

Adherencia de los pacientes a la Guía de Práctica Clínica del Dengue (GPC_Dengue) en una Clínica de Barranquilla (Atl, Col)

Patient Adherence to Clinical Practice Guidelines Dengue (GPC_Dengue) at a clinic in Barranquilla (Atl, Col)

Rodríguez López J¹, Lastre Amell G¹, Camargo Infante J¹, Fuentes Ortega G¹, Bermejo Urzola J¹, Nieto Gutiérrez V¹
¹ Universidad Simón Bolívar

Resumen – El Dengue es una enfermedad transmitida por la picadura de un mosquito *Aedes*. En Colombia representa un problema en salud pública debido a la re emergencia e intensa transmisión con tendencia creciente, el comportamiento de ciclos epidémicos cada dos o tres años.

Objetivo. Caracterizar la adherencia de los Profesionales médicos de la Salud, la guía para la atención clínica integral del paciente con dengue (GPC_Dengue OPS/OMS 2010), Clínica de la Policía Regional Caribe Barranquilla, de enero a diciembre 2013.

Materiales y Métodos. Fue Cuantitativa, descriptiva transversal. La muestra estuvo conformada por 83 historias clínicas, donde se confirmaron los casos de dengue en la institución, se aplicó un cuestionario y los resultados se establecieron en medidas de tendencia central, para comparar el nivel de adherencia de los aspectos de Evaluación General, Diagnóstico y Clasificación, Manejo a la GPC_Dengue, se realizó un análisis de varianza no paramétrico, Test Kruskal-Wallis. Y una prueba de Tendencia Lineal.

Resultados. Se observó que la proporción de hombres y mujeres fue prácticamente 1:1, la adherencia en general fue Adecuada para los ítems evaluados. No se encontró una diferencia entre la adherencia para cada uno de los criterios evaluados. Los resultados fueron coherentes con otros estudios.

Conclusiones. El nivel de adherencia global estuvo iguales para ambos tipos de hospitalización, tanto para el nivel de adherencia Muy Bueno, Bueno y Regular; mayoritariamente, los profesionales tuvieron una Buena adherencia a la GPC_Dengue, es probable que esta adherencia sea haya dado por el nivel de la clínica.

Palabras claves: Adherencia, Dengue, Guías de manejo (DeCS).

Background: Dengue is a disease transmitted by the bite of an *Aedes* mosquito. In Colombia represents a public health problem due to the reemergence and intense transmission with increasing trend, the behavior of epidemic cycles every two or three years.

Objective: To characterize the adhesion of Medical Professionals Health Guide for comprehensive clinical care of patients with dengue (GPC_DenguePAHO / WHO 2010), Clinical Caribbean Regional Police Barranquilla, from January to December 2013.

Methods: was quantitative descriptive cross. The sample consisted of 83 medical records, where cases of dengue were confirmed in the institution, a questionnaire was applied and the results were established in measures of central tendency, to compare the level of adherence of aspects of General Evaluation, Diagnosis and classification Management to GPC_Dengue, an analysis of nonparametric variance,

Kruskal-Wallis test was performed. And proof of Linear Trend.

Results: It was observed that the proportion of men and women was almost 1:1, adherence was generally Suitable for the items assessed. A difference between the adhesions to each of the criteria evaluated was not found. The results were consistent with other studies.

Conclusions: The overall grip level was the same for both types of hospitalization. Whether the grip Very Good, Good and Fair. Mainly, practitioners had a good adhesion to the GPC_Dengue, is likely to grip it has given the level of the clinic.

Keywords: Adhesión, Dengue, Practice Guidelines (DeCS).

INTRODUCCIÓN

El dengue es un virus que es transmitido por el mosquito *Aedes aegypti*, la cual se presenta en todas las regiones tropicales y subtropicales del mundo (1). En los últimos años, la transmisión de esta infección o enfermedad ha venido en aumento su incidencia de forma preponderante en zonas urbanas y semi-urbanas, igualmente a nivel mundial, convirtiéndose en un problema de salud pública (2). Según la OMS calcula que cada año se producen entre 50 a 100 millones de infecciones por el virus del dengue en el mundo y más del 40% de la población mundial están en riesgo de contraer la infección (3).

En los años 2010, 2013 y 2015, se reportaron un estimativo de casi 2,4 millones de casos de dengue al año. En el 2013, en las regiones de las Américas, Asia Sudoriental y Pacífico Occidental se registraron más de 3 millones de casos de dengue. En 2015, solo en las Regiones de las Américas se reportaron 2,35 millones de casos, distribuidos de 10. 200 casos fueron diagnosticados como dengue grave, de los cuales estos provocaron 1.181 defunciones (3).

En Colombia, el comportamiento del dengue también es un problema de salud pública, debido a la re-emergencia y a la acelerada transmisión del virus con predisposición progresiva, esto ha sido por el comportamiento de ciclos epidémicos que se han dado cada dos o tres años, el aumento en la frecuencia de brotes de dengue grave, la circulación simultánea de

Correspondencia: Rodríguez López Jorge. Facultad de Salud. Universidad Simón Bolívar. Carrera 59 No. 59-65 sede 2. Barranquilla, Atlántico, Colombia. jrodriguez2@unisimonbolivar.edu.co.

Citar: Rodríguez J, Lastre G, Camargo J, Fuentes G, Bermejo J, Nieto V. Adherencia de los pacientes a la Guía de Práctica Clínica del Dengue (GPC_Dengue) en una Clínica de Barranquilla (Atl, Col). Cienc. innov. salud. 2015; 3 (2):23 – 30.

Recibido: Feb. 10 de 2015 / Modificado: Abr. 15 de 2015 / Aceptado: Jun. 01 de 2015.

diferentes serotipos, la reintroducción del serotipo tres, la infestación por *Aedes aegypti* de más de 90% del territorio nacional situado por debajo de los 2.200 msnm, la introducción de *A. albopictus* y la urbanización de la población por problemas de violencia (4).

Con respecto a la tasa de incidencia de dengue, desde 1978 ha sido fluctuante la aparición del virus, con tendencia al incremento a través del tiempo. El primer caso de dengue grave (hemorrágico) fue en diciembre de 1989 en Puerto Berrio, Antioquia; (5). Observando que el comportamiento epidemiológico en Perú y Colombia, muestran reportes de casos en el año 2014 la mayor letalidad por dengue en el Perú, mientras que en Colombia, la incidencia, fue nueve veces mayor a la reportada en el Perú (6).

De acuerdo, hasta la semana epidemiológica 7 de 2014 se había notificado al Sivigila 14. 595 casos totales de dengue, 14.203 (97,3 %) de dengue y 392 (2,7 %) de dengue grave, que a la fecha se encuentran distribuidos así: •Probables: 10 388 (73 %) casos de dengue, 220 (56 %) de dengue grave. Confirmados: 3815 (27 %) casos de dengue, 172 (44 %) de dengue grave. Con corte a semana 7 del 2013 se notificaron 13 150 casos de dengue, que comparado con el 2014 (14 486) corresponde a un aumento del 10 %. Se están notificado en promedio 2069 casos semanales (7) F1.

De acuerdo, al boletín epidemiológico del Instituto Nacional de Salud y hasta la semana epidemiológica del 06 de 2016, el Sivigila notifico 16.414 casos de dengue, de los cuales 5.069 casos (30,9 %) confirmados; en la semana epidemiológica 06 se notificaron 2.236 casos, de los cuales 1.418 corresponden a semana epidemiológica 06 y 1.907 a semanas epidemiológicas anteriores. En la semana epidemiológica 06 de 2015 se notificaron 2.009 casos. Así mismo. Los Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, semana epidemiológica 06, 2016, para el departamento del Atlántico se identificaron 274 Casos dengue (1.7%), 11 Casos dengue grave (4.5%) para un total de 285 casos de dengue (1,7%); en Barranquilla se reportaron 201casos de dengue (1,2%) 4 casos de dengue grave (1,6%), para un total de 205 casos de dengue (1,2%) (8)

En cuanto a la mortalidad por dengue en un 98% de los casos es evitable, (9) evidenciándose en la semana epidemiológica 06, se han notificado 60 muertes probables por dengue. El 48,3 % de las muertes se

presentaron en casos procedentes de los departamentos del Valle del Cauca con el 21,7 %, Meta y Tolima con el 10,0 % cada una, y Sucre con el 6,7. Según municipio de procedencia Cali registro el 18,3 %, Ibagué el 8,3 %, Florencia y Magangué con el 3,3 % cada una (8).

Por otro lado, la adherencia de la guía para la atención clínica integral del paciente con dengue, se encontró en el estudio de Valderrama Ardila et al., que los pacientes no los clasificaron según el manejo establecido por la guía de la OMS, evidenciando que el 77,18% de los pacientes el tratamiento fue adecuado frente al nivel de atención, el 28,9% de los casos frente al manejo de líquidos; también refiere que esta guía desde su implementación desde el año 2010 ha sido progresiva y los profesionales de la salud a nivel asistencial se han basado en esta guía para su tratamiento, es por ello que se recomienda aumentar la difusión e implementación de esta, en el día a día en las instituciones de salud (10)

Según el estudio de Rodríguez Quintero et al., revelo en el análisis de las historias clínicas de los pacientes atendidos se identificó entre el 97 y 100% cumplió en la adherencia de la guía práctica integral de dengue durante la atención, demostrando que en esa institución es adecuado su diligenciamiento, para la atención (11)

Teniendo como referencia los anteriores datos estadísticos epidemiológicos donde es evidente el alto índice de infectados no solo en Colombia sino en toda la zona tropical y subtropical. Para efectos de atención médica, en Colombia (12), se adoptó la guía para la atención clínica integral del paciente con dengue (OPS/OMS), pretendiendo establecer los criterios clínicos y de laboratorio útiles para el diagnóstico y el manejo de los casos de dengue (sin y con signos de alarma, y dengue grave) en todo el territorio nacional, con el propósito de brindar seguridad en la atención medica de las personas afectadas, reduciendo el riesgo de muerte, u ocurrencia de complicaciones, aspecto importante dentro de los parámetros de salud pública. Considerando así el adecuado cumplimiento de los criterios que la guía, el cual propone marcar la línea invisible entre la rápida recuperación del paciente y la ocurrencia de complicación o mortalidad.

Por lo anterior, se busca caracterizar la adherencia de los profesionales médicos de la Salud, a la guía para la atención clínica integral del paciente con dengue (GPC_Dengue OPS/OMS 2010), en una Clínica privada

de Barranquilla, entre los meses de enero a diciembre del año 2013, porque la adopción de esta guía y política permite estandarizar y controlar el manejo a esta enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Con un enfoque cuantitativo, se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo; la población estuvo conformada por 250 historias clínicas de los pacientes diagnosticados con dengue, en una Clínica privada de Barranquilla, durante el año 2013, y la muestra fueron ochenta y tres (83) casos manejados y confirmados por laboratorio técnica Elisa Inmunoglobulina IgM positiva para virus del dengue, atendidos de manera ambulatoria (servicios de consulta externa y urgencias) y hospitalaria (servicio de internación de mediana complejidad), el tipo de muestreo fue a conveniencia.

Los criterios de inclusión tenidos en cuenta fueron que las historias clínicas donde se confirmaran los casos a través de los laboratorios de técnica Elisa Inmunoglobulina IgM positiva para virus dengue, los casos confirmados para virus de dengue en el año 2013, las historias clínicas que se confirmaron los casos de dengue en los servicios de consulta externa, urgencias y a nivel hospitalario el servicio de internación de mediana complejidad. Y los criterios de exclusión, fueron las historias clínicas que tuvieran otros casos de patología confirmados, además de la patología de base.

También se tuvo en cuenta las consideraciones éticas como la Resolución 008430 de octubre 4 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, la cual aplico en la investigación en el Título II de la investigación, en el Capítulo 1 de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, en el artículo 11, donde la investigación se clasificó en la categoría de investigación sin riesgo (13), porque se empleó técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos, entre los que se consideraron, la revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionario. Y el artículo 14, Consentimiento Informado por escrito, mediante el cual los sujetos de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza la revisión de las historias clínicas, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. Por lo anterior, este fue expuesto y firmado a todos los participantes de la investigación y fue aceptado por los mismos, aunque algunos de ellos desistieron de

participar en la investigación alegando principios éticos, esta fue llevada a cabo con el resto de grupo a investigar; también se tuvo en cuenta los principios éticos en salud como: No- Maleficencia, Autonomía y confidencialidad de la información relacionada con su privacidad (14).

La fuente primaria, se obtuvo de las historias clínicas de los pacientes atendidos con dengue confirmado, en la Clínica privada de Barranquilla, durante el año 2013 y la fuente secundaria, se recolectó a través de documentos especializados, artículos científicos, leyes, decretos entre otros.

Para la recolección de la información los investigadores diseñaron un instrumento elaborando un formato para evaluar adherencia a la guía para atención clínica integral el paciente con dengue-año 2013, el cual fue diseñado en una matriz en Excel, donde se dinamizó la información de manera automática una vez digitados los datos en este cuestionario se tuvo en cuenta las siguientes variables: los datos sociodemográficos, y cuatro (4) contenidos a evaluar, cada contenido tiene preguntas de acuerdo a los aspectos a evaluar en la adherencia a la guía de manejo. Los cuatro contenidos a evaluar fueron los siguientes: una evaluación general, que incluyó anamnesis y examen físico; un diagnóstico y clasificación; manejo ambulatorio (Grupo A), hospitalario mediana complejidad (Grupo B), internación en Unidad de Cuidados intensivos de alta complejidad (Grupo C) y por último la apropiación de la Institución Prestadora de Salud.

Por otra parte, este instrumento tuvo tres opciones de respuestas, las cuales son las siguientes: SI: Cumple con los requisitos de adherencia, para la pregunta específica. Calificación 5 NO: No Cumple con los requisitos de adherencia, para la pregunta específica. Calificación 1 NA: No aplica para la pregunta. No afecta la calificación del formulario. Al diligenciar cada contenido tendrá su calificación automática, que sumadas darán un resultado total de adherencia a la guía de manejo; así mismo, se diligenció un formato por historia clínica.

Para validar el instrumento se utilizó el estadístico de kuder-richardson (K_{20}) (15) el cual mide la consistencia interna de los instrumentos. La consistencia interna se refiere a las correlaciones entre los ítems (relación empírica) y la homogeneidad se refiere a la unidimensionalidad (relación lógica, conceptual) de un

conjunto de ítems que supuestamente expresan el mismo rasgo. Este estadístico mide la fiabilidad (validez + precisión) de los instrumento con respuestas dicotómicas, i. e. ausencia o presencia, correcto incorrecto, realizado o no realizado, entre otros. Se utilizó la fórmula estándar para el cálculo de kr_{20} .

$$kr_{20} = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum pq}{\sigma_t^2} \right)$$

k = número de ítems

$\sum pq$ = suma de las varianzas

σ_t^2 = varianza de los totales

Así mismo se definieron cuatro (4) variables condensadas en grupos de criterios, que incluyeron nueve (9) subvariables relacionadas con evidencia en la historia clínica del cumplimiento de las especificaciones requeridas por la GPC_Dengue, durante la atención de cada paciente. A cada una de ellas se le asignó un peso porcentual ponderado al cual se determinó, luego de revisar el manejo de los profesionales médicos en servicios ambulatorios y hospitalarios. Posteriormente se llevó a cabo a través de la revisión de las historias clínicas de los pacientes manejados con diagnóstico confirmado de afectación virus dengue, atendidos durante el año 2013, tomando como referente los elementos y requisitos de la guía de atención clínica integral de los pacientes con dengue (OPS/OMS 2010), correspondientes a la atención médica, y de acuerdo al nivel de complejidad asistencial. Para la captura de Información, se utilizó el «Instrumento de Evaluación de Adherencia a la Guía de Atención Clínica Integral de Dengue», el cual es utilizado por el ente territorial regente en Salud, Secretaría de Salud Departamental del Atlántico.

Por otro lado, para determinar el nivel de adherencia al GPC_Dengue, se segmentó la información del siguiente modo: Evaluación General, Diagnóstico y Clasificación, Manejo y Apropiación IPS a la GPC, se generó una escala del siguiente modo para presentar los resultados de manera resumida pero explícitamente posible:

Las historias clínicas evaluadas se clasificaron de acuerdo con los siguientes criterios:

Tabla 1. Calificación cualitativa de la adherencia a la guía clínica.

Valoración	Calificación	Cualificación
Excelente	4,50 - 5,00	Adecuada
Buena	3,50 - 4,49	Adherencia
Regular	3,00 - 3,49	Inadecuada
Deficiente	1,00 - 2,99	Adherencia

Fuente: del trabajo de investigación

Para calcular el la Adherencia Global a la GPC_Dengue, se ponderó cada segmento de información del siguiente modo.

<i>Evaluación General</i>	25%
<i>Diagnóstico y Clasificación</i>	25%
<i>Manejo</i>	40%
<i>Apropiación IPS</i>	10%

Para comparar los niveles de adherencia de los aspectos a Evaluación General, Diagnóstico y Clasificación, Manejo a la GPC_Dengue, se realizó un análisis de varianza no paramétrico, Test Kruskal-Wallis Para relacionar el nivel de adherencia a GPC_Dengue según el tipo de manejo del paciente en el servicio de APS, se utilizó la Prueba de Tendencia Lineal. Las tablas de frecuencia, y estadísticos de contraste fueron realizados en StatgraphicCenturion XV®.

RESULTADOS

Se revisaron cuarenta y tres historias clínicas de pacientes con diagnóstico positivo de dengue por IgM. Esto se realizó para llevar un control sobre la calidad de los documentos revisados. Se observó que la proporción de género masculino y femenino fue prácticamente a 1:1, lo cual indica que no hubo una mayor representatividad de un género sobre el otro.

El grupo etéreo con mayor representación fue de 20 – 24 años, con un 44,19%, con una mayor frecuencia porcentual del género femenino (50%). El grupo etéreo de los adolescentes solo tuvo dos (2) representantes, equivalentes al 4.65%; siendo todos del género masculino. Globalmente la representación porcentual de los géneros fue comparativamente similar (51,16% – 48.84%), la diferencia fue de un solo individuo. El grupo etéreo correspondiente a Infancia y Adulthood tuvieron igual representación entre géneros, 5 y 6 pacientes, respectivamente. Las variaciones en la representación porcentual entre un género y otro, se deben a la diferencia de base.

En cuanto, a la Evaluación General y para evaluar el nivel de adherencia a la guía para los ítems que componen este aspecto, se realizó una discriminación por género para poder visualizar mejor los datos, se observó una tendencia al hacer una muy buena evaluación al género femenino que al género masculino, observando que solo el género masculino presentó una adherencia deficiente para la evaluación general (9,52%).

Con respecto a la Adherencia a la GPC_Dengue para los ítems que referían a Diagnóstico y Clasificación de Grupo epidemiológico sólo se presentaron dos resultados una Muy Buena y Regular adherencia; para estos ítems el género masculino fue quien mayoritariamente (32,56%) muy bueno, mientras esta proporción se invirtió para el género femenino (34,88%) para una Adherencia Regular, sin embargo globalmente, para estos ítems la adherencia fue regular (51,16%).

Al evaluar la adherencia teniendo en cuenta el número de ítems cumplidos, el 2,33% de los pacientes tuvieron una adherencia a la GPC_Dengue para los ítems de Manejo regular y deficiente, masculino y femenino respectivamente; el resto de los pacientes tuvo una adherencia al manejo buena y muy buena. Se presentó la tendencia inicial de tener una mayor adherencia a la GPC_Dengue con el género femenino que con el masculino, pero, el género masculino tuvo una buena adherencia a la GPC_Dengue. A tasa rasa, el 45,5% del género femenino tuvo una Muy Buena Adherencia a la GPC_Dengue, mientras que solo el 28,6% del género Masculino para este indicador. Inversamente se encuentran los resultados para el nivel de Adherencia Bueno para Manejo, 52,4% para el género masculino y 36,4% para el género femenino. Esta situación es particular, dado que para el manejo siempre se había observado una tendencia a inclinarse a tener un mejor manejo para el género masculino que para el femenino.

Con relación a la evaluación de la Adherencia Global, se tuvo en cuenta la ponderación de cada bloque de la lista de chequeo correspondiente a la GPC_Dengue. El nivel de adherencia global estuvo nivelado para ambos géneros. Tanto para el nivel de adherencia Muy Bueno, Bueno y Regular. Mayoritariamente, los profesionales tuvieron una Buena adherencia a la GPC_Dengue (67,4%). Para ambos géneros solo un paciente tuvo una adherencia a la GPC_Dengue.

Para comprobar la existencia de una posible relación entre el Nivel de Adherencia a GPC_Dengue y el género se realizó una prueba de tendencia lineal, y no se encontró relación a excepción del diagnóstico con el género. A excepción del Diagnóstico, la hipótesis de que filas y columnas son independientes con un nivel de confianza del 95,0%, se buscó si existía diferencia entre los módulos que componían la lista de chequeo para verificar la adherencia en todas las partes que componen la GPC_Dengue, encontrándose que existía

diferencia estadísticamente significativa (p -valor $>0,05$), lo que quiere decir que la adherencia a la GPC_Dengue, fue integral.

Proporción de Cumplimientos de Criterios de la GPC-Dengue

Se evaluaron 30 historias clínicas correspondientes a pacientes de atención ambulatoria, los ítems de más alto cumplimiento se dieron en los criterios de: cronología de signos y síntomas, estado de hidratación, confirmación diagnóstica, seguimiento ambulatorio (Grupo A), criterios de egreso y reporte epidemiológico al SIVIGILA, con resultados entre el 97% al 100 % de cumplimiento. Los de más bajos cumplimientos se reflejaron en: verificado de llenado capilar y búsquedas de hemorragias en piel, mucosas, prueba de torniquete, busca de signos de alarma, exploración del sistema nervioso central y enseñanza de signos de alarma, con resultados entre el 52 % y 78 % de no cumplimiento.

Las 53 historias clínicas correspondientes a pacientes de atención hospitalaria, reflejaron más alto cumplimiento en los aspectos de: cronología de signos y síntomas, estado de hidratación, confirmación diagnóstica, manejo de líquidos endovenosos (LEV), muestra de hematocrito antes de reposición de LEV, laboratorio y apoyo diagnóstico, criterios de egreso y reporte epidemiológico al SIVIGILA, con resultados entre el 94% al 100 % de cumplimiento. Los de más bajos cumplimientos se evidenciaron en: prueba de torniquete, exploración del sistema nervioso central y enseñanza de signos de alarma, con resultados entre el 74 % y 79 %.

La atención de paciente con dengue debe estar enfocada en términos de adecuada adherencia, en algunos aspectos relacionados con el manejo médico, ejemplo: manejo farmacológico y de LEV, monitorización hemodinámica, laboratorio, etc., los resultados deben apuntar a un 100 % de cumplimiento, el no ceñirse a la guía puede representar un acto inseguro con posibles consecuencias adversas para el paciente. Los resultados de cumplimiento de aspectos de la GPC_Dengue se resumen así:

Tabla 2. Proporción de cumplimiento criterios de la GPC_Dengue

Variable	Item Evaluado	Manejo Ambulatorio	Manejo Hospitalario
EVALUACIÓN GENERAL	Cronología signos y síntomas	100%	98%
	Indagación signos de alarma	70%	75%
	Grupo de riesgo	48%	77%
	Comorbilidades	63%	74%
	Signos vitales	93%	75%
	Estado de hidratación	100%	100%
	Prueba del torniquete	44%	26%
	Verificar llenado capilar -hemorragias	30%	60%
	Búsqueda signos de alarma	30%	70%
	Exploración sistema nervioso central	30%	26%
DIAGNOSTICO Y CLASIFICACIÓN	Impresión diagnóstica	74%	60%
	Confirmación diagnóstica	100%	100%
MANEJO	Tratamiento fármaco-terapéutico	81%	59%
	Seguimiento ambulatorio (Grupo A)	97%	NA
	Enseñanza de signos de alarma	22%	21%
	Manejo líquidos intravenosos	NA	94%
	Muestra hematocrito antes de LEV	NA	98%
	Monitoreo hemodinámica	NA	75%
	Laboratorio y apoyo diagnóstico	NA	90%
	Criterios de egreso	97%	100%
APROPIACIÓN IPS	Reporte epidemiológico SIVIGILA	100%	100%
	Indagación signos de alarma	70%	75%
	Grupo de riesgo	48%	77%
	Comorbilidades	63%	74%
	Signos vitales	93%	75%
	Estado de hidratación	100%	100%
	Prueba del torniquete	44%	26%
	Verificar llenado capilar -hemorragias	30%	60%
	Búsqueda signos de alarma	30%	70%
	Exploración sistema nervioso central	30%	26%
DIAGNOSTICO Y CLASIFICACIÓN	Impresión diagnóstica	74%	60%
	Confirmación diagnóstica	100%	100%
MANEJO	Tratamiento fármaco-terapéutico	81%	59%
	Seguimiento ambulatorio (Grupo A)	97%	NA
	Enseñanza de signos de alarma	22%	21%
	Manejo líquidos intravenosos	NA	94%
	Muestra hematocrito antes de LEV	NA	98%
	Monitoreo hemodinámica	NA	75%
	Laboratorio y apoyo diagnóstico	NA	90%
	Criterios de egreso	97%	100%
APROPIACIÓN IPS	Reporte epidemiológico SIVIGILA	100%	100%

Fuente: Datos del Estudio

DISCUSION

Los resultados de la proporción equilibrada masculino:femenino, es un resultado consistente con la realidad de la Región Caribe, donde en este contexto regional las mujeres son, ligeramente mayoritarias, representando el 50,6 % de esa población total de la Región (16). La Incidencia en los grupos etáreos correspondiente a Infancia y Juventud, se explica por el

comportamiento humano, su estilo de vida y la infraestructura en que vive pueden condicionar la transmisión del dengue, como ya ha sido demostrado en diversos estudios (16), a estos dos grupos los hacen un poco más predisponentes al contacto con el vector (2, 17, 18). Infiriendo estos resultados donde se identificó según la distribución por sexo y grupos de edad de casos de dengue, se observa que los hombres más afectados se encuentran entre los 20 a los 29 años, mientras que las mujeres entre los 55 y más años notificaron el mayor número de casos (19).

En esta investigación los resultados fueron contrarios en representaciones porcentuales donde la adherencia a la guía fue mayor en el género femenino que en el masculino. Presentándose dos paciente con una deficiente adherencia a la GPC_Dengue.

En el caso la Diagnóstico y Clasificación. De acuerdo a estudios realizados por Vega et al. (20), el cual mencionó que aunque en la evaluación general no existían diferencias entre un género y otro, en los aspectos relacionados con el diagnóstico se observa una aparente tendencia a dedicar más tiempo a los pacientes del género masculino. En los aspectos relacionados al Diagnóstico y Clasificación de los pacientes, es uno de los de mayor tendencia tienen a la adherencia en las Guías de Práctica Clínica. Esto se debe a lo fundamental que es el apego a la misma para un diagnóstico acertado y un exitoso tratamiento (21,22)

Esta posible diferencia quizás estuvo dada por el cambio de paradigma en el tratamiento que se le ha dado al virus Dengue en Colombia y en Latinoamérica y el Caribe, y al aumento en la presión a una verdadera equidad de género (23-24). Después de las epidemias que han habido ha puesto mayor empeño en tratar igualmente a los pacientes que llegan con los primeros síntomas de alerta. Las investigaciones de Obando et al. (25) evidenciaron la necesidad de contar con una estrategia para organizar la atención en epidemias de dengue. Esto garantiza una tasa de letalidad del 0% y estancias hospitalarias bajas. Lo anterior se logra mediante la identificación temprana de criterios de ingreso, utilizando datos clínicos y de laboratorio.

Así mismo, es de notar que la existencia o desarrollo de GPC_Dengue propias a cada institución ha minimizado en costo en el manejo, siempre y cuando haya una correcta implementación de la misma (17). Por

otra parte, también se ha demostrado que al llevar la trazabilidad de los casos y el manejo de los mismos ha mejorado sustancialmente el proceso de recuperación de los pacientes por afinamiento del proceso por evaluación retrospectiva (26).

El 95,35% de los pacientes atendidos tuvieron una buena o Muy Buena Adherencia Global a la GPC_Dengue. Lo cual es un excelente indicador teniendo en cuenta que el Latinoamérica y el Caribe tiene poca Adherencia a las Guías de Práctica Clínica (22). Estos resultados indican la apropiación de la GPC_Dengue, por parte de los profesionales de que se encuentra en el primer nivel de atención. Este requisito es fundamental si se desea disminuir la mortalidad y la estancia hospitalaria de los infectados con virus dengue (27).

CONCLUSIONES

La representación porcentual de los géneros fue comparativamente similar (51,16% - 48,84%). Proporción de género masculino:femenino equilibrada, es un resultado consistente con la realidad de la Región Caribe y con la epidemiología del dengue.

En cuanto a la Adherencia a GPC_Dengue para el Diagnóstico y Clasificación, es uno de los de mayor tendencia tienen a la adherencia en las Guías de Práctica Clínica. Esto se debe a lo fundamental que es el apego a la misma para un diagnóstico acertado y un exitoso tratamiento. La adherencia al Manejo de la GPC_Dengue, fue de Regular y Deficiente, para el género, masculino y femenino respectivamente. El nivel de adherencia global estuvo nivelado para ambos géneros. Tanto para el nivel de adherencia Muy Bueno, Bueno y Regular. Mayoritariamente, los profesionales tuvieron una Buena adherencia a la GPC_Dengue (67,4%)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. González LM. Dengue: un problema siempre emergente. *Resumed*, 2001. 14(2), 41-52.
2. Guzmán MG, Kourí G. Dengue: anupdate. *Rev. LancetInfectDis*. 2002;2(1):33-42.
3. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades transmitidas por vectores. Dengue. 2016. Disponible en: <http://apps.who.int/mediacentre/factsheets/fs387/es/index2.html>
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Instituto Nacional de Salud, Organización Panamericana de la salud. Protocolo para la vigilancia en salud pública

del dengue. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/temas-de-interes/Dengue/01%20Protocolo%20Dengue.pdf>

5. Cuéllar-Jiménez ME, Velásquez-Escobar OL, González-Obando R, Morales-Reichmann CA. Detección de *Aedes albopictus* (Skuse)(Diptera: Culicidae) en la ciudad de Cali, Valle del Cauca, Colombia. *Rev. Biomédica*. 2007; 27(2):273-9.
6. Castro OrozcoR,AlvisGuzmán N, Gómez Arias R. Diferencias y similitudes entre las estrategias de gestión integrada para la prevención y control del dengue en Colombia y Perú. *Rev. Perú. Med. Exp. Saludpública*. 2015; 32: 4.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Semana epidemiológica número 7 de 2014 (9 feb. - 15 feb.) pág. 1-43. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiolgico/2014%20Boletin%20epidemiologico%20semana%2007.pdf>
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Semana epidemiológica número 06 de 2016 (07 feb. - 13 feb.) Pág 34. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiolgico/2016%20Boletin%20epidemiologico%20semana%2006.pdf>
9. IMinisterio de Salud y Protección Social. nstituto Nacional de Salud. Semana epidemiológica número 07 de 2016 (14 feb. al 20 feb.)pag 36. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Casos-clinicos-memorias-etv-perfil-medicos.pdf>
10. Valderrama Ardila M, Velasco M, Molina López A, Perea Ayala M, Noguera Quiñones D, Rodríguez Arenas D, Velásquez PA. Evaluación del manejo de pacientes pediátricos con diagnósticos de dengue en una clínica infantil de mediana complejidad, de acuerdo con la nueva guía de la OMS. *Rev. Col. Salud libre*. 2011; 9: 33-44.
11. Rodríguez Quintero M, Sotelo Fuentes Z. Seguimiento a la aplicación de la guía de atención clínica integral de los pacientes con dengue atendidos en la IPS públicas de los municipios de Aratocha, Curiti y Pinchote durante el segundo semestre de 2010. (Tesis). Bucaramanga: Facultad de Medicina.2011. Pag 6-38.
12. Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. Guía para la atención clínica integral del paciente con dengue. 2010. Pag. 9-39. <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20para%20la%20atenci%C3%B3n%20cl%C3%ADnica%20integral%20del%20paciente%20con%20dengue.pdf>

13. República de Colombia. Ministerio de salud. Resolución 008430 de 1993 (4 de octubre de 1993) Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá. 1993. P. 2.
14. República de Colombia. Ministerio de Educación. Ley 911 de 2004 (octubre 5). Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Bogotá. 2004.
15. Morales Vallejo P. Estadísticas aplicada a las Ciencias Sociales – La fiabilidad de los test y escalas», Universidad Pontificia Comillas, España, 2007.
16. Presidencia de Colombia. Situación de las Mujeres en Colombia y en la Región Caribe Colombia y en la Región Caribe -Cifras E Indicadores., Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, 2010.
17. Halasa YA, Shepard DS, Zeng W. Economic cost of dengue in Puerto Rico. *Rev. Am J TropMedHyg.* 2012; 86(5):745-752.
18. Halstead S. Dengue Virus–Mosquito Interactions. *Rev AnnuRevEntomol.* 2008; 53:273–91
19. Ministerio de Salud y Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Semana epidemiológica número 2 de 2014 (enero 5 al 11) pag. 11. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiolgico/2014%20Boletin%20epidemiologico%20semana%2002.pdf>
20. Vega J, Bedregal P, Jadue L, Delgado I. Equidad de género en el acceso a la atención de salud en Chile. *Rev. MedChil.* 2003; 131(6):669-78.
21. Moreno Rajadel RE, Carlos Álvarez Li F. Evaluación de la adherencia a la Guía de Buenas Prácticas Clínicas en la desviación del septo nasal. *Rev. CalidAsist.* 2008; 23(3): 126-130.
22. Pérez Restrepo N, Muñoz Segovia H, Zuleta JJ. Adherencia a la Guía de manejo de la paciente con síndrome hipertensivo asociado a la gestación, en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia. *Rev. Iatreia.* 2008; 21(2): 19-19.
23. Salgado DM, Rodríguez JA, Garzón M, Cifuentes G, Ibarra M, Vega MR, Castro D. Caracterización Clínica y Epidemiológica de Dengue Hemorrágico en Neiva, Colombia. 2004. *Rev Salud Pública.* 2007; 9(1): 53-63.
24. Martínez Torres E. La prevención de la mortalidad por dengue: un espacio y un reto para la atención primaria de salud. *Rev. Panamá Salud Pública.* 2006; 20(1):60-74.
25. Alfaro Obando A, Guardia M, Angulo C. Organización de la atención médica en la Epidemia de Dengue hemorrágico en el Hospital "Dr. Enrique Baltodano" de Liberia, 2003. *Rev. Acta méd. costarric.,* 2006; 48 (4): 185-189.
26. Méndez Á González G. Dengue hemorrágico en niños: diez años de experiencia clínica., *Biomédica,* 2003; 23(2): 180-193.
27. González AL, Martínez RA, Villar LA. Evolución clínica de pacientes hospitalizados por dengue en una institución de salud de Bucaramanga, Colombia. *Rev. Biomédica.* 2008; 28(4): 531-543. •