

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



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA: CONTROL DE LA ENDEMIAS DEL DENGUE EN
EL CAP III CATACAOS -PIURA. ESSALUD 2015 Y 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA**

ALICIA SEGUNDA FLORES TORRES

**Callao, 2017
PERÚ**

MS

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DR. RAFAEL EDGARDO CARLOS REYES PRESIDENTE
- MG. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ SECRETARIA
- MG. ADRIANA YOLANDA PONCE EYZAGUIRRE VOCAL

ASESORA: MG. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 266

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 29/06/2016

Resolución Decanato N° 1723-2017-D/FCS de fecha 26 de Junio del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	6
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Marco Conceptual	11
2.3 Definición de Términos	16
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	20
3.1 Recolección de Datos	20
3.2 Experiencia Profesional	20
3.3 Procesos Realizados del Informe	22
IV. RESULTADOS	30
V. CONCLUSIONES	35
VI. RECOMENDACIONES	36
VII. REFERENCIALES	37
ANEXOS	39

INTRODUCCIÓN

El presente informe de experiencia laboral busca socializar la experiencia de la labor de la Enfermera en el primer nivel de atención, en área de control de la endemia del dengue en el CAP III Catacaos de la ciudad de Piura.

Para ello ubica al lector en el contexto internacional, nacional y local del problema al que nos referimos, presenta 4 estudios de investigación en los que se promueve la importancia del fortalecimiento de capacidades de la población en aspectos de prevención, la importancia de la toma de decisiones en el cuidado de la mujer gestante con sintomatología dengue para prevenir complicaciones y evitar poner en riesgo su vida y la del bebe, otro nos hace reflexionar sobre las lecciones aprendidas en el abordaje de una epidemia en la ciudad de Pucallpa cuya experiencia permite recrear e innovar las actuales intervenciones y finalmente un estudio que globaliza las intervenciones a la luz de la experiencia en diferentes contextos.

Este estudio lo sustenta la teoría de Nola Pender en Promoción de la Salud con la finalidad de fortalecer capacidades en la población para el autocuidado de la salud y Florencia Nightingale en su teoría del cuidado del ambiente como generador de salud o enfermedad que sirven de soporte a la narración de la experiencia en el manejo de la endemia del Dengue.

La importancia de la vigilancia de febriles y la incidencia del dengue desde los años 2012 al 2016, además que socializa la intervención de enfermería en el manejo de la información, cuidados del paciente encasa y búsqueda de signos de alarma y decisión a tomar, aporta conclusiones y recomendaciones a la vez que complementa con información anexa.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Más de 2,500 millones de personas en el mundo viven en áreas de riesgo a contraer enfermedades transmitidas por mosquitos. Cada año se presentan al menos 100 millones de casos de dengue sin signos de alarma. Anualmente se registran más de 250,000 casos de dengue grave (hemorrágico) y mueren más de 35,000 personas por esta causa (MINSa, 2013)

En 1984 se reintroduce en el Perú el *Aedes aegypti* después de haber sido erradicado en 1970, es en 1990 donde tuvimos el primer brote de dengue en Loreto y San Martín y desde 1991 al 2000 el dengue se extendió a los departamentos de la costa norte y Amazonia, medio país infestado por el vector; en el 2001, se tuvo la primera epidemia de dengue hemorrágico en la costa norte, pero en el 2000 se identificó el vector en Lima y en el 2005 se dio el primer brote de dengue en el distrito de Comas. (MINSa, Situación del Dengue en el Perú, 2013)

En el 2011 se dio un brote de Dengue en Iquitos identificado como causante al Serotipo DENV 2, variedad Asiático Americano, muy virulento y letal; ese mismo año se notificó y confirmó fallecimientos por dengue en la ciudad de Loreto, donde la incidencia de casos sobrepasó la capacidad del hospital de la ciudad y obligó a instalar 40 camas adicionales. A la semana 2 del brote se registraron 5 muertes por dengue en Perú en 2011, una cantidad que supera la cifra de todo el 2010 (4 muertes). (Figueroa Silverio, 2011)

Durante la Epidemia en Iquitos, que inició a fines de 2010 hasta febrero de 2011, se notificaron 18 000 casos de dengue, de los cuales se hospitalizaron 2 000 casos y fallecieron 14. Más del 90% de los casos procedían de la ciudad de Iquitos. Se constituyeron factores de riesgo para dengue grave el antecedente de dengue, la edad menor de 15 años y retornar al establecimiento de salud para recibir atención por el mismo cuadro de dengue (Suarez Ognio & Arrasco Juan, Vol.01 Abril 2011)

La Situación del dengue a fines del 2010 (SE 52), el Perú tuvo 59 casos graves de los cuales 8 fallecieron, (MINSa, 2011), encontrándose circulando en el País los serotipos DENV1, DENV2, DENV3, DENV4; otros países como Colombia, Brasil y Venezuela reportaron mayor número casos graves.

El Perú ha incorporado en su sistema de vigilancia epidemiológica la clasificación del dengue sugerida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) la que incide en la presentación de los signos y síntomas de los pacientes, observándose dos categorías de formas clínicas: Dengue no grave y Dengue grave. La primera se subdivide en dos grupos: Un grupo sin signos de alarma y otro con signos de alarma. (Suarez Ognio & Arrasco Juan, Vol.01 Abril 2011)

El departamento de Piura es el 3ero más poblado en el Perú, su clima es cálido, con presencia de lluvias veraniegas y con frecuencia afectado por el Fenómeno del Niño (FEN) estas características deterioran la endeble infraestructura del sistema de agua y desagüe, ello aunado al limitado acceso a los servicios de saneamiento y la débil gestión en la administración de estos servicios hace que constantemente las familias almacenen agua sin orientación técnica, el bajo nivel educativo en la población asociado a las inadecuadas prácticas de hábitos de higiene junto al crecimiento desordenado y conglomerado de la población, además la pobreza y las precarias condiciones de la vivienda brindan las condiciones para la presencia permanente del vector *Aedes Aegypti* que determina los

brotos epidémicos de Dengue. Tomando en cuenta la prevalencia de casos, el Dengue en esta zona tiene carácter de endemia.

El CAP III Catacaos es un Centro de Atención Primaria de Salud, de nivel II, con atención de 12 horas, que atiende a población asegurada a EsSalud de los distritos de la Arena, Cura Mori y Catacaos cuyo funcionamiento se dio a partir del 2010, sin embargo es a partir del 2011, como consecuencia del brote de Dengue en Iquitos que se instaló la vigilancia de febriles y búsqueda de casos de Dengue, en adelante, se ha incorporado el tema en los planes de Promoción y Prevención según nuestro nivel de atención.

Del 2011 al 2016, se ha incrementado el número de casos confirmados de Dengue, (EsSalud reporta solo casos confirmados, no se toma el criterio de nexos epidemiológico), sin embargo se han tamizado a una gran cantidad de sospechosos, debido a que la población entra en pánico y todo caso febril lo asocia a Dengue, asimismo, EsSalud no procesa las muestras y estas se derivan a LARESA (Laboratorio Referencial de Salud) el mismo que se congestiona en casos de brote y los resultados se publican en la WEB alrededor de los 15 días posterior a la recolección de la muestra. El paciente hasta este momento se recuperó y no vuelve por resultados, por lo que se ha optado por llamarles por teléfono para informarles.

En el 2015, se tuvo el caso de una paciente anciana con comorbilidad y plaquetopenia, se le refirió a Hospital para internamiento, pero el paciente y la familia a pesar de la sensibilización negaron a internar a su familiar, obviamente el paciente falleció en domicilio; así mismo en el 2016 durante el control, una madre previamente sensibilizada en la búsqueda de signos de alarma identificó 01 signo de alarma en su niño de 2 años y lo trajo inmediatamente al establecimiento de salud por lo que se le transfirió a un establecimiento de mayor complejidad para su manejo y recuperación.

1.2 OBJETIVO

Describir la intervención de Enfermería en la Vigilancia Epidemiológica: Control de la endemia del Dengue en el CAP III Catacaos – Piura ESSALUD 2015 y 2016

1.3 JUSTIFICACIÓN

Este trabajo permite socializar la función de la Enfermera en la vigilancia de la evolución del paciente con este daño, identificando factores de riesgo para la toma de decisiones por el equipo de salud y prevención de complicaciones en la salud del paciente. Esta información servirá a las enfermeras que inician el trabajo en esta área, de igual manera al profesional médico y equipo de salud del establecimiento. Es importante manifestar que la Enfermera en esta Área es el líder que da la voz de alerta y que orienta en la búsqueda de casos según procedencia del paciente, además que supervisa la calidad y oportunidad de información que se envía a las redes.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio

Los siguientes estudios refrendan el presente informe

Solano Aldas C. en el año 2013, realizó el trabajo de investigación Conocimientos Prácticos Y Aptitudes en Relación a medidas preventivas para el dengue en la población del barrio rayito de luz de Canton - Machala en la Ciudad de Ecuador. Cuyo objetivo fue determinar los conocimientos prácticos y aptitudes en relación a medidas preventivas para el dengue en la Población del Barrio Rayito de Luz de Cantón Machala en el I semestre del 2013. Realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en un universo de 2324 habitantes, la muestra fue probabilística y aleatoria, nivel de confianza al 95%. Concluyendo que Los habitantes del Barrio Rayito de Luz tienen un nivel medio de información acerca de la prevención del Dengue. (Solano Aldaz, 2013)

Silva Delgado y un colectivo de médicos en el año 2011, realizaron el estudio de caso: Dengue Neonatal en el Perú: Reporte de 01 caso en el hospital de Apoyo de la ciudad de Iquitos (HAI) – Perú. Cuyo objetivo fue describir el 1er. caso de Dengue Neonatal documentado en el Perú, producto de la transmisión vertical del DENV2 durante la gestación. Es un estudio descriptivo de caso único durante la epidemia que afectó a una Recién nacida (RN) y su madre de 21 años, la misma que 4 días antes del parto acudió al servicio de emergencia del (HAI) por presentar fiebre, siendo dada de alta. Retorno al 4to. día por rotura prematura de membranas, con oligohidramnios severo y sufrimiento fetal agudo. Se decide parto por cesárea de urgencia, fallece a los 7 días de puerperio con dengue grave confirmado por NS1 positivo. La (RN) de 37 semanas con APGAR 4 al min. y 8 a los 5 min, asintomática, Al 4to. día presentó ictericia por

incompatibilidad ABO, al 5to. día con sintomatología de dengue grave, dolor y distensión abdominal, hepatomegalia y sangrado capilar. Al 6to. día con leucopenia, incremento del hematocrito y plaquetopenia y la Prueba de diagnóstico de dengue reveló NS1 positivo e Ig G positivo. Concluyendo: que posiblemente la cesárea contribuyó a la transmisión perinatal del virus dengue a la RN; además que es una necesidad del país el fortalecimiento de los servicios de salud de las zonas endémicas de dengue y del sistema de referencia. Así mismo recomendando a los pediatras, médicos emergencistas y médicos del primer nivel de atención que deben tener en cuenta las enseñanzas de este caso clínico para prevenir estos desenlaces. A partir de este caso se adoptó la política que toda gestante con sospecha de dengue se hospitalice para observación y manejo, a fin de prevenir casos fatales y la posibilidad de transmisión vertical del dengue. (Silva Delgado, 2011)

Cabezas, Fiestas, García - Mendoza, y otros investigadores en el año 2015 publicaron el documento Dengue en el Perú: A un cuarto de siglo de su reemergencia; en la ciudad de Lima - Perú. Con el objetivo de unificar criterios para el manejo del dengue. Realizaron un estudio de corte analítico e informativo, concluyendo que en el Perú, las $\frac{3}{4}$ partes del país esta infestada por *Aedes Aegypti* y en casi todas circula 4 serotipos, sin embargo el DENV2 genotipo americano/asiático. Tiene que ver con el dengue grave. Donde la caída de la fiebre en algunos casos es el inicio de la etapa crítica de la enfermedad, además la "tormenta de citoquinas" aumenta la permeabilidad del intravascular al extravascular dañando órganos blancos, donde el reconocimiento precoz de las señales de alarma, la restauración adecuada y oportuna del volumen plasmático, es la intervención más eficaz para la reducción de mortalidad por dengue, además que el uso descontrolado de insecticidas en fumigaciones ha creado resistencia del *Aedes Aegypti*, a piretroides y a organoclorados según el Instituto Nacional de Salud; por lo tanto la mejor arma para combatir al vector está en manos de la población, es de bajo costo y de gran impacto.

(Cabezas, Fiestas, Garcia Mendoza, Palomino Miriam, & Mamani, Lima - 2015)

Stalin Vilcarromero, Wilma Casanova, Julia S. Ampuero, y otros investigadores. En el año 2015 publicaron el documento: Lecciones aprendidas en el control del Aedes Aegypti para afrontar el dengue y la emergencia de chikungunya en Iquitos – Perú. Con el objetivo de socializar la experiencia en el manejo del dengue y su proyección a una emergencia de Chikungunya, se realizó un estudio de corte analítico e informativo; concluyendo que los aspectos positivos posterior a la epidemia son el funcionamiento de Unidades de Febriles de Alto Riesgo enfocados en signos de alarma o la presencia de comorbilidad para el internamiento, el Consultorio de febriles para el manejo sindrómico en paciente ambulatorio basado en el seguimiento, notificación y la detección temprana de los casos, siendo indispensable el laboratorio para pruebas inmediatas y la Vigilancia Epidemiológica con el llenado de ficha de investigación. Entre los aspectos por mejorar esta la consideración del criterio clínico, epidemiológico y algunos casos graves requieren pruebas rápidas como soporte al diagnóstico. Sin embargo la vigilancia epidemiológica aún no es tarea de todos y la definición del caso probable, algunos médicos, parecen no estar comprometidos con el llenado de la ficha epidemiológica a consecuencia de ello hay subregistro de casos que no evidencia la magnitud de la epidemia. No hay empoderamiento en el rol de la población en acciones preventivo promocionales, la población tiene la concepción de los derechos que los asiste, que otros tienen la obligación para ellos, pero no cuando se trata de asumir su responsabilidad aún hay mucho por trabajar. Así la Ley de “inviolabilidad del domicilio” limita el control vectorial en viviendas cerradas, pero hay excepciones al derecho por razones de sanidad, donde el control vectorial es pilar importante (como estrategia sanitaria) para disminuir el número de casos en una epidemia, debe hacerse con estricto control de

calidad que va desde la adquisición del insecticida hasta su aplicación y considerando el índice de adultos o de pupas total para el monitoreo vectorial, así mismo la vigilancia epidemiológica debe considerar el espacio de actividad (movimiento humano), la dispersión del vector a través de los medios de transporte, DX diferencial con otras arbovirosis por lo que sería apropiado el obtener una muestra en una persona convaleciente para la definición diagnóstica final. (Vilcarromero, Vilcarromero , Casanova, Ampuero, & Ramal-Asayag, Marzo 2015)

APORTES DE LOS ESTUDIOS AL INFORME

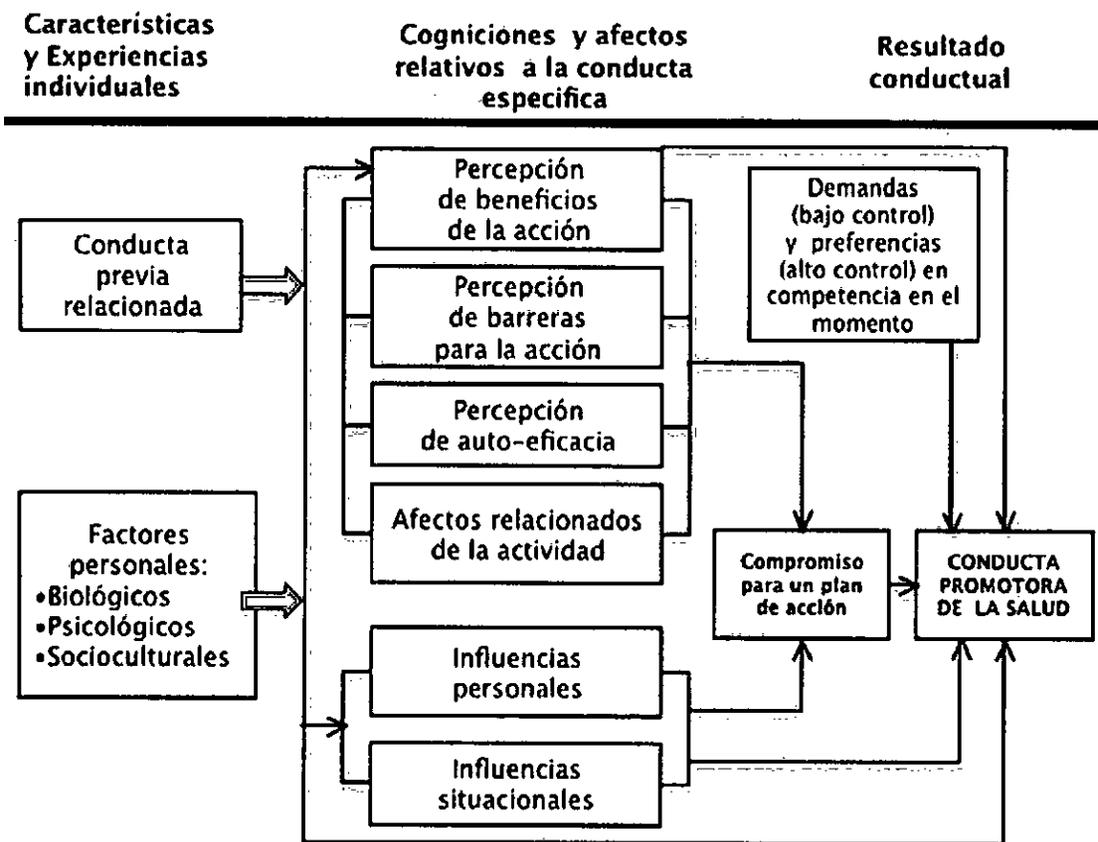
Los profesionales que trabajan en el primer nivel de atención tienen que ser muy observadores y objetivos, pero es la enfermera quien durante la entrevista al paciente con dengue busca información que quizá otros profesionales no la creyeron oportuna, identifica factores de riesgo a nivel individual, familiar, condiciones de vivienda además brinda consejería para ello tiene capacidad de persuasión y maneja metodologías de capacitación de adultos, asumiendo entre sus actividades el seguimiento y control de casos y da la voz de alarma frente a complicaciones para la toma de decisiones.

La importancia de desarrollar un programa sostenido de Información, Educación y comunicación (IEC) en dengue desde la escuela, con soporte comunitario serviría para mejorar el nivel de conocimientos en promoción de prácticas positivas frente al dengue, en medidas de prevención e impulsar la organización comunitaria para fortalecer la gestión

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 Modelo de la Promoción de salud según Nola Pender:

El Modelo de Promoción de la Salud está particularmente dirigido a la promoción de conductas saludables en las personas, el mejoramiento de la salud y la generación de conductas que previenen la enfermedad". (Arizabal Hoyos, Blanco Borjas, Sanchez Ramos, & Ostiguin Melendez, Diciembre - 2011)



Fuente: Modelo de promoción de la Salud de Pender 1996. En: Cid PH, Merlino JE, Stiepvich JB²¹

“El Modelo de Promoción de la Salud está particularmente dirigido a la promoción de conductas saludables en las personas, el mejoramiento de la salud y la generación de conductas que previenen la enfermedad”. (Arizabal

Hoyos, Blanco Borjas, Sanchez Ramos, & Ostiguin Melendez, Diciembre - 2011)

Cuando se le informa al paciente y/o familiar que probablemente tiene dengue inmediatamente surgen las siguientes preguntas del paciente o la enfermera sutilmente las genera: Que es el Dengue? Que o quien origina la enfermedad?, como vive el Aedes Aegypti?, como combatirlo en casa?, que acciones tomar para evitar que sus familiares enfermen?, que hacer si tienen fiebre?, como cuidar al paciente en casa?, que puede suceder si se hospitaliza?, cuantos han tenido dengue en la comunidad?, cuanto costo recuperarlos?, alguno murió?, qué consecuencias tiene el dengue en la salud? Puede contagiarse el resto de mi familia? son las interrogantes que surgen antes de tomar una decisión.

Solo si el paciente y/o familia están informados asumirán nuevas actitudes frente al control de su enfermedad en domicilio para evitar contagiar a sus hijos y familiares, es aquí donde la enfermera cumple un rol fundamental al informar y sensibilizar en la importancia de asumir nuevos aprendizajes: Como el uso de repelente, del mosquitero, el evitar quemar espirales y palo santo por el humo toxico que generan, de igual forma la importancia de la ingesta de líquidos, como sales de rehidratación o sopas por su contenido en sodio para compensar las pérdidas a consecuencia de la fiebre, así como evitar la automedicación por riesgo a complicación. Es oportuno absolver todas las dudas del paciente y familia durante la consejería a fin de generar un compromiso de acción para el cambio.

Conducta previa relacionada y los factores personales.

Las personas traen consigo, experiencias transmitidas de generación en generación, positivas o negativas que asociadas a las características individuales son capaces de generar salud o enfermedad y todas forman parte de su desempeño y formas de vivir, estas son susceptible de modificación; sabemos que cuando hay fiebre hay infección y en el caso del

dengue asociada a factores de riesgo personales como edades extremas, presencia de comorbilidades, antecedentes de dengue anterior, estados fisiológicos como gestación tienen mayor riesgo a complicación con dengue grave, que incrementara la mortalidad por esta enfermedad.

Es por ello que la enfermera en Epidemiología, específicamente en el dengue debe ser muy observadora, no desaprobar ninguna información, buscar datos sobre riesgos individuales, tomar información sobre direcciones con referencias, sobrenombres (alias o chapas) del paciente para facilitar su ubicación en caso de emergencia, teléfonos de referencias para el seguimiento, además que durante la entrevista la enfermera educa, reevalúa, al paciente y realiza control de calidad a la información de la ficha de notificación.

Percepción de la autoeficacia: Es la capacidad de una persona de generar una conducta de salud, la misma que se relaciona con conocimientos y afectos (sentimientos, emociones y creencias) específicos de la conducta, los beneficios percibidos por la nueva acción son el soporte para el cambio, así como las barreras percibidas obstaculizan un compromiso con la nueva acción, también el afecto relacionado con el comportamiento, son las reacciones positivas o negativas frente a una nueva conducta, así entonces es más fácil implementar la nueva acción cuando se reciben apoyo o aprobación de niveles superiores" (Arizabal Hoyos, Blanco Borjas, Sanchez Ramos, & Ostiguin Melendez, Diciembre - 2011)

Lo que se busca en Promoción de la salud es la adquisición de nuevas prácticas, producto del raciocinio y empoderamiento de la persona y socialización a las personas de su entorno familiar, (esposa (o), padre o madre). La estrategia es desarrollar habilidades personales mediante la educación, tomando en cuenta que el adulto decide por lo que le conviene, por lo tanto no desaprovechar cada oportunidad mediante charlas educativas previo a la consulta, educando durante la consulta al paciente y a la familia, al momento de la visita domiciliaria in situ, a través de difusión de

mensajes de altoparlantes, mediante folletería, a través de marchas de sensibilización, socialización de experiencias, pasacalles presentación de casos, etc.

Así, durante la atención del paciente con dengue la enfermera aconseja al paciente y la familia en la identificación de signos de alarma, por el paciente y la familia, la toma de decisiones ante la ocurrencia de alguno como dolor abdominal, dolor para respira o sangrado.

Si el adulto cree que le conviene la nueva conducta, será determinante para la adquisición y práctica de esta, por ejemplo “si tapo los depósitos de agua, disminuirá la cantidad de zancudos (no me pican), no caen bichos y no se contamina el agua, por lo tanto no hay enfermedad en los integrantes de la familia y no se gasta dinero en recuperación de la salud, y si no se enferman no se hospitaliza y hay menor riesgo a morir.

Hacer reflexionar al paciente que los problemas dentro de su vivienda es responsabilidad de él y todos los integrantes de la casa. Pero que fuera de su vivienda existe un entorno que lo comparte con vecinos, familiares, amigos, etc., y que al contaminarse genera enfermedad para todos, por lo que los cuidados que se dan en casa también deben darse al entorno comunal para evitar la proliferación del zancudo, eliminar charcos, criaderos, limpieza de drenajes pluviales y canaletas, protección del agua, gestionando mayor horas de distribución con cultura de pago por el servicio, eliminación adecuada de residuos fumigaciones al 100% de viviendas, gestionar capacitación para vecinos y estimular a que pobladores participen, importancia de participar en las gestiones de las organizaciones comunitarias con el fin de tener una comunidad saludable, además gestionar con autoridades un plan permanente de cuidados del entorno.

En síntesis, el MPS plantea las dimensiones y relaciones que participan para generar o modificar **la conducta promotora de la salud**, ésta es el

punto en la mira o la expresión de la acción dirigida a los resultados de la salud positivos.

Comentario: En la epidemia del Dengue en Piura es primordial articular esfuerzos permanentes con todos los actores sociales para la difusión de información que promuevan nuevos aprendizajes como el almacenamiento del agua con tapa, mantener depósitos vacíos boca abajo, eliminar criaderos dentro de la vivienda, eliminar charcos de agua fuera de la vivienda en periodos de lluvia. Se realiza las siguientes estrategias:

Desde la escuela: El fortalecimiento de capacidades en los docentes con información pertinente en dengue y planificar sesiones educativas durante el año con la diversificación del tema en las diversas asignaturas, que se verá reflejado en concursos de dibujo, elaboración de textos en medidas de promoción de hábitos saludables y prevención frente al dengue, en matemáticas determinación de costos de la enfermedad, elaboración de cuentos, Rimas, producción de pancartas y paseo en las principales calles del distrito. (Los mejores textos elaborados por los niños en las escuelas servirán de insumo para la difusión en las emisoras locales y altoparlantes).

Desde los Establecimientos de Salud: Planificar actividades de Promoción de la salud desde el Plan Anual, designar un equipo de profesionales con asignación de horas, establecer alianzas para trabajo con escuela.

Desde la Comunidad: Promover la participación de las autoridades, Agentes Comunitarios de Salud (ACS) desde el diagnóstico, la planeación de resultados y el desarrollo e actividades, durante el año, con reunión de evaluación al cierre de cada año fiscal.

FLORENCE NIGHTINGALE- TEORÍA DEL ENTORNO

El entorno puede beneficiar o perjudicar la salud de una persona, en este supuesto radica la importancia mundial de la teoría de Florence Nightingale. La enfermera tiene la capacidad de manipular el entorno hospitalario en busca de la pronta recuperación del paciente y también juega un papel fundamental en el entorno comunitario, a esto se debe la gran labor que se realiza actualmente por parte la enfermería en salud pública. (Azañero, 2013)

La relación del hombre con el medio ambiente, la contaminación del aire, del agua, del suelo, del medio psicosocial y sociocultural son factores de naturaleza que influyen en la generación de salud y enfermedad. Así en la epidemia del Dengue es determinante el cuidado en el almacenamiento del agua, pues es el medio en que se reproduce el *Aedes Aegypti* y las acciones para controlar la epidemia radica en el cuidado del agua, por parte de las familias, la eliminación de criaderos en el interior de las viviendas, y el cuidado del entorno, para evitar otras epidemias.

Son el personal de salud y otras ciencias sociales los responsables de enseñar y estimular actitudes y comportamientos responsables con el cuidado del medio ambiente. Son las familias y sus integrantes los llamados a gestionar una comunidad saludable y vivir en ambientes generadores de salud y no de enfermedad.

2.3 Definición de términos

AEDES AEGYPTI: Es el principal vector de los virus que causan el dengue, Zika, Chikungunya, Fiebre amarilla y virus Mayaro, son las hembras infectadas las que contagian la enfermedad al picar. Se encuentran en estadios inmaduros en el agua, sobre todo en recipientes artificiales muy próximos a viviendas, en espacios interiores.

DENGUE: Es una enfermedad viral transmitida por la picadura del mosquito *Aedes aegypti*. Cuando el mosquito se alimenta con sangre de una persona enferma de dengue y luego pica a otras personas les transmite esta enfermedad. El contagio sólo se produce por la picadura de los mosquitos infectados, Sin embargo, aunque es poco común las mujeres embarazadas pueden contagiar a sus bebés durante el embarazo.

CASO INDICE: Es el primer caso, de una enfermedad específica que se presenta en el grupo familiar o comunitario, detectado por el personal de salud.

CONTACTO: Cualquier persona o animal cuya asociación con una persona o animal infectado o con un ambiente contaminado, haya sido tal que puede haber habido la posibilidad de contraer el agente infeccioso

HUÉSPED: Persona animal que en circunstancias naturales permite la subsistencia o alojamiento de un agente infecciosos

Reservorio: cualquier ser humano, animal planta, suelo o materia en donde normalmente vive y se multiplica un agente infecciosos y del cual depende para su supervivencia de donde puede ser transmitido aun huésped susceptible.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA: Es un proceso continuo, sistemático, práctico, de observación, y de evaluación permanente de la tendencia, distribución de casos, defunciones y de la situación de salud de la población. Permite utilizar la información mediante la identificación de los hechos, la recolección, análisis e interpretación sistemática de los datos con los que puede observarse y anticiparse cambios para realizar las acciones oportunas, incluyendo la investigación y las medidas de control: Información para la acción

CASO CONFIRMADO DE DENGUE POR NEXO EPIDEMIOLÓGICO:

Todo caso probable de dengue con o sin señales de alarma de quien no se dispone de un resultado de laboratorio y que tiene nexo epidemiológico. Cuando no hay brote o epidemia de dengue, los casos probables deberán tener prueba específica de laboratorio.

CASO PROBABLE DE DENGUE SIN SEÑALES DE ALARMA:

Todo caso sospechoso que no tiene ninguna señal de alarma y que presenta por lo menos dos de las siguientes manifestaciones: Fiebre, Artralgias, Dolor ocular o retro-ocular, Mialgias, dolor lumbar, Cefalea, Erupción cutáneo.

CASO PROBABLE DE DENGUE CON SEÑALES DE ALARMA:

Todo caso sospechoso que presenta una o más de las siguientes señales de alarma: Dolor abdominal intenso y continuo, Dolor torácico o disnea, Derrame seroso al examen clínico, Vómitos persistentes, Disminución brusca de temperatura o hipotermia, Disminución de la diuresis (disminución del volumen urinario), Decaimiento excesivo o lipotimia, Estado mental alterado (Somnolencia o inquietud o irritabilidad o convulsión), Hepatomegalia o ictericia, Disminución de plaquetas o incremento de hematocrito.

CASO PROBABLE DE DENGUE GRAVE:

Todo caso probable de dengue con o sin señales de alarma y que además presenta un Signo o signos de choque hipovolémico, Derrame seroso por estudio de imágenes, Sangrado grave, según criterio clínico, Escala de Glasgow < 13

PROMOCIÓN DE LA SALUD:

La promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individual mediante la prevención y

solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación.

FUNCIONES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Desarrollar aptitudes personales para la salud

Desarrollar entornos favorables

Reforzar la acción comunitaria

Reorientar los Servicios de Salud

Impulsar políticas públicas saludables

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos

La información se encuentra en:

- ✓ Sistema Winepi 3.5 solo casos confirmados de dengue
- ✓ Sistema de Gestión de Servicios de Salud SGSS: Historia clínica de todo caso atendido por dengue confirmado o sin confirmar.
- ✓ Matriz Excel de identificación y monitoreo de dengue contiene la información de la ficha epidemiológica.
- ✓ Copia de la ficha epidemiológica de investigación para dengue.
- ✓ Netlab Sistema virtual para la visualización de resultados de exámenes del Instituto Nacional de Salud.

3.2. Experiencia Profesional

Del 1996 a 1999 me desempeñe como Extensionista de Salud y Asistente de Salud en el Proyecto de Alimentación y Nutrición Niños de Care – Perú, en la que brinde atención personalizada a la familia de niños con desnutrición, mediante el uso de productos locales, orientado a las familias en alimentación, prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas y de las Diarreas, promoviendo el acceso a su establecimiento de salud para las inmunizaciones, insumos de planificación familiar, educando en crecimiento y desarrollo del niño durante los pesajes comunales en acción conjunta con el personal de salud de la zona

De 1999 al 2007 fui Facilitadora de Desarrollo Comunitario en Plan Internacional, realizando diseño, planificación y ejecución de Proyectos de Salud, seguimiento, monitoreo de Proyectos y actividades programáticas de la oficina en Piura, además forme parte del equipo negociador ante entidades públicas como Gobiernos Locales, Ministerio de Salud, RENIEC, etc. a fin de compartir presupuestos para ejecutar proyectos con eficiencia y eficacia con enfoque de participación ciudadana, al retirarme de la institución, la oficina nacional, me dio un diploma de agradecimiento por los 8 años de trabajo en beneficio de los niños y niñas de las comunidades Plan de Piura.

2008 desempeñe funciones de Consultor capacitador en Care - Perú en Proyectos de Agua y Saneamiento de sistemas de agua por bombeo y gravedad en las comunidades de Santa Rosa de Cura Morí y Ayabaca desarrollando acciones pendientes del check list para el cierre exitosos del proyectos y actividades de fortalecimiento de capacidades a las familias en la importancia de la práctica de hábitos saludables de higiene y conservación adecuada del agua, y a las Juntas Administradoras de Agua y Saneamiento (JAAS) en la gestión de los servicios de agua.

Del 2009 al 2017 en la actualidad soy Enfermera Asistencial en el CAP III Catacaos, establecimiento del I Nivel de Atención – EsSalud, en el cual soy responsable del funcionamiento del Programa de consejería en hábitos saludables en el adulto, Estrategia Nacional de Control de la Tuberculosis – VIH, responsable de la Oficina de Información Sanitaria (OIS); para la detección, control y seguimiento del Dengue, chikungunya, Zika, influenza, Antrax entre otras emergencias sanitarias, además de la vigilancia de la morbilidad y mortalidad en mi CAS.

3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME

1. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS:

La dinámica de transmisión del virus Dengue, depende de interacciones entre el ambiente, el agente, la población huésped y el vector, los que coexisten en un hábitat específico donde la magnitud e intensidad de la interacción de estos factores define la transmisión del dengue en una localidad, distrito, región, o país, por lo tanto es fundamental la pregunta ¿dónde estuvo los 15 días antes del inicio de la enfermedad?, tomando en cuenta el periodo de incubación y el tiempo de viaje el paciente que viene infectado para desarrollar la enfermedad en el lugar destino presentando alta viremia en los 1ros 4 días de enfermedad, contaminado a todo zancudo hembra que le pique, en consecuencia desencadenado una epidemia a los 10 días siguientes a su visita.

Según estratificación por escenarios los distritos de Catacaos, La Arena y Cura Mori área de intervención del CAP III Catacaos está clasificado en escenario III-A, es cierto que en tiempo de verano las condiciones climatológicas como el incremento de la temperatura, la presencia de lluvias y la humedad y ante la presencia del vector son las condiciones favorables para la presencia de casos de dengue, sin embargo desde el 2012 se tuvo presencia de casos de dengue autóctonos durante todo el año, de lo que se concluye que el vector del dengue se está aclimatando a climas más fríos y si tenemos casos durante todo el año estaremos frente a una endemia por lo que la vigilancia de febriles es diaria y durante todo el año, se notifica según semana epidemiológica ingresando el dato en un cuadro Excel que automáticamente nos da el grafico según curva, ante un incremento de este valor pone en alerta para la búsqueda de la causa.

Ante la presencia de casos de Dengue en todo febril sin foco infeccioso es el medico en consulta quien según evaluación clínica determina la probabilidad de dengue, para lo cual solicita examen de orina, hemograma y plaquetas en el día y llena la ficha de investigación epidemiológica. La enfermera recibe las 2 ordenes, orienta al paciente en el objetivo de los exámenes, gestiona la toma de muestra del día y ordena el retorno del paciente para los resultados, inmediatamente registra los datos de la ficha de investigación epidemiológica en la Matriz Excel de identificación y monitoreo de Dengue, verifica el llenado correcto de datos y en base a la fecha de inicio de fiebre, cita al paciente para la toma de muestra de sangre para virología dengue en laboratorio.

Asimismo la enfermera orienta al paciente y familia, sobre los cuidados en casa como la importancia de la hidratación con SRO, la vigilancia de signos de alarma y la decisión a tomar, como también las medidas de prevención para evitar nuevos casos a nivel individual, familiar y participación en el cuidado del entorno. Durante la entrevista la enfermera identifica factores de riesgo asociados a la salud, al entorno geográfico, social y cultural, por lo tanto decide el seguimiento al paciente en controles diarios o interdiarios o lo monitorea vía telefónica con la familia, en este aspecto, es básica la comunicación del equipo de salud, además incide en la importancia de no automedicar por los riesgos de complicación.

La enfermera capacitada en la vigilancia epidemiológica mantiene la actualización de la información de casos probables de dengue sin signos de alarma, dengue con signos de alarma, casos que se hospitalizan y defunciones por dengue atendidos en el establecimiento.

Para conocer la incidencia de enfermedades en comunidad nos valemos de algunos comentarios de agentes que laboran en el MINSA como el caso de 01 chofer en el distrito de la Arena y un técnico en laboratorio del distrito de Cura Mori, cuando vienen al control mensual compartimos información fidedigna como de que área geográfica vienen los casos de dengue o alguna patología en vigilancia

2 VIGILANCIA SEROLÓGICA:

Es la enfermera la responsable de la gestión de los resultados serológicos publicados en el NETLAB acceso del INS con estos resultados el medico confirma o descarta el caso en el SGSS, la enfermera alimenta la matriz Excel de identificación monitoreo del dengue y complementa la ficha epidemiológica con el resultado.

3 VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA

EsSalud no realiza este proceso, está a cargo del área de salud ambiental del MINSA

Durante la entrevista al paciente y familiar durante la consejería para evitar la proliferación de *Aedes Aegypti* a través de la conservación y almacenamiento adecuado del agua y la eliminación de criaderos dentro y fuera de la vivienda

4 VIGILANCIA DE FACTORES DE RIESGO

Charlas informativas a pacientes y familiares con el uso de metodologías de capacitación de adultos, sobre todo para promoción

de prácticas de hábitos saludables para la prevención del dengue, la identificación de signos de alarma y las decisiones a tomar.

Fortalecimiento de capacidades del equipo de trabajo incluido personal de limpieza para la identificación de casos, unificar criterios de abordaje, notificación, seguimiento de casos, eliminación de criaderos dentro del establecimiento

Al inicio del año escolar se capacita a docentes de algunas Instituciones Educativas para el abordaje del dengue durante el año lectivo y diversifica el tema en las diferentes asignaturas que se trabajan con los niños.

En el 2015 hubo una epidemia, con brote en el distrito de Tambogrande y Piura en la que circulo el Sero tipo DENV 2 variedad Asiático Americano, al inicio de la epidemia se tamizaba para dengue siendo el Laboratorio Referencial de Salud LARESA el único en procesar las muestras y al no tener capacidad para dar respuesta ante la demanda la Dirección de Salud Piura autorizo el diagnostico por Nexo Epidemiológico, donde todo caso precedente de áreas con incidencia de dengue, con sintomatología semejante al Dengue es Dengue sin requerir de las pruebas de laboratorio.

Para Catacaos el brote se dio en la localidad de Pedregal grande, Pedregal Chico Distrito de Curamori y los caseríos cercanos se atendió a 206 casos de dengue probable en pacientes asegurados a EsSalud, de los cuales 31 fueron positivos, 54 negativos y 121 algunos indeterminados y otros sin resultados, finalmente estos se diagnosticaron como dengue por nexo epidemiológico, mientras que en el 2016, 48 casos fueron positivos, 19 negativos y 46 entre indeterminados y sin resultados.

Las poblaciones afectadas por el dengue en Catacaos comparten similares condiciones socio culturales y ambientales como el bajo nivel educativo, pobreza, viviendas de quincha y adobe, deficientes prácticas de higiene, deficiencias en los servicios de agua y saneamiento (INEI, 2007)

VIVIENDAS CLASIFICADAS SEGUN DISPOSICION DEL SERVICIO DE AGUA POR HORAS Y DÍAS QUE CUENTAN CON ESTE SERVICIO, SEGÚN DISTRITO Y AMBITO GEOGRAFICO

VIVIENDAS SEGUN DISTRITO, AREA URBANA Y RURAL	TOTAL	NÚMERO DE HORAS AL DÍA QUE DISPONE DE AGUA							
		1-3 HS	4-6HS	7-9HS	10-12 HR	13-15	16-18	19-21	22-24
TOTAL AREA DE INTERVENCION CAP III CATACAOS	6235	4596(73.75)	1288	319	20	19	3	3	17
Viviendas urbanas	5437	4013(73.8%)	1097	267	18	19	3	3	16
Viviendas rurales	8828	583(6.6%)	191	52	2	0	0	0	1
DISTRITO CATACAOS									
Viviendas urbanas	2039	1483(72.7%)	319	193	18	16	3	1	6
Viviendas rurales	52	10	5	36	1	0	0	0	0
DISTRITO LA ARENA									
Viviendas urbanas	733	298	420	9	0	0	0	0	6
Viviendas rurales	377	226	135	16	0	0	0	0	0
DISTRITO CURA MORI									
Viviendas urbanas	2665	2232(83.8%)	358	65	1	3	0	2	4
Viviendas rurales	399	347(87%)	51	0	0	0	0	0	1

Fuente : INEI - Censos Nacionales 2007 : XI de Población y VI de Vivienda

La provisión del servicio de agua por horas es lo más frecuente en los distritos de Catacaos, Cura Mori y la Arena (Distritos de bajo Piura), siendo el problema más álgido en la zona rural y urbano marginal; de los 3 distritos, es Cura Mori y sus vecinos donde más del 80% en las zonas urbanas y rurales acceden al servicio de agua solo por 1, 2 o máximo 3 horas interdiario, situación que les obliga a almacenar este bien en condiciones inadecuadas como en baldes, tinajas, noques e incluso bolsas de Urea, constituyéndose en elemento generador de enfermedades gastrointestinales, medio de reproducción ideal para mosquitos y zancudos, entre otras.

EXPERIENCIAS, APORTES, INNOVACIONES TÉCNICO ADMINISTRATIVAS, LIMITACIONES

En consulta capte una paciente con sintomatología compatible con Chikungunya, como antecedente 7 días antes estuvo en Ecuador, le gestione una cita médica y efectivamente resulto altamente sospechosa, se le tamizo y se envió la muestra al laboratorio del Hospital Cayetano, pero al parecer se extravió la orden y se originó una serie de llamadas de ida y vuelta, que tuve que hacer regresar de medio camino al personal que llevo la muestra para que entregara copia del cargo y se examine la muestra. La prueba se procesó en el día y fue positiva por lo que al día siguiente el área de saneamiento ambiental organizo la fumigación 40 casas alrededor de la dirección indicada. El técnico a su retorno me pregunto porque esa presión, el problema es que era un probable Chikungunya y en Piura, Catacaos, etc. tenemos el vector, pero no infectado por Chikungunya, por lo tanto se quería evitar el ingreso del virus y su propagación.

Visite a una familia con resultados positivo para dengue, se le explico la importancia de medidas de prevención entre ellas la identificación de criaderos de zancudos, por lo tanto había que eliminarlos, con la ayuda de la esposa e hijo empezamos a voltear boca abajo las tinajas vacías, algunas servían de nido de las gallinas, sin embargo la abuela nos observaba y finalmente dijo "Que busca esa mujer poniendo la casa patas arriba, bota el agua de los animales y hasta el agua de la gente", ello me hizo recapacitar que no basta sensibilizar a una parte de los miembros de la familia, sino a todos, para tener éxito en las intervenciones.

En otra vivienda se encontró que almacenaban el agua en tinajas de barro tapadas con mantas cocidas con sacos de plásticos y en cada borde se le adiciono un carrizo y en cada esquina tenia adicionada una piedra, con la finalidad de cubrir la boca de la tinaja ejerciendo presión para que los animales no la destapen, no se identificó criaderos, se felicitó a la familia por el cuidado del agua, pero cuando ya estaba de salida, pude observar colgada en la quincha una bolsa de Urea conteniendo agua cuyos bordes estaban lleno de huevecillos de zancudo, que parecía ceniza y las larvas se movían al menor movimiento del agua en el interior de la bolsa, los familiares sorprendidos ante el hallazgo no sabían que tenían un criadero de zancudos en casa, ellos culpaban al vecino por la enfermedad de la abuela, sin embargo el caso pudo ser al. Se explicó el ciclo de reproducción del *Aedes Aegypti* y la importancia de eliminar criaderos.

LIMITACIONES

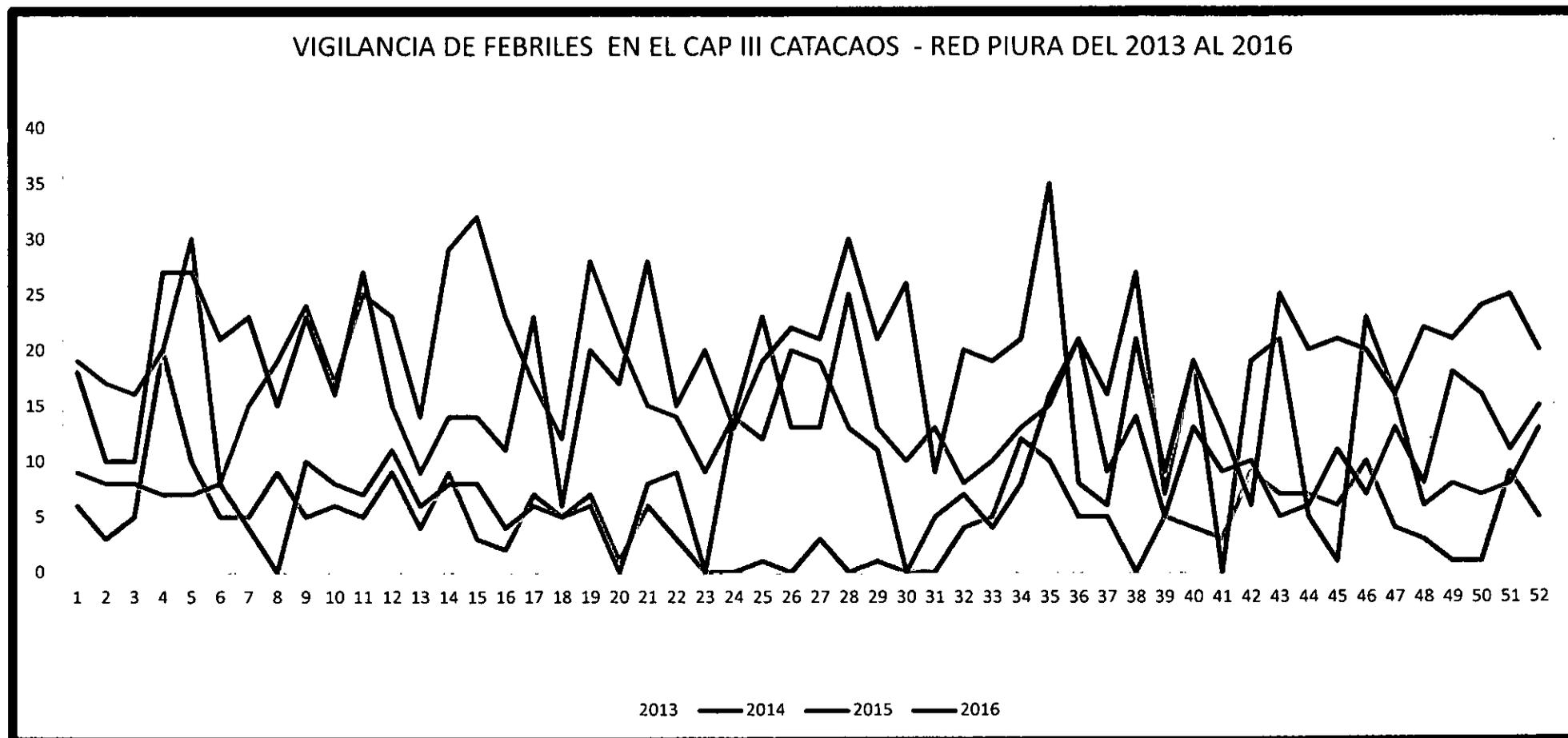
Entre las limitaciones para la vigilancia epidemiológica es que algunos médicos no llenan ficha epidemiológica a pesar de la sintomatología compatible por dengue en el paciente y otros la pasan directo al laboratorio, por ello es necesario reuniones para evaluar procesos con la participación de todos los actores, con participación de la dirección.

Se reconoce la capacidad del profesional de enfermería para asumir retos y se le capacita, pero se le sobrecarga con múltiples funciones administrativas además de la producción asistencial, por lo cual hasta las vacaciones son partidas por ser personal clave en información.

Ante la alta captación de dengue, cuyos resultados fueron negativos, se sugirió al equipo de salud asumir el protocolo solicitando un examen de hemograma incluido plaquetas y examen de orina de urgencia para el día y con esos resultados si lo amerita llenar la ficha epidemiológica para dengue. Esto ha permitido orientar tratamientos y descartar dengue

IV. RESULTADOS

CUADRO N° 1



SEMANAS																																																					
SEM	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	TOTAL
2013	6	3	5	20	10	5	5	9	5	6	5	9	4	9	3	2	7	5	7	1	6	3	0	0	1	0	3	0	1	0	0	4	5	12	10	5	5	0	5	4	3	9	7	7	6	10	4	3	1	1	9	5	255
2014	9	8	8	7	7	8	4	0	10	8	7	11	6	8	8	4	6	5	6	0	8	9	0	14	12	20	19	13	11	0	5	7	4	8	16	21	16	27	7	19	0	19	21	5	1	23	16	6	8	7	8	13	493
2015	19	17	16	20	30	8	15	19	24	17	25	23	14	29	32	23	17	12	28	21	15	14	9	14	23	13	13	25	13	10	13	8	10	13	15	21	9	14	5	13	9	10	5	6	11	7	13	8	18	16	11	15	587
2016	18	10	10	27	27	21	23	15	23	16	27	15	9	14	14	11	23	6	20	17	28	15	20	13	19	22	21	30	21	26	9	20	19	21	35	8	6	21	9	19	13	6	25	20	21	20	16	22	21	24	25	20	961

La vigilancia de febriles se realiza durante el año y como se observa en el gráfico, los años en que se tuvo más incidencia de febriles 2015 y 2016 se tuvieron gran incidencia de casos de dengue, se visualiza también que alrededor de las semanas 25 a la semana 31 del 2015 y 2016 hay mayor incidencia de febriles y coincide con el mayor número de casos sospechosos de dengue. Así también en estos años tuvimos otras enfermedades que vigilar como el 2016 además de dengue se tuvo otras patologías como Influenza y varicela

Cuadro N° 2

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES IDENTIFICADOS CON SINTOMATOLOGÍA DENGUE EN EL CAP III CATACAOS 2015 Y 2016

	2015		TOTAL	%	2016		TOTAL	%
	M	F			M	F		
CATACAOS	62	95	157	25.8	25	20	45	54.9
CURA MORI	31	5	36	17.4	5	16	21	25.6
LA ARENA	7	7	14	6.8	6	10	16	19.5
	100	107	207	100.0	36	46	82	100.0

Fuente: Matriz Excel de identificación y monitoreo de dengue

Observamos que hay buena captación de pacientes con sintomatología dengue sin signos de alarma, sin embargo de los 3 distritos del ámbito de intervención del CAP III Catacaos observamos que es en este distrito donde hay mayor incidencia de casos en los 2 años de estudio, seguido de Cura Mori que geográficamente está ubicado muy cerca de Catacaos.

Según sexo, observamos que la mayor incidencia se da en el sexo femenino debido a que la mayoría de mujeres son amas de casa y el hábitat del *Aedes Aegypti* es casero y el poder de vuelo es un ratio de 6m a la redonda

Cuadro N° 3

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON DENGUE SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y LOCALIDAD EN EL CAP III CATACAOS 2015 Y 2016

	2015				TOTAL	%	2016				TOTAL	%
	<5a	6 a 19	20 a 64	>65			< 5a	6 a 19	20 a 64	> 65		
CATACAOS	0	3	13	3	19	61.3	1	7	14	0	22	45.8
CURA MORI	1	4	2	0	7	22.6	0	5	8	0	13	27.1
LA ARENA	0	0	5	0	5	16.1	0	2	11	0	13	27.1
	1	7	20	3	31	100.0	1	14	33	0	48	100.0

Fuente: Matriz Excel de identificación y monitoreo de dengue

El grupo de edad más afectado es el de 20 a 64 años en plena edad productiva , sin embargo a partir del 2015, se observó por primera vez la afectación al grupo de adolescentes y niños lo que indica que el Aedes Aegypti está la escuela, entonces urge intervenciones conjuntas Salud – comunidad educativa, gobierno local.

Cuadro N° 4

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN RESULTADOS DE EXÁMENES POR LOCALIDAD EN EL CAP III CATACAOS 2015 Y 2016

	2015			TOTAL	%	2016			TOTAL	%
	CATACAOS	CURA MORI	LA ARENA			CATACAOS	CURA MORI	LA ARENA		
POSITIVO	19	7	5	31	15.0	22	13	13	48	42.5
NEGATIVO	51	2	1	54	26.2	11	2	6	19	16.8
INDETERMINADO	27	4	2	33	16.0	5	0	8	13	11.5
SIN RESULTADO	60	23	5	88	42.7	7	6	20	33	29.2
	138	29	8	206	100.0	23	8	34	113	100.0

Fuente: Matriz Excel de identificación y monitoreo de dengue

Observamos en el 2015 mayor incidencia de casos, pero frente a resultados solo el solo el 41.2% tuvo resultados y el 58.8% fue diagnosticado por nexos epidemiológicos es decir solo por sintomatología; esto evidencia el principal problema en Piura, el de laboratorios, que no alcanza a cubrir las demandas frente a una epidemia así, en el 2016 la incidencia fue de menor magnitud, y se logró diagnosticar al 59.4% y el 40.6% quedó con diagnóstico incierto, además en el 2015 se tuvo 1 caso de Chikungunya.

En el 2015, una paciente de 75 falleció en su domicilio con dengue, la familia y ella se negaron a llevarla al hospital, fue certificada como infarto al miocardio.

En el 2016 tuvimos 01 caso de dengue con signos de alarma en un niño menor de 5 años el mismo que se recuperó en hospital

V. CONCLUSIONES

El dengue es una enfermedad viral cuyo síntoma principal es la elevada temperatura cuyo control requiere elevada ingesta de líquidos y electrolitos para compensar las demandas biológicas durante la enfermedad y evitar la deshidratación, daño en órgano blanco y muerte del paciente.

Es muy importante hacer el examen para dengue en el paciente y obtener los resultados para tenerlo en cuenta en el manejo y pronóstico de un eventual segundo episodio de dengue.

Toda Gestante con dengue es un caso delicado que debe manejarse en hospital.

VI. RECOMENDACIONES

Todo paciente con dengue debe pasar por consejería en la cual se debe incidir en la hidratación con SRO, vigilancia en signos de alarma, importancia en el control de la evolución de la enfermedad, exámenes laboratoriales y medidas de autocuidado individual, familiar y del entorno.

Gestante con dengue debe hospitalizarse y es el personal de salud quien debe llevarla y dejarla internada bajo la custodia de personal que la recibe. Previo a este proceso la familia debe saber del alto riesgo de la gestante y de su bebe

REFERENCIALES

1. Planeación y la evaluación impacto en salud. (2013, GOBIERNO REGIONAL PIURA)
2. Figueroa Silverio, A. (17 de Enero de 2011). America Latina se moviliza en la lucha contra el Dengue. *Informed: Centro Nacional de Informacion de Ciencias Medicas*.
3. MINSA, D. G. (2011). *Situacion del Dengue en el Peru*. Lima - Peru: Minsa.
4. MINSA, D. G. (2013). *Situacion del Dengue en el Peru*. Lima - Peru: Minsa.
5. MINSA, DGE, Red Nacional de Epidemiologia (RENACE). (2016). *Tendencia de la Enfermedad Diarreica acuosa en todas las edades Peru 2013 - 2016*. Lima.
6. Ordoñez Ibarguen, M. L. (2015). *Boletin Epidemiologico, Sem 01-2015*. Lima: Direccion General de Epidemiologia.
7. Suarez Ognio, L., & Arrasco Juan, C. M. (Vol.01 Abril 2011). Factores asociados a Dengue Grave, durante la Epidemia de Dengue en iquitos 2010 -2011. *Revista Peruana de Epidemiologia*, 01-07.
8. 2013, GOBIERNO REGIONAL PIURA. (s.f.). *PLAN ESTRATEGICO DE DESARROLLO REGIONAL CONCERTADO 2013 - 2016*. PIURA.
9. Aliaga Huidobro, E. (Septiembre del 2003). *Políticas y Promocion de la Salud en el Peru: Retos y Perspectivas*. Lima - Peru: ISBN:9972-9696-5-7.
10. Cabezas, C., Fiestas, V., Garcia Mendoza, M., Palomino Miriam, & Mamani, E. (Lima - 2015). Dengue en el Peru: A un cuarto de Siglo de su Remergencia. *Med.Exp.Salud Publica*, Vol,32,n1.

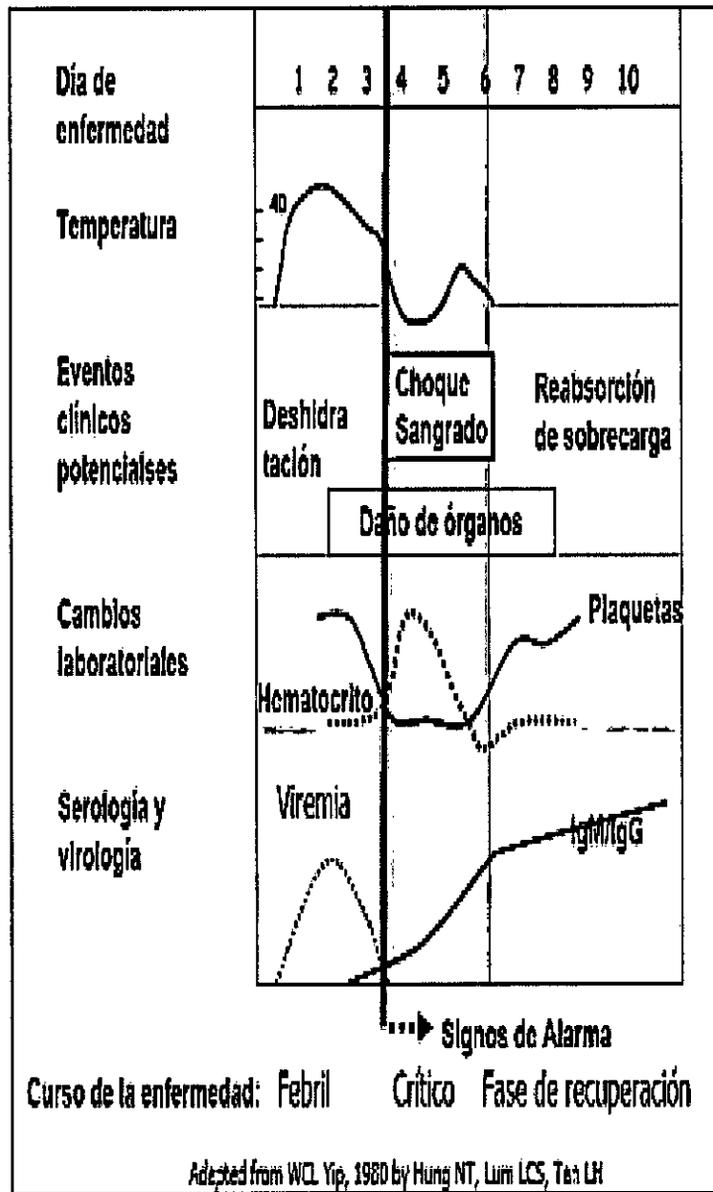
11. Figueroa Silverio, A. (17 de Enero de 2011). América Latina se moviliza en la lucha contra el Dengue. *Informed: Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas*.
12. Heller, L. (1997). *Saneamiento y Salud*. Brasilia: Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS).
13. heller, l. (1997). *saneamiento y salud*. brasilia, 1997: oficina de representacion de OPS / OMS en peru y del cepis.
14. MINSA, D. G. (2013). *Situación del Dengue en el Perú*. Lima - Perú: Minsa.
15. Ordoñez Ibarquén, M. L. (2015). *Boletín Epidemiológico, Sem 01-2015*. Lima: Dirección General de Epidemiología.
16. Silva Delgado, h. R. (2011). *Dengue Neonatal en el Perú: Reporte de 01*. Iquitos -Peru.
17. Solano Aldaz, C. (2013). *Conocimientos prácticos y aptitudes en relación a medidas preventivas para el Dengue en la población del barrio Rayito de Luz de Cabtin Machala*. Machala Ecuador.
18. Suarez Ognio, L., & Arrasco Juan, C. M. (Vol.01 Abril 2011). Factores asociados a Dengue Grave, durante la Epidemia de Dengue en Iquitos 2010 -2011. *Revista Peruana de Epidemiología*, 01-07.
19. Vilcarromero, Vilcarromero , S., Casanova, W., Ampuero, J., & Ramal-Asayag, C. (Marzo 2015). Lecciones aprendidas en el control de *Aedes Aegypti* para afrontar el dengue y la emergencia de chikungunya en Iquitos - Perú. *Revista Peruana de Medicina experimental y Salud Pública*, 23.

ANEXOS

ANEXO 1

CURSO DE LA ENFERMEDAD DEL DENGUE

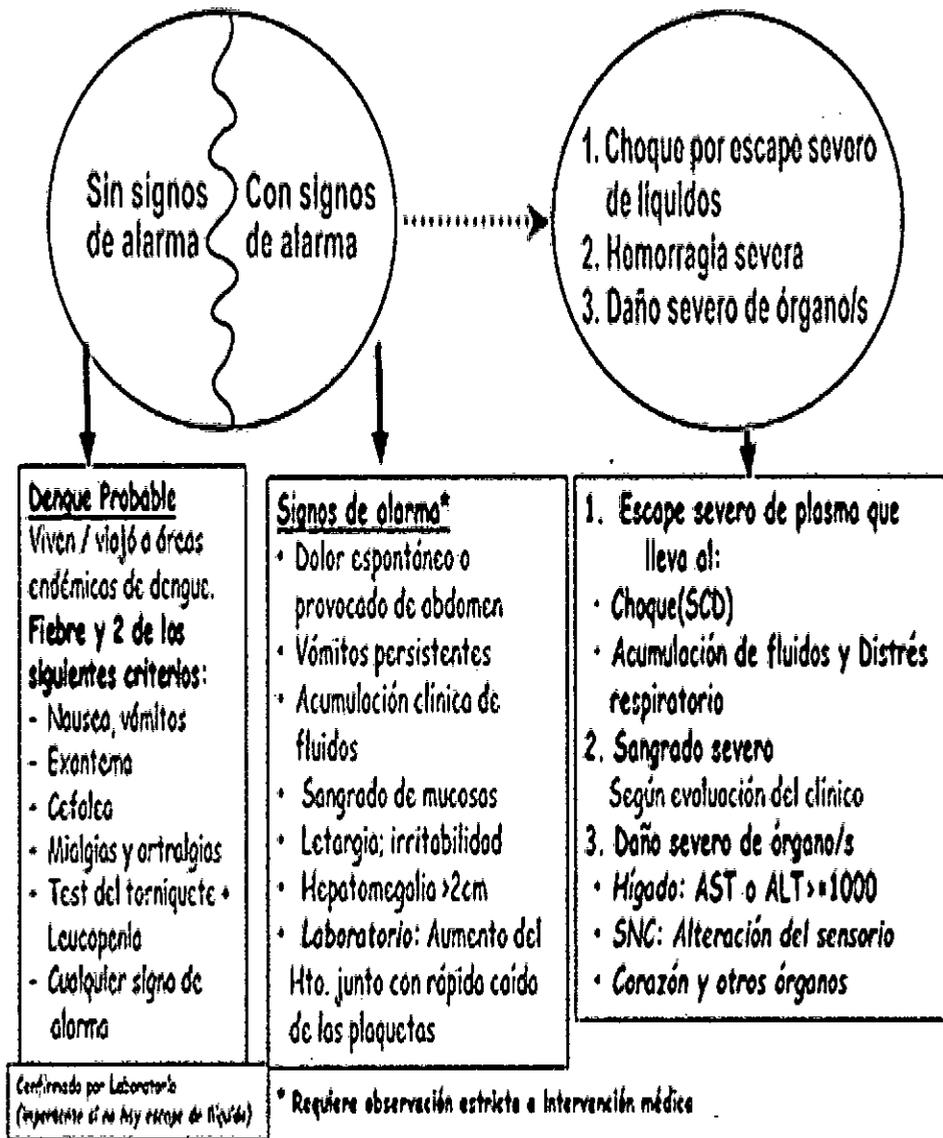
OPS/OMS: CRITERIOS ACTUALES



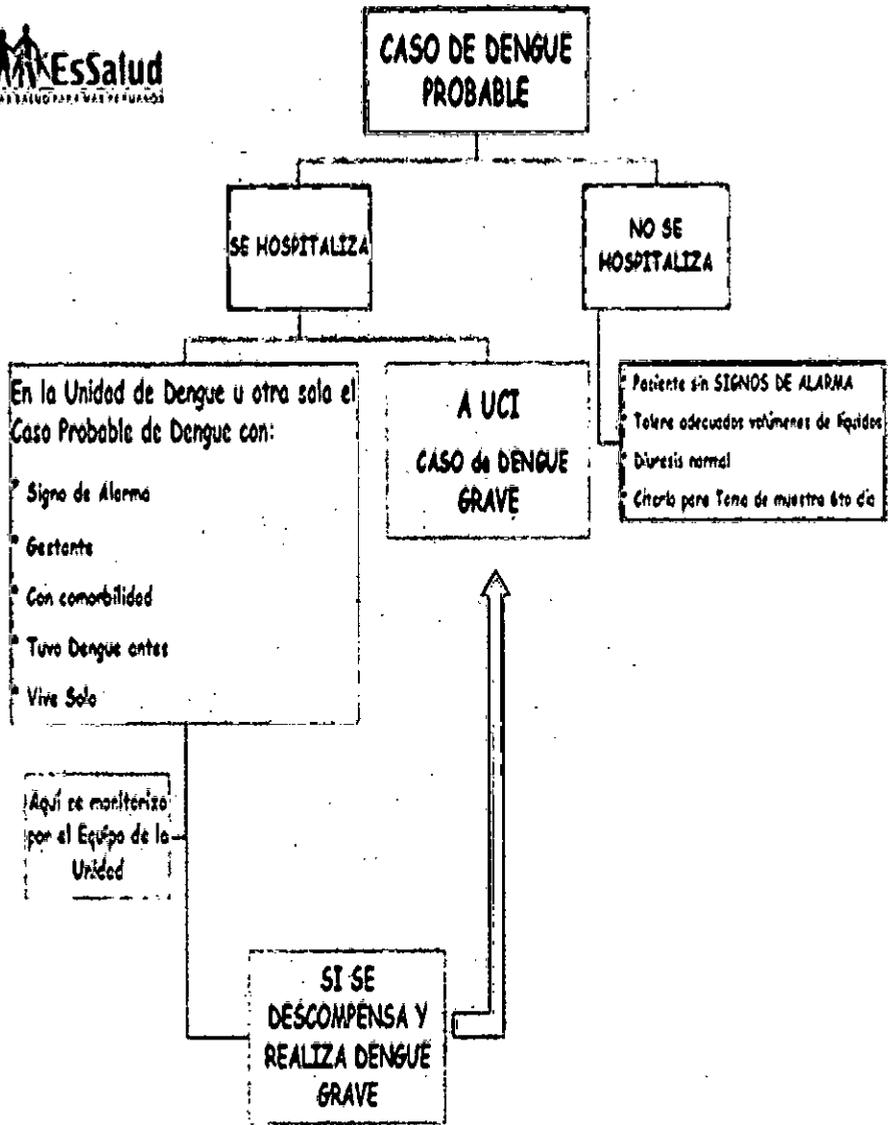
Clasificación revisada del Dengue

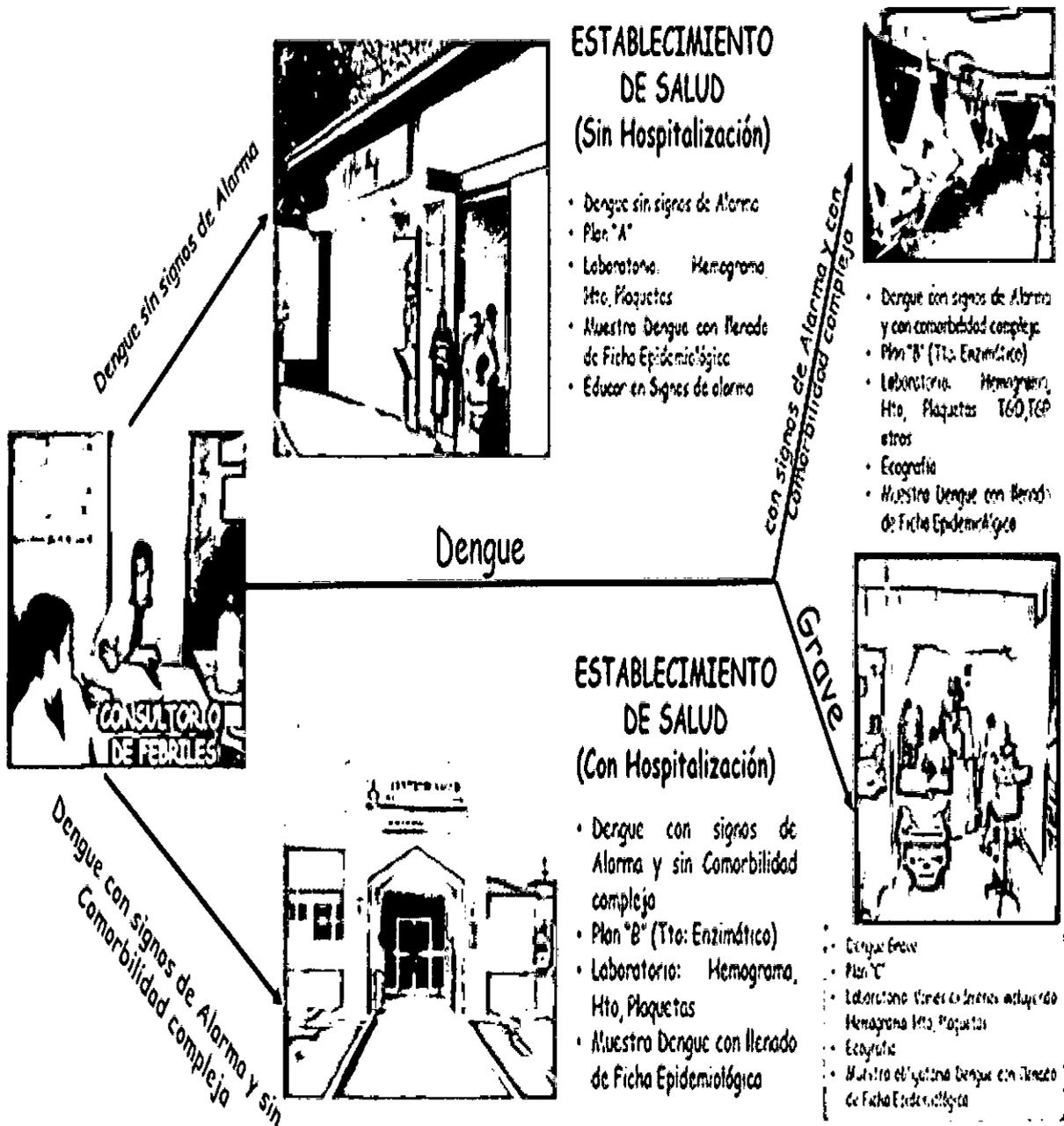
DENGUE ± signos de alarma

DENGUE GRAVE



ANEXO N° 3





ANEXO N° 5

CONDICIONES INADECUADAS DEL ALMACENAMIENTO DEL AGUA



