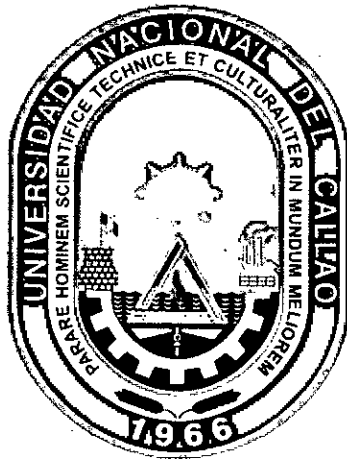


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES METAXÉNICAS EN EL
ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-3 KM 50, CHULUCANAS-PIURA,
2015-2017**

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

ANGHELA LOURDES ANTO ALZAMORA

**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	38
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	39
3.1 Recolección de Datos	39
3.2 Experiencia Profesional	39
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	41
IV. RESULTADOS	44
V. CONCLUSIONES	47
VI. RECOMENDACIONES	48
VII. REFERENCIALES	49
ANEXOS	52

INTRODUCCIÓN

El presente informe de experiencia profesional titulado INTERVENCION DE ENFERMERIA EN LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN ENFERMEDADES METAXENICAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-3 KM 50, CHULUCANAS - PIURA, 2015 - 2017. Tiene como objetivo describir el actuar del profesional de enfermería en relación con la vigilancia epidemiológica en enfermedades Metaxénicas en el Establecimiento de Salud km 50 – Chulucanas. Así mismo tiene como finalidad describir las acciones de ante la presencia de casos de enfermedades como Dengue en la comunidad que contribuirá a disminuir los riesgos de complicaciones reduciendo los costos de la salud disminuir la estancia hospitalaria, el re hospitalización, la morbilidad y la mortalidad, mejorando así la calidad de vida de la población.

La enfermería en Vigilancia epidemiológica está encaminada a la disminución de la morbilidad y la mortalidad innecesarias y en la vigilancia del proceso salud – enfermedad de las personas y comunidades, esta labor se basa en la teoría de Florence Naithingale que habla sobre la relación entorno-paciente, enfermera – entorno, enfermera-paciente, centrada en la orientación hacia la salud pública y la centrada en la orientación hacia la enfermedad unida a la práctica médica.

En su concepto no separo nunca los aspectos físicos, emocionales y sociales del paciente. En el actuar diario se debe desarrollar la habilidad

de observación inteligente para atender a los pacientes y medir su mejoría o su falta de respuesta ante las diversas intervenciones de enfermería.

El presente informe consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: **El capítulo I** describe del planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, **el capítulo II** incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, **el capítulo III** considera la presentación de la experiencia profesional, **capítulo IV** resultados; **capítulo V** conclusiones, **capítulo VI** las conclusiones y el **capítulo VII** Referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

La Organización Mundial de la Salud 2010, cita que unos 1.800 millones de personas, más del 70% de la población en riesgo de dengue a escala mundial, viven en estados miembros de la región de Asia Suroriental y de la Región del Pacífico Occidental, las cuales aportan cerca del 75% de la actual carga mundial de la enfermedad. Desde estas regiones el dengue se ha propagado a nuevas áreas y ha aumentado el número de casos en las áreas ya existentes. (1)

BOLETIN EPIDEMIOLOGICO ECUADOR EN LA SEMANA EPIDEMIOLOGICA N°17 dice que el Ecuador el Dengue representa un prioritario y creciente problema de salud pública en el contexto de las enfermedades transmitidas por vectores, mostrando un comportamiento endemo-epidémico desde su aparición a finales de 1988; año a partir del cual, de manera progresiva y en concordancia con la dispersión del vector y la circulación de nuevos serotipos virales, se han registrado varios ciclos epidémicos. La persistencia de la transmisión de la enfermedad está asociada a determinantes sociales, económicos, ambientales y culturales que en mayor o menor magnitud están presentes en aproximadamente el 70% de la extensión territorial del país, donde se estima habitan 8'220.000 habitantes que están en riesgo de enfermar por esta patología. La transmisión del dengue se mantiene de manera endémica durante todo

el año y los ciclos epidémicos generalmente coinciden con la temporada de lluvias, donde se dan las condiciones propicias para la explosiva reproducción del *Aedes Aegypti* vector de la enfermedad en una serie de recipientes que se encuentran en las viviendas. En las primeras diecisiete semanas del 2013 se confirmaron y notificaron 6529 casos de dengue, de ellos, 5993 (91,8%) corresponden a dengue sin signos de alarma; 493 (7,6%) son casos de dengue con signos de alarma y 40 personas con dengue grave (0,61%). En el 2012, en el mismo periodo de tiempo (semanas epidemiológicas 1 a 17), se reportaron 6285 casos de dengue, lo que significa, que con los datos preliminares de la semana 17, existe un incremento del 3.8% en el 2013. (2)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), establece como una de las funciones esenciales de la salud pública la reducción del impacto de las situaciones de emergencia, siendo necesario contar con sistemas de alerta y respuesta rápida en cada Estado. En el Perú, hasta la semana epidemiológica (SE) 39 se han notificado al sistema de vigilancia 73 170 casos de dengue (entre confirmados y probables); siendo 3,1 veces más casos, al mismo periodo del 2016 con 23728 casos. La curva epidemiológica 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. En el 2017, según la clasificación clínica: el 88,6% (64 865) de casos son dengue sin signos de alarma, 11,0% (8 071) dengue con signos de alarma y 0,3% (234) casos graves;

los casos de dengue fueron notificados por los departamentos de Piura, La Libertad, Tumbes, Ica y Ancash. El 65,7% de los casos de dengue a nivel nacional se concentran en Piura. El Perú ha logrado importantes avances en el control de la rabia, entre ellos la eliminación de la transmisión de rabia urbana en más del 80% del territorio y la disminución de la transmisión de rabia silvestre mediante la protección de la población en riesgo a través de la administración de tratamientos antirrábicos pre y post exposición. (3)

En la Región Piura, existen mosquitos tales como *Aedes Aegypti* vector de la enfermedad del Dengue, Zika y Chikungunya, entre otras; nuestra localidad por sus características ambientales de temperatura, humedad relativa y costumbres arraigadas de la población favorables hace aún más latente el alto riesgo de la presentación de casos de estos problemas de salud. Tal es el caso que tenemos la enfermedad del dengue que desde sus comienzos en el año 2001 con la presentación de casos y hasta el presente año siguen presentándose casos de dengue, como la aparición de una enfermedad reemergente como lo es la *Leptospira*, en el ámbito de la jurisdicción de la Red de Salud Morropón Chulucanas, debido principalmente a los hábitos de higiene y prácticas inadecuadas de saneamiento básico por parte de la población. (4)

A lo largo de los años CLAS KM50 realiza actividades de vigilancia entomológica, vigilancia epidemiológica en el control de mosquito

transmisor de las enfermedades Dengue, Chikungunya, Zika, entre otros. En una lucha constante por cambiar los estilos de vida de la población se realizan actividades como con actividades como la abatización casa por casa, búsqueda de febriles, vigilancia entomológica, educación a las familias, tratamiento de casos, vigilancia de enfermedades prevalentes entre otros.

1.2. Objetivo

Describir la intervención de enfermería en la vigilancia epidemiológica en enfermedades metaxénicas en el Establecimiento de Salud I-3 Km 50, Chulucanas - Piura, 2015 - 2017.

1.3. Justificación

Este informe se realiza con la finalidad de dar a conocer las actividades que se realizan diariamente en vigilancia epidemiológica en la lucha contra el dengue y otras Arbovirus en el periodo 2015 - 2017 con el propósito de crear conciencia en la población y de esta manera disminuir múltiples complicaciones, así como la muerte.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

A. Internacionales

NOGUERA, ISABEL 2017 en la publicación Vigilancia en salud pública: una necesidad inaplazable dice que el entorno europeo es rico en experiencias y fuente de inspiración para el futuro. Así, el Reino Unido lanzó su estrategia de vigilancia en salud pública con una visión integral de enfermedades y riesgos orientada a la toma de decisiones. Francia acaba de crear su Agence Nationale de Santé Publique, una apuesta integradora entre vigilancia en salud pública, prevención, promoción y educación sanitaria. En España, el desarrollo de una red de vigilancia en salud pública basada en el principio de «información para la acción», que aporte la mejor evidencia para la toma de decisiones, es una necesidad inaplazable. Contamos con capacidad sobrada para alcanzar posiciones de liderazgo en Europa, y tenemos profesionales con formación para discriminar lo esencial de lo superfluo; solo son necesarios prioridad en las agendas políticas y recursos. (5)

CHAN, MARGARE 2012 Directora General de la OMS, en el artículo sobre el cambio climático continuado dice que tendrá profundas consecuencias negativas en algunos de los determinantes sociales y ambientales de la salud, como los alimentos, el aire y el agua. Las zonas que disponen de una infraestructura sanitaria débil, en su mayoría

situadas en los países en desarrollo, serán las menos aptas para prepararse y dar respuesta a estos problemas si no reciben ayuda. (6)

GAVIRIA, LUCIA 2000 en el Modelo de participación de enfermería en promoción de la salud y prevención de la enfermedad que habla sobre la participación de una IPS está encaminada a la disminución de la morbilidad y la mortalidad innecesarias y el cuidado y vigilancia del proceso salud enfermedad de las personas y los colectivos que permitan la construcción de políticas públicas saludables al interior del tejido social para que el desarrollo sostenible sea una realidad. Estas funciones y responsabilidades del profesional cobran mayor pertinencia en Colombia donde la situación social, económica y política es aberrante. (4)

ZARALEGUI, ADELAIDA 2003; en el rol de enfermería analiza los conceptos fundamentales de ser humano, salud-enfermedad, entorno y enfermería. El desarrollo teórico también ha ayudado al entendimiento y aceptación de la complejidad de la enfermería y la inevitabilidad de sus múltiples teorías. El pluralismo paradigmático del desarrollo de la disciplina refleja la diversidad de su enfoque, la persona, la diversidad de sus interacciones en la salud y en la enfermedad, y la diversidad de las intervenciones de enfermería. Los factores del entorno, que influyen la manera como las personas perciben y centran sus acciones en relación con la salud, los podemos clasificar en tres grupos: el entorno físico, los

patrones culturales y los patrones sociales. Estos factores han sido agrupados de diferentes maneras, dependiendo del interés específico de la autora, así como desde el punto de vista de la relación enfermero-cliente o de los principios del sistema de salud pública. El entorno físico incluye las variables físicas, químicas y biológicas que influyen la salud humana. El entorno deseable proporciona una gran variedad de estímulos compatibles, que son necesarios para el desarrollo mental y físico. (7)

Para GIRALDO ÁLVARO, 2015 el rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS); En primer lugar, es necesario enfatizar que el rol de los profesionales de la salud se materializa en el equipo de salud con una orientación colectiva y comunitaria. Según el enfoque chileno de mediados de la primera década de este siglo, el equipo de salud en el ámbito comunitario ha de asumir objetivos comunes, desarrollar actividades propias del primer nivel de atención, hacerlo desde una perspectiva interdisciplinaria, con un enfoque individual, familiar y comunitario, con énfasis en la prevención de la enfermedad y la promoción de salud, y constituirse en la puerta de entrada de la red asistencial. En este marco se ubicaría el equipo de salud dentro del sistema de salud basado en la atención primaria en salud, aunque no se podría reducir al primer nivel de atención. (8)

Para GIRALDO ÁLVARO, 2015 el rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS); también habla de la evidencia internacional confirma “que la forma más eficaz de atención en el primer

nivel es la realizada por un equipo de salud. Los conceptos modernos de organización del trabajo están basados en la actividad grupal o de equipo. La complejidad científica y tecnológica de los procesos productivos y la necesaria optimización de su eficacia aconsejan la colaboración de distintas personas, en muchos casos de origen formativo y perfil profesional diferente". (8)

ARANGO, ZULIANI 2010 afirma en su publicación de la epidemiología a la salud colectiva que es la concepción integral de la medicina, que abarca lo biológico y lo social, pues le permite ampliar su visión del proceso salud-enfermedad y contextualizarla en su realidad. El cambio en el nivel de vida de las comunidades, los hallazgos tecnológicos y la revolución científica han modificado el comportamiento de las enfermedades que ahora afectan a mayor número de personas de manera más agresiva. "Esta modificación puso de relieve padecimientos no infecciosos cuya elevada frecuencia no se debía a los mecanismos clásicos de transmisión. Se trata de las enfermedades crónicas no transmisibles, que son materia importante de estudio en la epidemiología moderna". La epidemiología cuyo objeto de estudio son los determinantes de la salud en las poblaciones ha traído rigor metodológico y capacidad de análisis objetivo a la práctica de la medicina. En su transformación pasó de una investigación cuantitativa biológica a una que también tiene en cuenta lo cualitativo social, donde el objeto de estudio abarca simultáneamente factores socioculturales y biológicos, individuales y

poblacionales, lo que la define como un campo transdisciplinario y le plantea retos metodológicos y conceptuales. (9)

B. Nacional

OPS 2013 afirma en su Documento de sistematización. Respuesta a los brotes de dengue en las ciudades de Pucallpa e Iquitos, Perú. Lima, dice que el dengue es uno de los principales problemas de salud pública en el Perú. La extensión e incremento del riesgo se ve favorecido por múltiples factores ambientales, biológicos, culturales y sociales; su abordaje y solución requiere una participación multisectorial, intergubernamental y de la comunidad organizada», comenta el doctor Martín Clendenes Alvarado, coordinador nacional de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y otras transmitidas por vectores del Ministerio de Salud (MINSU). (10)

2.2 Marco Conceptual

2.2.1. Vigilancia Epidemiológica:

A. Es el conjunto de estrategias y acciones que permiten identificar y detectar los daños y riesgos para la salud. Es el análisis e interpretación sistemática y oportuna de los datos y la difusión de los resultados y recomendaciones que permite efectuar los cambios necesarios para mejorar la situación de salud. Tiene como objetivo ofrecer orientación técnica permanente a quienes tienen la

responsabilidad de decidir sobre la ejecución de acciones de prevención y control, facilitando a tal efecto, la información actualizada sobre la ocurrencia de las enfermedades, los factores condicionantes y las poblaciones definidas “de riesgo”. (11)

B. La vigilancia epidemiológica es un prerrequisito para los programas de prevención y control, y abarca por lo tanto todas las actividades necesarias para adquirir el conocimiento que debe fundamentar las actividades de control eficiente y eficaz. También dice que La vigilancia epidemiológica constituye el subsistema de información del sistema de información-decisión-control de las enfermedades específicas, que sirve de base para hacer recomendaciones, para evaluar las medidas de control y para realizar la planificación. (12)

2.2.2. Investigación en enfermedades de salud pública:

A. La identificación de los factores de riesgo, individuales y colectivos, que participan en la ocurrencia de enfermedad en la población es la base para el desarrollo de intervenciones dirigidas a la promoción de la salud y la prevención y control de la enfermedad. En situaciones de alerta epidemiológica, las medidas de control deben ser implementadas en forma rápida y eficiente y deben dirigirse a suprimir o eliminar las fuentes de infección o exposición, interrumpir la transmisión en la población y reducir la susceptibilidad (13).

2.2.3. Los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica (SVE)

- A. Se establecen dependiendo la cobertura que se quiera tener, de los objetivos que se quieran cumplir, de las posibilidades presupuestales, humanas y del interés de Organismos Gubernamentales o no Gubernamentales. (13)

2.2.4. Investigación de brotes:

- A. La investigación (o estudio) de brotes es el estudio epidemiológico de campo más frecuentemente aplicado y de mayor utilidad práctica entre los equipos locales de salud y constituye un excelente modelo de investigación comunitaria y de entrenamiento en servicio. La historia de la salud pública exhibe una gran cantidad de notables ejemplos de investigación de brotes, desde el clásico estudio de John Snow sobre el cólera en Londres a mediados del Siglo XIX hasta los más recientes como la investigación epidemiológica de la enfermedad de los legionarios, ambos anexados a esta Unidad como lecturas complementarias. En la escala internacional contemporánea destacan los enormes esfuerzos de investigación sobre el SIDA y el cólera, entre muchas otras enfermedades nuevas y emergentes. Siempre es retrospectiva. El éxito de una típica investigación de campo, que depende de la memoria y recuerdo de las personas sobre circunstancias de su vida cotidiana (alimentos, rutas de viaje,

contactos), requiere que la recolección de datos ocurra lo más cercanamente posible a la propia ocurrencia del evento. (13)

2.2.5. Cadena de transmisión de enfermedades:

A. Es el resultado de la interacción entre un agente, la vía de transmisión y el huésped, donde el medio ambiente tiene una influencia más o menos importante, porque obviamente tanto la gente como el huésped están insertos en un medio ambiente y la vía de transmisión se hace también en el medio ambiente. Dicha cadena se estudia con objeto de conocer cada uno de los eslabones de la cadena de enfermedades infecciosas, de identificar cuáles son esos elementos de la cadena para poder prevenir y controlar las enfermedades infecciosas. (14)

- a) Reservorio: Lugar donde los microorganismos se mantienen, crecen y se multiplican. Puede ser animado o instrumental.
- b) Agente Infeccioso: Es el organismo responsable de la enfermedad infecciosa.
- c) Puerta de Salida: Es el sitio por donde el agente infeccioso abandona al huésped.
- d) Puerta de Entrada: corresponde a los lugares por donde el agente ingresa al huésped susceptible

- e) Huésped susceptible: es un ser vivo que no tiene inmunidad específica a un agente determinado y al estar en contacto con él, puede desarrollar la enfermedad producida por el agente.
- f) Vías de transmisión: Es el mecanismo por el cual el agente infeccioso es transportado desde la puerta de salida del reservorio a la puerta de entrada del huésped susceptible. (14)

2.2.6. Búsqueda activa y pasiva:

- A. Búsqueda pasiva; Se inicia cuando el caso consulta al personal de salud (médico) No requiere de la implementación de unidades notificadoras. El caso consulta en el sistema habitual. Registro a través del sistema habitual de notificación de casos. (15)
- B. Búsqueda activa; Se inicia frente a la sospecha de caso. Se desarrolla un sistema con unidades notificadoras con personal de salud capacitado para detectar el caso sospechoso. Registros especiales para dejar constancia del estudio del caso sospechoso, de laboratorio y de estudio de contactos. (15)

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 humanase 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).

Enfermedades Metaxénicas:

Malaria; definición de caso:

caso probable: Toda persona con fiebre, escalofríos, cefalea y malestar general, con antecedente de exposición, procedencia -o residencia- en áreas endémicas de transmisión de la malaria.

Caso confirmado: Toda persona notificada como caso probable más el hallazgo del parásito por gota gruesa o por cualquier otro método de diagnóstico de laboratorio.

Caso confirmado de malaria complicada: Todo caso confirmado que presenta uno o más de los siguientes signos de alarma: deterioro del estado de conciencia, anemia severa, parasitemia elevada, signos de insuficiencia aislada -o asociada- de tipo renal, cardiovascular, hepática, pulmonar que requiere inmediata hospitalización y tratamiento especializado.

Muerte por malaria confirmada: Muerte de un paciente con síntomas y/o signos de malaria complicada y confirmada por laboratorio.

Fracaso terapéutico de la malaria: Paciente con diagnóstico confirmado de malaria, no complicada, sin síntomas que indiquen otra enfermedad concomitante, quien ya ha ingerido la dosis correcta de antimaláricos, pero presenta deterioro clínico o recurrencia de los síntomas dentro de los 14 días siguientes desde el inicio del tratamiento, en combinación con el hallazgo de parasitemia (formas asexuadas). (16)

Dengue:

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

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.

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.

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).

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).

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.

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. (17)

Zika

Transmitida por los mosquitos Aedes, que son los mismos transmisores del dengue y la Chikungunya. Desde fines del 2015 la enfermedad por virus Zika. Se ha introducido en las Américas, y en pocos meses se ha diseminado en varios países del continente. El virus Zika es un arbovirus del género flavivirus (familia Flaviviridae), muy cercano filogenéticamente a virus como el dengue, fiebre amarilla, la encefalitis japonesa o el virus del Nilo Occidental. El virus Zika se transmite por la picadura de

mosquitos del género Aedes, tanto en el ciclo urbano (*Aedes Aegypti*), como en el ciclo selvático.

Definición de caso;

Caso sospechoso de Zika; los síntomas se establecen de forma aguda e incluyen: exantema macular o papular (erupción en la piel con puntos blancos o rojos) y puede venir acompañado de fiebre, artritis o artralgia, conjuntivitis no purulenta, dolores musculares, dolor de cabeza y menos frecuentemente, dolor retro-orbitario, anorexia, vómito, diarrea, o dolor abdominal.

Caso confirmado por laboratorio: El diagnóstico se basa principalmente en la detección de ARN del virus Zika en el suero mediante el uso de RT-PCR2 y aislamiento viral. El período de viremia no ha sido establecido, pero se cree que es corto, permitiendo la detección del virus Zika durante los primeros 3 a 5 días después de iniciado los síntomas. Aunque los anticuerpos tipo IgM contra el virus Zika pueden ser detectados por pruebas de ELISA, el diagnóstico de laboratorio es difícil si hay baja viremia y por reacción cruzada de los anticuerpos con otros flavivirus incluyendo el virus del dengue, requiriéndose confirmación por ensayo de neutralización, sin embargo, en las Américas aún no contamos con pruebas serológicas comerciales, por lo que su uso es restringido sólo con fines de investigación. (18)

Chikungunya

Fiebre de Chikungunya o artritis epidémica causada por un alfavirus, transmitida por la picadura del zancudo *Aedes Aegypti* y *Aedes Albopictus*.

Definición de caso:

Caso probable de fiebre Chikungunya: toda persona que reside o a visitado áreas epidémicas en los último 14 días antes del inicio de síntomas con fiebre de inicio brusco $>38,5^{\circ}\text{C}$ y artralgia severa o artritis acompañado de al menos una de las siguientes manifestaciones clínicas: mialgias, rash, dolor retro-orbital, cefaleas, nauseas/vómitos.

Caso confirmado de fiebre Chikungunya: todo caso probable de fiebre Chikungunya que tenga al menos una de las siguientes pruebas confirmatorias de laboratorio: detección del ARN viral por reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa en tiempo real (RT-PCR); aislamiento del virus Chikungunya, detección de anticuerpos IgM específicas contra CHIKV en una sola muestra durante la fase aguda o convaleciente.

Caso descartado de fiebre Chikungunya por laboratorio: todo caso probable que cumpla con al menos uno de los siguientes criterios: resultado negativo de IgM en la segunda muestra tomada después de los 14 días del inicio de síntomas. Que tengan otra condición médica como

Dengue, otras arbovirosis, malaria, enfermedades exantémicas o enfermedad reumatológica.

Caso probable de fiebre Chikungunya grave: todo caso que además de presentar fiebre de inicio brusco $>38,5^{\circ}\text{C}$ y artralgia severa o artritis no explicada clínicamente por otra condición médica, que requiere el mantenimiento de al menos una función vital o presente compromiso de uno o más órganos (miocarditis, encefalitis, nefropatía, hepatitis o falla respiratoria).

Caso confirmado de fiebre Chikungunya grave: todo caso que cumpla con los mismos criterios de caso confirmado. (19)

Teorías de enfermería

Florence Nightingale 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. Su modelo considera la enfermería como una vocación religiosa, sólo para mujeres. 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. (20)

Su teoría se centra en el medio ambiente, creía que un entorno saludable era necesario para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería. Ella afirma: "Que hay cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad: el aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz".

Otro de sus aportes hace referencia a la necesidad de la atención domiciliaria, las enfermeras que prestan sus servicios en la atención a domicilio, deben de enseñar a los enfermos y a sus familiares a ayudarse a sí mismos a mantener su independencia. La teoría de Nightingale ha influido significativamente en otras teorías: Teoría de la Adaptación, Teoría de las Necesidades y Teoría del Estrés.

Metaparadigmas:

Persona: ser humano afectado por el entorno y bajo la intervención de una enfermera, denominada por Nightingale como paciente.

Entorno: condiciones y fuerzas externas que afectan a la vida.

Salud: bienestar mantenida. Para Nightingale la enfermedad se contempla como un proceso de reparación instaurado por la naturaleza.

Enfermería: la que colabora para proporcionar aire fresco, luz, calor, higiene, tranquilidad. La que facilita la reparación de una persona.

Epistemología: El fundamento de la teoría de Nightingale es el entorno: todas las condiciones y las fuerzas externas que influyen en la vida y el desarrollo de un organismo. Nightingale describe cinco componentes

principales de un entorno positivo o saludable: ventilación adecuada, luz adecuada, calor suficiente, control de los efluvios y control del ruido. Para Nightingale el entorno físico está constituido por los elementos físicos en los que el paciente es tratado, tales como la ventilación, temperatura, higiene, luz, ruido y la eliminación. Para Nightingale el entorno psicológico puede verse afectado negativamente por el estrés y según Nightingale el entorno social que comprende el aire limpio, el agua y la eliminación adecuada implica la recogida de datos sobre la enfermedad y la prevención de esta. (21)

Callista Roy

Postula las siguientes creencias filosóficas y valores acerca de la enfermería:

- Los seres humanos son holísticos y trascendentes. La persona busca, en la autorrealización, una razón de ser para su existencia.
- Por su autodeterminación, las personas toman decisiones y, por lo tanto, son autónomas y responsables de los procesos de interacción y creatividad.
- Las personas y el mundo tienen patrones comunes y relaciones integrales, que los identifican como seres únicos.

- La transformación de las personas y del ambiente está creada en la conciencia humana, o sea, en la capacidad que tiene cada uno de interpretar el medio ambiente interno y externo.
- La adaptación es “el proceso y resultado por medio del cual las personas con pensamientos y sentimientos, en forma individual o grupal, utilizan la conciencia consciente y eligen para crear una integración humana y ambiental”.

Esta evolución en la visión de la realidad debe llevar a los profesionales a cuestionar su actitud en la práctica y a la aplicación del proceso de enfermería, mirando al individuo como un ser holístico y no fragmentándolo en un ser bio-psico-social y espiritual, como hasta ahora se venía haciendo. Se debe tener en cuenta que la persona está inmersa en el ambiente constituido por sus creencias, valores, principios, sentimientos, vivencias y patrones de relación, entre otros, que determinan la forma como el individuo se enfrentará a los estímulos del medio.

Algunos de los avances logrados en la evolución del modelo teórico de Callista Roy, desde nuestra perspectiva, son:

Sistema Adaptativo Humano: SAH

“Roy describe a las personas como seres holísticos, con partes que funcionan como unidad con algún propósito, no en una relación causa-efecto. Los sistemas humanos incluyen a las personas como individuos, grupos, familias, comunidades, organizaciones, y a la sociedad como un todo”.

Los seres humanos se adaptan a través de procesos de aprendizaje adquiridos mucho tiempo atrás; por esta razón, la enfermera debe considerar a la persona como un ser único, digno, autónomo y libre, que forma parte de un contexto del cual no se puede separar. Este concepto está directamente relacionado con el de adaptación, de tal forma que la percepción que tiene de las situaciones a las cuales se enfrenta son individuales y diferentes para cada uno.

Al realizar la valoración se destaca la necesidad de evaluar a la persona como un todo; la valoración del modo fisiológico y psicosocial constituye una oportunidad para conocer no solo su estado de salud, sino también la percepción que tiene de la situación que está viviendo en este momento, cómo la está afrontando y cuáles son sus expectativas frente al cuidado de enfermería, para promover su adaptación. Ello permite establecer las estrategias más efectivas para lograr en forma conjunta la meta

de enfermería, que, de acuerdo con los planteamientos del modelo, es promover la adaptación, entendida esta como un estado de bienestar del ser humano.

Ambiente

“Son todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y el comportamiento de los seres humanos como sistemas adaptativos, con particular consideración de la persona y de los recursos del mundo”⁶. El ambiente es todo aquello que rodea a la persona y lo que está dentro de ella. El ambiente no se limita al entorno, está constituido además por sus experiencias y los aspectos que constituyen su ambiente interno.

Desde esta perspectiva, la enfermera y el paciente forman parte del ambiente de cada uno, y en él establecen una relación de reciprocidad. El personal de enfermería debe ser consciente de que constituye un estímulo para el paciente y, por lo tanto, puede afectar en forma positiva o negativa su adaptación. A su vez, implica reconocer una interacción de iguales, consecuente con su condición de persona, en la cual se establece una comunicación bidireccional que promueve el crecimiento mutuo.

El ambiente está directamente relacionado con los estímulos, toda vez que estos desencadenan respuestas adaptativas, que

promueven las metas de adaptación e integridad, y respuestas inefectivas, que no promueven la integridad, ni contribuyen a la meta de adaptación e integración de las personas con el mundo.

Estímulos

“todo aquello que provoca una respuesta. Es el punto de interacción del sistema humano con el ambiente”. Ella los clasifica así:

- Estímulo focal. “Es el objeto o evento que está presente en la conciencia de la persona. La persona enfoca toda su actividad en el estímulo y gasta energía tratando de enfrentarlo”. Este estímulo es el factor que desencadena una respuesta inmediata en el paciente, que puede ser adaptativa o inefectiva, según si promueve o no la adaptación.
- Estímulos contextuales. Son todos aquellos que contribuyen al efecto del estímulo focal. Es decir, ayudan a mejorar o empeorar la situación.
- Estímulos residuales. Son factores ambientales dentro y fuera de los sistemas adaptativos humanos, cuyo efecto no es claro en la situación actual.

Roy también identifica unos estímulos comunes a todas las personas, que en un momento dado pueden ser focales, contextuales o residuales. Entre estos se encuentran:

- Los estímulos culturales, que comprenden el nivel socioeconómico, la etnicidad y el sistema de creencias.
- Los estímulos familiares, que involucran la estructura y las tareas del grupo familiar.
- Los estímulos relacionados con la etapa de desarrollo.
- Los estímulos relacionados con la integridad de los modos adaptativos, con la efectividad del mecanismo cognitivo y el nivel de adaptación.
- Los estímulos relacionados con el ambiente, tales como los cambios en el ambiente interno y externo, el manejo médico, el uso de drogas, el alcohol, el tabaco, la situación social, política y económica⁹.

Estos estímulos siempre están presentes y son relevantes al conjugarse con otros, pues desencadenan respuestas adaptativas o inefectivas en el individuo. Si tomamos como ejemplo la etapa de

desarrollo, que es un estímulo común, y la conjugamos con un evento como una caída, vamos a encontrar que la respuesta varía si se presenta en un niño o en un anciano. En la mayoría de los casos, el niño podrá adaptarse mucho más fácilmente a las consecuencias de esta. En un anciano, si la caída no tiene complicaciones, como fracturas, el solo hecho de haberse presentado puede ocasionar mayor inseguridad y temor a los desplazamientos, lo cual podría limitar su actividad física. Si, por el contrario, la caída ocasiona una fractura de fémur, las consecuencias de esta situación pueden ser catastróficas e incluso las complicaciones de la inmovilidad pueden llevar a la muerte.

La identificación de los estímulos, al igual que la adaptación, es un proceso dinámico; en la medida en que varía la situación cambian los estímulos, y en un momento dado, un estímulo que no era importante se puede volver focal, contextual o residual.

El análisis permanente de la relación estímulo–respuesta permite al profesional de enfermería determinar la prioridad e individualidad de los planes de cuidado, y de esta manera pueden ajustarse a los cambios que se presentan en el nivel de adaptación.

Nivel de adaptación

“El nivel de adaptación representa la condición del proceso vital y se describe en tres niveles: integrado, compensatorio y comprometido”

Integrado; describe las estructuras y funciones de los procesos vitales que trabajan como un todo, para satisfacer las necesidades humanas. Este nivel puede observarse en una consulta de control de crecimiento y desarrollo, cuando se presenta un niño con un desarrollo psicomotor acorde con su edad y sin ninguna alteración en su estado de salud.

Adaptación Compensatorio; los mecanismos reguladores y cognitivo se activan, como un reto de los procesos integrados para buscar respuestas adaptativas, procurando restablecer la organización del sistema. Esta puede ser la situación de una persona con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, quien mantiene presiones arteriales de oxígeno bajas y presiones de CO₂ elevadas, como un estímulo indispensable para mantener una respuesta adecuada en la función de oxigenación y circulación.

La Adaptación comprometido se presenta cuando las respuestas de los mecanismos mencionados son inadecuadas y, por lo tanto, resulta un problema de adaptación. El nivel de adaptación se

encuentra comprometido en una gestante con preeclampsia, en la cual las respuestas del organismo al estado actual de gestación pueden llegar a comprometer el desarrollo y la vida de la madre y del niño.

La condición cambiante del nivel de adaptación afecta la habilidad del sistema adaptativo humano para responder positivamente a la situación. Actúa como un sistema de amortiguación del estímulo focal y se comporta a su vez como otro estímulo; de aquí la importancia de establecer el nivel previo a la situación actual del individuo. El nivel de adaptación depende fundamentalmente de la estructuración de los subsistemas regulador y cognitivo, que constituyen los mecanismos de enfrentamiento de la persona.

Mecanismos de enfrentamiento

El subsistema regulador es el proceso que se opera en el sistema adaptativo humano para enfrentar los estímulos. Se basa en las respuestas del sistema neuroquímico ante un estímulo y su acción sobre los órganos efectores. Las entradas son de naturaleza química y se transmiten a través de los sistemas circulatorio y nervioso.

El subsistema cognitivo es el otro sistema que permite el enfrentamiento de los estímulos. Este proceso se fundamenta en

las actividades complejas que desarrolla el sistema nervioso central, para interpretar los estímulos ambientales internos y externos. Según Roy, la cognición se relaciona con "las habilidades humanas de pensar, sentir y actuar", y ha seleccionado el modelo de Luria para explicar el procesamiento de la información, de tal forma que la estructura es el cerebro, los procesos son neuropsicológicos y la base del conocimiento tiene relación con la experiencia y la educación.

El centro del modelo de procesamiento de la información está determinado por los procesos cognitivos de la persona: el estado de alerta-atención, la sensación-percepción, la formación y codificación de conceptos, la memoria, el lenguaje, la planeación y las respuestas motoras.

Los procesos cognitivos pueden expresarse a través de funciones motoras, como el lenguaje, los movimientos y la expresión corporal, los cuales están enmarcados por la conciencia, que tiene la capacidad de percibir e interpretar los estímulos del medio ambiente. Roy destaca que existe una interrelación permanente entre los estímulos y la conciencia.

Con lo anterior se puede concluir que el individuo al enfrentarse a una situación (estímulo) la evalúa, y con base en su experiencia y conocimientos desencadena una respuesta; según esto, el proceso cognitivo también está influenciado por el proceso emocional.

El profesional de enfermería, al identificar el estímulo, relaciona sus conocimientos con la situación que está enfrentando la persona, para lograr así comprender las respuestas que se manifiestan a través de los modos de adaptación físico-fisiológico y psicosocial.

Salud

Es el proceso de ser y llegar a ser un todo integrado¹⁴. Salud significa adaptación. Según las circunstancias de su ambiente, la persona se adapta de una forma diferente; esto lleva a que los individuos sean cada vez más complejos y tengan un mayor crecimiento.

Meta de enfermería

Es la promoción de la adaptación del sistema humano. La adaptación busca mantener la integridad y la dignidad; contribuye a promover, mantener y mejorar la salud, la calidad de vida, y a morir con dignidad.

Al revisar y analizar los conceptos del modelo se unifican las relaciones que se producen entre la persona, el ambiente y la enfermería, y se involucran dentro de éstos los estímulos, que se traducen en respuestas adaptativas o inefectivas, lo cual determina el nivel de adaptación. Por lo tanto, el profesional de enfermería debe actuar para promover las situaciones de bienestar, y así mejorar el nivel de adaptación de las personas y las respuestas adaptativas frente a los diferentes estímulos. (22)

El modelo de Callista Roy es determinado como una teoría de sistema con un análisis significativo de las interacciones. Contiene cinco elementos esenciales:

- a. Paciente: persona que recibe los cuidados enfermeros
- b. Meta de la enfermería (que se adapte el cambio)
- c. Salud
- d. Entorno
- e. Dirección de las actividades enfermeras (que facilitan la adaptación)

Todos los elementos están relacionados entre sí. Los sistemas, los mecanismos de afrontación y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos. Para Roy, los sistemas son un conjunto de componentes organizados, relacionados para formar un todo; son más que la suma de sus partes, reacciona como un todo e interactúan con

otros sistemas del entorno. El paciente es un sistema abierto y adaptativo, que aplica un ciclo de retroacción de entrada, procesamiento y salida.

El modelo establece cuatro modos de adaptación:

- a. Modo fisiológico y físico de adaptación
- b. Modo de adaptación del auto-concepto
- c. Modo de adaptación de función del rol
- d. Modo de adaptación de la interdependencia

Definición de Enfermería

Es requerida cuando una persona gasta más energía en el afrontamiento, dejando muy poca energía disponible para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio. La meta de la Enfermería es ayudar a la persona a adaptarse a los cuatro modos, ya sea en la salud o en la enfermedad.

Aplicabilidad de la valoración inicial en el modelo de los sistemas

Roy establece que la valoración inicial se debe realizar a dos niveles, primero evalúa las conductas manifestadas en los cuatro modos de adaptación. En segundo lugar, evalúa los estímulos para esas conductas y los clasifica en estímulos focales, contextuales o residuales. (23)

2.3 Definición de términos

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

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. (25)

Vigilancia epidemiológica recolección y análisis de los datos registrados en forma sistemática, periódica y oportuna, convertidos en información integrada estrechamente con su divulgación a quienes tienen la responsabilidad de intervención y a la opinión pública. (15)

Enfermedades Metaxénicas: enfermedades producidas por vectores; Malaria, Dengue, Zika, chikungunya, otras.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos:

Se consultaron varias fuentes de información, como la oficina de estadística del establecimiento de salud I-3 Km 50, a través de la notificación semanal de epidemiología (VEA) de la Sub Región de Salud Morropón Chulucanas.

Se consultó la página virtual de la dirección General de Epidemiología DGE- CDC, el boletín semanal de la Sub Región de Salud Morropón Chulucanas.

3.2 Experiencia Profesional

Mi experiencia inicio en el SERUMS en el año 2010 en el Establecimiento de Salud I-I Pitayo Micro Red Lancones, Sullana, realizando las actividades en base a la atención primaria de la salud donde las familias son extremo pobre y muchos no tienen grado de instrucción.

A partir del 2011 se laboró para la Sub Región de Salud Luciano Castillo Colonna bajo contratación CAS en los establecimientos de Salud: Puesto de Salud Somate (Centro y Servicios), Puesto de Salud El Cucho realizando las actividades preventivo promocionales basadas en la atención primaria de la salud, siendo la encargada del área de CRED e Inmunizaciones, se realizaron

actividades como visitas domiciliarias, campañas de vacunación organizadas en coordinación con la Micro Red Bellavista dirigidas a la captación de sintomáticos respiratorios, Inmunizaciones y en el Centro de Salud Ignacio Escudero (Cerro Mocho) fui la responsable de estimulación temprana gracias al curso brindado por la Sub Región de Salud, así también se realizaron actividades como seguimiento a niños ausentes al control, campañas de vacunación en los diferentes establecimientos pertenecientes al CLAS.

A partir del año 2013 se ingresó a laborar como contratación CAS para la Sub Región de Salud Morropón Huancabamba en la Sede Administrativa en las áreas de Cadena de Frio desarrollando actividades como distribución de bilógicos a los establecimientos de los diferentes CLAS, manejo de la cadena de frio de la Sub Región de Salud Morropón Chulucanas, en la estrategia de Metaxénicas y Zoonóticas se participó en las acciones de control de brote de Bartonelosis en los CLAS LOS Ranchos y Lalaquiz (Tunal) donde se realizaron capacitaciones, talleres para la atención de casos, toma de muestras, vigilancia entomológica, rociado residual todo en coordinación con la Municipalidad Distrital de Lalaquiz , luego fui rotada al Establecimiento de Salud Km 50 donde me encuentro nombrada desde octubre del año 2016 siendo la responsable de Vigilancia Epidemiológica y Metaxénicas del CLAS Km 50, se participó en la investigación y control del brote de

dengue en el año 2015 en la localidad de Vicus y en el 2016 en la localidad Km2, así como en el brote de Ántrax – Carhunco en la localidad de km 41, como el La Encantada en setiembre del año 2015, en el año 2016 me nombre en el establecimiento de salud I-3 Km 50; durante el brote de Leptospirosis una enfermedad reemergente y zoonótica en el año 2017 en las localidades Km50, Km2, Km32; la presentación de casos de dengue se mantuvieron dentro lo esperado pese a las lluvias presentadas por el llamado niño costero.

3.3 Procesos realizados en el tema del informe

- a. Planificación para el año se realiza el monitoreo de febriles, el índice Aédicos, la identificación de puntos críticos, así como también se elabora el plan de contingencia de las enfermedades Metaxénicas al ser zona endémica de Dengue. Se elaboran 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; dentro de los cuales se cuenta con la información obtenida por las investigaciones y análisis del año anterior por el área de epidemiología.
- b. Organización se conforman los equipos de respuesta ante brotes, así como se organizan los servicios dentro del establecimiento de

salud. Se conforman los agentes comunitarios y se expone a las autoridades la sala situacional actualizada, así como el análisis del año anterior.

c. En la ejecución se realiza las siguientes actividades:

- ✓ Se activa equipo de respuesta ante posibles brotes
- ✓ El informe de brote inicial,
- ✓ Investigación del caso índice,
- ✓ Informe semanal (boletín epidemiológico)
- ✓ Seguimiento de casos,
- ✓ Notificación inmediata de casos graves,
- ✓ Se inicia atención según flujograma establecido.
- ✓ Se realizan actividades de recojo de inservibles trimestral

d. Monitoreo y supervisión a través de la evaluación de índices Aédicos, monitoreo de febriles y notificación y seguimiento de casos probables y confirmados, así como el informe final de brote y el informe semanal (boletín epidemiológico).

Esto nos ayuda a una toma de decisiones rápida y oportuna para las autoridades encargadas como lo es la Subregión de salud Morropón Huancabamba.

Innovaciones – Aportes.

Se ha mejorado la notificación dentro del sistema de notificación semanal y diaria de casos de Dengue

Se ha brindado capacitaciones al personal de salud para la sensibilización y organización de los servicios de salud.

Se ha sensibilizado a la población para la formación de agentes comunitarios, así como su sensibilización y aceptación de los servicios de salud.

IV. RESULTADOS

Tabla N° 4.1

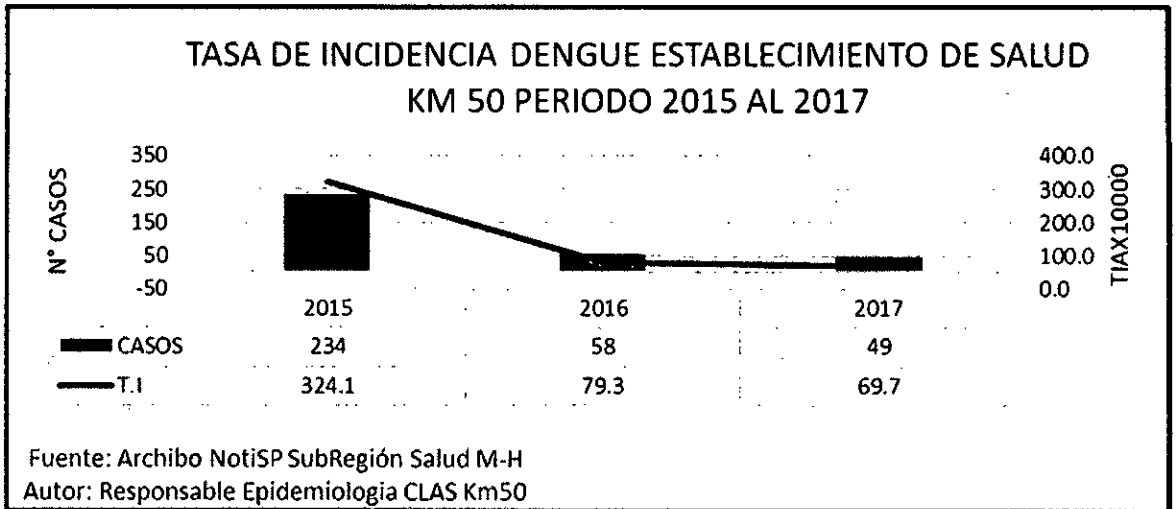
Tasa de letalidad de casos de dengue durante el periodo 2015 - 2017

INDICADORES DENGUE 2015 - 2017			
	BROTE 2015	2016	Fenómeno niño costero 2017
CASOS NOTIFICADOS	434	58	146
CASOS SIN SEÑALES DE ALARMA	204	49	32
CASOS CON SEÑALES DE ALARMA	29	9	17
DENGUE GRAVE	1	0	0
MUERTES	1	0	0
INDICADORES DE GRAVEDAD			
% DE CASOS CON SIGNOS DE ALARMA	12.4	15.5	11.6
% DE CASOS GRAVES	0.43	0	0
TASA DE LETALIDAD GENERAL (%)	0.43	0	0
TASA DE LETALIDAD CASOS GRAVES (%)	100	0	0

Se puede observar en la tabla N°4.1 que en el brote del año 2015 la tasa de letalidad fue 0.4 por cada 100 casos notificados, al tener 1 caso que concluyo en muerte por motivos de complicaciones y falta de seguimiento se obtuvo una tasa de gravedad 100 casos a diferencia de los años 2016 donde se presentaron 49 casos de dengue sin signos de alarma y 9 con signos de alarma con tasa de letalidad de 0% y en el año 2017 con el fenómeno del niño costero se presentaron 32 casos sin signos de alarma y 17 con signos de alarma donde la letalidad es de 0% pero un mayor número de signos de alarma esperándose que durante el año 2018 se presenten más casos con signos de alarma.

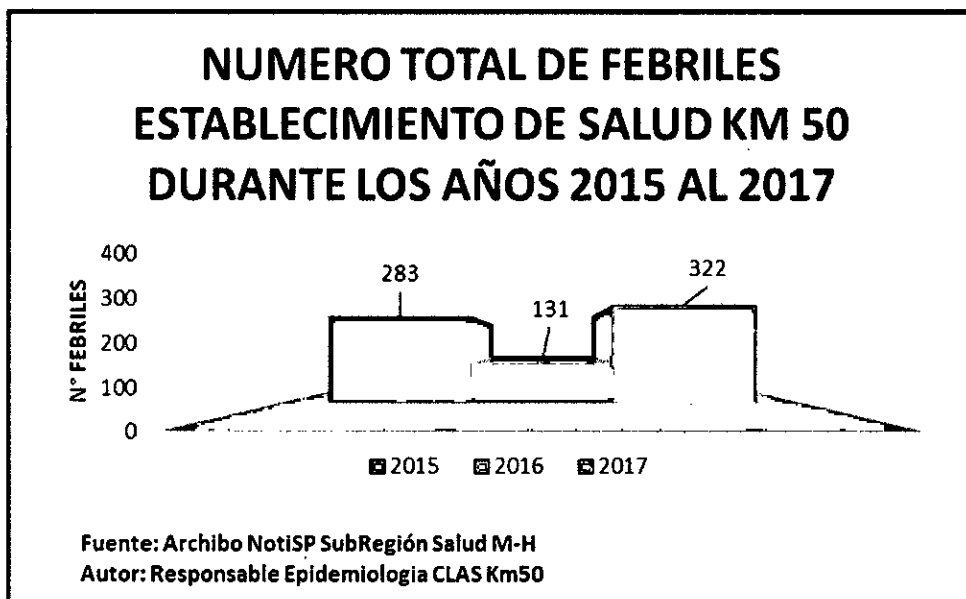
Grafico N° 4.1

Tasa de incidencia de casos de dengue en el periodo 2015 - 2017



Se puede observar en el grafico 4.1 que la tasa de incidencia del 2015 fue de 324,1 por 10000 habitantes, en relación con los años 2016 que fue de 79.3 por 10000 habitantes y el año 2017 que fue de 69.7 por 10000 habitantes.

Grafico N°4.2
Febriles notificados durante el periodo 2015 - 2017



Se puede observar en el grafico 4.2 el total de febriles presentados en el brote del 2015 se notificaron 283 febriles durante el brote de dengue, en el año 2016 se notificaron 131 febriles mientras que el año 2017 fueron notificados 322 febriles este aumento se debe a la presencia del fenómeno del niño costero

V. CONCLUSIONES

- A. La tasa de letalidad durante año 2015 es alta debido a la presencia de casos graves a diferencia de los otros años donde se mejoró la atención de casos evitando así las complicaciones
- B. La tasa de incidencia nos dice que durante el brote del 2015 se presentaron la mayor cantidad de casos.
- C. El aumento del número de febriles presentados en los periodos 2015 – 2017 están altos debido al brote presentado, así como el fenómeno del niño costero.
- D. Los planes de contingencia para las enfermedades Metaxénicas han ayudado a mejorar la notificación y atención de casos de dengue.

VI. RECOMENDACIONES

- A. Se recomienda a la subregión de salud capacitar al personal de los establecimientos de salud en la Guías de atención de casos de las diversas arbovirosis.
- B. Se recomienda a las jefaturas de los establecimientos de salud organizar sus equipos de respuesta para actuar frente la presencia de casos de las diferentes arbovirosis.
- C. Se recomienda a la subregión de salud en especial al área de epidemiología capacitar a personal de campo para la vigilancia epidemiológica.
- D. Fortalecer las relaciones con la autoridad local (alcalde, teniente gobernador).
- E. Se recomienda a la Subregión de Salud evitar la sobrecarga laboral al personal que realiza actividades asistenciales.

VII. REFERENCIALES

1. OPS. Guías para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Enfermedades tropicales. La Paz, Bolivia ; 2010.
2. Alerta MdSP. Boletín epidemiológico No. 17 de la situación de Dengue en el Ecuador 2013. [Online].; 2013. URL: <http://www.salud.gob.ec/boletin-epidemiologico-no-17-de-la-situacion-de-dengue-en-el-ecuador-2013/>.
3. Victoria LCM, Jessica GC, Susan ML, Elena VL, Angel OIL, Fabiola CQ. Boletín Epidemiológico CDC del Perú. 2017 SE 39.
4. Lucía GND. Modelo de participación de enfermería en promoción de la salud y prevención de la enfermedad. 2000.
5. Isabel Noguera. Vigilancia en salud pública: una necesidad inaplazable. Elsevier España, S.L.U. 2017.
6. Chan DM. 10 datos sobre el cambio climático y la salud. [Online].; 2012. URL: http://www.who.int/features/factfiles/climate_change/es/.
7. Yárnoz AZ. El rol del profesional en enfermería. Revista Aquichan - vol. 3, núm. 3. octubre, 2003;; p. 16-20.
8. Franco-Giraldo Á. El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). Rev. Fac. Nac. Salud Pública Vol. 33 N.º 3. 2015;; p. 414-424.
9. García RA, L'Abbate S, Arakaki J. Estrategias de articulación entre

- Atención Primaria y Vigilancia en Salud y la interfaz entre. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 19, núm. 54. 2015;; p. 431-442.
- 10 Zuliani Arango L. El aporte de la epidemiología a la salud colectiva. Iatreia, vol. 23, núm. 4. 2010;; p. 354-361.
- 11 Ogdino LS. situación del dengue en el peru. 2011.
- 12 Peru MdS. primer brote de dengue en lima sur villa maria del tiunfo. MINSA. 2013.
- 13 Ruben GM. vigilancia epidemiologica. [Online].; 2015.. URL://enfermeria.me/actividades-basicas-para-la-vigilancia-epidemiologica/.
- 14 Dres. Henri Fossaertz. ALyCHT. Sistemas de Vigilancia Epidemiologica. boletin de la oficina sanitaria panamericana. 1974.
- 15 OPS/OMS. Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades (MOPECE) Washington: IBSN; 2011.
- 16 Jimenez ADH. epidemiologia descriptiva. España 2012.
- 17 MINSA. Guía de Práctica Clínica para la atención de casos de Dengue en el Perú. 2017.
- 18 MINSA. Plan Nacional de preparacion y respuesta frente la enfermedad por virus zika - Peru. 2016.
- 19 MINSA. Guia de Practica Clinica para l atencion de casos de Fiebre Chikungunya. 2014.
- 20 Gutiérrez AR. Florence Nightingale, la dama de la lámpara. Revista

Cuidandote Digital VOL. V. 2013.

21 G FC. Teorias y Modelos de Enfermería. Universidad del Cauca, programa de enfermería, fundamentos de enfermería. 2005 Febrero;; p. 1 - 15.

22 otros LDdFy. Analisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. Facultad de Enfermería. 2002;; p. 1 - 4.

23 encolombia. encolombia. [Online].; 2013.
URL:<https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-164/callista-roy/>.

24. Bembibre C. definiciones ABC. [Online].; 2012 [cited 2017 12. URL:
<https://www.definicionabc.com/general/intervenir.php>.

25. ENFERMERÍA MCdOD. Metodología de Cuidados. el proceso enfermero: características, orígenes, evolución y fases. [Online].; 2015 [cited 2017 12. URL:
[http://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).

ANEXOS

IMAGEN N° 1
BUSCANDO LARVAS DE AEDES AEGYPTI EN CANAL DE LA
CIUDAD DE CHULUCANAS



Fuente: Elaboración Propia, 2017

IMAGEN N° 2
BRINDADO CAPACITACIÓN A PERSONAL DE METAXÉNICAS



Fuente: Elaboración Propia, 2017

**IMAGEN N° 3
PERSONAL DE SALUD CLAS KM 50**



Fuente: Elaboración Propia, 2017

**IMAGEN N° 5
BÚSQUEDA ACTIVA DE FEBRILES Y LLENADO DE FICHA
EPIDEMIOLÓGICA LOCALIDAD DE VILLA VICUS SECTOR
TAMARINDO**



Fuente: Elaboración Propia, 2017



Fuente: Elaboración Propia, 2017