante 48 horas.
- No fiebre por 48 horas
- Mejora de apetito, uresis adecuada, sin dificultad respiratoria.
- Laboratorio: hematocrito estable en las 24horas, plaquetas incrementándose paulatinamente por encima de 50000 a 100000mm³.

Manejo de paciente pediátricos con cuadro clínico de dengue con signo de alarma (grupo B).

Dengue con signos de alarma, son aquellos pacientes que por su nivel de complejidad requieren una hospitalización, porque presenta condiciones coexistentes como embarazo, lactantes, vejez, diabetes mellitus, insuficiencia renal; así como circunstancias sociales, como vivir solo, lejos de un hospital o unidad de salud, pero para este protocolo se tomarán en cuenta niños y niñas que presenten signo de alarma.

Paciente con signos de alarma.-

Los lineamientos actualizados para el manejo de casos de Dengue de San Salvador (2010. Pág.12) hablan sobre los *signos de alarma* que se deben de tomar en cuenta en la exploración clínica del paciente sintomático, como por ejemplo:

- Dolor de abdomen continuo.
- Vómitos persistentes (3 en una hora, 5 en 6 horas).
- Acumulación de líquidos (edema)
- Sangrado de mucosa bucal.
- Irritabilidad, somnolencia.
- Debilidad o fatiga general (astenia).

Examen físico general.-

- Sangrado mucosa bucal
- Hepatomegalia mayor de 2cm
- Reducción de la uresis
- Hipotermia.
- Hipotensión arterial
- Derrame pleural.
- Hidratado o deshidratado
- Edema de parpado Incremento del tamaño del hígado, el mismo que es mayor a 2cm (hepatomegalia dolorosa).
- Hipotensión postural/lipotimias

Se debe de obtener el valor del hematocrito antes de la terapia de líquidos para establecer cuadro comparativo.

Exámenes complementarios de laboratorio.-

- Hemograma completo, grupo sanguíneo,
- Exámenes de TPT, TP, Fibrinogenos, plaquetas, tiempo de coagulación .
- Examen general de orina.

Manejo.-

- Promover líquidos orales. Iniciar con: solución salina al 0,9%.
- Iniciar con 5 a 7ml/kg/hora durante 1 o 2 horas.
- Valorar al paciente en manejo de líquidos y signos vitales si mejora reducir líquido a 3 a 5ml/kg/hora por 2 a 4 horas.
- Valorar al paciente posterior de 3 a 7 horas en manejo de líquidos y signos vitales, si se evidencia descenso de fiebre, adecuada presión arterial reducir a 2-3ml/kg/hora de acuerdo a respuesta clínica y estado de hidratación.

Re-evaluación.-

- Mejoría clínica y de laboratorio
- Presión arterial entre media y mínima.
- Diuresis normalizada, Volumen de micción adecuada.
- Hematocrito, número de leucocitos y plaquetas.
- Rayos X, (para descartar derrame pleural)
- Eco de abdomen (ascítico)

Signos de alerta.-

- Dolor abdominal, abdomen blando, vómito persistente, acumulación clínica de líquidos, sangrado de mucosas, letargo, agitación, hepatomegalia mayor a 2cm, aumento de hematocito y disminución de plaquetas.
- Si se evidencia una mejoría clínica se continuará con hidratación endovenosa de 2 a 3ml/kg/hora por otras 2 a 4 horas. Evaluar signos vitales e hidratación cada hora. Control de temperatura, balance hídrico, evaluar diuresis cada media hora.

Manejo de paciente pediátricos con cuadro clínico de signos de choque (Grupo C).

Dengue con signos de choque, se hace evidente tener en cuenta que dicho grupo (C) son aquellos pacientes que por su nivel de complejidad requieren una hospitalización en la Unidad de Cuidado Intensivos Pediátricos (UCIP), porque presentan signos de choque; el choque por fuga de plasma, sangrado masivo, compromiso de órganos.

Paciente con signos de choque.-

- Taquicardia, Pulso rápido, Presión arterial diferenciada: ≤ 20 mmHg.
- Hipotensión arterial- Presión arterial medio bajo.
- Choque por fuga de plasma
- Compromiso de órganos: hepatitis, miocarditis, encefalitis.
- Tiempo de coagulación prolongado.
- Sangrado por sitios de venopuntura o boca y nariz o sangrado masivo.
- Llenado capilar mayor a 3 segundos
- Ansiedad o deprimido
- Extremidades frías
- Dificultad respiratoria
- Piel marmólica

Exámenes complementarios de laboratorio.-

- Hemograma completo, grupo sanguíneo.
- Exámenes de TPT, TP, Fibrinogenos, plaquetas, tiempo de coagulación.
- Examen general de orina.

Manejo.-

- Si el paciente no mejora y con compromiso e hipotenso, sangrado masivo y presenta datos clínicos de elevación de las transaminasas a nivel hepático, miocarditis, encefalitis (falla orgánica múltiple), continuar el manejo en la UCIP con ventilación mecánica.
- En niños la ventilación mecánica u oxigenoterapia.
- Manejo con solución salina 0,9%:
 - Iniciar con 5-10ml/kg/hora por una hora, posterior evaluar y reducir gradualmente según estado hemodinámico a 5 a 7 ml/kg/hora por 1 a 2 horas, reducir luego a 3-5 ml/kg/hora por 2 a 4 horas; seguir reduciendo si se evidencia estabilidad a 2-3 ml/kg/hora por 2 a 4 horas.
- Paciente si presenta choque o hipotensión iniciar:
 - Solución salina 0,9%, 20ml/kg a chorro por 15 minutos.
 - Si mejora reducir a 10ml/kg en 1 hora, luego 5 a 7ml/kg/hora por 1 a 2 horas; evaluar y seguir reduciendo gradualmente en 3 a 5 ml/kg/hora; posterior 2 a 3 ml/kg/hora por 2 a 4 horas.

Re-evaluación.-

- Rayos x de tórax (para descartar derrame pleural)
- Eco de abdomen (ascíticos)

- Evaluación clínica continua
- Evaluar signos vitales cada 15 a 30 minutos.
- Si hay mejoría y estabilidad clínica se traslada a grupo B
- **Incremento del hematocrito.-**
 - se debe de intervenir con solución salina de 10-20 ml/kg/hora por un tiempo de 30 minutos a una hora, reevaluar y ajustar líquidos.
 - Si no hay taquicardia, buena uresis se deberá reajustar líquidos.
- **Descenso de hematocrito.-**
 - Se deberá investigar hemorragias, si se hace evidente se deberá transferir paquete globular a 10ml/kg, así mismo por el uso de la albúmina humana cuando persiste ascítico, problemas gastrointestinales, evaluar si no hay insuficiencia cardíaca congestiva, la presión arterial media por encima de la máxima se deberá reducir líquidos para evitar sobre hidratación.
 - Si es necesario corrección de equilibrio de ácidos base.
 - Si persiste ascítico se debe de intervenir con albúmina humana.

Seguimiento.- La aplicación del protocolo de atención para casos con cuadro clínico de dengue clásico o grave será evaluado en un periodo de 6 meses y se establecerá un cuadro comparativo en relación a una fecha anterior, a través de la ejecución de un grupo focal para identificar y mejorar el instrumento de atención en caso de ser necesario.

Control.- Se realizará mensualmente un control de la aplicación del protocolo de atención en casos de dengue clásico y grave a través de una matriz de check list donde se podrá evidenciar si en las historias clínicas se encuentran detallados los manejos del paciente, recomendaciones preventivas, cuidados de casa, evolución, así mismo si el sitio de trabajo cuenta con las condiciones adecuadas para el manejo de este tipo de casos.

CONCLUSIONES

El trabajo presentado actualmente tiene una validez instrumental, práctica y de aplicación directa sobre el problema de salud pública debido a que existe un compromiso de los profesionales de la salud pero necesitan herramientas que vayan ligados a generar un estándar de atención sin dejar de lado el nivel de complejidad de cada caso individual; investigando y analizando las teorías disponibles sobre dengue y protocolos de atención se obtiene que en su mayoría buscan un fin común el de mejorar la calidad de atención y reducir la morbimortalidad de la población pediátrica, abaratando costos sin dejar de lado el componente de calidad.

La tesis trae consigo la respuesta a los objetivos y se conoce por medio de este trabajo que los principales factores que inciden en la atención del paciente con dengue clásico y grave, según la percepción de los profesionales de la salud es las derivaciones tardías de las unidades de salud de menor nivel de complejidad generando que los pacientes acudan cuando ya existe una complicación mayor en su estado físico, la comunicación también es un elemento indispensable en el momento de mejorar la calidad de atención, al igual que los medicamentos necesarios y el reducido personal de salud, dejando como propuesta de investigación y análisis el cumplimiento del Manual de Atención Integral en Salud con enfoque comunitario del MSP en cuanto al número de profesionales por población abordada (MAIS, 2015).

RECOMENDACIONES

Los resultados de la investigación han permitido elaborar un protocolo de atención que permita identificar los diagnósticos y tratamientos adecuados, planteando como recomendación de este trabajo de titulación la socialización y la implementación a las autoridades competentes en los niveles centrales de Salud del Hospital, siendo el producto a entregar para aportar al mejoramiento de la calidad de atención pediátrica, al igual que fomentar la actualización de los profesionales en el manejo de casos y detección temprana en las unidades de salud de primer nivel de atención, ya que se conoce que es la primera puerta de entrada de los servicios.

Bibliografía

1. CIEIC, (2015) “Enfermedades: Dengue” Disponible en URL: <http://www.puce.edu.ec/portal/content/Dengue/927?link=oln30.redirect> , Quito-Ecuador
2. Fortuna; Rivera, Roldan y otros (2008). Protocolo de atención del paciente grave, normas, procedimientos y guías de diagnósticos y tratamientos. Ed. Medica Panamericana. Guatemala
3. Gusta Kourí. (2006). El dengue, un problema crecimiento de salud en las Américas. Revista Panamericana de Salud Pública. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v19n3/30314.pdf>
4. Guzmán MG, Álvarez M, Vázquez S, Kourí G. (2005) “Laboratory diagnosis of dengue infection: epidemiology and field studies. Dengue diagnostic: proceedings of an international workshop”. ENICEF/UNDP/World Bank/WHO Special Programme for research and Training in Tropical Diseases (TDR), WHO/TDR. Disponible en: http://www.who.int/tdr/publications/documents/dengue_diagnostics.pdf
5. Instituto Nacional de Salud de Colombia, Organización Panamericana de la Salud (2010). Guía para la atención clínica integral del paciente con Dengue. Disponible en: file:///C:/Users/Joel%20Ca%C3%B1arte%20S/Downloads/GUIA_CLINICA_DENGUE2010.PDF
6. Jara, Mirella Lcda. (2009) “Cuidados de enfermería en pacientes con dengue clásico y hemorrágico ingresados en el Hospital Alcívar de abril del 2008 a mayo del 2009” Tesis de grado. Guayaquil-Ecuador. Disponible en:

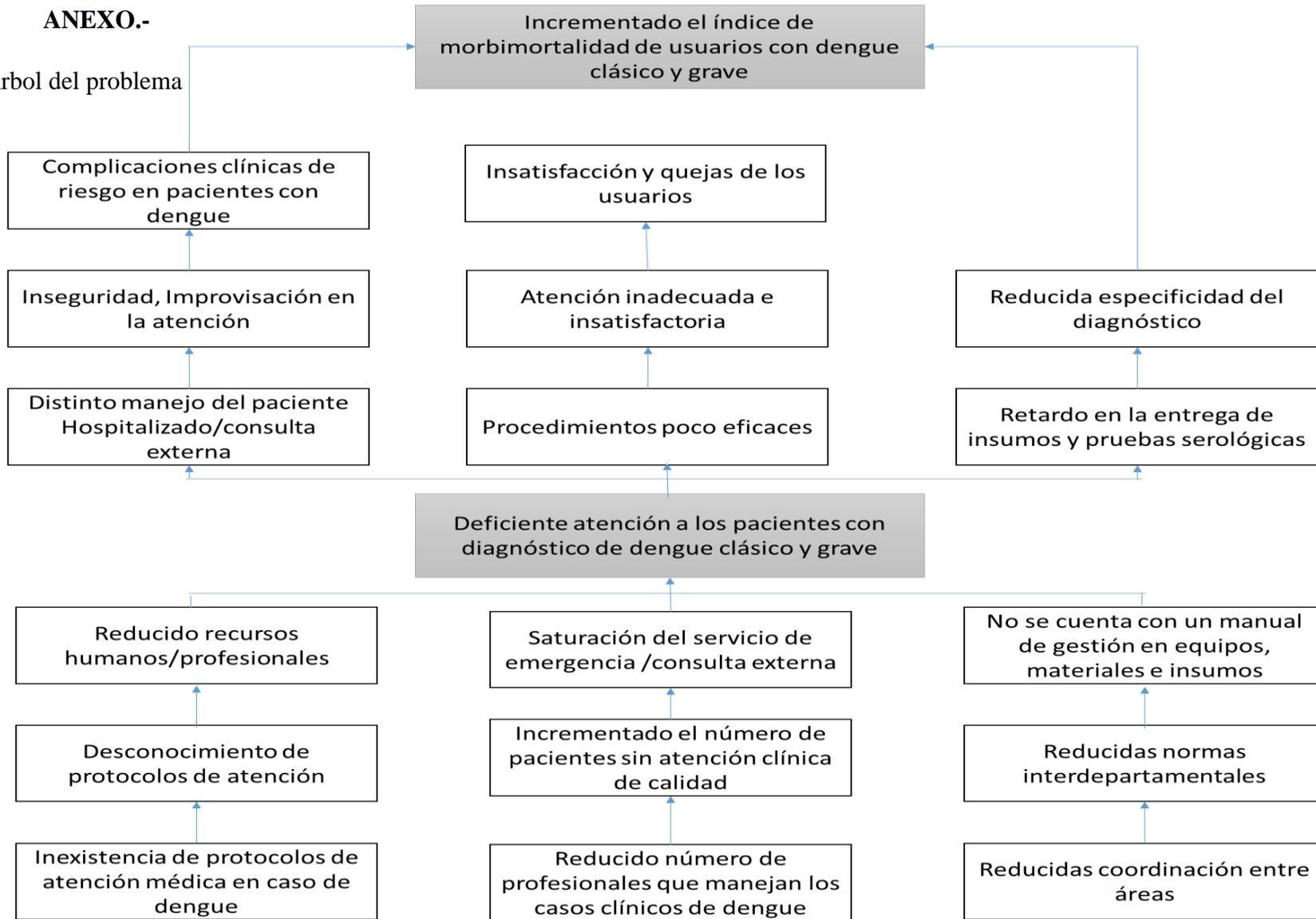
- <http://hospitalalcivar.com/uploads/pdf/2010cuidados%20de%20enfermeria%20en%20pacientesdengueclasico.pdf> .
7. Lopez Gomez Antonieta, Garita Arce Carlos (2007). “Metodología para la Elaboración de Guías de Atención”. Costa Rica, Editorial Seguro social de Costa Rica. Pág. 5-7.
 8. Márquez Angulo, Waldir. (2015). “Estudio clínico comparativo de los casos confirmados de dengue y leptospira atendidos en el hospital Iquitos”. Tesis. Perú. Disponible en: <http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/540/1/Tesis%20Waldir%20Marquez%20Angulo.pdf>
 9. Ministerio de Salud de San Salvador (2010). “Lineamientos actualizados para el manejo de casos de dengue”. San Salvador. Disponible en: http://www.who.int/medical_devices/survey_resources/medical_devices_for_emergency_dengue_el_salvador.pdf
 10. OMS, OPS (2015). “Alerta epidemiológica” Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=30076&lang=es
 11. OPS, (7 de julio 2010) Alerta Epidemiológica, Brote de Dengue en las Américas, Programa Regional de Dengue,. Citado el: 30 de Noviembre de 2011. Disponible en URL: http://www.google.com.ec/url?sa=t&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.sica.int%2Fbusqueda%2Fbusqueda_archivo.aspx%3FArchivo%3Dinfo_54908_1_18112010.pdf&ei=7oaWTrHnKs6XtweHxYD6Aw&usg=AFQjCNHDWFCIIqYpr6ZJuTz1P0Mv6sFOqQ. Tabla 1

12. OPS. (2015) “Guía para escribir un protocolo de investigación” Disponible en:
<http://www1.paho.org/Spanish/HDP/hdr/guia-protocolo.pdf>
13. OPS/OMS. “Casos De Dengue en las Américas”. Organización Panamericana de la Salud. Ref. HCT/CUB//TD 775.
14. Organización Mundial de la Salud. (2009) “Dengue: Guías para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control” Editorial: Autor.
15. Organización Panamericana de la Salud. (2000) “Defunciones de casos. Dengue”. Boletín epidemiológico; pág. 21
16. Ospina, Marta. (marzo 2004) “Dengue: diagnóstico para el laboratorio. *Infectio*”, , Vol. 8. ISSN: 0123-9392
17. Palma-Pinedo, Helen; Cabrera, Rufino y Yagui-Moscoso, Martín. Factores detrás de la renuencia al control vectorial del dengue en tres distritos del norte del Perú. Rev. perú. med. exp. salud publica [online]. 2016, vol.33, n.1 [citado 2016-10-31], pp. 13-20. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342016000100003&script=sci_arttext
18. Parks W, Lloyd L. (2004). Planificación de la comunicación y movilización social para la prevención y control del dengue. OMS-OPS. Ginebra, Suiza.
19. Ponce Alcocer, Geovanny. (2015). Diseño del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad, Seguridad Salud Ocupacional y Ambiental de acuerdo a las normas ISO 9001:2008, OHSAS 18001:2007, ISO14000:2004 para la Empresa Siembranueva S.A. (Tesis de Posgrado). Editorial Universidad Politécnica Salesiana. Guayaquil-Ecuador.

20. Sánchez Linares, Alicia y Sanz Penon, Carmen. (2001) “Protocolizar las actividades de Enfermería”. España. Revista Rol de Enfermería, Vol. 24, págs. 67-74.
21. Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia social, Organización Panamericana de la Salud, Sociedad dominicana de Pediatría, Sociedad Dominicana de Infectología. (2010) “Dengue: Guía diagnóstico y tratamiento”. Santo Domingo - República Dominicana.
22. Torres J. Ciencias Médicas News (5 de mayo del 2009). “Aporte a la rutina de la trinchera asistencias donde los conocimientos se funden con las demandas de los pacientes, sus necesidades y las esperanzas de permanecer en la gracia de la Salud” España.
23. Vargas C., Osoreo F., Suárez L., Soto L., Pardo K. (2012) Dengue clásico y hemorrágico: Una enfermedad reemergente y emergente en el Perú. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v16n2/v16n2tr1.pdf>
24. Vargas V, Franklin; Córdova P, Ofelia y Alvarado A, Arturo. (2006). Determinación de la resistencia a insecticidas en *Aedes aegypti*, *Anopheles albimanus* y *Lutzomyia peruensis* procedentes del Norte Peruano. Rev. Perú. med. exp. salud pública [online]. vol.23, n.4 [citado 2016-10-08], pp. 259-264 . Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000400005&lng=es&nrm=iso. ISSN 1726-4634
25. Zamora Ubieta, Francisco y colaboradores, (2015) “Guías prácticas para la asistencia integral al dengue”. Disponible en URL: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/dengue.pdf>

ANEXO.-

Árbol del problema





UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

INSTRUMENTO DIRIGIDO A PROFESIONALES DE LA SALUD QUE LABORAN EN EL HOSPITAL DEL NIÑO DR. FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE Y TIENEN CONTACTO DIRECTO CON PACIENTES CON CUADRO CLÍNICO DE DENGUE CLÁSICO Y GRAVE.

Solicito a Ud., responder con la verdad el siguiente cuestionario. No ofrece ventaja alguna y no ayuda a la investigación si Ud., da información incorrecta o falsa.

Se guardará absoluta reserva en el presente cuestionario. Será utilizado únicamente con fines investigativos ¡Gracias!

Instructivo.- para responder este instrumento escriba con una X dentro de paréntesis que corresponda a su respuesta:

1.- ¿Conoce usted sobre el dengue?

a) Si b) No

2.- ¿Existe protocolo de atención de dengue clásico y dengue grave?

a) Si b) No

3.- ¿Ha sido socializado un protocolo de atención de dengue clásico y dengue grave?

a) Si b) No

4.- ¿Cuál es la manera que ha sido socializado el protocolo de atención?

- a. Capacitación presencial
- b. Medios electrónicos
- c. Capacitación virtual
- d. Desconoce

5.- ¿Cuál es su rol de atención en el manejo de pacientes pediátricos con cuadro clínico de dengue clásico o grave?

- a. Atención inmediata
- b. Canalización de vía circulatoria para administración de fluidos
- c. Canalización de vía circulatoria y respiratoria con oxígeno

d. Vigilancia

6.- Cuáles son los principales motivos que pueden generar una atención deficiente en pacientes pediátricos con cuadro clínico de dengue clásico o grave?

- a) Reducido personal de salud
- b) Recursos instrumentales reducidos
- c) Espacios de trabajo pequeños
- d) Comunicación deficiente entre profesionales de salud
- e) Problemas de distribución de recursos de salud
- f) Stock de medicamentos no adecuado
- g) Derivación tardía de las Unidades de salud de primer nivel
- h) Existencia de papeleo innecesario

7.- ¿Considera que podría mejorar la atención clínica si existiera un protocolo de atención pediátrica en el Hospital?

- a) Sí
- b) No

8.- Marque los siguientes criterios que consideras fundamental para diagnosticar dengue clásico y con signos de alarma.

- a. Fiebre, malestar general y prurito
- b. Fiebre, dolor retroocular y muscular
- c. Fiebre, exantema, dolor abdominal
- d. Fiebre, dolor abdominal, prueba de torniquete positiva.

9.- Marque con una cruz los criterios para un cuadro clínico de dengue y dengue grave:

- a. Fiebre, dolor abdominal, taquicardia, hipotensión arterial.
- b. Fiebre, dolor abdominal, hipotensión, sangrado masivo.
- c. Derrame pleural, ascitis, sangrado en sitios de venopuntura.
- d. Fiebre, malestar general y dolor retroocular.
- e. Fiebre, hipotensión, sangrado masivo, miocarditis, encefalitis, hepatitis.
- f. Ventilación mecánica, descompensación hemodinámica.

10.- ¿Cuáles son los exámenes complementarios que se deben enviar a pacientes pediátricos con cuadro clínico de dengue?

- a. Hemograma completo y plaquetas.
- b. ograma completo, Pruebas serológica inmunoglobulina a partir del sexto día.
- c. Radiografía de tórax (derrame pleural,) eco de abdomen (ascitis)

11.- ¿Qué pacientes presentan mayor riesgo a complicación del cuadro clínico de dengue?

- a. Niños diabéticos, renales y cardiacos
- b. Niños diabéticos, renales y vih/sida
- c. Niños sanos sin complicaciones

12.- Niños con cuadro clínico de dengue con signo de choque debe ser atendido en:

- a. Casa con recomendaciones de profesional
- b. Centro de Salud
- c. Hospital (segundo nivel)
- d. Hospital de tercer nivel con Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico (UCIP)

/13.- ¿Cuál es el criterio clínico para dar de alta a un paciente pediátrico con diagnóstico de dengue grave o clásico?

- a. Hemodinámica estable durante 48 horas
- b. No fiebre por 48 horas,
- c. Tolerancia de la vía oral, Uresis adecuada
- d. Laboratorio: hematocrito estable por 48 horas, incremento de plaquetas por arriba de 100.000 mm³.

TABLAS DE DATOS E ILUSTRACIONES DEL CUESTIONARIO APLICADO

Tabla N° 1.- ¿Existe protocolo de atención de dengue clásico y dengue grave?

MENCIÓN	Frecuencia	%
SI	4	17%
NO	20	83%
TOTAL DE ENCUESTAS:	24	100%

Fuente: Datos de la investigación

Elaboración: Autora

Ilustración N° 1.- ¿Existe protocolo de atención de dengue clásico y dengue grave?

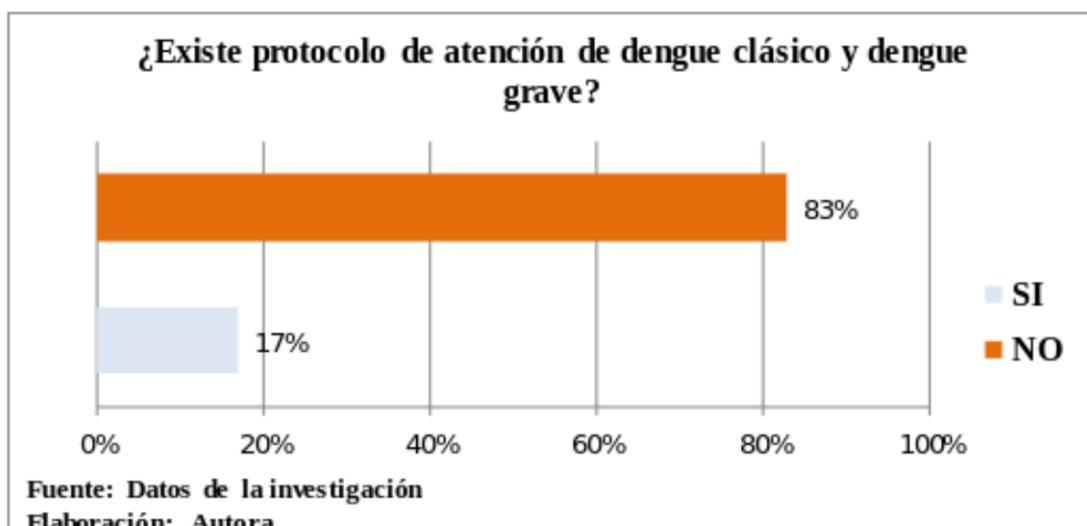


Tabla N° 2.- ¿Cuál es su rol de atención en el manejo de pacientes pediátricos con cuadro clínico de dengue clásico o grave?

MENCIÓN	Frecuencia	%
a. Atención inmediata	12	24%
b. Canalización de vía circulatoria para administración de fluidos	15	63%
c. Canalización de vía circulatoria y respiratoria con oxígeno	5	21%
d. Vigilancia	2	8%
TOTAL DE CASOS: 24		

Fuente: Datos de la investigación

Elaboración: Autora

Ilustración N° 2.- ¿Cuál es su rol de atención en el manejo de pacientes pediátricos con cuadro clínico de dengue clásico o grave?

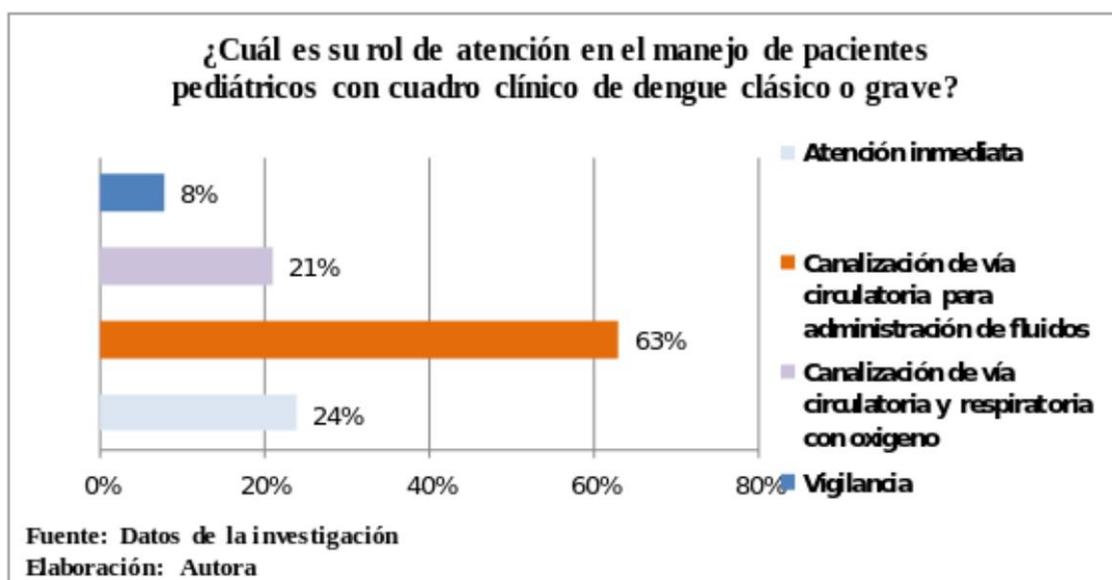


Tabla N° 3.- ¿Cuáles son los principales motivos que pueden generar una atención deficiente en pacientes pediátricos con cuadro clínico de dengue clásico o grave?

MENCIÓN	Frecuencia	%
Reducido personal de salud	15	63%
Recursos instrumentales reducidos	1	4%
Espacios de trabajo pequeños	0	00%
Comunicación deficiente entre profesionales de salud	5	21%
Problemas de distribución de recursos de salud	2	8%
Stock de medicamentos no adecuado	6	25%
Derivación tardía de las U.S de primer nivel	20	83%
Existencia de papeleo innecesario	2	8%
TOTAL DE CASOS: 24		

Fuente: Datos de la investigación
Elaboración: Autora

Ilustración N° 3.- ¿Cuáles son los principales motivos que pueden generar una atención deficiente en pacientes pediátricos con cuadro clínico de dengue clásico o grave?

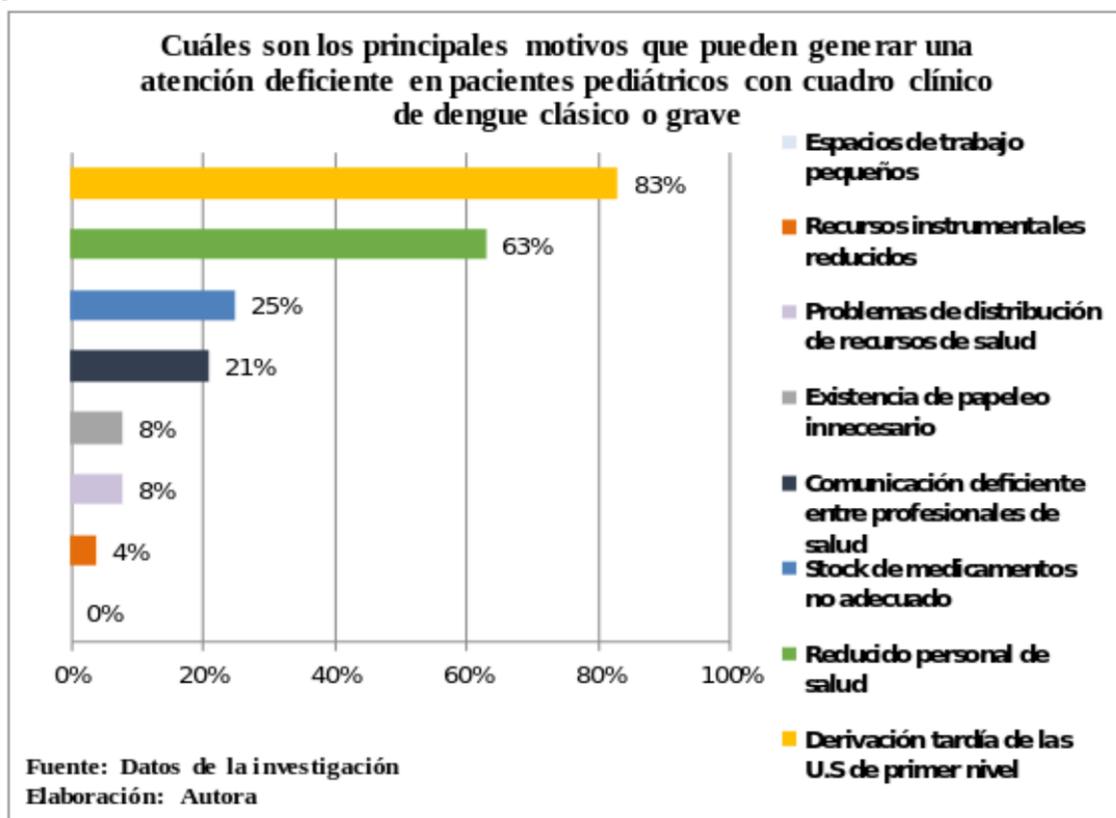


Tabla N° 4.- Criterios que consideras fundamental para diagnosticar dengue clásico y con signo de alarma

MENCIÓN	Frecuencia	%
Fiebre, malestar general y prurito	1	4%
Fiebre, dolor retroocular y muscular	3	12.5%
Fiebre, exantema, dolor abdominal	5	21%
Fiebre, dolor abdominal, prueba de torniquete positiva	17	71%
TOTAL DE CASOS: 24		

Fuente: Datos de la investigación
Elaboración: Autora

Ilustración N° 4.- Criterios que consideras fundamental para diagnosticar dengue clásico y con signo de alarma

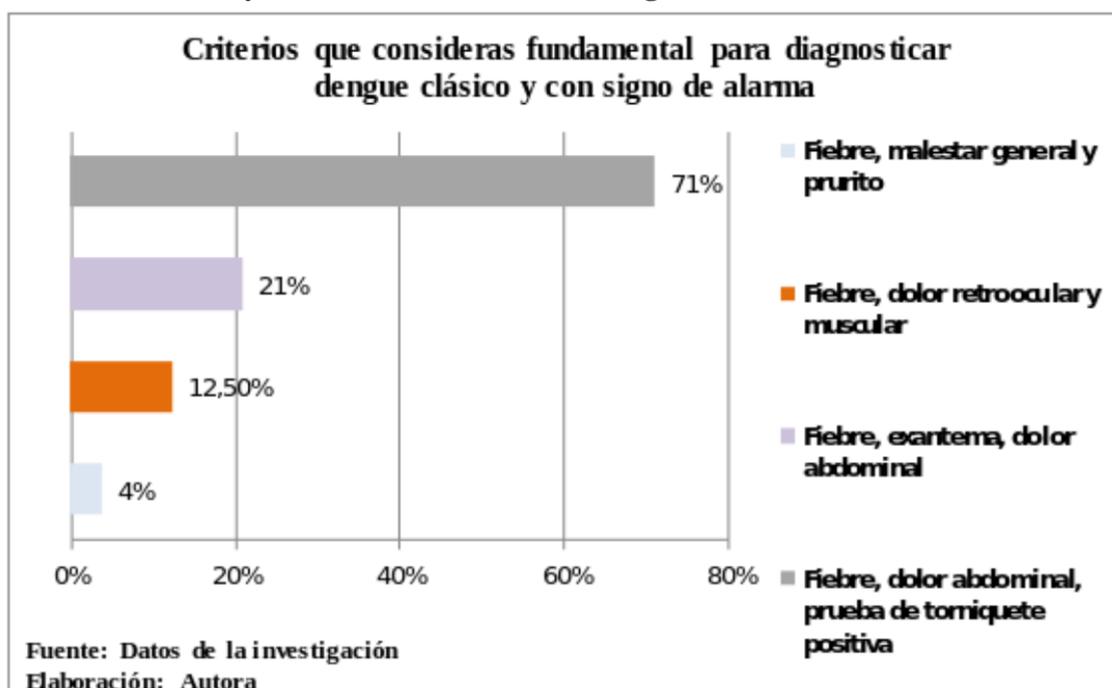


Tabla N° 5.- Criterios para cuadro clínico de dengue grave

MENCIÓN	Frecuencia	%
Fiebre, dolor abdominal, taquicardia, hipotensión arterial.	6	25%
Fiebre, dolor abdominal, hipotensión, sangrado masivo.	16	67%
Derrame pleural, ascitis, sangrado en sitios de venopuntura.	4	17%
Fiebre, malestar general y dolor retroocular.	8	33%
Fiebre, hipotensión, sangrado masivo, miocarditis, encefalitis, hepatitis	4	17%
Ventilación mecánica, descompensación hemodinámica	0	00%
TOTAL DE CASOS: 24		

Fuente: Datos de la investigación

Elaboración: Autora

Ilustración N° 5.- Criterios para cuadro clínico de dengue grave

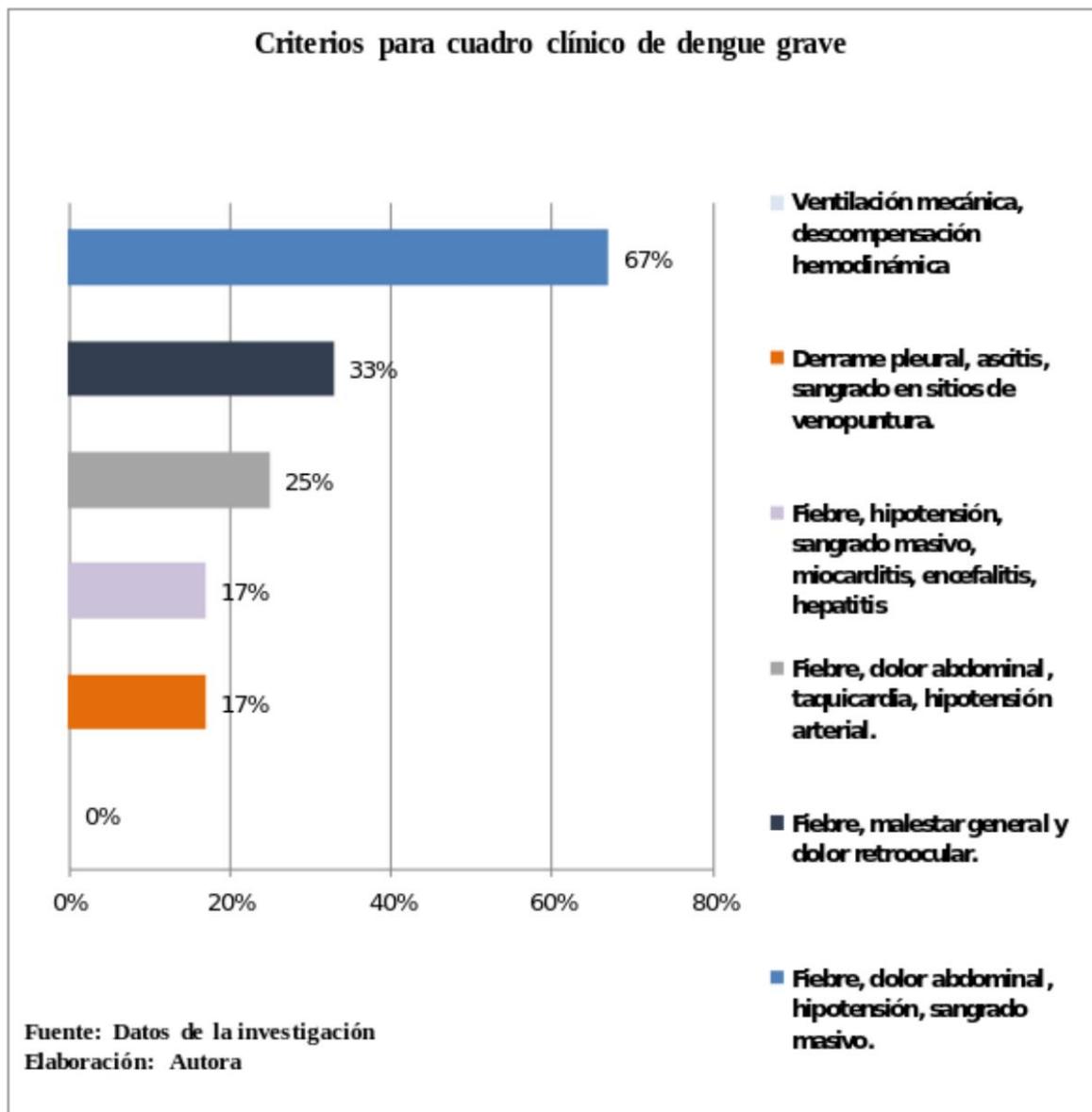


Tabla N° 6.- Pacientes con mayor riesgo a complicación del cuadro clínico de dengue.

MENCIÓN	Frecuencia	%
Niños diabéticos, renales y cardiacos	9	38%
Niños diabéticos, renales y vih/sida	17	71%
Niños sanos sin complicaciones	00	00%
TOTAL DE CASOS: 24		

Fuente: Datos de la investigación
Elaboración: Autora

Ilustración N° 6.- Pacientes con mayor riesgo a complicación del cuadro clínico de dengue.

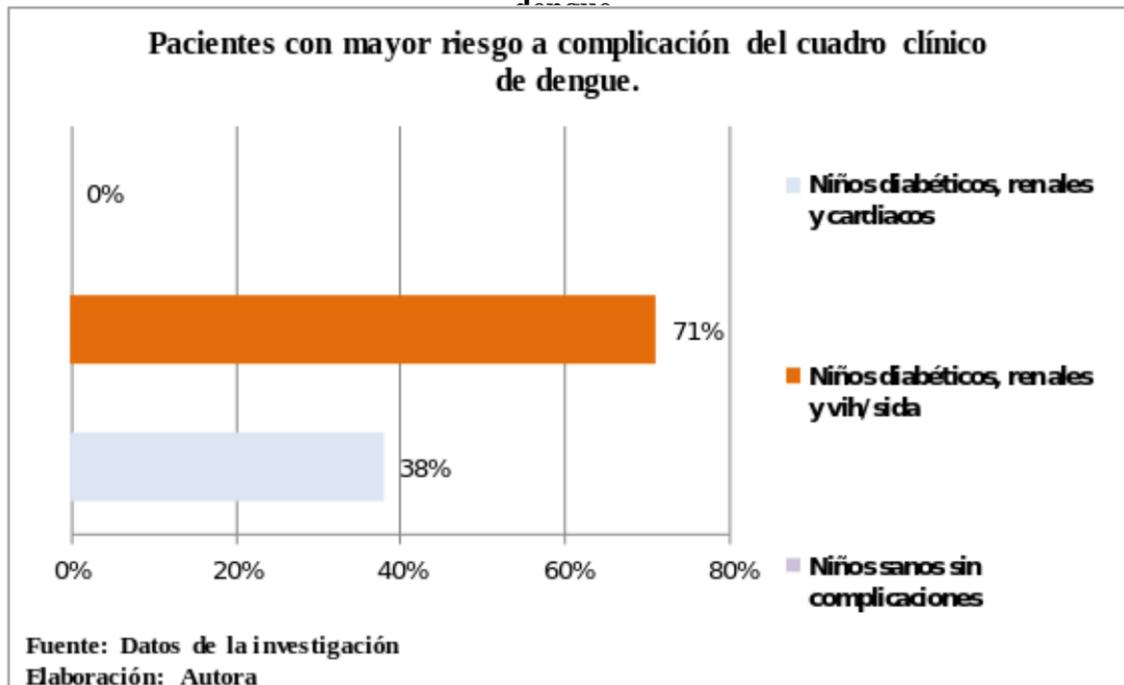
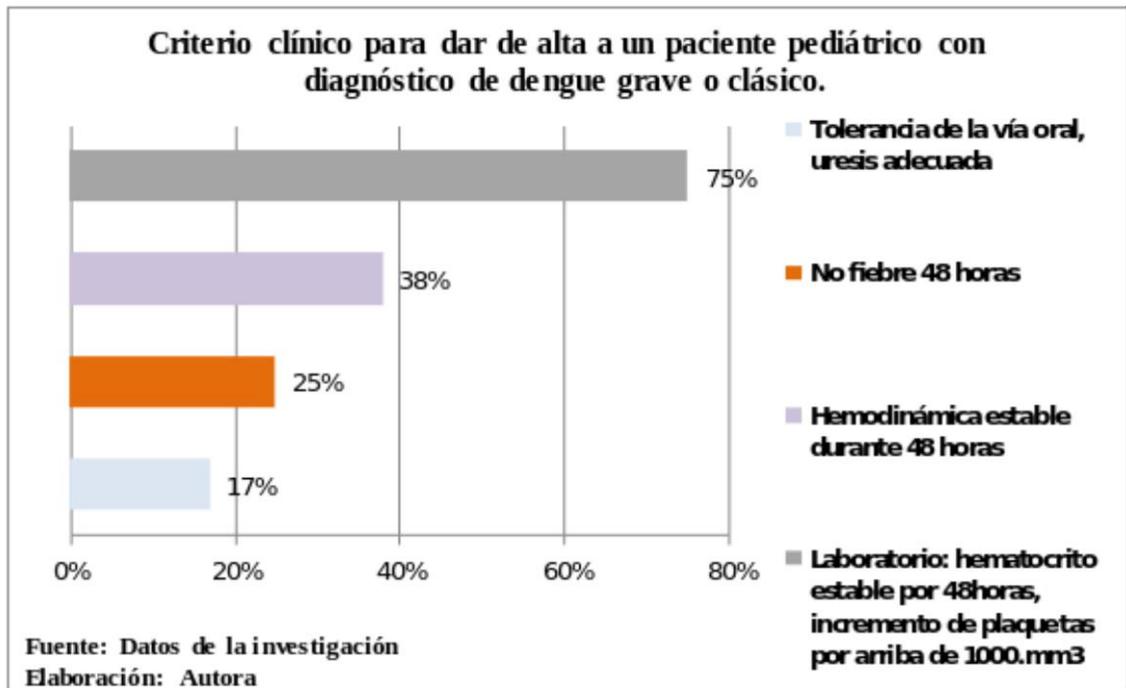


Tabla N° 7.- Criterio clínico para dar de alta a un paciente pediátrico con diagnóstico de dengue grave o clásico.

MENCIÓN	Frecuencia	%
Hemodinámica estable durante 48 horas	9	38%
No fiebre 48 horas	6	25%
Tolerancia de la vía oral, uresis adecuada	4	17%
Laboratorio: hematocrito estable por 48 horas, incremento de plaquetas por arriba de 1000.mm ³	18	75%
TOTAL DE CASOS: 24		

Fuente: Datos de la investigación
Elaboración: Autora

Ilustración N° 7.- Criterio clínico para dar de alta a un paciente pediátrico con diagnóstico de dengue grave o clásico.





Guayaquil, 13 de Diciembre del 2016.

Doctor.

Guillermo Campuzano

DIRECTOR ESCUELA DE GRADUADOS UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

Ciudad.-

De mi consideración:

Por medio de la presente hago constar que la DRA. ZAMBRANO ORMAZA ITALIA INES, con cédula de identidad 1301997811, ha realizado, con debida autorización en HFIB, las encuestas al personal médico, licenciadas y auxiliares de enfermería en la Consulta Externa, Emergencia y Cuidados Intensivos Pediátricos, desde 07 hasta 18 noviembre del presente año, con el fin de recolectar información para la elaboración del trabajo de titulación **“PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA DENGUE CLÁSICO Y GRAVE. HOSPITAL FRANCISCO DE YCAZA BUSTAMANTE”** para la obtención de título de Magister: Gerencia y Administración en Salud.”

Documento se extiende a petición de la solicitante.

Atentamente,

Blga. Elena Shinkarenko.

COORDINADORA DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN SUBROGANTE.



CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutor de la estudiante Dra. Inés Zambrano Ormaza, del Programa de Maestría/Especialidad GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE SALUD, nombrado por el Decano de la Facultad de Ciencias Médicas CERTIFICO: que el estudio de caso del examen complejo titulado, en opción al grado académico de Magíster (Especialista) en MAGÍSTER EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE SALUD, cumple con los requisitos académicos, científicos y formales que establece el Reglamento aprobado para tal efecto.

Atentamente



Ing. Julio De La Torre MSc
TUTOR

Guayaquil, noviembre de 2016