

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**

**TESIS
INCIDENCIA DE CASOS CONFIRMADOS DE
DENGUE EN RELACIÓN AL GRUPO
ETAREO Y LUGAR DE PROCEDENCIA EN
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD NIVEL-II
DE LAMBAYEQUE ENERO- JUNIO 2016
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

Autor (es):

Bach. Bancayán Cordova Cristin del Rocio

Bach. Barrerto Siesquen Edith Isabel

Asesor:

Mg.Sc. CHAVARRY YSLA

PATRICIA DEL ROCIO

Línea de Investigación

Cuidar/Cuidado de enfermería

Pimentel, octubre del 2017

**INCIDENCIA DE CASOS CONFIRMADOS DE
DENGUE EN RELACION AL GRUPO
ETAREO Y LUGAR DE PROCEDENCIA EN
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD NIVEL-II
DE LAMBAYEQUE ENERO- JUNIO 2016**

Aprobación de tesis

**Mg. GLADYS PERLECHE DE
QUEPUY**
Asesor especialista

**Mg.Sc. CHAVARRY YSLA
PATRICIA DEL ROCIO**
Asesor metodólogo

Mg. RAMOS CASTRO RUBIN EBENEZER

Presidente del jurado de tesis

**Mg. MEDINA SALDAÑA BRITALDO
DE FILADEL**
Secretario del jurado de tesis

**Mg. GLADYS PERLECHE
QUEPUY**
Vocal del jurado de tesis

DEDICATORIA

El presente trabajo le dedico Dios, por hacer posible que se realicen las cosas, bendiciéndome para así poder elaborar nuestro proyecto y cumplir mis anhelos. A mi querida madre, por haber sido mi admiración y mi hermano por tener su apoyo en todo momento, ellos son la motivación constante que me permite ser una persona de bien y lograr ser un profesional de éxito.

Edith Barreto

Se lo dedico a Dios, por haberme dado la vida, salud, y fortaleza para seguir adelante cada día. A mis amados padres Henry y Verónica por su apoyo incondicional, por haber sido mi modelo a seguir, y demostrarme que todo es posible con dedicación y perseverancia; a mis pequeñas hermanas Jhasmin, Yarumi y Naomi quienes son mi motivo de superación, para seguir formándome, y convertirme en una profesional competente y exitosa.

Cristin Bancayán

AGRADECIMIENTO

Agradezco a nuestra docente Patricia Chavarry y Gladys Perleche por asesorarnos al iniciar nuestro proyecto y darnos las pautas necesarias para culminar con éxito, al Hospital Docente las Mercedes y Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque al área de epidemiología por tratarnos con amabilidad y accesibilidad en la información necesaria para la ejecución de nuestro proyecto.

Edith Barreto

Agradezco a nuestra alma mater, casa de estudios, que nos guió en nuestra formación profesional. A la escuela de enfermería y su plana docentes que nos acompañaron a lo largo de la carrera universitaria, a nuestras asesoras Mg Patricia Chavarry y Mg Gladys Perleche, por su apoyo, dedicación, y compromiso. A las instituciones sanitarias que formaron parte de la investigación, por su trato cordial y acceso a la información requerida para la ejecución respectiva.

Cristin Bancayán

INDICE

RESUMEN	vi
ABSTRAC	viii
INTRODUCCION	ix
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 Situación Problemática	13
1.2 Formulación del Problema	16
1.3 Delimitación de la investigación	16
1.4 Justificación e importancia de la investigación.....	16
1.5 Limitaciones de la investigación	17
1.6 Objetivos de la investigación	18
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes de estudios	21
2.2 Base teórica científica	26
2.3 Definición de términos básicos	50
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	
3.1 Tipos y diseño de investigación	52
3.2 Población y muestra	53
3.3 Hipótesis	54
3.4 Variable:	54
3.5 Definición operacional	56
3.6. Abordaje metodológico, técnicas e instrumentos de recolección de datos	62
3.7 Procedimiento para la recolección de datos	63
3.8. Análisis estadístico e interpretación de los datos	67
3.9. Principios éticos	67
3.10. Criterios de rigor científico	69
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	
4.1. Resultados en tablas y gráficos	72
4.2. Discusión de resultados	77
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones	82
5.2. Recomendaciones	84
REFERENCIAS	8
ANEXOS	94

RESUMEN

En la presente investigación el problema que se abordó fue la incidencia de casos confirmados de dengue en relación al grupo etario y lugar de procedencia en establecimientos de salud nivel-II de Lambayeque. Variables que se muestran indicadas con limitaciones en la unidad de investigación.

El objetivo fue analizar la incidencia de casos confirmados de dengue en relación al grupo etario y lugar de procedencia en establecimientos de salud nivel-II de Lambayeque enero- junio 2016.

La hipótesis a probar fue: Si la Incidencia de casos confirmados de dengue está relacionado o no al grupo etario y lugar de procedencia de los pacientes atendidos en establecimientos de salud Nivel II de Lambayeque, Enero a Junio 2016

La investigación se guió por el enfoque cuantitativo, diseño no experimental, descriptivo, de corte transversal de alcance retrospectivo, teniendo como población y muestra 69 casos confirmados de dengue que fueron atendidos durante los meses de enero a junio en los establecimientos de salud de nivel II de la región Lambayeque, se utilizó como instrumento de recolección la ficha clínica epidemiológica, de los cuales se extrajo la información.

Del procesamiento de los datos obtenidos de las fichas clínicas epidemiológicas, se demostró que si está relacionado al grupo etario y lugar de procedencia de los pacientes en la incidencia de los casos confirmados dengue.

Por lo que concluyo que la incidencia de los casos confirmados de dengue corresponden al 32.1% de los casos notificados. Así mismo el grupo etario más afectado corresponde a la etapa adulta con un 53.6%, y el distrito con mayor incidencia es Olmos con 33.3%. **Palabras clave:** incidencia, caso confirmado de dengue, grupo etario, aedes aegypti, lugar de procedencia.

ABSTRACT

In this research the problem addressed was the incidence of confirmed dengue in relation to age group and place of origin in health-II level of Lambayeque cases. Variables shown indicated indicated by limitations in the research unit.

The aim was to analyze the incidence of confirmed dengue in relation to age group and place of origin in health-II level of January- June 2016 Lambayeque cases.

The hypothesis to be tested was: If the incidence of confirmed cases of dengue is related or not to the age group and place of origin of the patients treated at health facilities level II of Lambayeque, January to June 2016

The research was guided by the quantitative approach, no experimental design, descriptive, cross-sectional retrospective scope, with the population and shows 69 confirmed cases of dengue were attended during the months from January to June in health facilities level II of the Lambayeque region, it was used as data collection instrument epidemiological clinical records, of which the information was extracted.

Processing data from epidemiological clinical records, it was shown that if it is related to the age group and place of origin of the patients in the incidence of confirmed dengue cases.

So I conclude that the incidence of confirmed dengue cases correspond to 32.1% of reported cases. Likewise, the most affected age group corresponds to adulthood with 53.6%, and the district with the highest incidence is elms with 33.3%

Keywords: incidence of dengue confirmed case, age group, aedes agypti, place of origin.

INTRODUCCIÓN

El dengue es la arbovirosis más importante y de mayor morbilidad e impacto en el mundo, la enfermedad se trasmite a través de un vector biológico, en la mayoría de los casos el mosquito hembra del género *Aedes aegypti*²¹⁻²²⁻²³.

Es una enfermedad con alta tasa de morbi-mortalidad en todo el mundo, transmitida por artrópodos; si hablamos de mortalidad está considerada dentro de las diez primeras causas de muerte por infección, y en morbilidad una de las principales causas de hospitalización en zonas endémicas². Lamentablemente se desconoce la cifra exacta de los casos presentados a nivel mundial, debido a la poca e insuficientemente notificación de los mismos, además que muchos de ellos se encuentran mal clasificados.

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la incidencia de casos confirmados de dengue en relación al grupo etareo y lugar de procedencia en establecimientos de salud nivel-II de Lambayeque enero- junio 2016.

El trabajo de investigación se justificó por el creciente número de casos confirmados de dengue en los diferentes grupos etareos y distritos de la región Lambayeque, notificados tanto en el Hospital Regional Docente las Mercedes y Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, por lo tanto el análisis de los resultados nos permitió identificar que grupo etario es el más propenso a presentar esta enfermedad, las zonas que favorecen la reproducción y el crecimiento del vector, así como la rápida expansión del vector en los diferentes distritos de la región Lambayeque.

Para una mejor comprensión del trabajo de investigación se ha creído conveniente estructurarlo en VI capítulos.

El capítulo I hizo referencia a la situación problemática, expresando detalladamente la problemática a la incidencia de dengue en relación al grupo etareo y lugar de procedencia en los establecimientos de salud de nivel II de la región Lambayeque, tomando como referencia la realidad mundial, latinoamericana, nacional, local, y experiencias vividas, acto seguido la formulación del problema, la justificación, limitaciones suscitadas durante la investigación, justificación respectiva e importancia, y por último los objetivos de la investigación, objetivo general y específicos.

El capítulo II, denominado también marco teórico, hace alusión a las bases teóricas que permiten dar sustento al trabajo con rigor científico, está referido al antecedente de estudio, base teórica científicas y definición de términos básicos. Así mismo encontramos al marco conceptual referente a las variables de estudio

El capítulo III, o marco metodológico, aquí se describió el tipo y diseño de investigación que se ha utilizado, la población y muestra de estudio, las variables y su operacionalización respectiva, asimismo las técnicas e instrumentos de recolección de datos, además de la redacción de los procedimientos de recolección de datos, y por último se muestra el análisis estadísticos e interpretación de los datos, principios éticos y criterios de rigor científico.

Capítulo IV está referido a resultados de la investigación obtenidas a través de las fichas clínicas epidemiológicas en tablas y gráficos, la discusión de resultados obtenidas en función a los objetivos de la investigación en contraste con las bases teóricas y la hipótesis de la investigación.

En el capítulo V se presenta las conclusiones y recomendaciones, con la intención de contribuir y brindar un aporte a futuras investigaciones,

así mismo a la vigilancia epidemiológica de enfermedades metaxemicas ocasionadas por vectores.

Finalmente en el capítulo VI se encuentra las referencias bibliográficas manejadas dentro de la investigación, a su vez los anexos respectivos.

Así mismo a la vigilancia epidemiológica de enfermedades metaxemicas ocasionadas por vectores.

Finalmente en el capítulo VI se encuentra las referencias bibliográficas manejadas dentro de la investigación, a su vez los anexos respectivos.

CAPITULO I

CAPÍTULO I - PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Situación problemática

El dengue es una enfermedad metaxénica viral de gran impacto, su creciente expansión a nivel mundial ha hecho que actualmente sea categorizada como uno de los más grandes problemas que amenaza la salud pública¹. Es una enfermedad con alta tasa de morbi-mortalidad en todo el mundo, transmitida por artrópodos; si hablamos de mortalidad está considerada dentro de las diez primeras causas de muerte por infección, y en morbilidad una de las principales causas de hospitalización en zonas endémicas².

En la actualidad el rango de expansión y el número de cifras de la población afectada por esta enfermedad, ha incremento significativamente, debido a eso, hoy en día es considerada una enfermedad infecciosa emergente y con gran impacto en la salud global. Afectando principalmente a las poblaciones más pobres y a las de menos acceso a servicios básicos de agua y saneamiento³.

Se desconoce la cifra real de los casos notificados a nivel mundial, muchos no han sido notificados, y gran parte de ellos se encuentran clasificados erróneamente. Aproximadamente al año se notifican 390 millones de infecciones por dengue, de ellos 96 millones se manifiestan clínicamente con cualquier nivel de gravedad⁴.

El mayor número de casos de dengue se concentran en los países tropicales y subtropicales de Asia e Islas del Pacífico occidental, donde alrededor de 1800 millones de personas se encuentran en riesgo de contraer la infección⁴, además de presentar una incidencia de casos de dengue en un 70 % aproximadamente, a comparación del continente americano, centro y sur que presenta aproximadamente el 14 % de los casos mundiales de dengue¹.

La organización panamericana de la salud (OPS) en la semana epidemiológica (SE) 51 del 2014, en América, registró 1 144 348 casos de dengue, 16 047 casos de dengue grave y 666 muertes⁴.

En el Perú, la costa norte y la selva son consideradas zonas endémicas de dengue¹. En el año 2011, tuvo lugar la epidemia de mayor trascendencia y gravedad reportada en el país, cuyo punto de origen fue la ciudad de Iquitos en el departamento de Loreto, el motivo está estrechamente relacionado a la circulación del genotipo América/ Asia del serotipo DENV-2, reportando casos graves de dengue y 19 muertes⁴.

De esta manera, en el mismo año se registraron 22 087 casos de dengue sin señales de alarma con una representación del 88,5%, 2 720 casos de dengue con señales de alarma, 158 casos de dengue grave y 29 fallecidos⁵.

En el 2012, se reportaron semanalmente un promedio de 365,4 casos. Hacia la semana epidemiológica 45 se presenta el primer pico epidémico de dengue en el departamento de Ucayali, este brote se presentó con 1 135 casos, alcanzando en la SE 47 un aproximado de 2 115 casos⁴.

Para el 2014, el vector de la enfermedad, el *Aedes aegypti* se extendió en 18 departamentos del país, la provincia constitucional del Callao y 341 distritos⁴, notificándose aproximadamente 14 537 casos sin señales de alarma, 4296 con señales de alarma y 95 casos de dengue grave, teniendo una tasa de incidencia de 0,61 x 1000 habitantes⁵.

En la costa norte del país Lambayeque es la tercera región con el mayor reporte de casos de dengue, seguido por Piura y Tumbes respectivamente. En el reporte final del año 2014, se muestra que 20 de los 38 distritos de la región fueron infestados por *Aedes aegypti*; siendo Jayanca el distrito con mayor índice aédico¹.

En el año 2015, la mayor tasa de incidencia de más 30 casos x 100 000 habitantes se dio en los distritos de Motupe, Jayanca, Pítipo, Pátapo, Púcala y Nueva Arica, seguidos por Olmos, Salas e Íllimo con una tasa de 10-29,9 casos x 100 000 habitantes. Por último los distritos que poseen una tasa de 0,01-9, 99 casos x 100 000 habitantes son Lambayeque, José Leonardo Ortiz (JLO), La Victoria, Chongoyape, Pomalca, Tumán, Zaña, Chiclayo y Cayalti¹.

Para el mes de marzo del año 2016 la cifra de casos por dengue en la región Lambayeque ascendió a 350, entre los cuales 230 se registraron en Tumán, 58 en el distrito de Pátapo, 25 en Motupe, y los restantes en otras localidades⁵.

A finales del mes de abril la cifra habría ascendido a 741 casos confirmados de dengue en Lambayeque. Los infectados procedentes de los distritos de Olmos, Motupe, Pátapo, Tumán, Púcala, Saltur⁶, registrando hasta el momento 2 muertes, procedentes de los distritos de Tumán y Pátapo respectivamente.

Las investigadoras durante el proceso del internado hospitalario 2016 realizado en el Hospital Regional Docente las Mercedes y Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque han podido evidenciar los recurrentes casos de síndromes febriles que mediante evaluación y pruebas diagnósticas han resultado en casos confirmados de Dengue , siendo notificados múltiples casos de dengue con y sin signos de alarma, afectando a todos los grupos etareos, en especial a niños en la etapa pre-escolar y escolar y mujeres en edad reproductiva entre las edades 20-35.

La procedencia de los mismos son de los diferentes distritos de la región Lambayeque, mostrando mayor incidencia en los distritos de Morrope, Íllimo, Olmos, Lambayeque, Mochumi, Pomalca y la Victoria, entre otros.

1.2 Formulación del problema.

¿Cuál es la incidencia de casos confirmados de dengue en relación al grupo etareo y lugar de procedencia en establecimientos de salud nivel-II de Lambayeque enero- junio 2016?

1.3 Delimitación de la Investigación

Nuestra Investigación se realizó en el Hospital Regional Docente las Mercedes y Hospital Provincial Belén de Lambayeque, la cual estuvo dirigida a los casos confirmados de dengue, que se llevó a cabo en un periodo de 6 meses durante el año 2016.

1.4 Justificación e importancia de la Investigación:

La presente investigación es importante y se justifica por el creciente número de casos confirmados de dengue en los diferentes grupos etareos y distritos de la región Lambayeque, que han sido notificados tanto en el Hospital Regional Docente las Mercedes y Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. El dengue es una enfermedad con alta tasa de morbi-mortalidad en todo el mundo, transmitida por artrópodos; si hablamos de mortalidad está considerada dentro de las diez primeras causas de muerte por infección, y en morbilidad una de las principales causas de hospitalización en zonas endémicas², y actualmente considerado un problema de salud pública para la población lambayecana.

Se realizó con el fin de trazar un resultado comparativo entre los grupos de edad más afectados y la relación de su lugar de procedencia con el número de incidencia de los casos notificados, siendo de mayor relevancia el aumento y la variación entre el periodo de tiempo establecido enero-junio. El análisis de los resultados nos permitió identificar que grupo etario es el más propenso a presentar esta enfermedad, las zonas que favorecen la reproducción y el crecimiento del vector, así como la rápida expansión del vector en los diferentes distritos de la región Lambayeque.

Este trabajo de investigación a partir de sus resultados permitió protocolizar fuentes de consulta para siguientes investigaciones, así como para los profesionales de la salud en los diferentes niveles de atención que realicen vigilancia epidemiológica. Además ayudó a identificar las zonas endémicas activas dentro de la región Lambayeque, la población más afectada, así como los distritos con mayor incidencia de dengue; para que las autoridades sanitarias y municipales de dichas zonas tomen medidas de manejo y control del vector causante del dengue, y diseñen estrategias de intervención: como programas de educación en salud y proyectos de desarrollo.

Esta investigación nos benefició ya que en calidad de internas de enfermería ser partícipes de estrategias de vigilancia epidemiológica en salud pública es de suma importancia, a través de la realización de actividades preventivas promocionales en el primer nivel de atención. La investigación como puerta al conocimiento ayudo a desarrollar y crecer profesionalmente, siendo una de las bases indispensables del perfil del profesional de salud.

1.5 Limitaciones de la Investigación:

Durante la presente investigación, se encontró la siguiente limitación: no se encontraron investigaciones sobre la incidencia de los casos confirmados de dengue en relación al grupo etareo y lugar de procedencia en establecimientos de salud de nivel II de Lambayeque.

La aprobación para la ejecución del proyecto en los establecimientos de salud de nivel II tardo mucho más tiempo del pre visto dificultando la realización exitosa del mismo

1.6 Objetivos de la Investigación:

Objetivo General:

Analizar la incidencia de casos confirmados de dengue en relación al grupo etareo y lugar de procedencia en establecimientos de salud nivel-II de Lambayeque enero- junio 2016

Objetivos Específicos:

Identificar los grupos etareos más afectados de la incidencia de los casos confirmados de dengue en los establecimientos de salud Nivel-II de Lambayeque enero- junio 2016

Describir los grupos etareos más afectados de la incidencia de los casos confirmados de dengue en los establecimientos de salud Nivel-II de Lambayeque enero- junio 2016

Comparar los grupos etareos más afectados de la incidencia de los casos confirmados de dengue en los establecimientos de salud Nivel-II de Lambayeque enero- junio 2016

Identificar el lugar de procedencia con mayor incidencia de casos confirmados de dengue en establecimientos de salud nivel-II de Lambayeque enero- junio 2016

Describir el lugar de procedencia con mayor incidencia de casos confirmados de dengue en centros de salud nivel-II de Lambayeque enero- junio 2016

Comparar el lugar de procedencia con mayor incidencia de casos confirmados de dengue en establecimientos de salud nivel-II de Lambayeque enero- junio 2016

Comparar los grupos etarios más afectados y el lugar de procedencia con mayor incidencia de casos confirmados de dengue en el Hospital Regional Docente las Mercedes y Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque

CAPITULO

II

CAPÍTULO II - MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes Internacionales:

Lugo S, Arce M, Merquita M, Pavlicich V, en el 2015, realizo una investigación en Paraguay sobre la Incidencia de Dengue Grave en Lactantes con el objetivo de determinar la incidencia de dengue grave en lactantes hospitalizados durante la epidemia 2013, en el estudio de Diseño de cohorte retrospectivo, se incluyeron todos los niños menores de un año con fiebre dengue confirmado por serología, encontrando en sus resultados que de 60 lactantes 82% fueron menores de 6 meses de edad, 15 de los lactantes que representaban el 25% evolucionaron a dengue grave, de los cuales 5 manifestaron shock sin fuga capilar, miocarditis y hepatitis, 3,1,1 respectivamente. Los niños con dengue grave tenían menos de 6 meses. Observando una tendencia de mayor riesgo en menores de edad, igual o menor a 6 meses⁷.

Colomé M, Batista L, en el 2015, realizo una investigación con el objetivo de describir un brote de fiebre del dengue en la comunidad de los Mameyes de la provincia de Santo Domingo Este, desde la semana epidemiológica 30 a la semana epidemiológica 42, en el estudio descriptivo, de corte transversal, encontraron en sus resultados la media de casos por semana de 1.84. El 58 % de los casos corresponden al sexo masculino, además el grupo de edad más afectado fue el de 5 a 14 años en ambos sexos (54%), seguidos de 14 años y de 15 a 64 años en igual proporción (21%) y finalmente el grupo de menores de un año (3%), concluyendo que los climas tropicales y subtropicales son idóneos para la proliferación de esta enfermedad, sobre todo en las zonas urbanas y semiurbanas, confirmando así la presencia de un brote de infección por virus del dengue⁸.

Bell H, Oduardo O, en el 2015, llevó a cabo una investigación de tipo descriptivo y retrospectivo, se realizó en 18 cubanos con dengue en el

municipio Venezolano de Bolívar, que abarcó un periodo de 3 años desde mayo del 2008 hasta el 2011, según su interés de estudio clasificó las variables clínico epidemiológicas, entre ellas figuraron: la edad, el sexo y los síntomas clínicos. Encontrando en sus resultados, un predominó en el grupo etareo de 42-52 años en un 38.9%, seguido por el de 20-30 (27.8%) y el de 53-63 (22.2%), predominando en los menores de 40 años, también determinó que el sexo masculino se vio más afectado en un 66,7 %; y que los síntomas clínicos más frecuentes fueron, la fiebre (100,0 %), el dolor retro ocular, oculares (83,3 %), y las artralgias con mialgias (77,8 %)⁹.

Romero L, en el 2012, en su Informe final el cual tuvo como objetivo analizar la articulación existente entre el comportamiento epidemiológico acumulado del evento dengue, incluyendo el dengue grave y la mortalidad por dengue en Colombia hasta el periodo epidemiológico trece del año 2012, de estudio tipo descriptivo, donde indicó que según edad el 46.1% de los casos de dengue y 37% de los casos de dengue grave se presentaron en menores de 14 años, considerando a esta etapa la más afectada, atribuyéndole una mayor susceptibilidad de riesgo de presentar complicaciones, incluso la muerte; de los cuales el 4.1 % se dio en menores de 3 años y 7.8% en menores de 1, lo que concierne al lugar de origen de los caso de dengue; el 80.6% de los casos provenían de la cabecera municipal, 9% de centro poblado y un 10.4% de área rural disperso, y para dengue grave el 74.2%, 14% y 11.8% respectivamente¹⁰.

Durán et al, en el 2011 en su investigación cuyo objetivo fue determinar la incidencia y circulación del virus dengue en el estado de Zulia Venezuela, desde enero 2009 a diciembre 2010, se encontró en sus resultados que el 70,32% de seropositividad, se dieron por la circulación de los serotipos DENV-3 y 4, donde se observó que durante el 2010 la población más afectada fueron los escolares con 1.751 casos reportados, representando el 80.62% del total, seguido por los

adolescentes con 783/1.022, identificando que el grupo etareo más afectado correspondió a los escolares de 7 a 14 años. La alta incidencia de dengue en la ciudad de Zulia fue evidencia con el alto índice de registro en las ciudades de Maracaibo, San Francisco, Baralt y Mara, confirmando así el carácter hiperendémico, dado que presentan muchos de los factores de riesgo que condicionan la ocurrencia de infección por este virus¹¹.

2.1.2 Antecedentes nacional

Choque F, Huamaní F, Canelo C. en el año 2016, escribió una carta al editor de la revista peruana de medicina experimental y salud pública, titulada: síntomas crónicos tras episodio de dengue, una necesidad de investigación. Expresando que en el Perú se reportó, 9917 casos de dengue durante el periodo 2004-2010; dándoles la ubicación número 18 entre los países que más casos reportaron. Mostrando en retrospectiva la evolución del dengue, y su tendencia ascendente, donde menciona que desde el año 1990 hasta el 2014, el país ha evidenciado un notable incremento en el número de casos de dengue, en especial en los departamentos con climas tropicales, como la costa norte y la amazonia. Llegando así a reportarse en la semana epidemiológica 20 del 2015, una cifra aproximada de 20 536 casos, de los cuales el 41.6% fueron confirmados y 58.4% solo probables, dejando también un total de 20 muertes confirmadas¹².

Atamari N, Marroquin J, Aguirre E, en el 2015, escribió una carta al editor de la revista peruana de medicina experimental y salud publica titulada, Dengue: Una enfermedad reemergente en el departamento del Cusco, Perú; donde expresó que durante el año 2014 la dirección regional de salud del cusco reporto 239 casos confirmados de dengue , de los cuales 227 fueron autóctonos, de estos últimos 223 casos fueron de dengue sin señales de alarma, 3 con señales de alarma y solo 1 de dengue grave, todos a causa del virus DEN-1. Así mismo los distritos de Santa Ana,

Echarate y Maranura, registraron respectivamente 194, 25 y 7 casos confirmados, siendo estos los distritos con mayor incidencia en el departamento de Cusco¹³.

Cabezas et al, en el 2015 en su artículo de revisión dengue en el Perú: A un cuarto de siglo de su reemergencia, Lima – Perú, expresando en ella la evolución de la enfermedad del dengue, desde su ingreso al Perú en el año 1990 hasta el 2014, denotando un incremento significativo en los últimos 10 años, y afirmando que las zonas más afectadas en el Perú, pertenecen a los departamentos de la costa norte y la amazonia. Para el año 2011 se registró un aproximado de 22 087 casos de dengue sin señales de alarma, que representa el 88.5%, seguido por 10,9% con señales de alarma, equivalente a 2720 casos, y por último 158 casos de dengue grave que es el 0,6% del total, además de 29 víctimas fallecidos. Resultados muy diferentes a comparación con el año 2014, donde se registró un promedio de 14 537 casos de dengue con señales de alarma, y 95 casos de dengue grave, con una tasa de incidencia de 61,43 x 100 000 habitantes⁵.

Miranda et al, en el 2015 escribió una carta al editor de la revista peruana de medicina experimental y salud pública, titulada: Dengue en Ica: una oportunidad para intervenciones efectivas, expresando que hasta mayo de 2015, la provincia de Ica al igual que otras regiones del sur del país se consideraron como áreas geográficas de alto riesgo epidemiológico para dengue, bajo el nombre específico de escenario epidemiológico I, sin embargo tras la confirmación de 2 casos importados, se vieron en la necesidad de realizar una investigación entomológica, llegando a confirmar la presencia del mosquito vector *Aedes aegypti* en muchos de los distritos aledaños. Algunos de ellos con un índice larvario alto, cambiando al estatus de escenario epidemiológico II¹⁴.

Fiestas et al, en el año 2011, realizaron una investigación con el objetivo de describir las características clínicas de los pacientes con dengue

confirmado, que fueron internados en el hospital de apoyo de Iquitos “Cesar Garayar García” comprendido entre el 25 de enero al 05 de febrero de 2011, encontrando en sus resultados que el dolor abdominal y los vómitos persistentes fueron los principales signos de alarma, donde 15 de los 28 paciente presentaron vómitos, y todos sin excepción dolor abdominal. Para el dengue grave, 13 de los pacientes manifestaron los siguiente síntomas; 9 de 13 hipotensión, 6 de 13 sangrado grave, y por último 4 de 13 extravasación de plasma con dificultad respiratoria. La mediana de edad de todos los pacientes infectados por el virus del dengue fue de 22 años, no obstante 8 de los pacientes con manifestaciones graves fueron menores de 16 años. Concluyendo, que a comparación con epidemias anteriores, se evidencia una mayor tendencia hacia la población joven, además de un aumento en la gravedad de las manifestaciones clínicas, destacando el shock por extravasación, lo que hace suponer que esta se encuentra relacionada con una variante emergente del DENV-2, que se encuentra en circulación y que es mucho más virulenta¹⁵.

2.1.3 Antecedentes local

No se encontraron antecedentes locales

2.1.4 Estado del Arte

No se encontró información para el estado de Arte

2.2 Bases Teóricas Científicas

Siendo el objeto de estudio en este trabajo de investigación la incidencia de los casos confirmados de dengue en relación al grupo etareo y lugar

de procedencia en establecimientos de nivel II de la región Lambayeque iniciaremos analizando que es la incidencia.

2.2.1 Incidencia

La incidencia es una medida que cuantifica la aparición de un evento en particular a una determinada población. Donde las personas son la población y las enfermedades los eventos¹⁶.

La incidencia mide la frecuencia con la que se presenta un evento nuevo relacionado con la salud, tales como enfermedades, muerte, curación, entre otros. Y se obtiene dividiendo el número de sucesos que ocurren en una población en un determinado periodo de tiempo, entre la población expuesta a padecer ese evento¹⁷.

La incidencia es un índice dinámico, que refleja la aparición de nuevos casos en un periodo determinado de tiempo, y que además requiere de un seguimiento de la población afectada, durante el tiempo en que este se presente. Cuando la enfermedad es recurrente se hace referencia a la primera aparición. Se puede medir con dos parámetros: incidencia acumulada y tasa de incidencia¹⁸.

Para las investigadoras la Incidencia es la ocurrencia de un evento en particular, el número de nuevos casos dentro de una población expuesta a una determinada enfermedad en un periodo de tiempo específico, del cual se realiza seguimiento; y se obtiene como resultado de la división entre el número de sucesos que ocurren en la población en un determinado periodo de tiempo, y la población total expuesta.

La tasa de incidencia responde a cuántos casos de una enfermedad aparecieron en un periodo específico, es decir expresa la magnitud de impacto de una enfermedad, para que esta logre cambiar el estatus de una persona sana a enferma en un determinado tiempo en una población susceptible¹⁷.

La tasa de incidencia (TI) es el número de casos de una enfermedad que comienzan o de personas que caen enfermas durante un período dado y en una población determinada; en pocas palabras el número de nuevos casos de una enfermedad que afecta a una población dada¹⁹.

Tasa de incidencia de casos confirmados de dengue es la siguiente:
Casos confirmados de dengue/ Población (año actual) x 1000²⁰.

La incidencia acumulada se define como la probabilidad que existe para desarrollar la enfermedad, en pocas palabras, el número de individuos de una población, que desarrollarían la enfermedad si todos sus miembros fuesen susceptibles y ninguno falleciera por otras causas²⁰.

2.2.2 Dengue

El dengue es la arbovirosis más importante y de mayor morbilidad e impacto en el mundo, la enfermedad se trasmite a través de un vector biológico, en la mayoría de los casos el mosquito hembra del genero *Aedes aegypti*²¹⁻²²⁻²³.

Es una enfermedad con alta tasa de morbi-mortalidad en todo el mundo, transmitida por artrópodos; si hablamos de mortalidad está considerada dentro de las diez primeras causas de muerte por infección, y en morbilidad una de las principales causas de hospitalización en zonas endémicas²

El virus del dengue pertenece a la familia Flaviviridae, del cual se tiene conocimiento 4 serotipos entre ellos el DENV-1, DENV-2, DENV-3, DENV-4; aunque se sospecha de la circulación de un quinto serotipo, este aún no se ha confirmado. La replicación del virus tiene lugar en el citoplasma, 12 a 16 horas después de haber ingresado en el organismo. Se conoce que al ser infectado por un serotipo este te brinda inmunidad de por vida, pero solo para ese serotipo, mas no para los otros. Se sospecha que si una persona es infectada por segunda vez con un

serotipo diferente, este puede ocasionar un cuadro con signos de alarma. Se sabe que en el Perú actualmente se encuentran en circulación los 4 serotipos, de los cuales solo 2 de ellos se encuentran en la región Lambayeque, los serotipos DENV-1 y DENV-3¹⁻²²⁻²³⁻²⁴.

2.2.2.1 Etiología:

Es transmitida por el mosquito vector del género Aedes (el Aedes aegypti o el Aedes Albopictus), se reproducen en el agua acumulada en recipientes y objetos que ya no se usan¹⁻²²⁻²³. El mosquito habita en zonas domésticas, en su mayoría en casas, escuelas o alrededores; necesita obligatoriamente para su reproducción ambientes limpios y húmedos, es por eso que depositan sus huevos en contenedores de agua limpia, estos pueden ser maceteros, llantas, floreros, etc, todo lugar donde se almacene agua. El periodo de transmisión suele darse durante las primeras horas de la mañana, y al finalizar el día; el zancudo se considera infectante a los 8 a 12 días después de haber picado a una persona enferma con el virus del dengue, a partir de ello puede transmitir la enfermedad por un periodo aproximado de 45 días, que es el tiempo de vida promedio del zancudo¹.

Existen 4 serotipos de dengue, cada uno de ellos crea inmunidad de por vida para sí mismo, y además brinda una inmunidad cruzada contra los otros tres serotipos por un periodo relativamente corto²³.

Su transmisión se produce por la picadura de un zancudo hembra del género aedes aegypti. Este se infecta al picar a una persona enferma con el virus del dengue, desde un día antes de que se manifieste su fase febril, hasta el término de ella. Así, encontramos un ciclo hombreAedes aegypti-hombre para la ocurrencia de la enfermedad¹⁻²³.

La transmisión más común del dengue se da a través de la picadura de un mosquito infectado con el virus, que ha sido infectado previamente al

picar a una persona enferma en fase de viremia. Sin embargo no es el único método de transmisión, existen evidencias que afirman que el virus del dengue se puede transmitir de manera vertical, entre las generaciones de los vectores, es decir a partir del desarrollo de huevos infectados, a este suceso le denominamos transmisión transovárica; el cual carecería de importancia epidemiológica en el Perú.

Su periodo de transmisibilidad se da de la siguiente manera los enfermos (personas) infectan al zancudo en el periodo febril, en promedio 5 días, después se toma como infectante de 8 a 12 días y así durante toda su vida que es equivalente a 45 días²³⁻²⁴. Para poder transmitirla es indispensable que el zancudo haya picado a una persona enferma con el virus del dengue durante la fase de viremia, se vuelve infectante después de un periodo de incubación de aproximadamente 7 días²³⁻²⁵. El intervalo se extiende de 3 a 14 días, con una media aproximada de entre 5 y 7 días, en personas y zancudos en exposición al virus del dengue²³⁻²⁴⁻²⁵.

En las Américas la naturaleza del ciclo de transmisión de esta enfermedad está determinada por hombre-Aedes aegypti-hombre²³. Las personas enfermas con el virus del dengue se vuelven portadores y multiplicadores de este virus, tras ser picados por el mosquito después de la aparición de nuevos síntomas.

2.2.2.2 Diagnóstico Clínico

Su cuadro clínico generalmente es la fiebre, de intensidad inestable, pues varía constantemente, en la mayoría de las veces se encuentra precedida por diversos síntomas, que se manifiestan inicialmente; está asociada a dolores de cabeza, vómitos y dolores musculares; en los niños la fiebre es asociada a síntomas digestivos con duración de 2 a 7 días, también enrojecimiento de la faringe²³⁻²⁴⁻²⁶.

Dentro de las manifestaciones clínicas del dengue Identificamos las siguientes etapas.

Etapa febril: Su duración varía, en niños se da entre 3 a 6 días y en adultos de 4 a 7 días, durante este periodo existe una gran probabilidad de que la enfermedad sea transmitida si la persona enferma es picada por un mosquito vector. Durante esta etapa el enfermo puede manifestar otros síntomas adicionales como, dolores corporales a nivel muscular y articular, dolores de cabeza, debilidad muscular o fatiga, erupciones cutáneas, prurito, dolor abdominal y diarrea. Es usual encontrar que el paciente presente una disminución de leucocitos en la sangre con linfocitosis relativa, además de una disminución de plaquetas e incremento de las transaminasas²³⁻²⁴⁻²⁶.

Etapa crítica: Caracterizada por la extravasación del plasma, es decir cuando el líquido del espacio intravascular se escapa hacia el extravascular, ocasionando un shock hipovolémico, usualmente manifestado por taquicardia, disminución del pulso y de la presión arterial, además de palidez y frialdad de la piel. El estado de shock normalmente dura pocas horas, pero existe la posibilidad que se prolongue por más de 12, 24, hasta 48 horas, este último es algo muy insólito pero probable, y en su defecto el estado de shock puede volverse recurrente²³⁻²⁴.

Etapa de recuperación: En esta etapa la mayoría de los casos el paciente presenta mejorías, sin embargo, en ocasiones, tiende a experimentar un estado de sobrecarga de volumen, así como también el de padecer infecciones bacteriana agregada. Es por eso que durante este periodo es importante vigilar aquellos pacientes que presenten dificultad en el manejo de los líquidos, pacientes con insuficiencia renal crónica, insuficiencia cardíaca, entre ellos también los pacientes de la tercera edad²⁴.

Otras formas graves: Aquí encontramos aquellas personas infectadas con el virus del dengue que llegan a manifestar alteraciones de un órgano o sistema, si cumplen con esas condiciones se le denomina como “formas graves de dengue con compromiso de órganos”, generalmente se encuentran asociadas a extrema gravedad y muerte²³.

Teniendo como base la guía simplificada para la detección y atención de casos de dengue del ministerio de salud emitida en el año 2010, la clasificación se da de la siguiente manera:

Caso sospechoso de dengue: Toda persona que presente fiebre de hasta una semana de evolución y con antecedente epidemiológico de exposición a dengue.

Caso probable de dengue sin señales de alarma: Toda persona con fiebre o antecedentes de fiebre hasta 7 días de evolución, que viva o proceda de zonas donde se ha reportado dengue y/o infesta con *Aedes aegypti*, o que haya estado durante los últimos 14 días, en área con transmisión de dengue o se encuentre infestada por *Aedes aegypti*, y que presente por lo menos 2 de las siguientes manifestaciones: dolor de cabeza, dolor ocular o retro ocular, mialgia, artralgia, exantemas (rash), Dolor lumbar, petequias o de positivo en la prueba de torniquete¹⁻²⁶.

Caso probable de dengue con señal(es) de alarma: Toda persona que después del periodo febril presenta manifestaciones clínicas, habitualmente aparecen a los 3 a 7 días de haber iniciado la enfermedad. Además manifiesta una o más de los siguientes signos de alarma.¹⁻²³⁻²⁶

El dolor abdominal intenso y continuo o dolor a la palpación del abdomen; dolor torácico o disnea; acumulación de fluidos o derrame seroso al examen clínico (pleural, pericardio, ascitis); sangrado de mucosas, vómitos persistentes; decaída brusca de la temperatura o hipotermia; disminución de la diuresis; decaimiento excesivo o lipotimia (hipotensión postural); alteración del estado de consciencia como somnolencia,

inquietud, irritabilidad o convulsión; aumento patológico del tamaño del hígado mayor o igual a 2 cm, presenta ictericia; disminución de plaquetas o incremento de hematocrito¹⁻²⁴.

La presencia de estos signos nos ayuda a identificar precozmente la extravasación de líquidos a los tejidos adyacentes, produciéndose inesperadamente y descompensando la volemia del paciente. Con esto inicia la fase crítica, donde el paciente puede llegar a un estado de shock incluso con pequeñas hemorragias, y sin presentar evidencias externas de sangrado. Es por eso que el profesional de salud debe llevar un estricto e intensivo monitoreo clínico y de laboratorio durante las primeras 72 horas de hospitalización¹.

Caso probable de dengue grave: Se considera a todo caso sospechoso o probable de dengue, con presencia de signos de extravasación de fluidos, acompañado de un estado de choque o dificultad para respirar, hemorragias profusas, o daños irreversibles a órganos vitales, tales como el hígado, miocardio, encéfalo; y presenta por lo menos una o más de las siguientes manifestaciones¹⁻²⁴.

Signos de shock hipovolémico, como la disminución de la presión arterial, aumento de la frecuencia cardíaca, coloración azulada de piel y mucosas, frialdad distal, llenado capilar mayor a 2 segundos; derrame seroso a través de estudio de imágenes de radiografía de tórax y ecografía abdominal; pulso débil o indetectable, presión diferencial convergente menor o igual a 20 milímetros de mercurio (mmHg); hipotensión arterial en fase tardía²⁷.

Otro de los signos de alarma en el dengue grave, es el sangrado, este puede presentarse de diversas maneras, frecuentemente de origen digestivo, como la hematemesis y las melenas, o por otras causas, como la metrorragia y el sangrado del sistema central; sin embargo la presencia de estos síntomas significa que hay compromiso grave de

órganos vitales; entre ellos el hígado, el cerebro y el corazón; presentando un daño hepático importante, alteración del sistema nervioso central y el estado de conciencia, con una escala de Glasgow menor a 13, o una miocarditis respectivamente²⁶.

Caso de dengue confirmado: Toda persona que cumpla con el criterio para ser considerado un caso de dengue, y además un resultado positivo en las pruebas laboratorio, donde se pretende aislar el virus del dengue, que se encuentra en el suero, plasma, leucocitos o en las muestras de autopsia, buscando la presencia del antígeno NS1 positivo, así como la detección de anticuerpos de inmunoglobulinas M (IgM) para dengue, evidencia en seroconversión de IgM o Inmunoglobulinas G (IgG). O a través de las técnicas moleculares como RT-PCR convencional, RT-PCR en tiempo real u otras positivas¹⁻

23-24.

El diagnóstico por pruebas de laboratorio debe incluir un diagnóstico diferencial con otras enfermedades, es decir un Diagnóstico serológico que incluya la evaluación de reactividad cruzada con otros flavivirus. Este se realizara según el perfil epidemiológico del país²⁷.

Caso confirmado de dengue por anexo epidemiológico: Persona que cumple con la definición de caso probable de dengue con o sin signos de alarma del cual no se tiene un resultado de laboratorio, sin embargo reside o procede de una localidad o área endémica con presencia del vector *Aedes aegypti*, y que haya notificado transmisión confirmada de dengue en los últimos 15 días, o de una área no endémica en una situación de brote¹⁻²⁶.

Caso descartado de dengue: Son todos los casos probable de dengue en sus tres categorías, que hayan o no presentado signos de alarma o de gravedad, y que además los resultados de las pruebas serológicas de laboratorio sean negativo: para anticuerpos de inmunoglobulinas,

IgM O IgG en una sola muestra, resultado negativo de IgM O IgG en muestras separadas Mayor a 10 días²⁴.

2.2.2.3 Tratamiento

El manejo adecuado de los paciente dependerá del reconocimiento oportuno de los signos de alarma, a través de un monitoreo constante, y una correcta clasificación de los casos, para poder brindar el tratamiento correspondiente, que básicamente es la reposición de fluidos. Por ello es importante que la información recolectada sea registrada correctamente en la historia clínica, ya que no solo contiene información personal del paciente, también alberga la evolución de su enfermedad, el examen físico, anotación y revaluaciones clínicas, que el personal de salud revisa constantemente²⁴.

Las respuestas obtenidas durante la entrevista nos permiten clasificar al paciente en tres grupos:

1. Grupo A: Le corresponde tratamiento ambulatorio, es decir se trata la sintomatología y el manejo de la hidratación, se dejan indicaciones, observación de signos de alarma y control del primer día sin fiebre.
2. Grupo B: Paciente pasa a hospitalización para una estrecha observación y tratamiento médico.
3. Grupo C: Aplicación de tratamiento intensivo urgente

Grupo A: Todos aquellos pacientes que pueden ser manejados ambulatoriamente, considerados de primer nivel, presenta fiebre de 2 a 7 días de evolución, se considera un caso probable de dengue, no presenta hemorragia, sin deshidratación, ni signos de alarma o choque y que no pertenezca a ningún grupo de riesgo. La aparición de los signos de alarma y el agravamiento del cuadro clínico ocurren en la fase de defervescencia, es decir cuando la fiebre ha desaparecido.²⁴⁻²⁶.

La valoración se da cada 48 horas, durante este periodo se busca signos de alarma hasta que el periodo de fiebre termine, deben ser monitorizados, y acudir de inmediato a un servicio de salud si alguno se presentara²⁴. Dentro de ellos tenemos: dolor abdominal intenso y continuo, vómitos persistentes, somnolencia o irritabilidad, hemorragias o sangrados, incluido la metrorragia²⁴⁻²⁶.

A este tipo de paciente se les realiza un seguimiento estricto, Iniciamos valorando el día de la defervescencia, es decir el primer día sin fiebre, posteriormente se da una evaluación diaria hasta que pase el periodo crítico, que abarca las primeras 48 horas después de haber desaparecido la fiebre, donde se evalúa el recuento de plaquetas, hematocrito y la aparición de signos de alarma²³⁻²⁴.

En casos no graves de dengue, lo primero es el manejo del dolor y la fiebre, utilizando al paracetamol como medicamento de elección, Además se utiliza medios de barrera para evitar la transmisión de la enfermedad, se aísla a la persona con mosquiteros, para evitar que los mosquitos se infecten, y así prevenir su transmisión . Se le recomienda también la ingesta de líquidos y la realización de hemogramas completos cada 48 horas¹.

La utilización de aspirinas y otros antiinflamatorios no esteroideos (AINES) durante esta enfermedad, están contraindicados, ya que se corre el riesgo de producir una hemorragia. Si llegase a presentarlas, el paciente debe ser internado inmediatamente, y tratarse como caso de dengue con signos de alarma²⁷.

Grupo B: Aquellos pacientes que deben ser ingresados para una minuciosa observación y tratamiento médico, estos son considerados de segundo nivel, porque presentan almenos un signo de alarma. Deben ser tratados con mayor consideración aquellos pacientes que padezcan enfermedades crónicas, entre ellos: La hipertensión arterial, diabetes

mellitus, asma, enfermedades hematológicas o renales crónicas, problemas cardiovasculares y enfermedades ácido péptica o autoinmune²³⁻²⁴.

Es fundamental la monitorización constante del estado hemodinámico del paciente, considerando que el dengue es una enfermedad dinámica. El tratamiento en pacientes sin signos de alarma consta básicamente de una reposición de líquidos vía oral, donde se le estimula al paciente a ingerir abundantes cantidades.

No solo se monitoriza la temperatura, también se realiza un Balance Hidroelectrolítico, registrando los ingresos, las pérdidas de líquidos y la diuresis, además se observa la aparición de cualquier signo de alarma, y el aumento continuo del hematocrito, relacionada a la disminución progresiva del recuento plaquetario en un corto periodo de tiempo²⁴⁻²⁶.

En caso de dengue con signos de alarma, el paciente pasa a ser hospitalizado, bajo la monitorización exhaustiva tanto clínica como de laboratorio los primeros 3 días, con hidratación según su estado clínico con el fin de prevenir un posible estado de shock¹.

Grupo C: Pacientes que requieren tratamiento de emergencia y cuidados intensivos porque tienen dengue grave, considerados en el tercer nivel²³⁻²⁴.

En pacientes pediátricos el tratamiento se enfoca en el manejo del choque mediante resucitación. El plan de reanimación está diseñado para estabilizar al paciente en un periodo de 8 horas. Posteriormente se re-evalúa el estado del paciente, sus signos vitales, tiempo de llenado capilar, hematocrito, diuresis, entre otros ²³.

Si disminuye el hematocrito y el estado de choque se mantiene, se debe suponer que se ha producido una hemorragia, en su mayoría de origen digestiva, se indica transfusión de glóbulos rojos. Si a pesar de ello el

paciente no se estabiliza se sugiere iniciar soporte inotrópico por posible disfunción miocárdica y /o miocarditis por dengue²⁴.

El manejo del paciente adulto es muy parecido al pediátrico, el tratamiento se enfoca al manejo del choque mediante resucitación. Si el episodio ocurriera fuera de un hospital, y el paciente se encuentra en este nivel, debe ser trasladado en ambulancia lo más rápido posible²⁴.

El seguimiento a los integrantes del grupo C debe ser estricto, no solo se monitorizan los signos de alarma y el balance de líquidos hasta que la fase crítica haya terminado, sino que además se monitoriza la perfusión periférica, y los signos vitales cada hora, tales como; la presión arterial, la presión arterial media (PAM), frecuencia cardiaca y respiratoria. Así mismo la diuresis, el hematocrito cada 12 o 24 horas, y la función de órganos vitales que puedan ser comprometidos, generalmente la función renal y hepática.²⁴⁻²⁶.

En los tres grupos se realizan pruebas de laboratorio, en su mayoría exámenes de rutina que se aplican en los 3 casos, los cuales se encuentran ya pre establecidas para el manejo de esta enfermedad, entre ellas detectar la presencia del IgM de dengue por aislamiento viral, sin embargo en este grupo en particular se tienen que realizar obligatoriamente, hemogramas completo, para ver la concentración de hematocrito y el nivel hemoglobina, además de un conteo de plaquetas y un leucograma, los cuales permitirán ver si se encuentran disminuidos. Otros exámenes también se realizan según lo requieran, como el análisis de gases arteriales (AGA), concentración de electrolitos, variación de las transaminasas y albumina.

En este tipo de paciente también es requerido un diagnóstico por imagen, de acuerdo a la necesidad, entre ellas tenemos la radiografía de tórax (Rx), Ecografía abdominal, electrocardiograma, ecocardiograma, pruebas de función renal. Si se sospecha que el paciente presenta

encefalitis, convulsiones o signos de focalización, se debe tomar una tomografía axial computarizada de cráneo simple (TAC) ²⁴⁻²⁶.

2.2.3 Grupos etareos:

El grupo es un conjunto de individuos que comparten un destino común, esto es, que son interdependientes en el sentido de que un hecho que afecta a uno de los miembros es probable que afecte a los demás. En general, se puede definir como el conjunto de individuos, más de dos, que se interaccionan entre sí, y comparten cierto grado de interdependencia²⁸. Un número de personas que interactúan entre sí de acuerdo con esquemas establecidos²⁹.

Sin embargo para las investigadoras, un grupo es un conjunto de Individuos integrado por más de dos personas, estos poseen o comparten características en común, y suelen ser interdependientes, pues un hecho en particular afecta a los demás integrantes de su círculo, y actúan de acuerdo a esquemas previamente establecidos de los cuales rigen sus acciones.

La palabra Etareo deriva del latín “aeta” que significa edad, se dice de varias personas que tienen la misma edad o perteneciente o relativo a la edad de una persona³⁰; dicho de diferentes sujetos que tienen la misma edad. Etareo hace referencia a la edad, por el tiempo que transcurre desde el inicio del nacimiento y el periodo presente, y además es calculable en años²⁹⁻³⁰.

Para las investigadoras etareo proviene etimológicamente del latín “aetas” que significa edad, y hace referencia a la edad de un individuo, o a grupo de individuos, que pueden o no tener la misma edad y/o pertenecer a un ciclo específico de vida humana, y que es medible en años.

Según estas definiciones los grupos etareos se determinan por la edad y la pertenencia de un individuo a una etapa específica del ciclo de vida humano. Se considera a la agrupación etarea, la más incluyente, refiriéndose a la forma en que las personas nacemos, crecemos y envejecemos de manera similar. Así mismo, de aquellos que experimentan situaciones similares de la vida cotidiana, compartiendo valores, códigos, experiencias, actividades, prácticas y procesos que determinan sus aportes a la sociedad³¹.

Para las investigadoras el grupo etareo se define como un conjunto de individuos que poseen o comparten la misma edad y características, incluso tienen un cierto grado de interdependencia pues un hecho en particular afecta a los demás integrantes de su círculo, además de pertenecer a una etapa específica del ciclo de vida humana y que actúan de acuerdo a esquemas previamente establecidos de los cuales rigen sus acciones.

Podemos dividir los grupos etareo según ciclos de vida³², de la siguiente manera: Infancia, adolescencia, adultez, adulto mayor. Como primer grupo la infancia, se encuentra comprendida por las siguientes etapas; recién nacido, lactantes, pre escolar y escolar.

Recién nacido: Todo recién nacido único o múltiple con un peso mayor o igual a 2500 gramos, cuya edad gestacional es igual o mayor de 37 semanas y menor a 42 semanas, nacido de parto eutócico o distócico y que no presenta patología. Se considera desde su primera interacción con el mundo exterior hasta los 28 días³³.

Lactantes: En este período el crecimiento y la maduración de los principales sistemas del organismo crecen a un ritmo acelerado, el lactante empieza a desarrollar habilidades que le permiten responder a su entorno, van perfeccionando poco a poco sus capacidades motoras gruesas y finas. Se considera lactante desde los 28 días de vida hasta

los 24 meses y se sub-divide en: lactante menor y lactante mayor, desde los 29 días hasta los 12 meses, y de 12 a 24 meses respectivamente³³⁻³⁴.

Pre escolar: Esta etapa está comprendida entre los 3 y 5 años, donde el menor comienza a desarrollar actividades motoras, tanto individuales como sociales, empieza a consolidar la autonomía y el desarrollo de iniciativa por parte del menor para realizar diferentes acciones.

En esta etapa es crucial que el menor empiece a socializar con otros niños de su edad, dejando poco a poco la etapa de egocentrismo. Conforme va descubriendo el mundo que lo rodea, el deseo del niño por describir cosas menores, inventar y curiosear va aumentando. Además comienza a desarrollar una personalidad que le permite al niño dar su opinión frente a los adultos, interactúa y es capaz de estar separados de sus padres por tiempos prolongados; preparándose así para el cambio más importante en su vida, que es la entrada al colegio³³.

Escolar: Abarca desde los 6 hasta los 10 años, el niño conoce y aprende sobre el mundo exterior, haciéndose cada vez más independiente de sus padres. Se desarrolla un tipo conciencia o sentido de responsabilidad sobre temas que para ellos son importantes³³⁻³⁴.

En este periodo el niño entra en contacto con la cultura de su sociedad, en especial cuando empieza la temporada de colegio. Es de mucha importancia pues al finalizar esta etapa, se determinara si pasan a la adolescencia con una independencia asegurada³⁴. Desde el aspecto físico su crecimiento es armónico, dando una imagen corporal del escolar típica, muy semejante al adulto³³.

Adolescencia: Esta etapa está comprendida entre los 10 y 19 años y se divide en 2 fases: Adolescentes de primera fase, entre 10 a 14 años, y adolescentes de segunda fase de 15 a 19 años. Esta etapa es

considerada uno de los periodos más intensos en la vida de una persona, por todos los cambios físicos, psicológicos y sociales que se experimentan. Siendo los más destacados: La maduración del sistema reproductor, el desarrollo de su autonomía y la capacidad para el pensamiento abstracto³⁴.

Adulthood: Comprende desde los 20 a 59 años, en esta etapa se busca contribuir con la salud y el bienestar de las personas, de manera que logren la mayor adaptación posible, en el ámbito familiar, laboral y social, y al mismo tiempo contribuir con el mundo que lo rodea. Esta etapa se divide en 3: Adulto joven, adulto intermedio, adulto pre mayor³⁴⁻³⁵.

Adulto joven de 20 a 24 años; la persona en esta etapa, empieza asumir su rol en la sociedad, adquiriendo nuevas responsabilidades, tanto social como familiar, a la par comienza a desarrollar su proyecto de vida, en su mayoría las personas que pertenecen a este grupo se encuentra económicamente inestable. El adulto intermedio de 25 a 54 años, a diferencia del anterior este se caracteriza por ser económicamente independiente, ya posee una responsabilidad familiar. La familia, tales como la crianza de los hijos, y el entorno laboral forman parte esencial de su vida. El adulto pre mayor de 55 a 59 años, es la etapa de transición hacia la vejez, este periodo trae consigo muchos cambios, uno de los más importantes es la disminución de la función sexual y reproductiva en ambos sexos; sus hijos ya se encuentran crecidos, por lo que la responsabilidad de crianza es casi nula, además por la condición física característica de esta etapa se ven en la obligación de cambiar y/o terminar con sus funciones laborales³⁵.

Adulto mayor: Comprende de 60 a más años, en esta etapa de vida se caracteriza por los diferentes cambios que experimenta la persona, en todos los aspectos de su vida. El adulto mayor empieza a realizar un balance positivo de su vida pasada, valorando las experiencias vividas,

fomentando la unión e integración de su familia y su ámbito social, para que vivan con mayor satisfacción el resto de su vida³⁴⁻³⁵.

2.2.3.1 El Dengue por grupos etareo:

En el recién nacido y el lactante, en especial en los menores de un año, la enfermedad puede llegar a presentarse con manifestaciones clínicas de intensidad variable, los cuadros clínicos pueden ser leves o moderados, e incluso expresar gravedad.

En este grupo de edad, hay un mayor riesgo de mortalidad, porque existe la posibilidad de que se presenten síntomas infrecuentes, entre ellos destacan: Problemas de las vías respiratorias superiores, diarrea o convulsiones, esta última usualmente de origen febril, aunque existe la posibilidad que sea a causa de una encefalopatía aguda por dengue³⁶.

En los lactantes los trastornos hidroelectrolíticos son relativamente frecuentes, esto se debe a que proporcionalmente, su cuerpo posee mayor cantidad de líquidos que un niño mayor y el adulto²⁴. Las manifestaciones del estado de choque en los niños pequeños son generalmente la disminución brusca de la temperatura, frialdad de los miembros corporales, aumento de la frecuencia cardíaca, alteración del estado de conciencia, puede presentarse como irritabilidad o letargo²⁶.

La manifestación del dengue en el adulto mayor posee gran similitud con la de los lactantes, porque se presenta una mayor alteración hídrica, ya que estos pacientes son particularmente susceptibles a deshidratarse durante la fase febril²². Esta característica poblacional se debe primordialmente a la alta incidencia de comorbilidades, presentaciones inusuales, complicaciones asociadas a la enfermedad, y a las particularidades fisiológicas e inmunológicas de esta población³⁶.

2.2.4 LUGAR DE PROCEDENCIA

Lugar proviene del latín “locus”, refiriéndose al espacio que ocupa un cuerpo; todos ocupamos un lugar, incluso los hechos, ya que estos necesitan un espacio para poder ocurrir³⁰. Según su significado geográfico es un espacio inmediato que es reconocido a partir de un nombre el cual lo identifica, y que puede ser localizado por medio de coordenadas geográficas; se asocia con la localidad, el pueblo o el barrio donde se vive, y que además genera un sentido de pertenencia e identidad³⁷.

Se define como lugar, a la una unidad espacial elemental, que puede ser ubicada mediante un sistema de coordenadas, y que son dependiente en relación con otros lugares.

Para las investigadoras el lugar es un espacio que es ocupado por una persona, o grupo de personas que genera en ellas un sentido de pertenencia e identidad, y que posee determinadas características demográficas, que además puede localizarse a través de un sistema de coordenadas y es reconocida por un nombre específico que lo diferencia de otros lugares.

La palabra procedencia proviene etimológicamente de “procedens”, palabra latina integrada por el prefijo que denota antelación: “pro”, y por el verbo “cedere” con el significado de “ir”. Procedencia entonces es aquello de donde viene, se origina nace o se deriva algo y que puede utilizarse para nombrar a la nacionalidad de una persona³⁰⁻³⁹.

Entonces podemos afirmar que procedencia palabra de origen latina independientemente de su significado, es relativa a decir origen, nacimiento o derivación de una persona y que puede ser utilizada para nombrar a una nacionalidad o darle un punto de partida a un individuo.

Para las investigadoras el lugar de procedencia es el área o espacio de donde es originaria o proviene una persona o grupo de personas, esta puede ser nativa, o residir en un lugar que genera en ellas un sentido de pertenencia y que posee determinadas características demográficas, el cual puede ser un barrio, pueblo, ciudad, región, provincia, país o cualquier otro lugar que puede localizarse a través de un sistema de coordenadas y es reconocida por un nombre específico que lo diferencia de otros lugares.

Para la investigación los lugares de procedencia estarán limitados dentro del departamento de Lambayeque, cuya ubicación se encuentra en la parte septentrional y occidental del territorio peruano⁴⁰⁻⁴¹. Abarcando a sus 3 provincias, Chiclayo, Ferreñafe, y Lambayeque propiamente dicho, cada uno con sus respectivos distritos. Para el año 2015 la población total oscilaba entre los 857,405 habitantes⁴².

La temperatura del ambiente cuenta con promedios altos durante todo el año. En el verano se alcanzan temperaturas máximas de 30° C y mínimas de 20° C, en tanto que en los meses de julio, agosto y septiembre, la temperatura bordea una máxima de 23° C y una mínima de 16° C. El sol abre al amanecer, entre las 05.55 y las 06.05 horas y se oculta entre las 18.14 y las 18.36 horas⁴⁰⁻⁴¹.

La organización política administrativa del departamento de Lambayeque está integrada por tres provincias; Chiclayo, Lambayeque y Ferreñafe, que son equivalentes a 38 distritos⁴⁰.

La provincia de Lambayeque fue considerada como tal por primera vez el 12 de febrero de 1821, sin embargo esta le pertenecía al departamento de Trujillo, por ese motivo, la provincia de Lambayeque y sus distritos carecen de límites territoriales; en consecuencia no puede demarcarse, ni ser representada en la cartografía oficial como corresponde. En la actualidad se encuentra conformada por 12 distritos: Motupe,

Lambayeque, Chóchope, Íllimo, Jayanca, Mochumí, Mórrope, Olmos, Pacora, Salas, San José, Túcume⁴¹.

La provincia de Chiclayo fue creada el 18 de abril de 1835, en el gobierno de Augusto Salaverry y ratificada posteriormente por el mariscal Agustín Gamarra el 22 de marzo de 1839, desprendiéndose de la provincia de Lambayeque. En el año 2015 su población total era 296,645 de habitantes aproximadamente⁴⁰⁻⁴¹⁻⁴².

En la actualidad consta de 20 distritos, la mayoría de ellos sin límites definidos por dispositivo legal, y por tanto no se pueden representar cartográficamente ni demarcarse; originando conflictos por pertenencia jurisdiccional de centros poblados y espacios entre los distritos: Chiclayo, cayalti, Chongoyape, Eten, José Leonardo Ortiz, La victoria, Lagunas, Monsefu, Nueva Arica, Oyotun, Pátapo, Picsi, Pimentel, Pomalca, Púcala, Puerto Eten, Reque, Santa Rosa, Tuman, Zaña⁴⁰⁻⁴¹.

La provincia de Ferreñafe fue creada el 17 de febrero de 1951, con los siguientes distritos: Ferreñafe, Cañaris, Incahuasi, Mesones Muro, Pítipo, Pueblo Nuevo. La ley con la cual fue creada no precisa límites territoriales entre distritos y Ferreñafe, Cañaris, Incahuasi, Mesones Muro, Pítipo, Pueblo Nuevo. En consecuencia igualmente no puede demarcarse, ni representarse en la cartografía oficial, generado conflictos de pertenecía entre distritos de la misma provincia, Ferreñafe con Pueblo Nuevo; y con la provincia de Lambayeque por el lado este Mochumí con Ferreñafe y Pueblo Nuevo. En el año 2015 contaba con una población en promedio de 77,234 habitantes⁴⁰⁻⁴¹⁻⁴².

En el año 1872 el presidente Jose Balta durante su gobierno proyecto la creación del departamento de Lambayeque, pero no fue hasta el año 1874 en el gobierno de Manuel Pardo donde se confirmó su creación como departamento propiamente dicho, separándolo de Trujillo. Las

provincias de Chiclayo y Lambayeque pasaron a formar parte de ella, y poco después se creó la provincia de Ferreñafe en el año 1951.

2.2.5 Modelo de promoción de la salud de Nola J. Pender

Uno de los modelos más utilizados en la práctica de enfermería, es el modelo de promoción de la salud (MPS), cuya autora fue una enfermera. Hablamos de Nola Pender, quien afirma que la motivación principal del ser humano, es el deseo de alcanzar su bienestar y potencial máximo. Es por eso que se ve en la necesidad de crear un modelo enfermero que exprese la manera en que el ser humano adopta conductas saludables para mantener su salud.

El MPS trata de exponer las diversas naturalezas que posee la persona en interacción con su entorno cuando este intenta lograr el estado de salud que desea; poniendo énfasis en los rasgos y experiencias de la persona, así como conocimientos, creencias y situaciones que se vinculen con las conductas de salud que se quieren obtener.

Pender utilizó como bases para el MPS, la perspectiva holística y psicosocial de la enfermería, además de la teoría del aprendizaje, todo eso gracias al conocimiento que poseía sobre educación, psicología experimental, desarrollo humano, y la enfermería propiamente dicha.

El MPS es integrada por dos teorías: En primera instancia tenemos la teoría del aprendizaje social de Bandura, quien expone la influencia que tiene el proceso cognitivo sobre los cambios conductuales de la persona, considerado de gran relevancia para el modelo. Y por otro lado la teoría cognitiva social, donde encontramos los siguientes elementos que lo conforman, auto creencia, auto atribución, autoevaluación y autoeficacia. Siendo la autoeficacia la base en la cual se centra el MPS.

El MPS, es similar a la construcción del modelo de creencias en la salud, es decir explica la conducta de prevención de la enfermedad. A diferencia de ella, el miedo y la amenaza no son la fuente de motivación

para la conducta sanitaria. Es por eso que se amplía, para abarcar las conductas que fomentan la salud, y aplicarlas de forma potencial a lo largo de toda la vida.

El modelo intenta exponer las diversas naturalezas que posee la persona en interacción con su entorno cuando este intenta lograr el estado de salud que desea. Muy distintos de los modelos que están orientados a la evitación, basándose en el miedo o la amenaza a la salud como motivación para la conducta sanitaria; muy diferente a la promoción de la salud que está motivada por el deseo de aumentar el bienestar y de actualizar el potencial humano. Ver el cuadro N° 1.

El MPS se ha modificado centrándose en 10 categorías determinantes en la conducta de promoción de la salud. El modelo revisado, identifica los conceptos importantes para las conductas de promoción de la salud y facilita la generación de hipótesis demostrables. Ver el cuadro N° 2.

A continuación se expone las características y las experiencias individuales que afectan a las acciones de la salud⁴³.

1. Conducta Previa Relacionada: Son aquellas conductas que se practican con cierta frecuencia o que se haya experimentado alguna similar en el pasado. Esta determina la probabilidad de adoptar las conductas de promoción de la Salud.
2. Factores personales: biológicos (sexo, edad, IMC, agilidad, entre otros) psicológicos (autoestima, competencia personal, estado y concepto de salud) y socioculturales (Etnia, la formación y el estado socioeconómico)
3. Beneficios percibidos de acción: Los resultados positivos esperados que se producirán a partir de la conducta de salud.
4. Barreras percibidas de acción: Bloqueos anticipados, imaginados o reales y costes personales de la adopción de una conducta determinada.

5. Autoeficacia percibidas de acción: el juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud.
6. Afecto relacionado con la actividad: Los Sentimientos subjetivos positivos y negativos que se dan antes, durante y después de la conducta.
7. Influencias interpersonales: Los conocimientos acerca de las conductas, las creencias o actitudes de los demás, incluyendo familia, parejas o cuidadores de salud. Las influencias interpersonales incluyen: normas, apoyo social y modelación (observando una conducta determinada en los demás).
8. Influencias situacionales: son percepciones y cogniciones personales de cualquier situación y contexto que facilita o impide la conducta.
9. Compromiso con un plan de acción: Se relaciona con la intención y la identificación de una estrategia planificada originando una conducta de salud.
10. Demandas y preferencias contrapuestas inmediatas: Las demandas son conductas alternativas en la cual el individuo tiene un bajo control porque existen contingentes del entorno una responsabilidad, muy diferente a las preferencias donde el individuo posee un control relativamente alto, por elección.
11. Conducta promotora de salud: Son aquellas acciones que logran resultados de salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva⁴³.

La prevención y la promoción de la salud constituyen la base fundamental de la salud pública. La prevención de la salud, se caracteriza por su carácter anticipatorio, orientando su actividades hacia los determinantes de la salud, y no a la enfermedad directamente, para poder fortalecer los que son favorables y limitar o eliminar aquellos que no lo son⁴⁴.

Las funciones esenciales de la salud pública son procesos y movimientos que permiten mejorar el desempeño de la gestión en salud pública. La importancia estratégica de sus funciones como, la vigilancia, el monitoreo y promoción de la salud, radica en la generación por parte del sistema de salud, de una respuesta efectiva, eficiente, de calidad e interés colectivo en materia de salud.

Dentro de las funciones esenciales que atraviesan el desempeño de los programas priorizados de salud, se encuentra la vigilancia de la salud pública y el control de riesgos y daños, que están orientado a la capacidad de llevar a cabo la investigación y vigilancia de brotes epidémicos, la presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, los factores de comportamiento, accidentes y exposición a sustancias tóxicas, o agentes ambientales perjudiciales para la salud, así como el desarrollo de programas activos de vigilancia epidemiológica y de control de enfermedades infecciosas⁴⁵.

La vigilancia epidemiológica consiste en la realización de actividades, con el fin de recopilar información relevante del comportamiento de un evento en particular, que afecta a una población, y además de los determinantes que lo condicionan, el objetivo es detectar oportunamente y tomar medidas de prevención frente a cualquier cambio, y mantener bajo control la aparición de cualquier enfermedad, así como también mejorar la salud de los pobladores⁴⁶.

Es por eso que en la presente investigación tiene como modelo teórico la promoción de la salud, por ser considerado como la base fundamental de la salud pública, y por lo tanto uno de los roles principales de la enfermera.

2.3. Definición de términos:

Aislamiento viral: Detección de la presencia de un virus por medio de la secuenciación de sus glicoproteínas o ácidos nucleicos o por medio del PSR¹.

Endémico: Afecta o se encuentra en una zona geográfica determinada, que no se encuentra de forma habitual en otra parte¹.

PCR: Reacción en cadena de la polimerasa, es una técnica que permite replicar entre cientos de miles y millones de veces pequeñas cantidades de ADN¹.

Prueba de Lazo: también llamada signo de Rumpel-Leede o de torniquete, es una técnica que ofrece información sobre la fragilidad capilar. Se somete el antebrazo del paciente a una presión intermedia entre la sistólica y la diastólica durante 5 minutos. Una vez que la piel a recuperado su estado se observa y se contabiliza las petequias producidas por la rotura capilar en un área de 1 cm² superior a tres se considera positivo¹.

CAPITULO

III

CAPITULO III - MARCO METODOLOGICO

3.1 Tipo y diseño de investigación

3.1.1 Tipo de Investigación

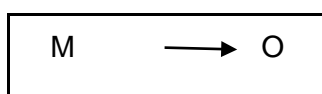
La presente investigación se guió por el enfoque cuantitativo porque se centra fundamentalmente en los aspectos observables y susceptibles de cuantificación de las variables en estudio, su aplicación consistió en analizar estadísticamente los datos recogidos por medio de una ficha de investigación clínico epidemiológica. Este tipo de investigación es la más objetiva posible, donde los fenómenos que se midieron no fueron afectados por el investigador.

Para el enfoque cuantitativo, la manera correcta para conocer es producir un análisis a partir de los datos recolectados de acuerdo con ciertos criterios lógicos.

3.1.2 Diseño de investigación

El presente estudio es de diseño no experimental, se caracterizó por la no manipulación de las variables, observando fenómeno tal y como se presentaron en el contexto natural para después analizarlo. Fue de tipo descriptivo de corte transversal, de alcance retrospectivo porque tubo la particularidad de describir las características de las variables, en un periodo de tiempo dado, además que todos los hechos o sucesos ya ocurrieron antes de la investigación por lo tanto los datos se obtuvieron de archivos, para determinar el lugar de procedencia y el grupo etareo en la incidencia de los casos confirmados de Dengue en establecimientos de salud Nivel II en el departamento de Lambayeque

A continuación se representa en el siguiente gráfico:



M : Casos de dengue confirmados atendidos en establecimientos de salud nivel II de la región Lambayeque durante los meses de enero a junio 2016

O: La incidencia en relación al grupo etario y lugar de procedencia

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población:

Se denomina población al conjunto de personas, animales o cosas que poseen características en común, de las cuales se quiere realizar el estudio. Por lo tanto la población de este estudio estuvo conformada por 69 casos confirmados de dengue que fueron atendidos durante los meses de enero a junio en los establecimientos de salud de nivel II de la región Lambayeque.

Los establecimientos de nivel II de los cuales se estudió pertenecen al ministerio de salud y están ubicados dentro del departamento de Lambayeque, considerados para el presente estudio el Hospital Regional Docente las Mercedes (II-2) y el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque (II-1).

3.2.2 Muestra

La muestra, es un fragmento representativo de la población que se está estudiando.

Para el presente estudio la muestra fueron 69 casos confirmados de Dengue que se atendieron durante los meses de enero a junio en los establecimientos de salud nivel II considerados anteriormente. Al ser pequeña la población se tomó todos los casos notificados

3.3 Hipótesis

Hi: La Incidencia de casos confirmados de dengue está relacionado al grupo etario y lugar de procedencia de los pacientes atendidos en establecimientos de salud Nivel II de Lambayeque, Enero a Junio 2016

Ho: La Incidencia de casos confirmados de dengue no está relacionado al grupo etario y lugar de procedencia de los pacientes atendidos en establecimientos de salud Nivel II de Lambayeque, Enero a Junio 2016

3.4 Variables

Incidencia de los casos confirmados de dengue en relación al grupo etareo y lugar de procedencia

3.4.1 Definición Conceptual

- Incidencia de casos confirmados de Dengue: es la ocurrencia de los casos notificados de dengue que han sido confirmados mediante pruebas de laboratorio, el número de nuevos casos dentro de una población expuesta en un periodo de tiempo específico, del cual se realiza seguimiento; y se obtiene dividiendo el número de casos que ocurren en la población en un determinado periodo de tiempo, entre la población expuesta a padecer ese evento.
- Grupo etareo: conjunto de individuos que poseen o comparten la misma edad y características, que comparten cierto grado de interdependencia pues un hecho en particular afecta a los demás integrantes de su círculo, además de pertenecer a una etapa específica del ciclo de vida humana y que actúan de acuerdo y que actúan de acuerdo y que actúan de acuerdo a esquemas previamente establecidos de los cuales rigen sus acciones.

- Lugar de procedencia: es el área o espacio de donde es originaria o proviene una persona o grupo de personas, esta puede ser nativa, o residir en un lugar que genera en ellas un sentido de pertenencia y que posee determinadas características demográficas, el cual puede ser un barrio, pueblo, ciudad, región, provincia, país o cualquier otro lugar puede localizarse a través de un sistema de coordenadas y es reconocida por un nombre específico que lo diferencia de otros lugares.

3.4.2 Definición Operacional

- Grupo Etareo: La variable fue recolectada mediante la ficha de investigación clínico epidemiológica de Dengue, elaborado por el Ministerio de salud, que tiene las siguientes categorías dentro de los datos del paciente: Edad y Fecha de Nacimiento.
- Lugar de Procedencia: La variable fue recolectada mediante la ficha de investigación clínico epidemiológica de Dengue, elaborado por el Ministerio de salud, que tiene las siguientes categorías dentro de los datos del Paciente: Dirección, Localidad, Distrito, Provincia, Departamento. Dentro de los datos epidemiológico: Lugar donde probablemente se produjo la Infección, que tiene las siguientes categorías: Dirección, Localidad, Distrito, Provincia, Departamento. Y Por último dentro de los datos de Procedencia del caso que tiene las siguientes categorías: Autóctono, Importado Nacional, Importado Internacional.
- Incidencia de casos confirmados de Dengue: Los casos confirmados fueron recolectados mediante la ficha de investigación clínico epidemiológica de Dengue, elaborado por el Ministerio de salud que tiene las siguientes categorías dentro de los Exámenes de Laboratorio: Cultivo (Serotipo-GenotipoNegativo) , Serología (Ig.M - Ig.G - Conclusión) , PCR (ReactivoSerotipo), posteriormente expresados estadísticamente mediante la Formula de Incidencia: $\text{Número de Casos Nuevo} / \text{Numero de Población en Riesgo} \times 1000 \text{ Habitantes}$.

- Establecimiento de salud nivel II: pertenecen al segundo nivel de atención, son responsable de satisfacer las necesidades de salud de toda la población que se ha adjudicado a ese dicho establecimiento, en donde se brinda la atención integral ambulatoria y hospitalaria especializada, orientadas a la recuperación y rehabilitación de los problemas de salud.

El instrumento que se utilizó fue una ficha de Investigación clínica epidemiológica, el cual se encontró en la Dirección General de Epidemiología, para la Notificación de casos en la vigilancia Epidemiológica del Dengue, aprobado por el MINSA según R.M. N°658 -2010/MINSA.

El instrumento fue la Ficha de Investigación clínico epidemiológica, para su uso y extracción de las bases de datos epidemiológicos de establecimientos de salud del nivel II de atención de la región Lambayeque.

3.5 Operacionalización de las Variables:

- Incidencia de casos confirmados de dengue en relación al grupo etareo y lugar de procedencia

Se observa la Operacionalización en las tablas siguientes

Variable	Dimensión	Indicadores	Sub Indicadores	Ítems	Índice	Instrumento
<p>INCIDENCIA DE CASOS CONFIRMADOS DE DENGUE:</p> <p>Es la ocurrencia de los casos notificados de dengue que han sido confirmados mediante pruebas de laboratorio, el número de nuevos casos dentro de una población expuesta en un periodo de tiempo específico, del cual se realiza seguimiento; y se obtiene dividiendo el número de casos que ocurren en la población en un determinado periodo de tiempo, entre la población expuesta a padecer ese evento.</p>	Confirmación de Dengue	Exámenes de Laboratorio	Cultivo	Aislamiento Viral	Serotipo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ OBSERVACIÓN ▪ ANÁLISIS DE CONTENIDO ▪ FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLOGICA
					Genotipo	
					Negativo	
			Serología	Ig M	Positivo	
					negativo	
				Ig g	Positivo	
			Negativo			
			Conclusión	Positivo		
				negativo		
			PCR	Antígeno NS1	Si- No	
Serotipo						

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	INDICE	INSTRUMENTO
<p>GRUPO ETAREO</p> <p>Conjunto de individuos que poseen o comparten la misma edad y características, que comparten cierto grado de interdependencia pues un hecho en particular afecta a los demás integrantes de su círculo, además de pertenecer a una etapa específica del ciclo de vida humana y que actúan de acuerdo a esquemas previamente establecidos de los cuales rigen sus acciones.</p>	Infancia	RN	0-28 Días	<ul style="list-style-type: none"> • OBSERVACIÓN • ANÁLISIS DE CONTENIDO • FICHA DE INVESTIGACIÓN CLINICO EPIDEMIOLOGICA
		Lactantes	29 Días - 2ª 11m 29d	
		Pre escolares	3-5 Años	
		Escolar	6-9 Años	
	Adolescencia	1era Fase	10-14 Años	
		2da Fase	15-19 Años	
	Adulthood	Adulto Joven	20-24 Años	
		Adulto Intermedio	25-54 Años	
		Adulto Pre Mayor	55-59 Años	
		Adulto Mayor	60 Años a más	

Variable	Dimensión	Indicadores	Sub Indicadores	Índice	Instrumento
LUGAR DE PROCEDENCIA Es el área o espacio de donde es originaria o proviene una persona o grupo de personas, esta puede ser nativa, o residir en un lugar que genera en ellas un sentido de pertenencia y que posee determinadas características demográficas, el cual puede ser un barrio, pueblo, ciudad, región, provincia, país o cualquier otro lugar puede localizarse a través de un sistema de coordenadas y es reconocida por un nombre	Autóctonos	Provincia de Chiclayo	Distritos de Chiclayo	Chiclayo	<ul style="list-style-type: none"> • OBSERVACIÓN • ANÁLISIS DE CONTENIDO • FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA
				Cayalti	
				Chongoyape	
				Eten	
				Jose Leonardo Ortiz	
				La victoria	
				Lagunas	
				Monsefú	
				Nueva Arica	
				Oyotún	
				Pátapo	
				Picsi	
				Pimentel	
				Pomalca	
				Púcala	
		Puerto Eten			
		Reque			
		Santa Rosa			
		Tumán			
		Zaña			
		Provincia de Lambayeque	Distritos de Lambayeque	Motupe	
				Lambayeque	
				Chóchope	
				Íllimo	

especifico que lo diferencia de otros lugares.				Jayanca	
				Mochumí	
				Mórrope	
				Olmos	
				Pacora	
				Salas	
				San José	
				Túcume	
		Provincia de Ferreñafe	Distritos de Ferreñafe	Ferreñafe	
				Cañaris	
				Incahuasi	
				Mesones Muro	
				Pítipo	
	Pueblo Nuevo				
	Importado Nacional	No pertenece a ninguna provincia de la región Lambayeque	No pertenece a ningún distrito de la región Lambayeque	No pertenece a la región Lambayeque	
	Importado Internacional	No pertenece a ningún departamento del Perú	No pertenece a ningún departamento del Perú	No pertenece a ningún departamento del Perú	

3.6 Abordaje metodológico, técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.6.1 Método de investigación

Las técnicas o métodos de investigación son un conjunto de mecanismos, medios y sistemas, que nos permiten dirigir, recolectar, conservar, reelabora y transmitir datos⁴⁷. El presente estudio utilizó los siguientes métodos:

Observación: Procesamiento cognitivo que percibe la presencia de características existentes en el objeto de investigación, en este caso la incidencia de los casos confirmados de dengue y su relación con el grupo etareo y el lugar de procedencia de los mismos. Este método se utilizó en toda la investigación, mediante los sentidos las investigadoras profundizan el primer contacto que tienen con la realidad problemática.

Análisis: Es un procedimiento mental mediante el cual las investigadoras estudiaron los grupos etarios y los lugares de procedencia de los casos confirmados de Dengue. En esta fase se realizó la revisión de la literatura, donde se analizó y discernió las diferentes fuentes de referencias a utilizar en la investigación.

Síntesis: Establece mentalmente la relación del grupo etario y lugar de procedencia en la incidencia de los casos confirmados de Dengue. Produciéndose a partir de los resultados que fueron obtenidos en el análisis. El método se utilizó al citar los antecedentes y las bases teóricas conceptuales.

Abstracción: Proceso mediante el cual se destaca una propiedad o relación entre las variables de estudio, es decir entre el grupo etario y lugar de procedencia, en la Incidencia de los casos Confirmados. Se utilizó en el estudio de las variables, donde pudimos abstraerlas y aislarlas del resto de sus propiedades como estudio presentado.

Inductivo: Es un método mediante el cual se logran definir proposiciones generales, tomando como punto de partida hechos específicos reales y observables del estudio de las variables. Permitiendo no solo la formulación de la hipótesis del estudio, sino también al desarrollar la prueba de contrastación de la misma.

Dedución: Proceso basado en las aserciones y generalidades que realiza las investigadoras sobre las variables de estudio. La utilidad del método destaca en la prueba de contrastación de la hipótesis, y en la elaboración de las conclusiones de la investigación en la cual será utilizada.

3.6.2 Técnicas y procedimientos de recolección de datos

3.6.2.1 Técnicas de recolección de datos

En la presente investigación se utilizaron las siguientes técnicas de recolección de datos.

Técnica de Gabinete:

Se utilizó la técnica de gabinete, con el propósito de organizar, revisar y discernir la literatura que tenga relación con el propósito de la investigación. Esta técnica consistente en emplear fichas para la recolección de información: Las bibliográficas sirven para recoger información sobre el marco teórico, mientras que las de resumen servirán para compilar ideas principales sobre las variables de estudio.

Las fichas son pequeñas tarjetas, en su mayoría de cartulina delgada y de diferentes dimensiones, en ellas plasmamos por escritos innumerables ideas y críticas que identificamos en las fuentes de información que revisamos previamente. Son un instrumento que nos permite recopilar y recolectar datos, que facilita la selección, ordenamiento y organización de información en un fichero de trabajo,

además de conservar y facilitar el manejo o manipulación de los datos para futuras investigaciones.

a) Fichas bibliográficas:

Son pequeñas tarjetas de 14 x 8 cm, en ellas plasmamos los datos referentes del libro o artículo, siguiendo el código internacional para su adecuada estructuración.

b) Ficha textual:

No tiene un orden de estructuración establecido, esta ficha nace de la reflexión, análisis, síntesis y crítica personal. El material a comparación con las bibliográficas puede ser de papel, siempre y cuando la tarjeta tenga las siguientes dimensiones 21 x 13 cm.

c) Ficha de resumen:

Son tarjetas cuyas dimensiones son 14.0 x 21.5 cm, en ellas el investigador parafrasea sus ideas, plasma de forma concisa y puntual los conceptos más importantes, sintetizando la información. Se redacta de forma objetiva, reflejando las ideas de manera íntegra.

Otra técnica fue la revisión documentaria, se utilizaron las bases de datos de los centros de epidemiológica de los establecimientos de nivel, para su uso y extracción.

Instrumentos:

El instrumento que se utilizó fue la ficha de investigación clínica epidemiológica de dengue, que se encuentra en la dirección general de epidemiología, para la notificación de casos en la vigilancia epidemiológica del dengue, y que cada establecimiento de salud en la región lo posee.

a. Grupo Etareo y Lugar de Procedencia:

El instrumento que se utilizó fue la ficha de Investigación clínica epidemiológica, el cual se encuentra en la Dirección General de Epidemiología, para la Notificación de casos en la vigilancia Epidemiológica del Dengue, aprobado por el MINSA según R.M. N°658 -2010/MINSA.

La ficha que se usó para conocer el grupo etareo y el lugar de procedencia consta 10 partes; de las cuales solo 4 de ellas se utilizarán para dicho fin:

Parte I.- Datos generales: aborda los aspectos relacionados al establecimiento de salud notificante, la fecha. Dirección de salud, (Red/Micro red/Clas), y la categoría del establecimiento.

Parte II.- Datos del paciente: Aborda datos personales como el nombre completo, fecha de Nacimiento, Edad, Sexo, N° DNI, N° HC, Datos de su residencia actual como (Dirección, localidad, Distrito, Provincia, Departamento)

Parte III.- Datos epidemiológicos: Aborda aspectos situacionales como lugares donde haya estado los últimos 14 días (Departamento, Provincia, Distrito, localidad, S.I.G), antecedentes de Dengue y Vacunación (Antiamarílica)

Parte VIII.- Datos de Procedencia del caso, Aborda tres aspectos: Autóctono, Importado Nacional, Importado Internacional.

b. Incidencia de los casos confirmados de Dengue

El instrumento que se utilizó fue la ficha de Investigación clínica epidemiológica, el cual se encuentra en la Dirección General de Epidemiología, para la Notificación de casos en la vigilancia Epidemiológica del Dengue, aprobado por el MINSA según R.M. N°658-2010/MINSA.

La ficha que usaremos para determinar la incidencia de los casos confirmados de Dengue que consta de 10 partes; de las cuales solo 2 de ellas se utilizarán para dicho fin:

Parte V.- Exámenes de Laboratorio: Esta comprendido por 3 exámenes; Cultivo: se realiza el Aislamiento viral donde se especifica el serotipo el genotipo y el negativo; Serología: Especifican los valores de la Ig M, Ig G y la conclusión; PCR: Comprueban la presencia del Antígeno NS1, si es reactivo y su serotipo.

Parte VII.- Clasificación Final: se clasifica en 3 grupos: Dengue sin señales de alarma, Dengue con Signos de Alarma, Dengue Grave.

3.7 Procedimiento para la recolección de datos:

Se solicitó la autorización de los directores médicos con cargo al centro de epidemiología de los establecimientos de salud para que autorizaran la realización del estudio y posteriormente la recolección de los datos

Posteriormente acudimos a los centros de vigilancia epidemiológica de los respectivos establecimientos de salud, previa coordinación con el médico encargado de la unidad de epidemiología de ambos establecimientos

3.8 Métodos de análisis de datos

El procesamiento de los datos se realizó a través del SPSS: Software de Procedimiento Estadístico para las Ciencias Sociales, con campo de ingresos iguales a los rangos de valores esperados en cada variable. Se utilizó la versión 22 para la presentación, análisis e interpretación de los resultados concluyente del estudio. A través de la prueba estadística descriptiva, luego fueron resumidos los resultados en gráficos y tablas de frecuencia.

3.9 Criterios éticos

Nos guiamos como referencia el planteamiento del Reporte Belmont que plantea tres principios éticos; respeto a las personas, beneficencia y justicia.

□ Respeto a las personas:

El respeto a las personas involucra mínimamente dos principios éticos. El primero establece que todo individuo debe ser tratado con autonomía, y la segunda, que aquellas personas que se encuentren con su autonomía disminuida tienen derecho a ser protegidas. Para ello el principio se divide en dos prerrequisitos morales: el reconocimiento de la autonomía, y la protección de aquellos cuya autonomía se encuentra disminuida de algún modo⁴⁸.

Para la ejecución del estudio se realizaron las gestiones administrativas correspondientes con las autoridades y responsables de la estrategia de vigilancia epidemiológica de ambos establecimientos. Manteniendo en anonimato las identidades de los pacientes atendidos en dicho periodo.

▪ **Beneficencia**

La beneficencia es la virtud de una persona de hacer el bien, cuyo fin es asegurar el bienestar de los otros; va más allá del trato ético, el respeto de sus decisiones, e incluso de la protección a los daños. El término "beneficencia" se atribuye aquellos actos de bondad y de caridad que son realizados libremente y no por obligación⁴⁸.

Esta investigación dio a conocer la relación del grupo etario y lugar de procedencia en la incidencia de los casos confirmados de dengue, ya que permitió brindar información actual y relevante a las autoridades de los respectivos distritos afectados, para que diseñen y desarrollen actividades pertinentes que apoyen y mejore la salud pública de los mismos.

▪ **Justicia:**

La definición de justicia burdamente se concibe como “dar a cada quien lo que se corresponde”, en palabras simples muy acertado, es decir en el sentido de ser equitativos y dar a cada persona lo que merece. Sin embargo en ciertos casos se cometen injusticias, por ejemplo cuando se niega un beneficio a una persona que tiene derecho al mismo, sin ningún motivo aparente, o cuando se impone indebidamente una carga. En pocas palabras podemos decir que los iguales deben ser tratados con igualdad⁴⁸.

3.10 Criterios de rigor científico

- **Objetividad:**

En términos generales significa que el observador mantiene cierta distancia del observado, minimizando todo contacto, con el fin de evitar que los conceptos que el investigador posee sobre el estudio no se vean influenciados por su opinión personal ⁵⁰.

En el presente estudio aseguramos la objetividad utilizando instrumentos válidos y confiables. En este caso la ficha de Investigación clínica epidemiológica de Dengue, proporcionadas por los establecimientos de salud estudiados..

- **La Credibilidad:**

La credibilidad es el reconocimiento de los hallazgos obtenido en la investigación como real o verdadero, para aquellas personas que participaron del estudio y por aquellas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado. Es decir que tan verdaderas fueron los resultados de la investigación para ellas⁴⁹.

En la presente investigación se realizó la recolección de datos e información de fuentes secundarias, a través de la extracción de datos de una ficha clínica epidemiológica, previamente recolectada por el personal sanitario de los establecimientos de salud y su respectiva base de datos epidemiológicos.

- **Consistencia teórica:**

Describe, explica y predice el fenómeno o hecho al que se refiere, además de que organiza el conocimiento al respecto y orienta a la investigación que se lleve a cabo sobre el fenómeno⁵⁰.

En el presente estudio se utilizaron referentes teóricas como Nola Pendel, así como también antecedentes de investigación, boletines publicados respetando el derecho de autor

- **La Auditabilidad o confirmabilidad:**

Descripción minuciosa de los procedimientos que realizó el investigador para recolectar y procesar la información, de tal forma que otros investigadores puedan seguir la misma trayectoria⁵⁰.

Es decir exponer de forma clara y precisa los resultados del presente trabajo, así como las vías utilizadas para lograrlo, dejando garantizado la fiabilidad externa o confirmabilidad. En tal sentido la negociación sistemática entre todas las investigadoras va generando fiabilidad, dejando todo clarificado en cada caso oportuno.³⁵

Esta técnica permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones propias, iguales o similares a las del investigador original, siempre y cuando tengan perspectivas similares. De la misma manera en que los datos e información de investigación previas, con temáticas similares, fueron examinadas para la realización del presente estudio.

CAPITULO

IV

CAPITULO IV ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Presentación de resultados

A continuación se presenta la incidencia de los casos confirmados de dengue en los establecimientos de salud de nivel II de la región Lambayeque Enero-Junio

GRAFICO N°1:

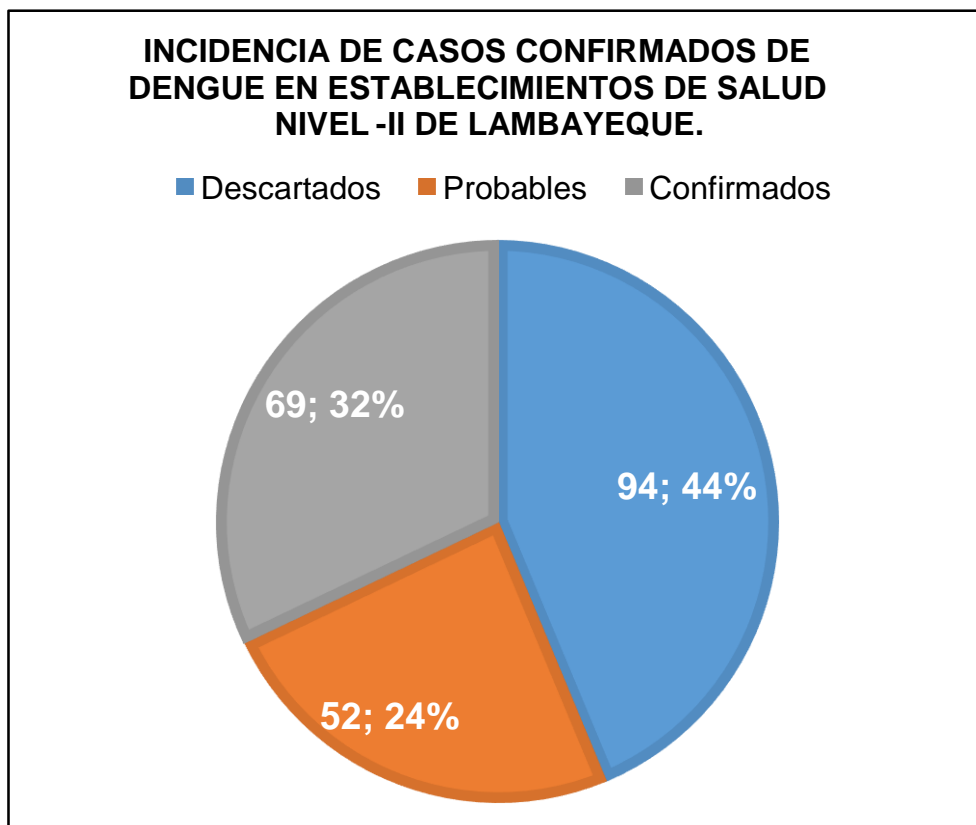


Gráfico Nro. 01. Lo más destacado que se aprecia, es que de todos los casos que han presentado síntomas de dengue, el 44% de los casos son descartados, asimismo, el 32% son casos confirmados y por último el 24 % corresponde a los casos probables de dengue, de todas los

casos de dengue registrados en los establecimientos de salud nivel - II de Lambayeque enero - junio 2016.

GRAFICO N°2:

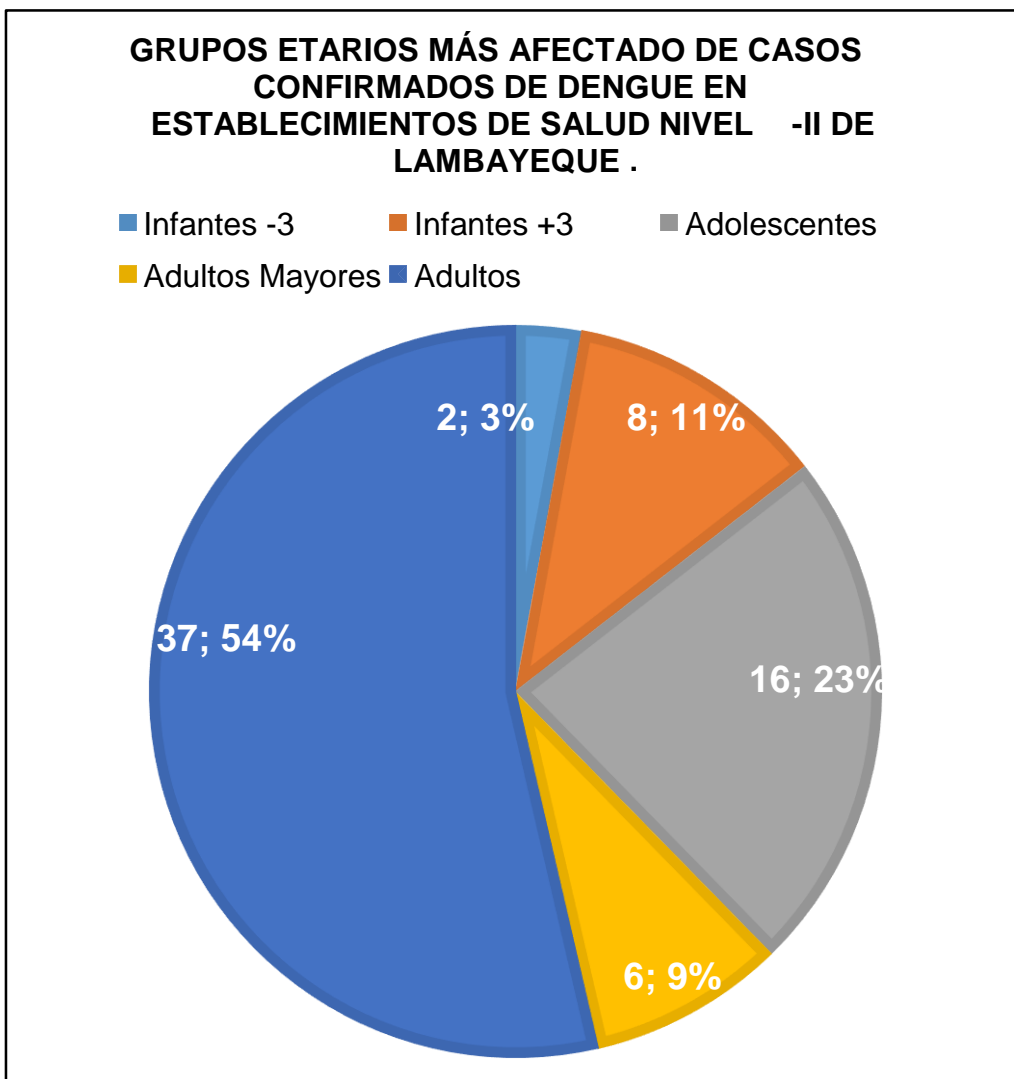


Gráfico Nro. 02. Lo más resaltante que se observa es que todos los casos confirmados de dengue, el 54% tiene una incidencia mayor en el grupo etario de adultez, el 23% se presentan en adolescentes, un 11% se presentan en infantes mayores de 3 años, seguido por el 9% correspondiente a los adultos mayores, y por último el 3% representando a la incidencia en infantes menores de 3 años de los casos confirmados

de dengue en los establecimientos de salud nivel - II de Lambayeque enero - junio 2016.

GRAFICO N°3:

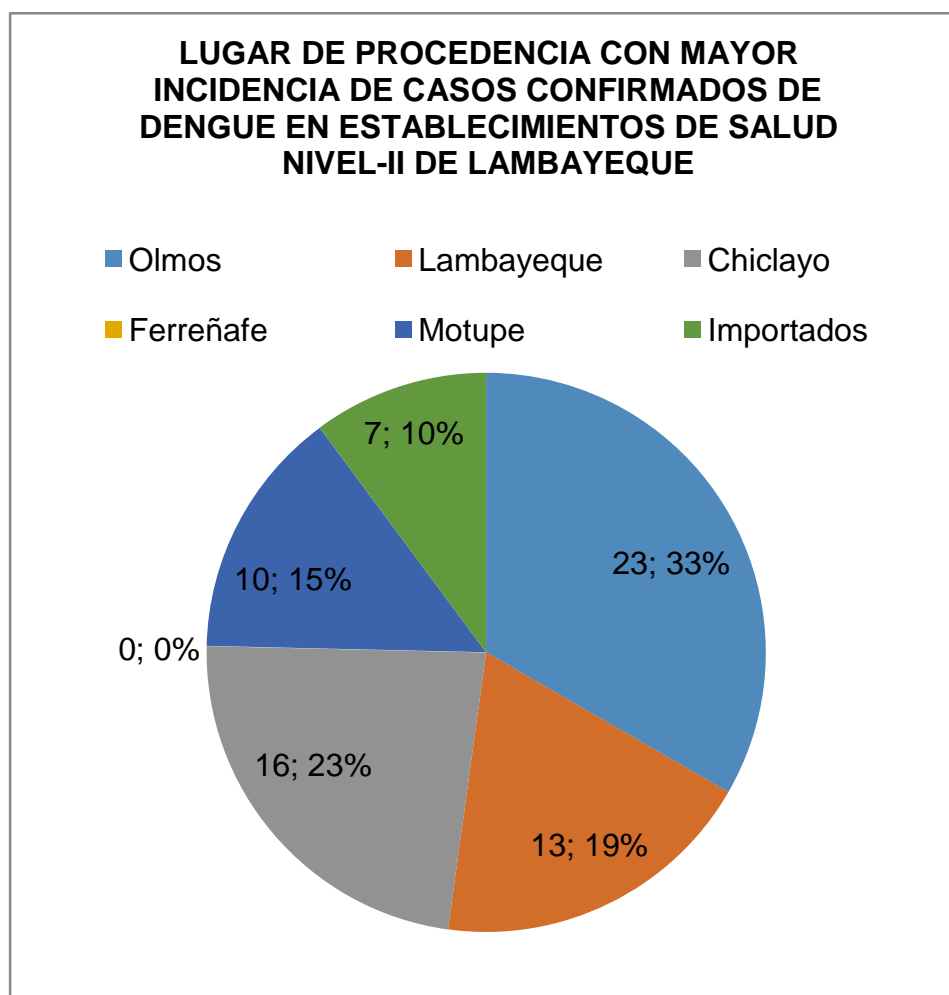


Gráfico Nro. 03. Se destaca que, de todos los casos confirmados de dengue, el 33,3 % de incidencia provienen del distrito de Olmos, 23,2%, provienen de la provincia de Chiclayo, seguido por un 18,8% pertenecen a la provincia de Lambayeque, un 14,5% del distrito de Motupe, así mismo un 10% provienen de lugares aledaños al departamento de Lambayeque, por último un 0% originarios de la provincia de Ferreñafe de los casos confirmados de dengue en los establecimientos de salud nivel - II de Lambayeque enero - junio 2016.

GRAFICO N°4:

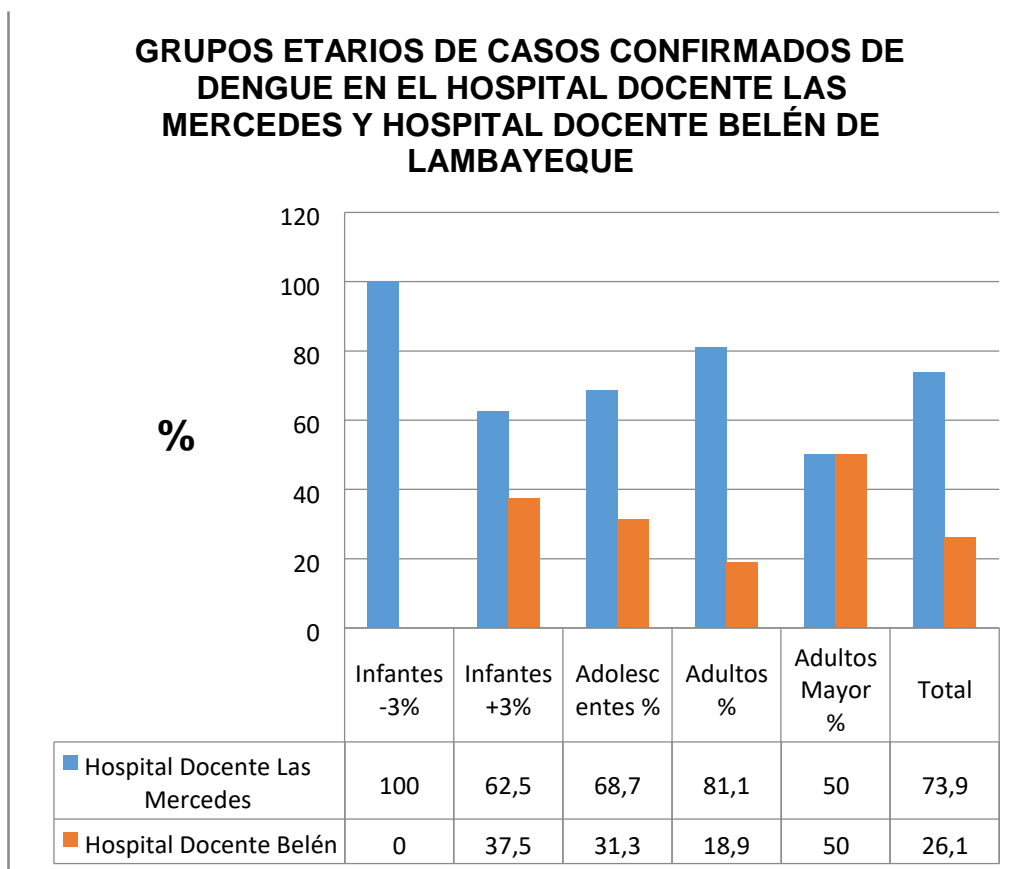


Gráfico Nro. 04. Se destaca que, de todos los casos confirmados de dengue, el 100% de los infantes menores de 3 años se atendieron en el Hospital Regional Docente Las Mercedes, seguido por el 81.1% de los adultos, el 68,7% de adolescente, 62.5% de los infantes mayores de 3 años, y por último el 50% correspondiente a los adultos mayores. El porcentaje restante de cada grupo etareo se les atendió en el hospital provincial docente Belén de Lambayeque. El 73.9% y 26.1% de los casos de dengue confirmados fueron atendidos en el Hospital Regional Docente Las Mercedes y Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque respectivamente. Valores obtenidos de ambos establecimientos de salud en los meses de enero - junio del año 2016.

GRAFICO N°5:

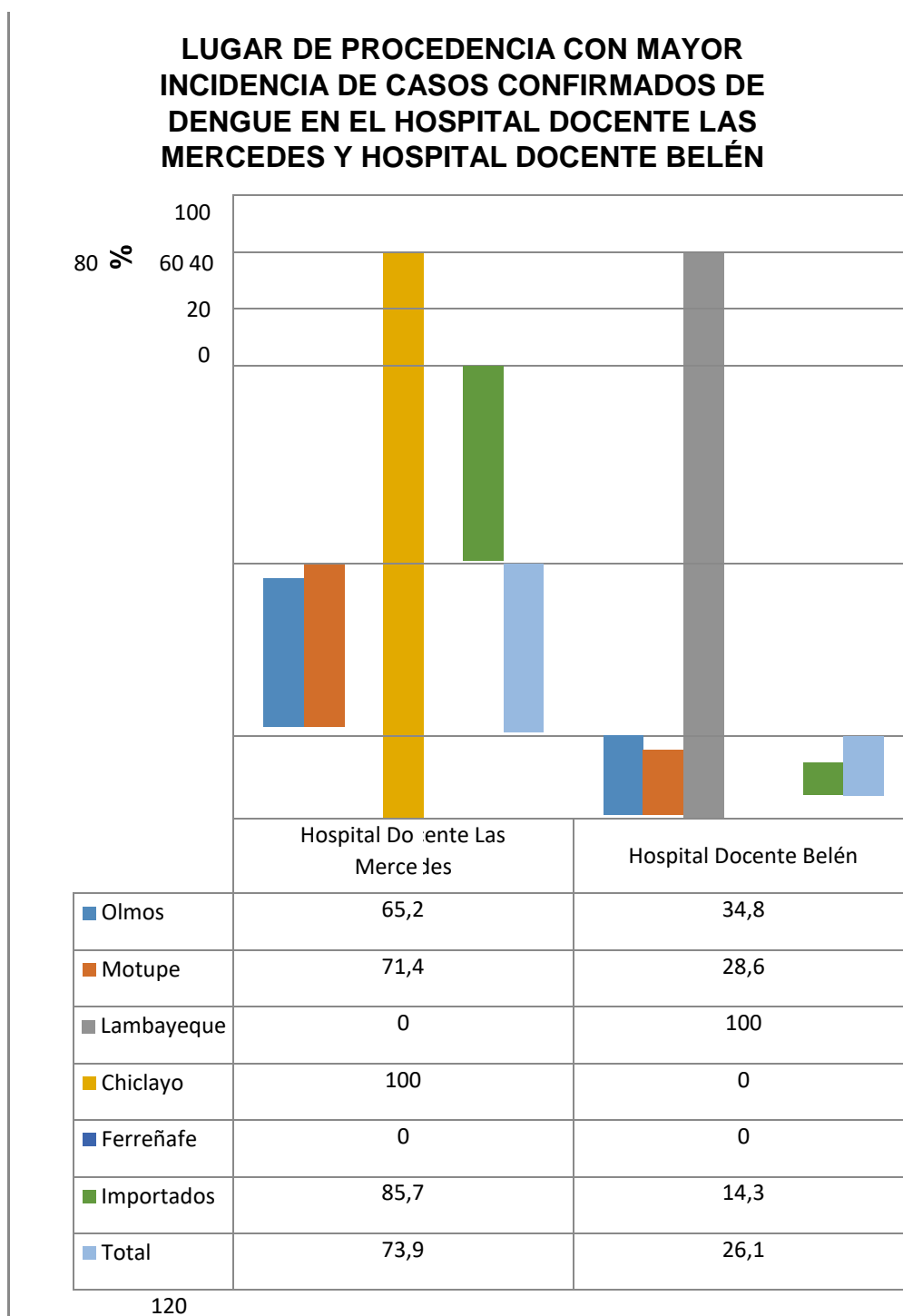


Gráfico Nro. 05. Se observa que, de todos los casos confirmados de dengue, el 100% provenientes del distrito de Chiclayo fueron atendidos en el Hospital Regional Docente Las Mercedes, seguido por el 85,7% de

los casos importados, el 71,4% provenientes del distrito de Motupe, 65,2% del distrito de Olmos, por último el 0% de la provincia de Ferreñafe. El 100% de los casos en Lambayeque y los porcentajes restantes de los lugares de procedencia antes mencionados, se atendieron en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. Valores obtenidos de ambos establecimientos de salud en los meses de enero - junio del año 2016.

4.2. Discusión de los resultados

Sabemos que la incidencia es una medida que cuantifica la aparición de un evento en particular a una determinada población. Donde las personas son la población y las enfermedades los eventos¹⁶.

La incidencia mide la frecuencia con la que se presenta un evento nuevo relacionado con la salud, tales como enfermedades, muerte, curación, entre otros. Y se obtiene dividiendo el número de sucesos que ocurren en una población en un determinado periodo de tiempo, entre la población expuesta a padecer ese evento¹⁷.

Al respecto en la tabla 1 se muestra el tipo de diagnóstico definitivo de los casos de dengue, donde se observa la incidencia de los casos confirmados en relación al número total de casos notificados en ambos establecimientos de salud durante el periodo enero a junio del 2016, en la cual se aprecia que de los 215 casos notificados el 43.7% de los casos son descartados, el 32,1% son casos confirmados, y el 24,2% son casos probables; significa que la incidencia de los casos confirmados de dengue representa el 32,1% en ambos establecimientos de salud de nivel II de Lambayeque.

De todas las definiciones podemos afirmar que los grupos etareos se determinan por la edad y la pertenencia de un individuo a una etapa específica del ciclo de vida humano. Se considera a la agrupación etarea, la más incluyente, refiriéndose a la forma en que las personas nacemos,

crecemos y envejecemos de manera similar. Así mismo, de aquellos que experimentan situaciones similares de la vida cotidiana, compartiendo valores, códigos, experiencias, actividades, prácticas y procesos que determinan sus aportes a la sociedad³¹

Al respecto en la tabla 2 se muestran los grupos más afectados de los casos confirmados de dengue donde se aprecia que el grupo más afectado es el de adultez que comprende las edades entre 20-59 años de edad que representa el 53.6%, los adolescente de 10-19 años el 23,2%, etapa Infantil mayores de 3 años de 3-9 el 11,6%, los adultos mayores con un 8,7% y por último el grupo etario infantil menor de 3 años con un 2.9%

Lugo en el 2015 en su estudio sobre dengue grave en lactantes afirmó que el 82% de los lactantes con dengue eran lactantes menores de 6 meses, observando una tendencia de mayor riesgo en menores de edad, entre 0-6 meses. Sin embargo en la tabla número 2 podemos apreciar que de los 69 casos confirmados de dengue, los lactantes representan el 2,9% de los grupos etáreos afectados siendo el grupo con menor riesgo.

Colome en el año 2015 en su estudio de dengue en la comunidad de Mameyes, encontró que el grupo etareo más afectado correspondía a las edades de 5-14 equivalente a un 54%, los niños de 1-4 años y de 15-64 años con un 21% respectivamente y los menores de 1 año con un equivalente al 3%.

Al igual romero en su estudio describe que la población más afectada y de mayor susceptibilidad fueron menores de 14 años con un 46.1%. Duran encontró que el grupo más afectado era de 7-14 años representado por el 80.62% Siendo el grupo etareo más afectado la etapa adolescente, que a comparación con los resultados obtenidos se encuentra en segundo lugar.

Beel en su investigación en Cuba, afirmó que el grupo etáreo de mayor predominio fueron entre 42-52 años con un 38.9%, seguido por el grupo de 20-30 años con un 27.8% y por último de 53-63 años un 22.2%. Con una concordancia con los resultados obtenidos donde el grupo etario con mayor riesgo es la etapa adulta.

En el año 2011 Fiesta describe un comportamiento de mayor tendencia en paciente con una media de edad de 22, presentándose con mayor énfasis en los menores de 16 años, con una mayor afección hacia la población joven.

Al respecto en la tabla 3 se evidencian los lugares de procedencia con mayor incidencia de casos confirmados de dengue, es el distrito de Olmos con un 33.3%, la provincia de Chiclayo con un 23.2%, 18.8% provenientes de la provincia de Lambayeque, Motupe con un 14.5% y 7 casos con un 10% proveniente de lugares aledaños del departamento de Lambayeque.

En contraste con los resultados obtenidos comparamos la incidencia de los grupos etáreo según establecimientos de salud en la tabla 4 destacando que de todos los casos confirmados en infantes menores de 3 años el 100% fueron atendidos en el Hospital Regional Docente Las Mercedes, así mismos el 62.5% de los 8 casos en infantes mayores de tres años, seguido por el 68.7.3% de los 16 adolescentes, el 81.1% de los 30 adultos, por último el 50% adultos mayores equivalente a 3. El porcentaje restante de cada grupo etáreo se les atendió en el hospital provincial docente Belén de Lambayeque. Según el análisis el Hospital Regional Docente Las Mercedes atendió un 73.9% de los casos confirmados de dengue.

En el análisis comparativo del lugar de procedencia con mayor incidencia de los casos confirmados de dengue según los establecimientos de salud presentada en la tabla 5 encontramos que de los 23 casos provenientes del distrito de Olmos el 65.2% fueron atendidos en el

Hospital Regional Docente Las Mercedes, seguido por la provincia de Chiclayo el 100% equivalente a 16 casos, el distrito de Motupe con 71.4%, y por último el 85,7% de los casos importados. De la provincia de Lambayeque el 100% de los casos y el porcentaje restante de los lugares de procedencia se atendieron en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. Según el análisis comparativo por hospitales el Hospital Regional Docente Las Mercedes atendió un 73.9% de los casos confirmados de dengue en el periodo de enero a junio del 2016, de los cuales la población de mayor incidencia fue la provincia de Chiclayo.

Hay pocas investigaciones con respecto al grupo etareo y lugar de procedencia dentro de la región Lambayeque, sin embargo las cifras obtenidas en la vigilancia epidemiológica a nivel regional y nacional nos permiten comparar, discernir y/o afirmar sobre los datos obtenidos.

Las cifras mostradas en las salas situacionales de dengue en la región Lambayeque por semana epidemiológica, hasta la semana epidemiológica n° 32 del año 2016, muestran concordancia con los datos obtenidos en la investigación, en ellas reflejan los distrito más afectados de Lambayeque, arrojando como resultado los distritos de Olmos con 265 casos confirmados, Motúpe (177), Tumán (255), Patapo (255), entre otros.

Con respecto al grupo etareo las salas situacionales de la misma semana, muestran que el mayor porcentaje se refleja en la población adulta, y adultos jóvenes, siendo estos los más afectados.

Sin embargo en el ámbito comparativo a nivel institucional sanitario, el alto porcentaje de atención en el Hospital Regional Docente las Mercedes, le atribuimos al nivel atención y de complejidad (II-2), así mismo su capacidad resolutive y población adjunta (macro región Norte), en contraste con el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque que pertenece al nivel (II-1).

CAPITULO

IV

CONCLUSIONES

1. El análisis de los casos notificados de dengue revelan que la incidencia de los casos confirmados de dengue representa el 32.1% de los casos notificados durante el periodo de enero a junio en los establecimientos de salud de nivel II de la región Lambayeque.
2. El grupo etareo más afectado de los casos confirmados de dengue en los establecimientos de salud de nivel II, corresponde a la etapa adulta con un 53.6%, seguido por la etapa adolescente con 23.2%, infantes mayores de 3 años el 11,6%, adultos mayores el 8,7% y por ultimo infantes menores de 3 años el 2,9%.
3. El análisis de los lugares de procedencia con mayor incidencia de casos confirmados de dengue en establecimientos de salud de nivel II revelan que el distrito con mayor incidencia de casos es Olmos con un 33.3%, seguido por la provincia de Chiclayo con un 23.2%, la provincia de Lambayeque con 18,8%, Motupe con 14,5%, y por ultimo 10,1% provenientes de lugares aledaños a Lambayeque.
4. La etapa adulta estuvo comprendida entre los 25-45 años, Los adolescentes más afectados fueron entre los 12-16 años de edad, infantes mayores de 3 años entre los 3-8 años, adultos mayores entre los 60-80 años, por último los infantes menores de 3 años comprendidos entre 11 meses-2 años.
5. Los lugares de procedencia con mayor incidencia de casos confirmados de dengue pertenecen a los distritos de la parte sur del departamento de Lambayeque, así mismo la provincia de Chiclayo y la provincia propiamente dicha de Lambayeque. Además también se presentó una incidencia de casos importados nacionales.

6. El análisis comparativo de la incidencia de casos confirmados de dengue según grupo etario y establecimiento de salud que fueron atendidos, el establecimiento con mayor incidencia de casos fue el Hospital Regional Docente Las Mercedes con un 73.9% del total de casos y el grupo etareo con mayor incidencia, corresponde a la adulta con un 81.1% en comparación con el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque.

7. El análisis comparativo de la incidencia de casos confirmados de dengue según el lugar de procedencia y establecimiento de salud, el 73.9% de los casos fueron atendidos en el Hospital Regional Docente Las Mercedes, y el distrito de mayor incidencia fue Olmos con un 65.2% en comparación con las atenciones del mismo distrito en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque.

RECOMENDACIONES

1. Las autoridades municipales y al personal sanitario de los establecimientos de salud de los diferentes distritos con mayor incidencia debe fomentar y fortalecer conductas en salud, que fomenten y planifiquen, actividades y estrategias de prevención y control de vectores, mejorando la vigilancia epidemiológica de las enfermedades trasmisibles, teniendo como base la salud pública, para la mejoría de la calidad de vida y salud de los pobladores.
2. A los Centros de Salud que ejecutan programas de prevención y promoción de la salud, que orienten sus actividades y estrategias a los grupos etáreos más afectados, por ser estos los más afectados y con mayor riesgo, con el fin de controlar mejor el desarrollo del vector y la prevención de su transmisibilidad.
3. A los profesionales de salud sensibilizarlos a realizar actividades de prevención y promoción de la salud, de educar y sensibilizar a los pueblos más lejanos para crear una cultura en salud, y mejorar la calidad de vida de los mismos.
4. A la universidad que motiven a los estudiantes a realizar investigaciones en salud pública y vigilancia epidemiológica, por ser esta una de las poblaciones más vulnerables.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Paico C. Factores Asociados al Nivel de Conocimientos en diagnóstico y tratamiento del dengue en médicos de la Región Lambayeque [Tesis Doctoral]. Chiclayo Perú; 2015.
2. Canals M., Gonzáles C, Canals A, Figueroa D. Dinámica epidemiológica del dengue en Isla de Pascua 2012; 29(4):388-394.
3. Prácticas de riesgo asumidas por las familias que contribuyen a la transmisión del dengue en el centro poblado de batan grande, distrito de Pítipo. 2015 [24 de abril de 2016]. URL disponible en: http://www.dge.gob.pe/Boletin_sem/2013/SE12/se12-04.pdf
4. Boletín epidemiológico 2015". Lima, Perú [en línea]. 2015. [fecha de acceso 24 de abril 2016]. URL disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2015/08.pdf>
5. Cabezas C., Fiestas V., et al. Dengue en el Perú: A un Cuarto de siglo de reemergencia [en línea]. 2015. [25 de abril de 2016]; 32(1)146-56. Disponible en: www.redalyc.org/pdf/363/Resumenes/Resumen_36338592021_1.pdf
6. Ministerio de salud. Dengue cobra su segunda víctima mortal en Lambayeque. El comercio [Diario Virtual], Perú: 2016[21 de abril 2016, 25 de abril 2016] URL disponible en: <http://elcomercio.pe/peru/lambayeque/dengue-cobra-su-segundavictima-mortal-lambayeque-noticia-1895870>
7. Lugo S, Arce M, Mesquita M, Pavlicich V. Incidencia de dengue grave en lactantes. Pediatría asunción [en línea]. 2015. [28 de abril 2016]; 1(2); 30. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/ped/v42n1/v42n1a04.pdf>.

8. Universidad odontológica dominicana [base de datos en línea].república dominicana: departamento de investigación uod .2015. [29 de abril 2016]. URL disponible en: <https://investigacionuod.files.wordpress.com/2015/11/caracterizacionepidemiologica-de-brote-de-fiebre-del-dengue-en-la-comunidad-de-losmameyes-semana-epidemiologia-30-a-la-42-del-ac3b1o-2012.pdf>
9. Bell H, Oduardo O. Caracterización de colaboradores cubanos con dengue en el municipio venezolano de Bolívar. Medisan [en línea].2015.[fecha de acceso 28 de abril 2016];1(19);6. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s102930192015000100005
10. Organización panamericana de la salud [en línea].protocolo para la vigilancia en salud pública del dengue. Colombia; 2014 [18/04/2016]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiolgico/DENGUE%20%202012.pdf>
11. Duran A, Bermúdez J, Maldonado M, et al. Incidencia y circulación del virus dengue en el estado Zulia. Revista científicas y humanistas [en línea].2012. [Fecha de acceso 29 de abril de 2016]; 1(20)11. Disponible en: <http://www.produccioncientificaluz.org/index.php/ciencia/article/viewfile/10034/10021>
12. Choque F, Huamaní F, Canelo C. Síntomas crónicos tras episodio de dengue, una necesidad de investigación. Revista Peruana de Medicina experimental y Salud publica [en línea]. 2016. [Fecha de acceso 03 de julio del 2016], 33(1): 181-2, disponible en: www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/download/2020/2037

13. Atamari A., Marroquin J., Aguirre E. Dengue: una enfermedad reemergente en el departamento del cusco [en línea]. 2015.[fecha de acceso 29 de abril de 2016]; 2(76). Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.15381/anales.v76i2.11149>
14. Miranda et al. Dengue en Ica: una oportunidad para intervenciones efectivas [en línea]. 2015. [fecha de acceso 03 de julio del 2016]; 32(3).
Url disponible en:
<http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/1702/1785>
15. Fiestas et al. Características clínicas de pacientes internados en el hospital de apoyo de Iquitos “Cesar Garayar García” durante la epidemia de dengue, enero-febrero de 2011 [en línea]. 2011. [fecha de acceso 03 de julio del 2016]; 28 (1): 78-82. Url disponible en:
<http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/revista/pdf/rpmesp2011.v28.n1.pdf>
16. El blog de una enfermera Tapia J. Incidencia: concepto, terminología y análisis dimensional, [en línea] [actualizado en el 2015; acceso 29 de mayo 2016] disponible en:
<http://admin.salud.sanluis.gov.ar/saludweb/contenido/pagina284/file/tapia%20-%20incidencia.pdf>
17. XVI concurso de experto universitario en epidemiología y nuevas tecnología. Introducción: razón, proporción y tasa de incidencia, disponible en:
http://sameens.dia.uned.es/Trabajos6/Trabajos_Publicos/Trab_3/Leon_Latre_3/tasa%20de%20incidencia.htm
18. Incidencia. [Base de datos en línea] Madrid .salud Madrid. Hospital. Universitario Ramón y Cajal. [Fecha de acceso 30 de mayo 2016 disponible en: http://www.hrc.es/bioest/medidas_frecuencia_3.html

19. Departamento de estadística. Universidad Carlos III de Madrid. Medidas de frecuencia, asociación, e impacto [en línea] disponible en: <http://halweb.uc3m.es/esp/personal/personas/amalonso/esp/bstattema3m.pdf>
20. Agudelo J, Alzate C, Arroyave a, et al. Caracterización entomológica del dengue en el departamento de Risaralda, Colombia, 2011-2012.2014 dic; [en línea].2014. [Fecha de acceso 24 de abril de 2016]; 7(4); 7. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/270821887_caracterizacion_entomologica_del_dengue_en_el_departamento_de_risaralda_colombia_2011-2012
21. Ministerio de salud pública, guía de para el manejo clínico del dengue para la atención de casos de dengue, república dominicana, servicios gráficos segura SRL; 2012. [Fecha de acceso 13 de mayo de 2016]. URL disponible en: <http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST337ZI203500&id=203500>
22. Ballacao G, Quintana O, Dengue revisión bibliográfica [base de datos en internet], 2013; 7(1):2-11, disponible en: http://www.actamedica.sld.cu/r1_13/dengue.htm
23. Dirección general de salud de las personas-ministerio de salud, guía de práctica clínica para la atención de casos de dengue en el Perú [en línea], Lima. Perú .2011. [Fecha de acceso 13 de mayo de 2016] URL disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2011/rm087-2011-minsa1pdf.pdf>
24. Ministerio de salud, enfermedades infecciosas dengue guía para el equipo de salud. [En línea]; argentina 2013. [12 de mayo del 2016] disponible en:

<http://www.msal.gob.ar/images/stories/epidemiologia/pdf/guiadengue.pdf>

25. Villa S, Maldonado J, et al, "dengue memorias "ministerio de salud y protección social –federación médica colombiana [libro en internet]. Bogotá. 2012-2013.fecha de acceso 20 de mayo de 2016] disponible en:

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/vs/th/memorias_dengue.pdf

26. Ministerio de salud. Instituto nacional de enfermedades neoplásicas (INEN) plan operativo de vigilancia, prevención y control del dengue. Guía práctica para la atención de casos de dengue para el Perú [guía práctica]; 2016[fecha de acceso 23 de mayo 2016] disponible en:

http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_legales/NUEVA_

Resoluciones_Jefaturales/2016/18052016_RJ_N%C2%B0%20227-2016.pdf

27. Salamanca M., Soto B.et al .panamericana de la salud .guía para la atención clínica integral del paciente con dengue. [En línea]; Colombia

Bogotá 2010. [13 de mayo 2016] URL disponible en:
[http://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1214&Itemid=.](http://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1214&Itemid=)

28. Ortego M, Lopez S, Alvarez M, Ciencias psicosociales i [en línea].2010. [Fecha de acceso 26 de mayo 2016] disponible en:
http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://ocw.uni-can.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdfreunidos/tema_08.pdf

29. Vivas P, Rojas J, Torras E, Dinámica de grupos [en línea].2011. [Fecha de acceso 26 de mayo 2016] disponible en: Http://cdn.psyciencia.com/wp-content/uploads/2012/11/dina_mica-degrupos.pdf
30. Concepto definición. de[<http://conceptodefinicion.de/>] noviembre 6, 2014 [28 de mayo de 2016; 26 de mayo de 2016] URL Disponible en: <http://conceptodefinicion.de/etario/>
31. Secretaría de cultura, recreación y deporte [base de datos en línea]. Colombia. Alcaldía mayor de Bogotá 2016 [fecha de acceso 26 de mayo de 2016]. URL disponible en: <http://www.culturarecreacionydeporte.gov.co/es/areas-detrabajo/practicas-culturales/grupos-etarios>.
32. Motaño W. Clasificación de los grupos Etarios [base de datos en línea] 2013 [fecha de acceso 26 de mayo 2016] URL disponible en: <https://es.scribd.com/doc/154781665/clasificacion-de-los-grupos-etarios-docx>
33. Escuela de enfermería de la universidad pontificia católica de chile cuidado en el ciclo vital [base de datos en línea]. 2011. [fecha de acceso 26 de mayo 2016] URL disponible en: http://www7.uc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/html/lactante/cic_frame.htm
34. Dirección general de Promoción de la Salud. Documento Técnico, “Modelo de Abordaje de promoción de la salud, acciones a desarrollar en el eje temático de Habilidades para la vida” [Base de datos en línea]. 2009. [Fecha de acceso 26 de mayo 2016] URL disponible en: http://www.minsa.gob.pe/servicios/serums/2009/dgps_para_serums_2009ii/documentos_generales/eje_tematico_de_habilidades_para_la_vida.pdf

35. Dirección regional de salud de Tacna. Estrategias principales Tacna. [Base de datos en línea]. Perú. 2011. [fecha de acceso 24 de marzo 2016] URL disponible en:
http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/desp/adulto_1s08.pdf
36. Ministerio de Salud de Panamá, Guías para el abordaje integral del Dengue en Panamá [Base de datos en línea]. Panamá. 2014. [Fecha de acceso 25 de marzo 2016] URL disponible en:
http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/guias_para_el_abordaje_integral_del_dengue_0.pdf
37. Gobierno de la provincia de san Luis. Módulo de geografía [modulo en línea] bachillerato en economía y gestión 2011[28 de mayo de 2016] disponible en:
http://contenidosdigitales.ulp.edu.ar/exe/geo1/concepto_de_lugar.html
38. Hypergeo.com, lugar [<http://www.hypergeo.eu/spip.php?article331>] Francia 2014 [actualizado en el 2014; acceso 28 de mayo 2016] URL disponible en: <http://www.hypergeo.eu/spip.php?article331>
39. Asociación de academias de la lengua española, diccionario de la real lengua española [en línea] 23a edición; 2014[fecha de acceso 20 de mayo del 2016] disponible en: <http://dle.rae.es/?w=diccionario>
40. Gobierno regional de Lambayeque. Plan de desarrollo regional concertado de Lambayeque 2011-2021[base de datos en línea] Perú; 2011[fecha de acceso 25 de marzo 2016].url disponible en:
http://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2015/documentos/11/14_pdrc_lambayeque_2011_2021.pdf
41. Ministerio de comercio exterior y turismo. Plan estratégico provincial de turismo PEPTUR Lambayeque 2005-2015; [base de datos en línea] Perú; [fecha de acceso 25 de mayo de 2016].url disponible:

http://www.mincetur.gob.pe/turismo/Producto_turistico/Fit/fit/Planes/La_mbayequ/LAMBAYEQUE.pdf

42. Instituto nacional de estadística INEI población del 2000 al 2015, [base de datos en línea] Perú; [fecha de acceso 26 de marzo 2016]
URL disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/web/poblacion/>
43. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 2011. Libro físico. España. [Fecha de consulta 14 de junio 2016] 816 (7): 124-140
44. Sistema nacional de vigilancia epidemiológica [base de datos en línea].México. Sistema nacional de vigilancia epidemiológica [26 de mayo 2016] disponible en:
http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/normatividad/pae_20132018.pdf.
45. Ministerio de salud funciones esenciales de la salud pública. [Base de datos en línea] Argentina. Presidencia de la nación, disponible en:
<http://www.msal.gob.ar/fesp/index.php/las-fesp/funciones-esencialesde-salud-publica>
46. Ministerio de salud de Argentina. Guía para el fortalecimiento de la vigilancia de la salud en el nivel local [guía en internet] dirección de epidemiología; [marzo 2013] disponible en:
[Http://www.msal.gob.ar/images/stories/epidemiologia/pdf/guiac2_vigilancia.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/epidemiologia/pdf/guiac2_vigilancia.pdf)
- 47 Tamayo L. Técnicas e Instrumentos de investigación. México. 1998. Disponible en :
<http://es.slideshare.net/oscarlopezregalado/instrumentos-deinvestigacin-9217795>
- 48 Berman, A; Snyder, S; Kozier,B; Fundamentos de enfermería. 8 ed. España.Editorial PEARSON Prentice Hall. 2012.

49 Castillo, E; Vasquez , M; El rigor en la investigación cuantitativa.
2003. Disponible en:
colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/download/269/272

50. Robinson y Tolley E. Investigación aplicada es salud pública.
Washington, D.C. OPS; 2006

ANEXOS

TABLA 1

Incidencia de casos confirmados de dengue en establecimientos de salud nivel-II de Lambayeque enero - junio 2016.

Incidencia			
Total	Descartados	Probables	Confirmados
F	94	52	69
%	43,7%	24,2%	32,1%

Fuente: Ficha de Investigación clínica epidemiológica de notificación de casos en la vigilancia Epidemiológica del Dengue del Área de Epidemiología del Hospital Regional Docente Las Mercedes y del Hospital Provincial Docente Belén, aprobado por el MINSA según R.M. N°658 -2010/MINSA.

Podemos observar que la incidencia de dengue en el año 2016 de enero a junio se presentó un total de 215 casos de dengue, de los cuales los casos confirmados representan el 32,1%.

TABLA 2

Grupos etarios más afectados de los casos confirmados de dengue en los establecimientos de salud Nivel-II de Lambayeque enero - junio 2016.

Grupos Etarios					
Total	Infantes -3	Infantes +3	Adolescentes	Adultos	Adultos Mayores
F	2	08	16	37	6
%	2,9 %	11,6 %	23,2 %	53,6 %	8,7 %

Fuente: Ficha de Investigación clínica epidemiológica de notificación de casos en la vigilancia Epidemiológica del Dengue del Área de Epidemiología del Hospital Regional Docente Las Mercedes y del Hospital Provincial Docente Belén, aprobado por el MINSA según R.M. N°658 -2010/MINSA.

TABLA 3

Lugar de procedencia con mayor incidencia de casos confirmados de dengue en establecimientos de salud nivel-II de Lambayeque enero - junio 2016.

Lugar de Procedencia						
Total	Olmos	Motupe	Lambayeque Provincia	Chiclayo Provincia	Ferreñafe Provincia	Importados
F	23	10	13	16	0	7
%	33,3 %	14,5 %	18,8 %	23,2 %	0 %	10,1 %

Fuente: Ficha de Investigación clínica epidemiológica de notificación de casos en la vigilancia Epidemiológica del Dengue del Área de Epidemiología del Hospital Regional Docente Las Mercedes y del Hospital Provincial Docente Belén, aprobado por el MINSA según R.M. N°658 -2010/MINSA.

Tabla 4

Análisis comparativo de los grupos etarios más afectados de casos confirmados de dengue en el Hospital Regional Docente las Mercedes y Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque.

Grupo Etario	Establecimientos de Salud	
	Hospital Las Mercedes	Docente Hospital Belén
Infantes -3	2 100 %	0 0 %
Infantes +3	5 62,5 %	3 37,5 %
Adolescentes	11 68,7 %	5 31,3 %
Adultos	30 81,1 %	7 18,9 %
Adultos Mayores	3 50%	3 50 %
Total	51 73,9 %	18 26,1 %

Fuente: Ficha de Investigación clínica epidemiológica de notificación de casos en la vigilancia Epidemiológica del Dengue del Área de Epidemiología del Hospital Regional Docente Las Mercedes y del Hospital Provincial Docente Belén, aprobado por el MINSA según R.M. N°658 -2010/MINSA.

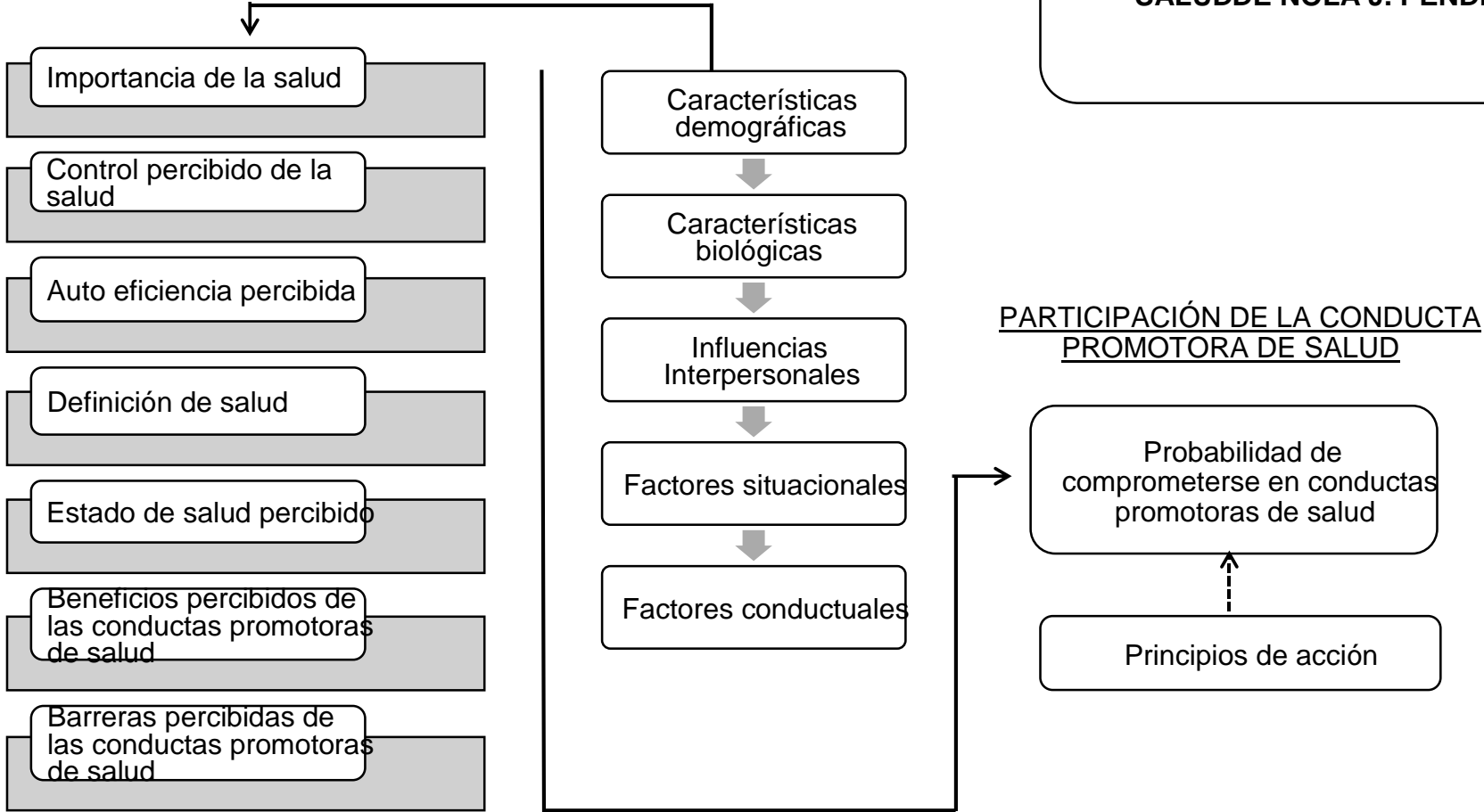
Tabla 5

Análisis comparativo de lugar de procedencia con mayor incidencia de casos confirmados de dengue en el Hospital Regional Docente las Mercedes y Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque.

Lugar de Procedencia	Establecimientos de Salud	
	Hospital Docente Mercedes	Las Mercedes y Hospital Docente Belén
Olmos	15 65,2 %	8 34,8 %
Motupe	10 71,4 %	4 28,6 %
Lambayeque	0 0 %	13 59,5 %
Chiclayo	16 100 %	0 0 %
Ferreñafe	0 0 %	0 0 %
Importados	6 85,7%	1 14,3%
Total	51 73,9 %	18 26,1 %

Fuente: Ficha de Investigación clínica epidemiológica de notificación de casos en la vigilancia Epidemiológica del Dengue del Área de Epidemiología del Hospital Regional Docente Las Mercedes y del Hospital Provincial Docente Belén, aprobado por el MINSA según R.M. N°658 -2010/MINSA.

MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUDE NOLA J. PENDER



FACTORES COGNITIVOS PERCEPTUALES
FACTORES MODIFICANTES

=

MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD REVISADO NOLA J. PENDER

