

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE CASOS
DE DENGUE EN LA JURISDICCIÓN DE LA SUB-REGIÓN MORROPÓN
HUANCABAMBA-PIURA, 2015-2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA**

CINTHIA FIORELLA ARÉVALO CASARIEGO

**Callao, 2018
PERÚ**

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	7
1.3 Justificación	7
II. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Marco Conceptual	12
2.3 Definición de Términos	25
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	26
3.1 Recolección de Datos	26
3.2 Experiencia Profesional	26
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	30
IV. RESULTADOS	34
V. CONCLUSIONES	41
VI. RECOMENDACIONES	43
VII. REFERENCIALES	46
ANEXOS	47

INTRODUCCIÓN

El dengue es una enfermedad viral, aguda, endemo – epidémica, transmitida por la picadura de zancudos hembras del género Aedes, principalmente Aedes aegypti, y constituye actualmente la arbovirosis más importante a nivel mundial en términos de morbilidad, mortalidad e impacto económico.

El dengue es un evento de interés salud pública y por lo tanto es de notificación obligatoria; teniendo en cuenta las definiciones de caso vigentes de acuerdo con la normativa actual.

El presente informe de experiencia laboral titulado **“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE CASOS DE DENGUE EN LA JURISDICCIÓN DE LA SUBREGIÓN DE SALUD MORROPÓN HUANCABAMBA – PIURA, 2015 - 2017”**, está orientado a los estudiantes de enfermería, profesionales y personal de salud que se hallan inmersos en prevención y control de dengue en el primer nivel de atención de salud, con la finalidad de orientar y fortalecer sus conocimientos, capacidades y habilidades en el desarrollo de acciones coordinadas y sostenibles que permitan disminuir la incidencia de casos de dengue.

Este producto científico de mi experiencia laboral es de gran aporte e importancia para la Salud Pública ya que facilita el proceso de enseñanza – aprendizaje de las diversas estrategias empleadas para la prevención y control de dengue, unificándose no solo los conceptos teóricos sino la praxis de intervenciones, según la realidad vivenciada; que le permiten al profesional de enfermería empoderarse y así tener una participación significativa en los escenarios de riesgo fomentando la prevención y promoción de la salud.

El contenido del presente menester se desarrolla estructuradamente en 7 capítulos:

Capítulo I: Donde se desarrollan planteamiento del problema que incluye: descripción de la situación problemática, el objetivo y la justificación.

Capítulo II: Corresponde al Marco Teórico el cual incluye a los antecedentes, marco conceptual en el que se abordaran temas relacionados con la prevención y control de dengue en el primer nivel de atención de salud, intervenciones de enfermería basadas en la educación para la salud; así mismo incluye la definición de términos

Capítulo III: Corresponde a la experiencia profesional

Capítulo IV, V, VI y VII: Corresponden a los resultados, conclusiones, recomendaciones y referencias respectivamente

Se espera que los resultados de este sirvan para optimizar la aplicación de medidas permanentes y sostenibles de intervención para la prevención y control del dengue en la jurisdicción de la Subregión de Salud Morropón Huancabamba. Por otra parte, se pretende involucrar la participación como eje imprescindible para la gestión de salud y el aporte comunitario a este fin.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

En los últimos 50 años, la incidencia en los casos de dengue ha aumentado 30 veces con la creciente expansión geográfica hacia nuevos países y, en la actual década, de áreas urbanas a rurales. Anualmente ocurre un estimado de 50 millones de infecciones por dengue y, aproximadamente, 2,5 mil millones de personas viven en países con dengue. Hoy por hoy se ha convertido en la arbovirosis más importante a nivel mundial en término de morbilidad, mortalidad y afectaciones económicas. (1)

Según la OMS/OPS, los casos de dengue reportados hasta la SE 41 – 2017 en las Américas fueron un total de 483 208 casos, cuya tasa de incidencia fue de 51.2 x 100000 hab., de estos casos 60 960 fueron confirmados por laboratorio lo que representa el 12.61% de la totalidad de casos; así mismo se reportaron 1 228 casos de dengue grave y 253 muertes por dengue. América del Sur aportó a estas estadísticas con un total de 341 808 de casos de los cuales 44 345 fueron confirmados por laboratorio, 755 casos de dengue grave y 220 muertes por dengue. (2)

Cabe resaltar que los países de América del Sur con más alta tasa de incidencia fueron: Perú y Brazil, reportando cada uno de ellos 73 766 y 219 040 casos con una tasa de incidencia de 236.73 y 107.55 respectivamente. (3)

En el Perú, hasta la semana epidemiológica (SE) 40 del presente año se han notificado al sistema de vigilancia 73 471 casos de dengue (entre confirmados y probables), siendo 3,1 veces más casos al mismo periodo del 2016 (23910). El 33,8% (24810) de los casos son confirmados y el 66,2% (48661) corresponden a casos probables. La

incidencia acumulada a nivel nacional es de 230,9 casos por cada 100 000 habitantes. (4)

La curva de tendencia desde el año 2015 muestra periodos epidémicos de poco más de 30 000 casos en promedio por año, con mayor actividad epidémica en la primera mitad del año. La tendencia nacional en el 2017 es descendente desde las últimas 19 semanas epidemiológicas. (5)

Para el 2017, según la clasificación clínica: el 88,7% (65152) de casos son dengue sin signos de alarma, 11,0% (8083) dengue con signos de alarma y 0,3% (236) casos graves. Todos estos casos proceden de 19 de los 24 departamentos del país para lo que el 89,9% (66020) de casos de dengue fueron notificados por los departamentos de Piura, La Libertad, Tumbes, Ica y Ancash. (4)

Cinco de los 19 departamentos que reportan casos de dengue tiene tasa de incidencia acumulada superior a la del país: Piura (2571,3 x 100000 hab.), Tumbes (2000,3 x 100000 hab.), Ica (548,1 x 100000 hab.), La Libertad (351,8 x 100000 hab.) y Ayacucho (249,8 x 100000 hab.). (4)

Desde finales del mes de enero, se produjo un incremento sostenido de casos de dengue, con un pico máximo hacia la primera semana de mayo, principalmente de los departamentos de Tumbes, Piura, Lambayeque, La Libertad y Ancash, los mismos que fueron afectados severamente por el Fenómeno de El Niño Costero. (4)

Para estas últimas 19 semanas epidemiológicas los departamentos de Piura, Lambayeque, La Libertad, Ica, Ancash, Lima Metropolitana y Callao muestran una tendencia descendente de casos, mientras que, en el departamento de Tumbes, los distritos de Zorritos y Corrales

muestran un ligero incremento de casos en la SE 38 y el distrito de Tumbes en la SE 39. (4)

Hasta la SE 40 se reportaron 67 fallecidos confirmados por dengue y 17 probables en investigación. El departamento de Piura reporta el 62,7% (42/67) de los fallecidos confirmados a nivel nacional; sin embargo, el departamento de Junín reporta la más alta tasa de letalidad (0,78%). (4)

En el ámbito de la Subregión de Salud Morropón Huancabamba, a la semana N°40-2017 se han notificado 2 038 casos de los cuales el 25.6% (522/2 038) presentan confirmación laboratorial, con 03 muertes de las cuales 02 con comorbilidad. Dengue con signos de alarma son 8.2% (168/2038), Dengue sin signos de alarma 91.7 % (1869/2038) y un Dengue grave. La tasa de incidencia en la Subregión de Salud es de 154.19 por cada 10,000 habitantes. (6)

Todo esto demuestra que ante el riesgo continuo y diario de la prevalencia de casos de dengue en nuestro país y en nuestras localidades, a través de la entrada de personas procedentes de las áreas endémicas y de la presencia de criaderos de zancudos intradomiciliarios, la única opción posible para evitar esta y otras epidemias por arbovirosis es reducir de forma paulatina la prevalencia de infestación por mosquitos *Aedes aegypti* a niveles muy bajos o erradicarlo, así mismo sensibilizar a la población y modelar sus hábitos saludables donde sean ellos los actores principales en eliminar los potenciales criaderos de zancudos intradomiciliarios, en darle sostenibilidad a las acciones de lavado y escobillado y tapado de depósitos donde almacenan agua así como de la limpieza y ordenamiento de sus viviendas. (7)

1.2 Objetivo

Describir las intervenciones de enfermería en la prevención de casos de dengue en la jurisdicción de la Subregión de Salud Morropón Huancabamba – Piura, 2015 - 2017.

1.3 Justificación

En los 5 últimos años de desempeño profesional, se ha observado que el incremento abrupto en la incidencia de casos de dengue, no únicamente, está en relación con la existencia del vector sino también con un importante número de factores socio - económicos, climáticos, ecológicos, entre otros.

Dichos factores dependen tanto del comportamiento de la población en general como también de la actitud y aptitud del personal de salud para asumir su rol de preventivo promocional en la búsqueda del bienestar de las poblaciones vulnerables.

Es por ello que intervenciones del personal de enfermería están orientadas, no únicamente, a la sensibilización y empoderamiento de la población con el fin de mejorar sus estilos de vida en el contexto de paciente, familia y comunidad; sino también del equipo multidisciplinario de salud para el diagnóstico oportuno y manejo clínico adecuado y eficaz de esta arbovirosis.

Al no estar exenta la Subregión de Salud Morropón Huancabamba de esta problemática, se decidió realizar este informe para dar a conocer las intervenciones que viene realizando el personal licenciado en enfermería de la Estrategia Sanitaria Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas en la ardua tarea de prevenir casos de dengue, durante el periodo 2015 – 2017.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

A. Internacionales

PÉREZ SÁNCHEZ, Yolanda/ GARCELL RODRÍGUEZ, Firelay en su trabajo de investigación denominado: **“Rol de la enfermería de práctica avanzada en la prevención del dengue. Holguín 2014-2015”**; el objetivo fue **demostrar** el rol de la enfermería de práctica avanzada en la prevención del dengue.

Este estudio de corte epidemiológico, descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados en el hospital o centro de aislamiento para SFI de octubre 2014 hasta septiembre 2015, donde se trabajó con un universo de 351 000 000 y la muestra fueron 2784 pacientes ingresados en dicho hospital se obtuvo como resultado que en el periodo de octubre 2014 hasta septiembre 2015, con 117 enfermeras, fueron ingresados 2784 pacientes a dicho hospital, donde el área de enfermería fue protagonista en la adecuada atención y recuperación del paciente, lo que el 100% de los pacientes refirieron, aduciendo que la atención recibida en el Hospital fue excelente.

Así mismo se concluyó que a pesar de que el número de IGM positivos en el municipio han estado elevados los pacientes atendidos en el Hospital reconocen la labor del personal de enfermería que laboró en el Hospital pues en la encuesta aplicada a los pacientes la atención brindada fue evaluada de excelente.

Este estudio se relaciona con nuestro informe pues como parte de las intervenciones de enfermería realizadas para la prevención de casos de dengue en la Subregión de Salud Morropón

Huancabamba, tenemos la capacitación y asistencia técnica al personal de salud (médico, personal de enfermería y otros) que labora en los diferentes establecimientos de salud de nuestra Subregión; sobre todo en aquellos que han sido afectados por la infestación del vector con o sin presencia de casos; lo cual ha permitido brindarle las herramientas indispensables para la el adecuado diagnóstico clínico y tratamiento de los pacientes con cuadros de dengue en nuestras localidades; evitando así el aumento de la tasa de mortalidad por casos de dengue en nuestra región. (8)

SÁNCHEZ, Lizet/ PÉREZ, Dennis/ALFONSO, Lázara/ CASTRO, Marta/ SÁNCHEZ, Luis Miguel/ VAN DER STUYFT, Patrick et al. en su estudio **“Estrategia de educación popular para promover la participación comunitaria en la prevención del dengue en Cuba” Cuba 2002 – 2004**; el objetivo documentar el proceso y analizar los resultados de la aplicación de una estrategia dirigida a aumentar la participación comunitaria en la lucha contra el mosquito vector del dengue.

El método constó que entre mayo del 2002 y mayo del 2004 se aplicó una intervención para transformar la acción social contra el dengue en tres circunscripciones del municipio Playa, Ciudad de La Habana, Cuba. Se conformó un grupo de aprendizaje y grupos de trabajo comunitario (GTC) en las localidades. Se siguió un modelo de educación popular que conjugaba la puesta en práctica de las acciones previstas con sesiones de reflexión y aprendizaje a partir de los resultados y la reformulación del trabajo para las etapas subsiguientes. Se desarrollaron diagnósticos comunitarios, acciones preventivas, de comunicación, vigilancia y evaluación. Los cambios en la participación se identificaron mediante la técnica de análisis de contenido de documentos y entrevistas a informantes clave.

El resultado obtenido fue que el trabajo comunitario avanzó de acuerdo con las capacidades y los intereses de cada comunidad con enfoques de trabajo diferentes: de comunidad saludable, de riesgo ambiental y de riesgo entomológico. Se constataron cambios positivos en el concepto de participación según las cinco dimensiones evaluadas: liderazgo, identificación de necesidades, organización, gestión y movilización de recursos. Al final de dos años de intervención, el índice de depósitos con larvas o pupas de *Aedes aegypti* por 100 viviendas inspeccionadas se redujo en 79% y no se detectaron casos de dengue en ninguna de las circunscripciones. La estrategia empleada permitió reducir el nivel de infestación con el mosquito vector mediante el aumento de la participación de la comunidad en la toma de decisiones, el fortalecimiento de las competencias de los equipos médicos y de los GTC para liderar procesos participativos en sus comunidades y la elevación de la confianza de los miembros de la comunidad en sus posibilidades de llevar a cabo transformaciones con recursos propios y apoyo intersectorial.

Este estudio se relaciona con nuestro informe pues como parte de las intervenciones de enfermería realizadas para la prevención de casos de dengue en la Subregión de Salud Morropón Huancabamba, fue el realizar el diagnóstico comunitario con el que se identificaron problemas intra y extra domiciliarios que aportan considerablemente a la presencia del vector en nuestras localidades así como la presencia de casos de dengue para lo cual se establecieron acciones preventivas de comunicación, vigilancia y evaluación con énfasis en comunidad saludable, riesgo ambiental y riesgo entomológico. Se realizó un arduo trabajo en conjunto con el área de promoción de la salud con el fin de informar y educar a la población en la responsabilidad que tienen como ente principal en la

eliminación del dengue de nuestras localidades, así como el empoderamiento en acciones de lavado, tapado y escobillado de recipientes, eliminación de criaderos de zancudos y los signos característicos del dengue en sus fases respectivas. Así mismo se enfatizó en temas como la participación la cual es el eje central para el desarrollo de habilidades como: liderazgo, identificación de necesidades, organización, gestión y movilización de recursos. (9)

B. Nacionales

ROCHA VELASQUEZ, Kelly Caroline; **“Efecto de intervención educativa de enfermería sobre conocimientos y prácticas preventivas contra el dengue en pobladores de una comunidad Lurín” Lima – Perú 2016**; cuyo objetivo es: determinar el efecto de una intervención educativa en enfermería en el incremento del nivel de conocimientos y mejora de prácticas preventivas contra el Dengue en los pobladores adultos de la Asociación Los Claveles – Lurín 2015.

La metodología empleada en este estudio es: enfoque cuantitativo, tipo aplicativo, de método experimental y de diseño pre – experimental, con una muestra de 30 pobladores adultos de la Asociación “Los Claveles – Lurín”, de selección muestral no probabilístico por conveniencia. Los resultados obtenidos fueron: El nivel de conocimiento antes de la intervención educativa fue un nivel medio 77% y después de la intervención educativa fue de alto el 90% y 10% nivel medio dado el valor de T de Student -12,1791 (P=0,00000); y las prácticas preventivas antes de la intervención educativa eran inadecuadas 57% y después adecuadas 80% e inadecuadas 20% con un valor de T de Student de -11,9721

($P=0,00000$). Llegándose a la conclusión de que la aplicación de la intervención educativa tuvo un efecto significativo en el incremento de conocimiento y prácticas preventivas contra el Dengue en los pobladores.

Este estudio tiene relación directa con nuestro informe puesto que otra de las intervenciones de enfermería que se llevó a cabo en el ámbito de la Subregión de Salud Morropón Huancabamba, que no es menos importante que la anteriormente descrita, es la intervención educativa con la población ya que es necesario el involucramiento de la comunidad en sí para la prevención de las principales enfermedades recurrentes en nuestras zonas, en tal caso en la prevención de dengue.

La comunidad es el eslabón fundamental de la cadena de responsabilidades compartidas para enfrentar situaciones como el dengue, entre gobierno local, instituciones locales y organizaciones de base. (10)

2.2 Marco Conceptual

Intervención: Es un término que hace referencia a la acción de participar o tomar parte en alguna situación. (11)

Intervención de enfermería: Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. (12)

Prevención: se define como las medidas destinadas no sólo a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. (13)

Promoción de salud como tal es una estrategia establecida en Ottawa en 1986, donde se la define como: el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios

necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla. (13)

Niveles de prevención

La Prevención se define como las “medidas destinadas no sólo a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (OMS, 1998).

Las actividades preventivas se pueden clasificar en tres niveles:

Prevención Primaria: Se orienta a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes”, “Las estrategias para la prevención primaria pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud. Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (OMS, 1998) El objetivo de las acciones de prevención primaria es disminuir la incidencia de la enfermedad. Por ejemplo: uso de condones para la prevención del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, donación de agujas a usuarios de drogas para la prevención del VIH y la hepatitis, programas educativos para enseñar cómo se trasmite y cómo se previene el dengue, prohibición de la venta de bebidas alcohólicas a menores de edad.

Prevención Secundaria: Está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas). Significa la búsqueda de enfermedades en sujetos aparentemente sanos, para detectarlas con la mayor precocidad posible. Comprende acciones consecuentes con el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno.

Estos objetivos se pueden lograr a través del examen médico periódico y la búsqueda de casos ("screening"). En la prevención secundaria, el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado son esenciales para el control de la enfermedad. Para evitar o retardar la aparición de secuelas, es fundamental la captación temprana de los casos y el control periódico de la población afectada.

Lo ideal sería aplicar las medidas preventivas en la fase preclínica, cuando aún el daño al organismo no está tan avanzado y, por lo tanto, aún no se manifiestan síntomas. Esto es particularmente importante cuando se trata de enfermedades crónicas. Ejemplo es el tratamiento de la hipertensión arterial en sus estadios iniciales realizando un control periódico y seguimiento del paciente, para monitorear la evolución y detectar a tiempo posibles secuelas.

Prevención Terciaria: En la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad. Por ejemplo, en lo relativo a rehabilitación: la realización de fisioterapia luego de retirar un yeso por fractura. (13)

Dengue:

Enfermedad viral aguda, endemo – epidémica transmitido por la picadura de zancudos hembra del genero Aedes, principalmente Aedes Aegypti y constituye actualmente la arbovirosis mas importante a nivel mundial en términos de morbilidad, mortalidad e impacto económico. (14)

Definición de caso:

Caso de Dengue probable (sin signos de alarma): Toda persona con fiebre menor o igual a 7 días de evolución, que reside o a visitado áreas de transmisión de dengue o con infestación del vector, 14 días antes del inicio de síntomas y que presenta al menos dos de las siguientes manifestaciones: dolor ocular o retro – ocular, mialgias, cefalea, artralgia, dolor lumbar, rash/ exantema (erupción cutánea), náuseas / vómitos. (15)

Caso de Dengue con signos de alarma: caso de dengue sin signos de alarma que presenta una o más de las siguientes manifestaciones: dolor abdominal intenso y continuo, dolor torácico o disnea, derrame seroso al examen clínico o por estudio de imágenes (ascitis, derrame pleural o derrame pericárdico), vómitos persistentes, disminución brusca de la temperatura o hipotermia, sangrado de mucosas (gingivorragia, epistaxis, metrorragia e hipermenorrea), disminución de la diuresis (disminución del volumen urinario), decaimiento excesivo o lipotimia, estado mental alterado (somnolencia, inquietud, irritabilidad, convulsión o Glasgow menor a 15), hepatomegalia >2 cm, aumento progresivo del hematocrito. (15)

Caso de Dengue grave: todo caso probable de dengue con o sin signos de alarma que presente, por lo menos uno de los siguientes signos: signo o signos de choque hipovolémico, sangrado grave, según criterio clínico, síndrome de dificultad respiratoria, por extravasación importante de plasma, compromiso grave de órganos (encefalitis, hepatitis, miocarditis). (15)

Caso confirmado de dengue: todo caso probable que cumpla cualquiera de los siguientes criterios:

Resultado positivo a una o más de las siguientes pruebas de laboratorio: aislamiento viral por cultivo celular; qRT – PCR solo en pacientes en fase aguda (1 a 5 días de fecha de inicio de síntomas), Elisa antígeno NS1; detección de anticuerpos IgM para dengue en una sola muestra de Elisa, para zonas endémicas de dengue; evidencia de seroconversión en IgM en muestras pareadas, la segunda muestra deberá ser tomada después de los 14 días del inicio de síntomas, para zonas donde no hay transmisión de dengue (estos casos deben tener una investigación epidemiológica). (15)

Confirmación por nexo epidemiológico: solo en situación de brote donde se ha comprobado la circulación del virus. Todo caso probable que no dispone de una muestra para diagnóstico de laboratorio y que reside cerca o a tenido contacto con una o más personas, que tienen o han tenido la enfermedad. (15)

Caso descartado de dengue: todo caso que cumple con alguno de los siguientes criterios: resultado negativo de qRT – PCR en una muestra con tiempo de enfermedad menor igual a 5 días, resultado negativo a IgM en una sola muestra con tiempo de enfermedad mayor a 10 días, resultado negativo de IgM en muestras pareadas, la segunda muestra deberá ser tomada después de los 14 días de iniciado los síntomas; caso probable de sin muestra y sin nexo epidemiológico se descarta, identificación de laboratorio de otro agente causal. (15)

HISTORIA DEL DENGUE

Las primeras epidemias de dengue reportadas datan de 1779-1780 en Asia, África y América del Norte. La ocurrencia casi simultánea de los brotes entre continentes indica que estos virus y el mosquito vector que los transporta han estado ampliamente distribuidos en las áreas tropicales durante más de 200 años.

Durante gran parte de este tiempo, se pensaba que el dengue era una enfermedad leve y no mortal, que afectaba a las personas que visitaban las áreas tropicales. En general, se dieron largos intervalos (10-40 años) entre las epidemias más importantes, principalmente porque la introducción de un nuevo serotipo en una población susceptible se daba solamente si los virus y su mosquito vector podían sobrevivir el lento transporte en veleros entre los centros poblados.

Después de la Segunda Guerra Mundial comenzó una pandemia de dengue en el Sureste Asiático, desde entonces se ha venido propagando por el resto del mundo. En la actualidad son más frecuentes las epidemias causadas por serotipos múltiples (hiperendemicidad); se ha ampliado la distribución geográfica de los virus del dengue y de sus mosquitos vectores; y ha surgido el dengue hemorrágico en la región del Pacífico y en el continente americano.

La primera epidemia de dengue hemorrágico en el Sureste Asiático se dio en los años 1950, pero para 1975 ya se había convertido en una causa frecuente de hospitalización y muerte entre los niños de muchos países de la región. (16)

CONCEPTO DE DENGUE

El dengue una enfermedad grave de impacto epidemiológico, social y económico. Es una enfermedad infecciosa sistémica y dinámica,

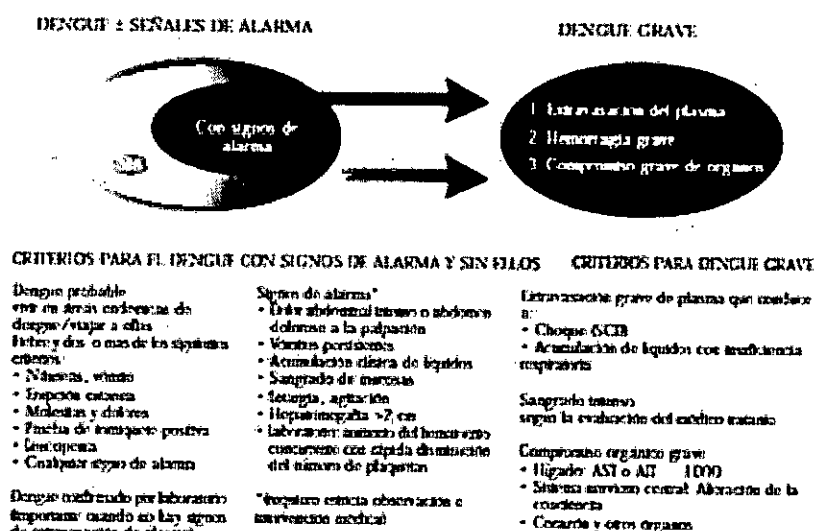
que puede cursar asintomática o con un amplio espectro clínico que incluye expresiones graves y no graves. Es causada por un virus que se transmite a través de la picadura de un mosquito perteneciente al género Aedes, principalmente el Aedes aegypti, vector de la enfermedad. Se reconocen cuatro fases de la enfermedad: la fase de incubación, de tres a diez días; la fase febril, de dos a siete días; la fase crítica (fuga plasmática) entre el tercer y séptimo día de inicio de la fiebre y la fase de recuperación (reabsorción de líquidos) entre el séptimo y décimo día. En el año 2010 se pudieron indentificar los cuatro serotipos del dengue en Honduras. El virus del dengue pertenece a la familia Flaviviridae, un virus RNA, Existen cuatro serotipos antigénicamente relacionados y conocidos como DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4.. La inmunidad es serotipo-específica, la infección con un serotipo confiere inmunidad específica de por vida para ese serotipo e inmunidad parcial para los otros tres serotipos durante los tres primeros meses después de la infección. El dengue se ha establecido como la enfermedad transmitida por vector más importante en el continente americano y es una amenaza para la salud de millones de personas que viven en zonas urbanas, suburbanas y rurales. (17)

CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS.

El dengue tiene amplias presentaciones clínicas, a menudo con evolución clínica y resultados impredecibles. La mayoría de los pacientes se recuperan después de un curso clínico benigno y de resolución espontánea, pequeña proporción progresa a una enfermedad grave, caracterizada principalmente por aumento de la permeabilidad vascular, con hemorragia o sin ella. Se coordinó un estudio multicéntrico clínico prospectivo apoyado por OMS/TDR en las regiones con dengue endémico, con el fin de recopilar

información sobre los criterios para la clasificación del dengue de acuerdo con su gravedad. Los grupos expertos de consenso en América Latina (Habana, Cuba, 2007), Asia Suroriental (Kuala Lumpur, Malasia, 2007), y en las oficinas principales de la OMS en Ginebra, Suiza en 2008 acordaron que: La clasificación según la gravedad tiene un gran potencial para su uso práctico por los médicos tratantes, para decidir dónde y cuan intensivamente se debe observar y tratar al paciente.

Figura 1. Clasificación de casos de Dengue sugerida y casos de gravedad.



Fuente: Reyes-García S.Z, Zambrano L.I, Sierra M. Caracterización clínica y hematológica de pacientes pediátricos con Dengue en Honduras. Rev. Méd. Risaralda 2014; 20 (2):95-100.

Al utilizar la clasificación del Dengue en niveles de gravedad, con parámetros clínicos y laboratoriales, existen claras diferencias entre el Dengue Grave y el Dengue no Grave. Con estos criterios de gravedad se obtuvo una sensibilidad del 95% y una especificidad del 97%.⁽³⁾ Los criterios para diagnosticarlos se presentan en la Figura 1. Debe recordarse que incluso los pacientes sin signos de alarma pueden llegar a desarrollar Dengue Grave. (17)

TRANSMISIÓN

El ser humano es el principal huésped amplificador del virus. El virus del dengue que circula en la sangre de humanos con viremia es ingerido por los mosquitos hembra durante la alimentación. Entonces, el virus infecta el intestino medio del mosquito y, posteriormente, hay propagación sistémica durante un período de 8 a 12 días. Después de este período de incubación extrínseco, el virus se puede transmitir a otros seres humanos durante la picadura y alimentación subsiguiente del mosquito. El período de incubación extrínseco está en parte influenciado por las condiciones ambientales, especialmente la temperatura ambiental. Después de eso, el mosquito permanece infeccioso durante el resto de su vida. Este es una especie tropical y subtropical, generalmente no se encuentra por encima de los 1000 metros y su dispersión de vuelo se considera que más de 100 metros es raro, pero puede volar hasta 3 Km. Los huevos pueden resistir largos períodos de sequedad, a veces durante más de un año, lo cual es un obstáculo para su erradicación. Las personas infectadas presentan viremia desde un día antes y hasta cinco o seis días posteriores a la aparición de la fiebre. Si durante la viremia el mosquito pica a esta persona, se infecta. La enfermedad no se transmite de persona a persona, ni a través de objetos, ni por vía oral, respiratoria ni sexual. Sin embargo, aunque es infrecuente, también están descritas la transmisión durante el embarazo y la vía transfusional. (17)

FACTORES DE RIESGO

El principal factor de riesgo para el dengue es habitar o visitar una región geográfica con presencia del vector y circulación de uno o más de los serotipos del virus dengue (zona endémica). En estas

regiones, un factor de riesgo adicional es la presencia de problemas de suministro de agua potable en forma permanente. Los factores de riesgo para presentar dengue grave son:

- Antecedente de infección previa de dengue
 - Presencia de algún padecimiento (co-morbilidad)
 - Co-circulación de serotipos
 - Serotipo(s) con alto nivel de virulencia La variabilidad clínica está relacionada con la respuesta inmunológica del huésped a la infección la comorbilidad y los factores de riesgo presentes, una exposición previa a la enfermedad y la virulencia de la cepa viral.
- (17)

FASES DE LA ENFERMEDAD

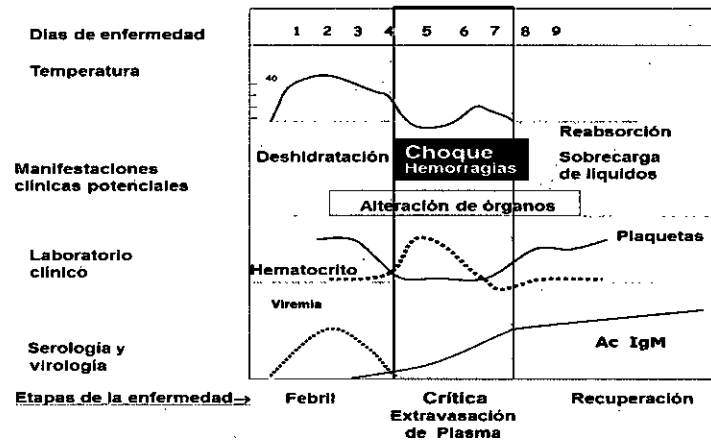
- ✓ Fase Febril del Dengue: Es de duración variable (entre 3 a 6 días en niños), se asocia a la viremia. En esta etapa el paciente puede tener además de la fiebre, dolor muscular y articular, cefalea, astenia, exantema, prurito, y síntomas digestivos tales como: discreto dolor abdominal y, a veces, diarrea. Es frecuente la presencia de leucopenia con linfocitosis relativa, trombocitopenia e incremento de las transaminasas. Es importante reconocer que estas manifestaciones clínicas de la Fase Febril del Dengue son iguales en los 17 pacientes que presentaron las formas graves y no graves de la enfermedad. Por lo tanto, cuando el paciente se detecta en esta fase, es crucial la vigilancia de signos de alarma, clínicos y de laboratorio que nos indican la progresión hacia la Fase Crítica.

- ✓ Fase Crítica del Dengue: Alrededor del momento de la defervescencia, cuando la temperatura desciende a 37.5-38 °C o se mantiene por debajo de este nivel, puede ocurrir un aumento de la permeabilidad capilar en paralelo con el aumento de los niveles de hematocrito. Esto marca el comienzo de la Fase Crítica del Dengue. El período de fuga de plasma clínicamente significativa por lo general dura de 24 a 48 horas y frecuentemente se presenta entre el 3ro y 7mo día de la enfermedad. Debido a la extravasación de plasma el hematocrito sube, lo que constituye un método confiable para el monitoreo de la fuga de plasma. En algunos pacientes, el deterioro severo de órganos (hepatitis, encefalitis, miocarditis, sangrados importantes), puede desarrollarse sin evidente extravasación del plasma o choque. También puede haber afectación de otros órganos como riñones, pulmones, páncreas e intestinos.

- ✓ Fase de Recuperación del Dengue: Durante la fase de recuperación tiene lugar una reabsorción gradual de líquido del compartimiento extravascular, que se traduce en: Mejoría del bienestar general, Retorno del apetito, Desaparición de los síntomas gastrointestinales, Estabilización hemodinámica, Recuperación de la diuresis, Bradicardia, Cambios electrocardiográficos, Estabilización o disminución del hematocrito, Elevación del recuento de leucocitos (temprana), Recuperación del recuento plaquetario (tardía), Dificultad respiratoria por derrame pleural masivo, ascitis masiva, si se administraron demasiados líquidos, en cualquier fase, Edema pulmonar o insuficiencia cardiaca 18 congestiva, si se administraron líquidos excesivos en las fases crítica. En algunos

casos, además: exantemas de islas blancas en mar rojo y prurito generalizado. (17)

Figura 2. Etapas de evolución del dengue:



TEORÍAS DE ENFERMERÍA:

Enfermería en promoción de la salud y prevención de enfermedades: El desarrollo humano sostenible le implica a la sociedad en general, ampliar la gama de opciones para la libre elección de los comportamientos y que la valoración y seguridad de la vida humana se conviertan en indicadores de desarrollo y de calidad de vida. La participación de enfermería está encaminada a la intervención protagónica, al análisis con competencia ya a la negociación con la habilidad de los problemas de salud; en la cual la divulgación de los derechos a los servicios de salud, los determinantes de los procesos salud – enfermedad y el manejo de los hábitos son elementos fundamentales (Lucia, 2000).

Para este informe hare uso de las teorías de Florence Nightingale y Nola Pender.

Florence Nightingale “TEORÍA DEL ENTORNO”: Su teoría se centró en el medio ambiente. Creía que un entorno saludable era necesario para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería. Afirmó que hay cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad de las viviendas: aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz. Sus puntos fuertes fueron la educación, la experiencia y la observación. La práctica de la enfermería implica el uso adecuado del aire fresco, la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad, y la oportuna selección y administración de dietas. Todo ello con el menor gasto posible de la energía vital del paciente para evitar la enfermedad. (18)

Nola Pender” MODELO DE PROMOCION DE LA SALUD”

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables.

Esta teoría continúa siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria.

METAPARADIGMAS:

Salud: Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.

Persona: Es el individuo y el centro de la teoriza. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

Entorno: No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- preceptúales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.

Enfermería: El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal. (18)

2.3 Definición de Términos

Intervención: Es un término que hace referencia a la acción de participar o tomar parte en alguna situación. (11)

Intervención de enfermería: Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. (12)

Prevención: se define como las medidas destinadas no sólo a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. (13)

Dengue: Enfermedad viral aguda, endemo – epidémica transmitido por la picadura de zancudos hembra del genero Aedes, principalmente Aedes Aegypti y constituye actualmente la arbovirosis mas importante a nivel mundial en términos de morbilidad, mortalidad e impacto económico. (14)

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de Datos:

Se consultaron varias fuentes de información entre ellas las de la oficina de Intervenciones Sanitarias – área de Metaxénicas, así como la oficina de Promoción de la Salud y Epidemiología de la Sub Región de Salud Morropón Chulucanas.

3.2. Experiencia Profesional

Mi experiencia profesional inició en el 2009, en el sector privado, laborando en la ONG Caritas Piura donde tuve a cargo la dirección del área de salud del proyecto denominado “Comunidad en acción para prevenir la desnutrición y promover la salud infantil”, dentro del cual tuve que realizar no solo actividades asistenciales priorizando las preventivo – promocionales sino también de docencia y gestión – administrativas.

Seguidamente, en el año 2010; realicé el SERUM en el Establecimiento de Salud I-2 Casagrande – La Arena, Red de Salud Bajo Piura - Piura, realizando las actividades preventivas promocionales con el fin de evitar la propagación de enfermedades transmisibles como dengue y malaria; puesto que sus pobladores no contaban con estilos de vida saludable que permitan la eliminación del vector transmisor muy por el contrario desarrollaban actitudes negativas como el acúmulo de inservibles, la mala conservación del agua, la deficiente higiene intradomiciliaria y abrupta expansión no urbanística.

Posteriormente en el año 2011, empecé a laborar en el Centro de Salud de Los Algarrobos donde me desempeñé como enfermera CAS en el área de inmunizaciones, CRED, PCTB y hospitalización.

En este Centro de Salud laboré en dos periodos mayo – diciembre 2011 y enero – marzo 2013; desarrollando actividades extramurales como visitas domiciliarias, campañas de vacunación, búsqueda de sintomáticos respiratorios, tratamiento a pacientes con Tb, sesiones demostrativas y educativas, coordinaciones con agentes comunitarios (teniente gobernador y autoridades de las instituciones locales: instituciones educativas, wawa wasis, cunas, etc.). Así mismo desarrollé actividades intramurales similares a las antes mencionadas adicionando a ellas la recepción y cuidados del recién nacido y puérpera; atención integral a pacientes en el servicio de hospitalización y tópico de emergencia.

En el año 2012, laboré en el Hospital Nuestra Sra. de las Mercedes – Paita en el área de emergencia (01 – 30 abril 2012), posteriormente trabajé en el E.S. I-2 Víctor Raúl – Piura (Marzo – diciembre 2012); desarrollando actividades similares a las del EE.SS I – 4 Los Algarrobos con la diferencia que su expansión jurisdiccional solo abarcaba 10 sectores en relación con los 68 sectores de la jurisdicción del anterior establecimiento de salud.

A principios del año 2013 laboré en el Hospital II – 2 HAS Sullana, en el servicio de medicina (abril 2013). Luego en el mes de mayo postulé al concurso CAS de la Red de Salud Morropón Chulucanas, denominada en la actualidad Sub región de Salud Morropón Huancabamba donde pude obtener un resultado satisfactorio y formé parte del staff de profesionales de esta

institución. Es así como a partir del junio 2013 a diciembre del 2014 ocupé el puesto de coordinadora de la Estrategia Sanitaria Prevención y Control de Tuberculosis (ESPyCTB) y Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles (ESPyCDNT), lo cual me permitió articular con mis pares de los 92 establecimientos de salud pertenecientes a esta Subregión. Se desarrollaron actividades como capacitaciones al personal de salud en la Normativa vigente para brindar la atención integral del paciente afectado por TB y por los DNT (Daños no transmisibles), del mismo modo se desarrollaron actividades como monitoreos y supervisiones a los establecimientos de salud para conocer los logros en el cumplimiento de sus indicadores; evaluaciones trimestrales que informaran el avance de sus metas establecidas anualmente.

Además, pude desarrollar otras actividades como planificar, programar y ejecutar los requerimientos de materiales e insumos críticos y otros para la atención oportuna y adecuada en los EE.SS para lo cual se empleó el sistema SIGA. Logré participar de eventos de evaluación de Calidad de Gasto del presupuesto anual otorgado a las estrategias que dirigía, realizados por el MEF.

En marzo del 2015 retomé labores en la Subregión de salud Morropón Huancabamba, asumiendo desde ahí la coordinación del Programa presupuestal 017 con las Estrategias Sanitarias de Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Zoonosis, donde evidencié los brotes más fuertes de Dengue en nuestras localidades para lo cual auné esfuerzos con el resto de componentes de la estrategia de gestión integrada (EGI) para

hacer frente a esta titánica tarea de combatir el dengue en nuestra jurisdicción, desarrollando actividades como capacitación al personal médico y no médico para el diagnóstico clínico y laboratorial adecuado, así como brindar el tratamiento oportuno y adecuado al paciente con afectación por casos de dengue, se realizaron sesiones educativas, reuniones con autoridades locales y regionales, etc. de actividades más que han permitido la disminución de casos y muertes por Dengue.

A partir de la fecha y gracias a los determinantes sociales que tenemos en cada una de nuestras localidades hemos podido presenciar brotes de enfermedades reemergentes como la leptospirosis y leishmaniasis. Así mismo fuimos sede del brote más grande de Carbunco a nivel nacional en los últimos 10 años. En Setiembre del 2015 se alertó la presencia de casos de carbunco en la localidad de La Encantada alcanzando un total de 56 casos de carbunco en humanos confirmados según laboratorio de INS.

En los Establecimientos de Salud en los que laboré encontré realidades diferentes, realizando diversas actividades principalmente en la atención integral, este proceso se dio a medida que asumí mayores responsabilidades en el campo laboral contando con una serie de herramientas que configuraron mi perfil profesional como los conocimientos, habilidades, formación académica y la experiencia laboral adquirida. En estos 10 años que vengo ejerciendo la profesión de Enfermería he podido aplicar todos los conocimientos adquiridos en las aulas universitarias tanto de pre como post grado.

En la actualidad continúo desempeñándome profesionalmente en el área de Salud Pública, siendo aún coordinadora del Programa 017 – Metaxénicas y Zoonosis además de la Estrategia Sanitaria Prevención y Control de Tuberculosis, en la Sub Región de Salud Morropón Huancabamba, realizando actividades relacionadas a las funciones esenciales de salud pública.

3.3. Procesos realizados en el Tema del Informe

El marco lógico para la obtención y la medición de resultados en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Metaxénicas está basado en la planificación anual para lo cual se realiza el Plan de Contingencia para la Prevención de Enfermedades Metaxénicas así como el Plan de Intervenciones de los componentes de la EGI (Estrategia de Gestión Integrada). Dichos planes se desarrollan durante todo el año y donde se programan actividades como búsqueda, seguimiento -monitoreo de febriles, el monitoreo de índice Aédicos, la identificación de puntos críticos, la asistencia técnica al personal de salud y las coordinaciones con los agentes comunitarios o actores sociales. Se elabora plan de trabajo con la comunidad a través de recojo de inservibles, plan de intervención a cementerios, plan de vigilancia entomológica al 10% de viviendas y control vectorial.

En la organización se conforman los equipos de respuesta ante brotes eminentes, no solo a nivel de sede sino también de establecimientos de salud. Se conforman los agentes comunitarios y se expone a las autoridades la sala situacional.

En la ejecución se realizan las asistencias técnicas al personal de salud así como las sesiones demostrativas y educativas a la comunidad. Se llevan a cabo las reuniones de coordinación con

los actores sociales. Así mismo se realizan los informes de intervención de brote donde se detallan las intervenciones llevadas a cabo por el equipo de respuesta y se inicia atención según flujograma establecido.

En la etapa de monitoreo y supervisión se desarrollan las evaluaciones de las intervenciones puestas en marcha durante la etapa de ejecución. Del mismo modo, se realiza el monitoreo de febriles y seguimiento de casos probables y confirmados, así como el informe final de brote.

Todo este proceso nos ayuda a una mejor toma de decisiones, de manera rápida y oportuna involucrando a cada uno de los componentes de la EGI y comunidad.

Pese a las múltiples deficiencias, dificultades y escasez de recursos humanos (asistencial y de campo) durante los años 2015 – 2017, se lograron controlar los brotes.

Para el año 2015, se notificaron 3 011 casos confirmándose por laboratorio 2 973, de los cuales se lamentaron 06 muertes.

En el 2016 la incidencia de casos fue menor debido a que hubo mayor preparación para prevenir y controlar brotes de dengue; así mismo la susceptibilidad de padecer la enfermedad fue menor ya que en el año anterior la mayoría de los pobladores de las comunidades afectadas ya habían enfermado, así mismo la circulación del mismo serotipo fue un factor adicional que permitió que esa susceptibilidad se mantuviese disminuida. Todos estos factores y el trabajo organizado en los establecimientos de salud además de la preparación del personal de Salud para la adecuada atención de los pacientes permitieron articular los esfuerzos y por ende controlar los casos de dengue en este año. Sin embargo, en Salitral se volvió a desarrollar un brote importante debido a factores sociales como la falta del abastecimiento de agua consecuente a la avería de la

bomba que abastecía del líquido elemento a la localidad. Sumándose la escasez de agua en el pozo que alimenta al distrito que agudizó el problema.

Este año se intensificaron las actividades preventivas promocionales tales como la capacitación al personal de salud, vigilancia y control de vectores, organización de servicios de salud, entre otras.

Se le dio mucho énfasis a la gestión comunitaria donde se hizo participar de forma activa a las autoridades y entes locales de cada comunidad, siendo unos más que otros los comprometidos en la tarea de erradicar el dengue de sus localidades. Los pobladores empezaron a empoderarse más del tema de prevención del dengue y si bien hasta ahora es poco el cambio de actitudes, tuvimos resultados como la disminución de las casas reñuentes en cada comunidad.

Para este año se notificaron 1 982 casos confirmándose laboratorialmente 1 634 de los cuales hubo 2 muertes

El año 2017, se intensificaron las actividades de búsqueda, captación y seguimiento de febriles, así como de casos; se fortalecieron las capacidades y habilidades del personal de salud a través de las capacitaciones brindadas por el MINSA, OPS y Unidades Ejecutoras locales.

Se conformó el equipo de facilitadores para la asistencia técnica y capacitación del personal de salud de la Subregión de Salud Morropón Huancabamba en temas referente a Dengue y otras arbovirosis. Este equipo lo conforman 12 recursos humanos entre ellos médicos y licenciadas de enfermería debidamente capacitados por OPS y MINSA.

A nivel regional se conformó el Consejo Regional de Dengue en el cual participan 03 médicos y 01 licenciada de enfermería,

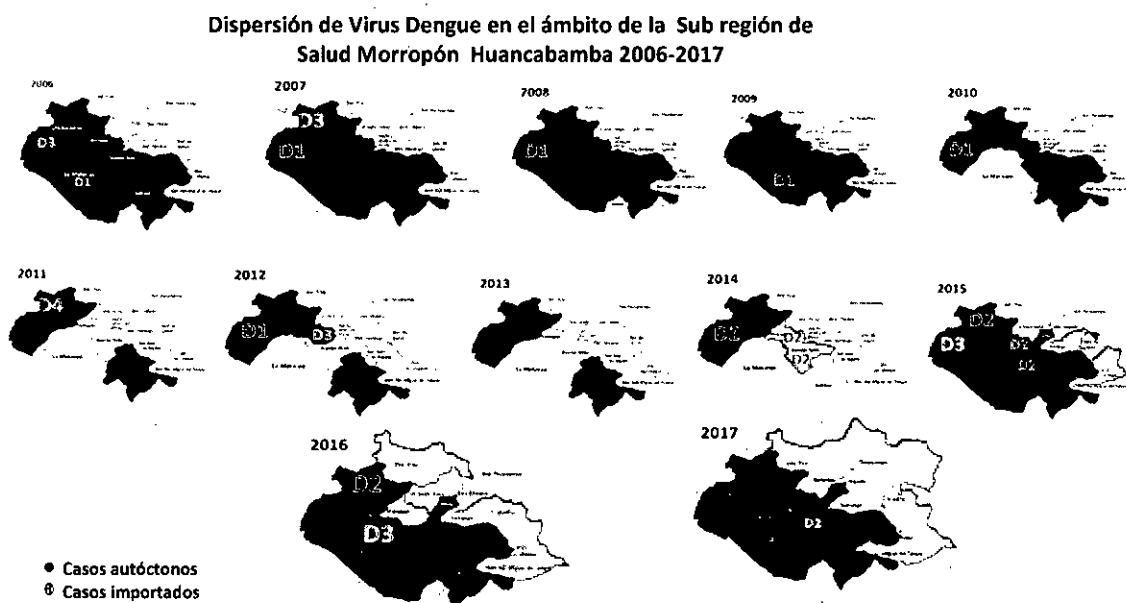
quienes también conforman el equipo de facilitadores de la SRSMH.

Las actividades de vigilancia y control de vectores mejoraron gracias a la contratación de recursos humanos en la modalidad de servicios no personales. Además, se consiguió la participación de la comunidad a través de la conformación de brigadas comunales quienes consiguen disminuir la presencia de casas ruinosas – abandonadas en las localidades.

En el 2017 se notificaron 2 184 casos de los cuales se confirmaron laboratorialmente 532 casos. Hubo 03 muertes por dengue, 02 de estas en pacientes con comorbilidad.

IV. RESULTADOS

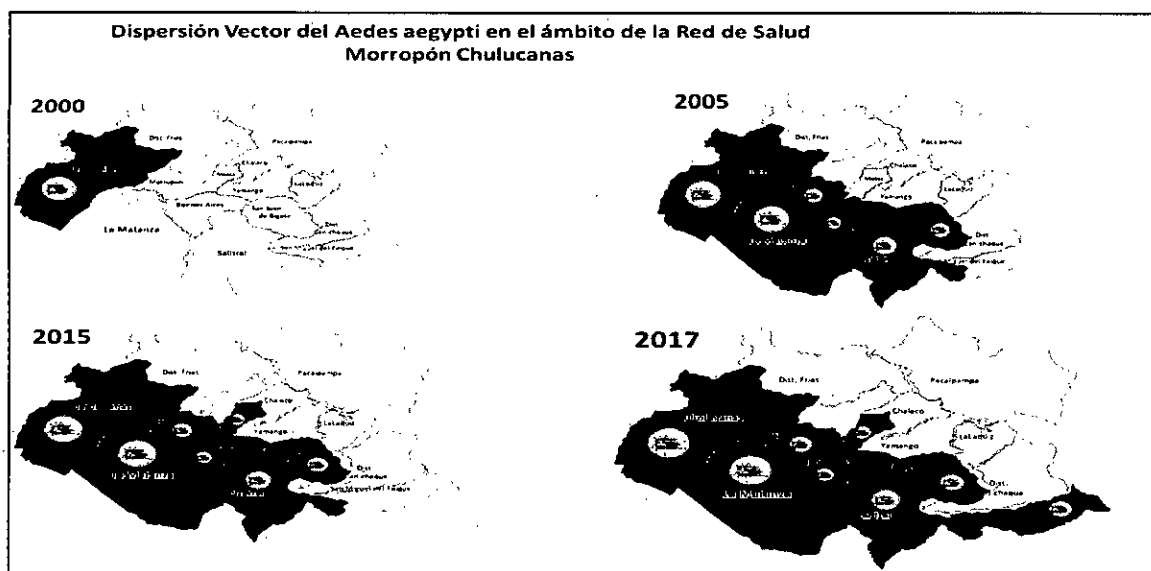
Gráfico N° 4.1



En el gráfico N° 4.1, se puede evidenciar la dispersión del virus dengue en las diversas localidades de la jurisdicción de la Subregión de Salud Morropón Huancabamba, que empezó instalándose en 5 de nuestros distritos y en la actualidad la infestación del vector y la presencia del virus abarca 7 de nuestros distritos en los cuales se han presentado casos autóctonos en su mayoría.

Así mismo podemos identificar los serotipos circulantes en los diferentes años lo cual nos determinará los escenarios epidemiológicos. Tal es así, que desde el año 2014 a la fecha tenemos la circulación del serotipo DEN2 o también conocido como serotipo asiático americano. Dicho serotipo ha causado el incremento en los índices de morbimortalidad por ser un virus bastante agresivo y letal.

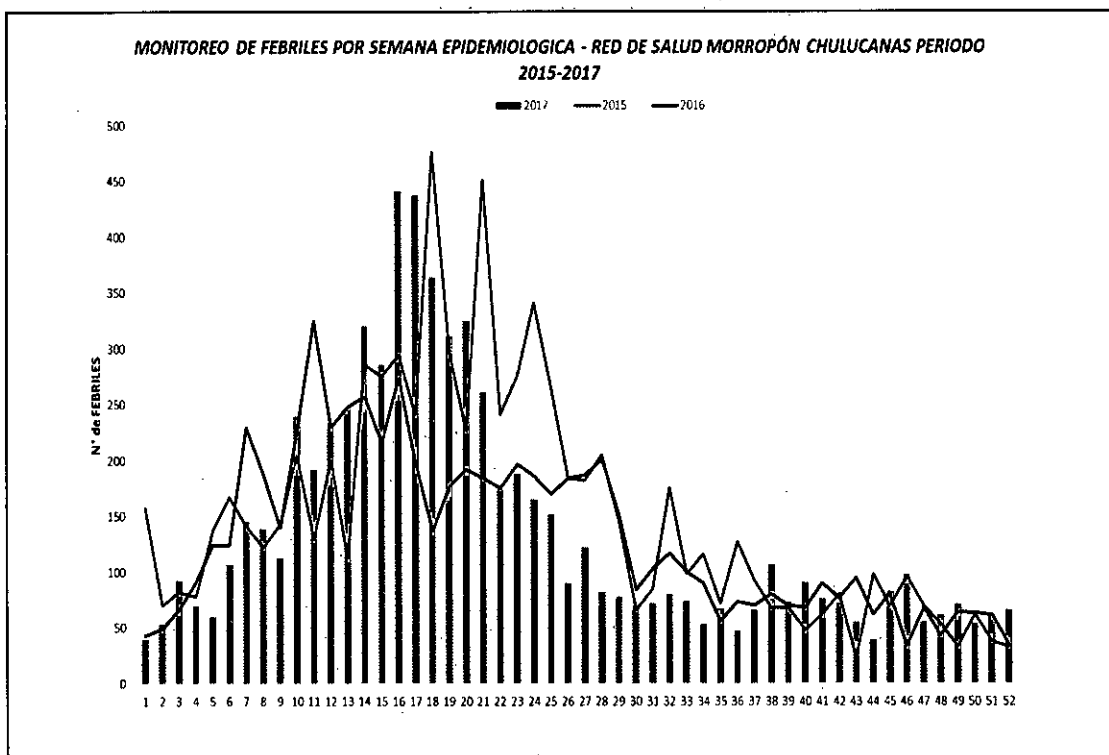
Gráfico N° 4.2



En el gráfico N° 4.2 podemos ver como el vector ha ido desplazándose a nuevas localidades que presentan para él factores apropiados para su instalación y reproducción. Entre los factores a detallar encontramos: el clima, la temperatura, la existencia y acúmulo de criaderos de zancudo (llantas, botellas, latas, etc.), la deficiente limpieza intradomiciliaria, el desabastecimiento de agua, la mala conservación del agua en los domicilios, etc.

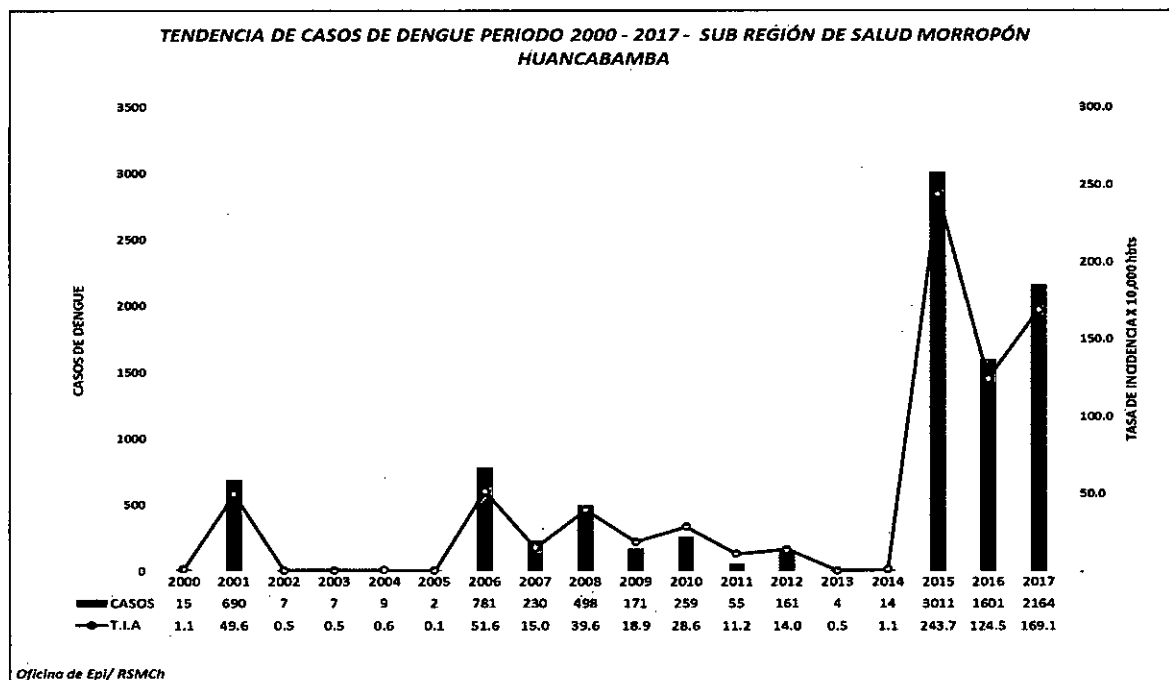
A la actualidad podemos decir que 08 de los distritos pertenecientes a la Subregión Morropón Huancabamba se encuentran infestados por el vector aedes aegypti lo que implica estar vigilantes con la circulación del virus dengue que originaría la presencia de nuevos brotes.

Gráfico N° 4.3



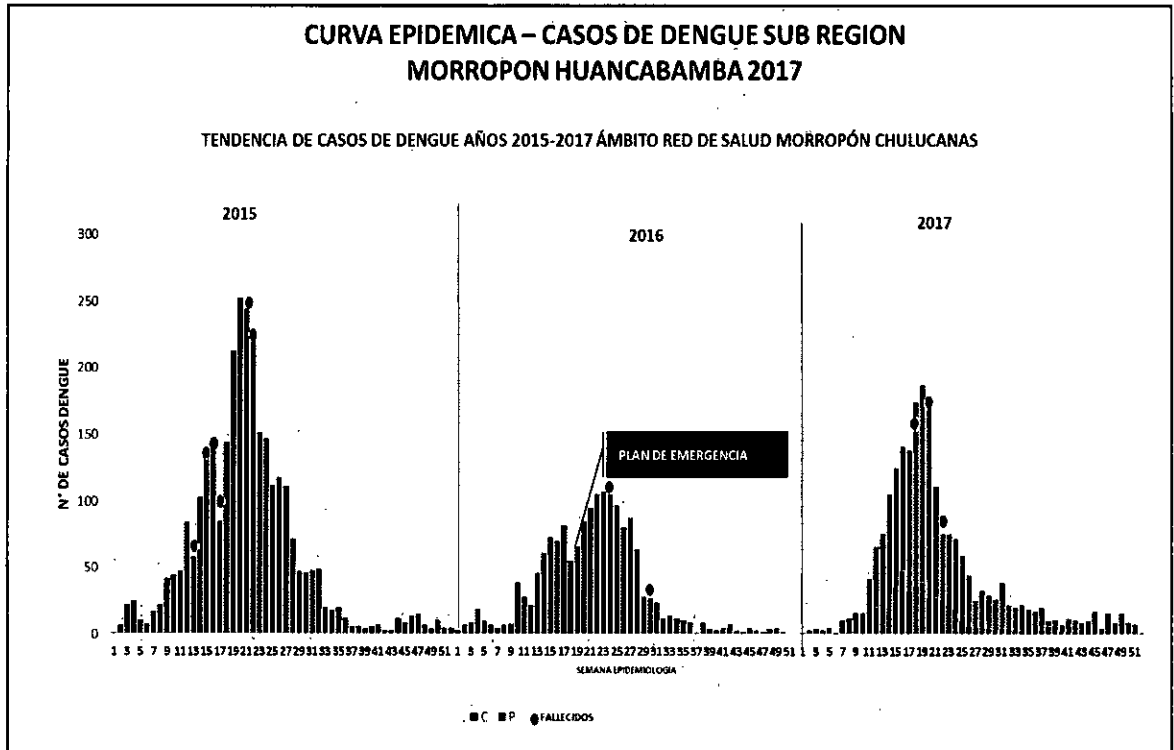
En el gráfico N° 4.3 se observa la presentación de los febriles por semana epidemiológica en los años 2015 – 2017, lo que nos conlleva a deducir el inicio, pico máximo y caída de los brotes de dengue presentados en estos últimos años, información importante para la toma de decisiones oportunas y adecuadas.

Gráfico N° 4.4



En el gráfico N° 4.4 podemos evidencia la tendencia de los casos de dengue durante el periodo 2000 – 2017 pudiendo identificar que los brotes de mayor relevancia han sido los ocurridos en los tres últimos años (2015 – 2017) presentando TIAs bastante elevadas con la presencia de casos muy por encima de lo estimado en años anteriores.

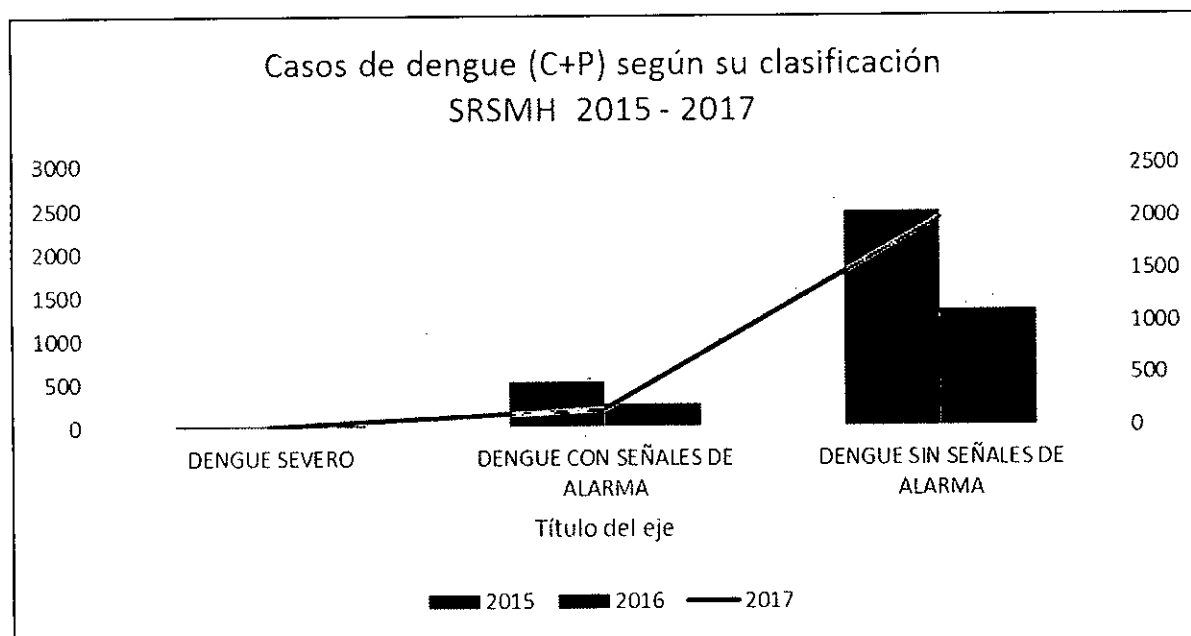
Gráfico N° 4.5



En el gráfico N° 4.5 podemos ver el comportamiento de los brotes ocurridos en los 3 últimos años 2015 – 2017; llegando a la conclusión que los 3 brotes tienen similares comportamientos ya que en las primeras SE del año presentan una discreta elevación de casos, siendo el pico máximo en las SE 15 – 27 respectivamente. Así mismo se puede ver que ese pico máximo no es sostenible, sino que enseguida tiende a caer debido a las intervenciones realizadas para contrarrestar dichos brotes evitando muerte por esta enfermedad.

Gráfico N° 4.6

DIAGNOSTICO	2015	2016	2017
DENGUE SEVERO	13	3	1
DENGUE CON SEÑALES DE ALARMA	527	266	165
DENGUE SIN SEÑALES DE ALARMA	2471	1332	1998
Total, general	3011	1601	2164



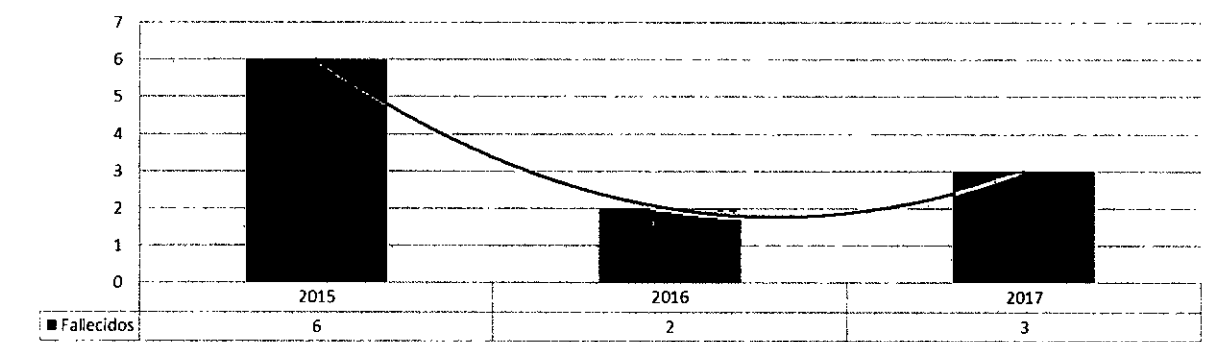
En el gráfico N° 4.6 podemos evidenciar la tendencia de los casos según su clasificación en la jurisdicción de la SRSMH en los años 2015 – 2017.

Se observa una ligera variación descendente de casos de dengue grave y dengue con señales de alarma debido al trabajo que viene realizando oportunamente el personal de salud en el diagnóstico clínico del paciente, así como el seguimiento de este con el fin de evitar mayores complicaciones.

Cabe mencionar que la población se halla más empoderada de conocimientos acerca del dengue y acuden tempranamente a los EE.SS. ante un caso salvaguardando su vida ante cualquier eventualidad.

Gráfico N° 07

**Fallecidos por Dengue en la Sub región de Salud Morropón
Huancabamba en el periodo 2015 - 2017**



En el gráfico N° 07 se evidencia la tendencia de fallecidos por dengue en los años 2015 – 2017.

En el año 2015 se tuvieron 06 muertes debido a la mala organización de los servicios, a la deficiente preparación y sensibilización del personal de salud para la atención del paciente con dengue, sumado a ello la deficiente vigilancia y control de vector debido a la escasez de recurso humano.

Estos factores se fueron mejorando motivo por el cual en los siguientes años ha disminuido considerablemente la cifra de fallecidos por dengue en nuestra jurisdicción.

V. CONCLUSIONES

- a. La dispersión del virus dengue en las diversas localidades de la jurisdicción de la Subregión de Salud Morropón Huancabamba, ha afectado, a la actualidad, 8 de los 15 distritos pertenecientes a nuestra jurisdicción; presentándose casos autóctonos en su mayoría.
- b. El vector ha ido desplazándose a nuevas localidades que presentan para él factores apropiados para su instalación y reproducción. Entre ellos: el clima, la temperatura, la existencia y acúmulo de criaderos de zancudo (llantas, botellas, latas, etc.), la deficiente limpieza intradomiciliaria, el desabastecimiento de agua, la mala conservación del agua en los domicilios, etc.
- c. El comportamiento de los brotes ocurridos en 2015 – 2017; tienen similares comportamientos ya que en las primeras SE del año presentan una discreta elevación de casos, siendo el pico máximo en las SE 15 – 27 respectivamente. Así mismo se puede ver que ese pico máximo no es sostenible, sino que enseguida tiende a caer debido a las intervenciones realizadas para contrarrestar dichos brotes evitando muerte por esta enfermedad.
- d. En la tendencia de los casos en los años 2015 – 2017 se observa ligeramente con una variación descendente de casos de dengue grave y dengue con señales de alarma debido al trabajo que viene realizando oportunamente el personal de salud en el diagnóstico clínico del paciente, así como el seguimiento de este con el fin de evitar mayores complicaciones.

e. Se evidencia disminución en la tendencia de fallecidos por dengue en los años 2015 – 2017, debido a que se fueron mejorando factores como organización de los servicios, la deficiente preparación y sensibilización del personal de salud para la atención del paciente con dengue, así como la vigilancia y control de vector.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Capacitar continuamente al personal de salud con el propósito de brindarle las herramientas necesarias para la atención integral adecuada y oportuna de los pacientes afectados por dengue.
- b) Fortalecer las relaciones interinstitucionales que permitan la prevención de enfermedades como el dengue.
- c) Identificar los escenarios de riesgo para realizar las intervenciones adecuadas con el fin de evitar nuevos brotes de dengue.

VII. REFERENCIALES

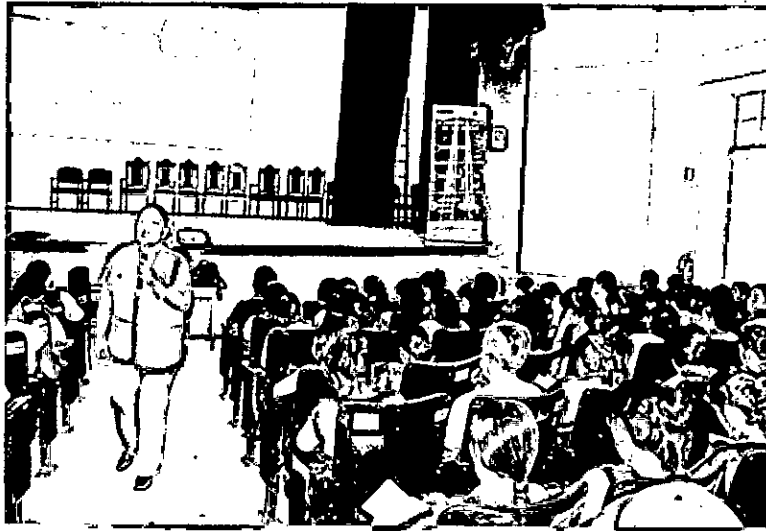
1. SEPULVEDA- SALCEDO LS, VASILIEVA O, MARTÍNEZ- ROMERO HJyAAJH. Un modelo para la dinámica del dengue en Cali, Colombia.. Revista de Salud Publica de la Universidad de Colombia. 2015 julio; 17(5). 2015 julio; 17(5).
2. OPS/OMS. Organización Panamericana de la Salud. [Online].; 2018 [cited 2018 ENERO 02. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=1&Itemid=40734&lang=es.
3. WHO P. PAHO WHO. [Online].; 2018 [cited 2018 Enero 04. Available from: www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4494%3A2010-descripcion-situacion-epidemiologica-actual-dengue-americas&catid=901%3Adengue-content&Itemid=0&lang=pt.
4. Victoria, L.C., Jessica, G.C., Susan, M.L, Elena, V.L., Angel, O.I., & Fabiola, C.Q. Situación Epidemiológica del Dengue, Perú 2017. Boletín Epidemiológico del Perú. 2017 Octubre; 26(SE 40).
5. Jessica, G.C., Victoria, L.C., Susan, M.L., Elena, V.L., Angel, O.I., & Fabiola, C.Q. Situación epidemiológica del Dengue, Perú 2017. Boletín Epidemiológico del Perú. 2017 Junio; 26(SE 25).
6. Sub Región de Salud Morropon Huancabamba. Sala situacional de la Sub Región de Salud Morropon Huancabamba. 2017 Octubre..
7. RODRIGUEZ HEREDIA, Odalys I; ABREGU SARMIENTO, Cielo Arasely; ESPINOLA ARTOLA,Arnaldo; CASTAÑEDA SOUZA, Adalis. Estrategias de intervención sobre Dengue. Revista Archivo Médico de Camaguey. 2010 Mayo - Junio; 14(3).

8. GARCELL RODRIGUEZ F, GARCELL RODRIGUEZ F. Rol de Enfermería de práctica avanzada en la prevención del dengue. Holguin: Sociedad Cubana de Enfermería; 2014 - 2015.
9. SÁNCHEZ L, PÉREZ D, ALFONSO L, CASTRO M, SÁCHEZ LM, VAN DER STUYFT Pea. Estrategia de educación popular para promover la participación comunitaria en la prevención del dengue en Cuba. La Habana - Cuba.; 2002 - 2004.
10. ROCHA VELASQUEZ KC. Efecto de intervención educativa de enfermería sobre conocimientos y prácticas preventivas contra el dengue en pobladores de una comunidad Lurín". Lurin - Lima.; 2016.
11. Definición ABC. Definición ABC. [Online].; 2007 - 2018 [cited 2018 Enero 05. Available from: www.definicionabc.com/general/intervenir.php.
12. MCOE E. Metodología de Cuidados, el proceso enfermero: características, orígenes, evolución y fases. [Online].; 2015 [cited 2018 01 05. Available from: [www.grupocto.com/web/editorial/pdf/ANEXO OPCA/Anexo Tema%205 OPE CANARIAS web.pdf](http://www.grupocto.com/web/editorial/pdf/ANEXO_OPCA/Anexo_Tema%205_OPE_CANARIAS_web.pdf).
13. VIGNOLO , VACAREZZA M, ALVAREZ C, SOSA A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Scielo Uruguay. 2011 Abril; 33(1).
14. ROJAS ZEGARRA MI. Hallazgos ecográficos del dengue en pacientes que acudieron al. 2015..
15. MINSA. Guía de practica clínica para la atención de casos de dengue en el Perú. 2017..
16. enfermedades Cpecylpd. Enfermedades y afecciones. [Online].; 2015 [cited 2018 enero 05. Available from: www.cdc.gov/spanish/enfermedades/dengue/hojados.htm.

17. VALLADARES RAMOS AM. CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA DEL DENGUE EN. Tesis. SAN PEDRO SULA: UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS EN EL VALLE DE SULA, Pediatría; 2016.
18. CISNEROS G F. TEORIAS Y MODELOS DE ENFERMERIA. 2005 Febrero..

ANEXOS

PREVENCIÓN DEL DENGUE



Fuente: Propia. 2017



Fuente: Propia. 2017

PREVENCIÓN DEL DENGUE



Fuente: Propia. 2017