



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**

**Adherencia del personal médico y de enfermería a la Guía de Atención al  
Paciente con Dengue en la Ciudad de San Cristóbal, Estado Táchira,  
Venezuela, 2019**

**Adherence of medical and nursing staff to the Dengue Patient Care Guide in  
the City of San Cristóbal, Táchira State, Venezuela, 2019**

**Autora**

Laura Cárdenas Sánchez

**Trabajo de grado para optar al título de Magíster en Epidemiología**

**Director de Tesis**

Emmanuel Salvador Nieto López  
Magister en Epidemiología  
Facultad Nacional de Salud Pública  
Universidad de Antioquia

**Codirectora de Tesis**

Diana Carolina Rubio León  
Doctora en Salud Pública  
Facultad Nacional de Salud Pública  
Universidad de Antioquia

**Universidad de Antioquia  
Facultad Nacional de Salud Pública  
“Héctor Abad Gómez”  
Medellín, Colombia  
2020**

**Dedicado a:**

    Mi pequeña y valiente hija Lucia Isabella, quien a su corta edad emprendió este viaje a mi lado y siempre esperaba en casa con una hermosa sonrisa mis largas ausencias.

    A mi Madre que desde el cielo siempre será mi compañía y mis alegrías serán las suyas.

## **Agradecimientos:**

Primeramente, a Dios por la vida y sabiduría para afrontar las oportunidades que me brinda en este espacio terrenal.

A mi compañero de vida Carlos, por su apoyo incondicional, paciencia y amor durante estos dos años.

A mi padre Luis Arsenio, hermanos, Mariela, Rolando, Diego, en especial a Roció por su apoyo y fortaleza antes y durante la Maestría y a mis sobrinos amados, Andrés, Sofía, Danna, Juan Felipe, Juan Diego y Mariangel.

A mis amigos Elsy, Cinthya, Leidy y Rodrigo, por su compañía en este viaje de dos años a través de Honduras, Perú, Colombia y Paraguay sin salir de la ciudad de la eterna primavera.

Al Programa Especial de Investigación y Entrenamiento en Enfermedades Tropicales (TDR), por ser una de los 9 estudiantes becados de América Latina y el Caribe; con su apoyo logre subir un peldaño más en mi crecimiento académico y aporte un granito de arena a mi país, conociendo una problemática antes no estudiada.

A la prestigiosa Universidad de Antioquia más que una universidad, una casa y espacio que desde el primer día nos formó académicamente y como personas.

Al director MSc. Emmanuel Salvador Nieto López, por su dedicación, paciencia, enseñanzas y pláticas durante estos dos años de Maestría.

A la Codirectora PhD. Diana Carolina Rubio León, por su compañía a mi país Venezuela en el trabajo de campo y apoyo en mi formación.

Al Epidemiólogo Noel Calderón, por su apoyo fundamental en el trabajo de campo en la Ciudad de San Cristóbal.

A los profesores y su equipo de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, en especial a la profesional Ceneida Henao Valencia agradezco su acompañamiento en todos los procesos vividos durante la Maestría.

A la Corporación de Salud del Estado Táchira por darme la oportunidad de realizar el trabajo de campo en los centros de salud de la Ciudad de San Cristóbal.

Al personal Médico y de enfermería, por su participación y aceptación en el proyecto.

## Contenido

1	Planteamiento del problema .....	13
2	Objetivos.....	17
2.1	Objetivo General .....	17
2.2	Objetivos Específicos.....	17
3	Justificación .....	18
4	Marco Teórico y antecedentes.....	20
4.1	Etiología, patogénesis y vector del dengue.....	20
4.2	Epidemiología del dengue.....	21
4.3	Estrategia de gestión integrada para la prevención y el control del dengue 21	
4.4	Guías Internacionales para el manejo de dengue.....	22
4.5	Adherencia a las Guías de atención al paciente y resultados de estudios 24	
4.6	Sistema de Salud de Venezuela y componentes .....	27
5	Metodología .....	30
5.1	Diseño.....	30
5.2	Sitio de estudio.....	31
5.3	Objetivos específico cuantitativo número 1: .....	31
5.3.1	Población de Referencia .....	31
5.3.2	. Criterios de inclusión para aplicación de cuestionarios .....	32
5.3.3	Criterios de exclusión para aplicación de cuestionarios .....	32
5.3.4	Diseño muestral para objetivos cuantitativos.....	32
5.3.5	Descripción de las variables .....	33
5.3.6	Fuentes de información e instrumentos.....	34
5.3.7	Prueba piloto y validación del instrumento .....	34
5.3.8	Plan de recolección .....	34
5.3.9	Procesamiento y análisis de datos: .....	35
5.3.10	Control de calidad de los datos:.....	35
5.3.11	Análisis Bivariado:.....	35
5.3.12	Análisis Multivariado: .....	36
5.4	Objetivo específico cuantitativo número 2:.....	36
5.4.1	Población de Referencia .....	36
5.4.2	Criterios de inclusión para Historias Clínicas de dengue.....	37
5.4.3	Criterios de exclusión para Historias Clínicas de dengue.....	37
5.4.4	Diseño Muestral.....	37
5.4.5	Descripción de las variables .....	37
5.4.6	Fuentes de información e instrumentos:.....	37
5.4.7	Plan de recolección .....	38
5.4.8	Procesamiento y análisis de datos: .....	38
5.5	Objetivo específico cualitativo número 3.....	40
5.5.1	Población de referencia para objetivo cualitativo.....	40
5.5.2	Contexto .....	41

5.5.3	Categorías preestablecidas y emergentes para los grupos focales con el personal médico y de enfermería .....	41
5.5.4	Estrategia de muestreo para la conformación de los grupos focales ..	42
5.5.5	Prueba piloto de instrumento para realización de grupos focales .....	43
5.5.6	Procesamiento y plan de análisis de los datos cualitativos. ....	43
5.5.7	Sistematización y análisis de la información.....	44
5.6	Objetivo con Enfoque mixto .....	45
6	Control de sesgos .....	45
7	Aspectos éticos.....	46
8	Resultados.....	49
8.1	El Contexto del trabajo de campo .....	50
8.2	Resultados Objetivo 1 .....	50
8.2.1	Características sociodemográficas e institucionales del personal de salud	51
8.2.2	Conocimiento del diagnóstico y tratamiento en el personal de médico y de enfermería según la Guía de Atención al Paciente con Dengue OMS. ....	53
8.2.3	Factores asociados al conocimiento del diagnóstico y tratamiento de pacientes con dengue. ....	54
8.2.4	Modelos de regresión logística binaria de factores asociados al conocimiento en el diagnóstico y tratamiento del personal de salud.....	57
8.3	Resultados Objetivo 2.....	59
8.3.1	Indicador de adherencia por criterio dengue con signos de alarma según la Guía de atención al paciente. ....	60
8.3.2	Indicador de adherencia por dominio dengue con signos de alarma según la Guía de atención al paciente. ....	62
8.3.3	Indicador de adherencia por criterio dengue grave según la Guía de atención al paciente. ....	63
8.3.4	Indicador de adherencia por dominio dengue con signos de alarma según la Guía de atención al paciente. ....	66
8.3.5	Adherencia general de las historias clínicas.....	66
8.4	Resultados objetivo 3.....	67
8.4.1	Barreras percibidas por el personal médico y de enfermería. ....	68
8.4.2	Barreras percibidas por los participantes relacionados con el contexto del sistema de salud.....	69
8.4.3	Barreras percibidas por el personal médico y de enfermería socioeconómicas que afectan la adherencia a las Guías de atención al paciente con dengue.....	73
8.4.4	Barreras percibidas por los participantes relacionados con el profesional de salud: .....	73
8.5	Resultado objetivo 4.....	79
9	Discusión .....	84
10	Conclusiones y aportes a la salud publica .....	90
11	. Recomendaciones .....	92
12	Referencias Bibliográficas.....	93

## Lista de Anexos

Anexo 1. Diagrama Metodológico. ....	103
Anexo 2 Sitio del estudio San Cristóbal, Estado Táchira frontera con Colombia.....	104
Anexo 3 Operacionalización de las variables para la recolección de información y cumplimiento de los 3 objetivos específicos.....	105
Anexo 4 Cuestionario de conocimiento para el personal médico y de enfermería. ....	107
Anexo 5 Autorización para realización de prueba piloto.....	111
Anexo 6 Autorización para visita a centros de salud pertenecientes a CORPOSALUD.....	112
Anexo 7 Autorización para aplicar instrumento de conocimiento en el Hospital Central de San Cristóbal.....	113
Anexo 8 Autorización para aplicar instrumento de conocimiento en el Hospital Central de San Cristóbal.....	114
Anexo 9 Instrumento: lista de chequeo para Historias Clínicas.....	119
Anexo 10 Foto de plantilla en físico donde se recolectó la información de las listas de chequeo.....	123
Anexo 11 Hoja de indicadores.....	124
Anexo 12 Preguntas generadoras para grupo focal. ....	127
Anexo 13 Consentimiento informado para grupo focal del personal médico y de enfermería. ....	132
Anexo 14 consentimiento informado para la participación en la prueba piloto del cuestionario de conocimiento.....	135
Anexo 15 Consentimiento informado para el piloto de los grupos focales. ....	139
Anexo 16 Aval Comité de Ética de la Investigación, Facultad.....	142
Anexo 17 Fotografías del Trabajo de Campo en San Cristóbal, Venezuela.....	143

## **Lista de Gráficos**

Gráfico 1 Diseño paralelo convergente. ....	30
Gráfico 2 Conocimiento del diagnóstico y tratamiento por parte del personal de salud. ....	53
Gráfico 3 Categorías de variable desenlace conocimiento en el diagnóstico y tratamiento dicotomizada en (Sí-No) para análisis bivariado y multivariado. ....	54
Gráfico 4 Distribución e indicadores de las historias clínicas. ....	59
Gráfico 5 Porcentaje de adherencia del total de las Historias clínicas. ....	67
Gráfico 6 Barreras percibidas por el personal de salud articuladas con determinantes sociales. ....	69

## **Lista de Cuadros**

Cuadro 1 Dominios que conforman lista de cheque con sus ítems correspondientes. ....	38
Cuadro 2 Categorías definidas para el desarrollo de los grupos focales.....	42
Cuadro 3 Caracterización de los participantes de los grupos focales del personal de salud: médico y de enfermería. ....	67
Cuadro 4 Barreras y facilitadores percibidas por el personal médico y de enfermería en cada categoría analizada.....	78
Cuadro 5 Resumen de visualización conjunta de la comparación de métodos cuantitativos y cualitativos, enfoque mixto. ....	82

## Lista de Tablas

Tabla 1 Muestreo para la selección del personal médico y de enfermería.....	33
Tabla 2 Clasificación por niveles de los resultados de adherentes. ....	40
Tabla 3 Características sociodemográficas e institucionales del personal de salud. ....	52
Tabla 4 Puntos de corte según percentiles sobre el conocimiento del diagnóstico y tratamiento. ....	53
Tabla 5 Conocimiento del diagnóstico según características del personal de salud .....	55
Tabla 6 Conocimiento del tratamiento según características del personal de salud .....	56
Tabla 7 Factores asociados al conocimiento del diagnóstico de dengue según regresión logística binaria, personal de salud de hospitales públicos de San Cristóbal, Venezuela.2019. (n=109) .....	57
Tabla 8 Factores asociados al conocimiento del tratamiento de dengue según regresión logística binaria, personal de salud de hospitales públicos de San Cristóbal, Venezuela 2019. ....	58
Tabla 9 Adherencia por criterios dengue con signos de alarma. Pacientes notificados COPORSALUD, Hospital Central de San Cristóbal, Estado Táchira. 2019.....	60
Tabla 10 Adherencia por dominios dengue con signos de alarma Pacientes notificados COPORSALUD, Hospital Central de San Cristóbal, Estado Tachira.2019.....	63
Tabla 11 Adherencia por criterios dengue grave. Pacientes notificados COPORSALUD, Hospital Central de San Cristóbal, Estado Tachira.2019.....	63
Tabla 12 Adherencia por dominios dengue con signos de alarma Pacientes notificados COPORSALUD, Hospital Central de San Cristóbal, Estado Tachira.2019.....	66

## Glosario

**Adherencia:** en el presente proyecto hace referencia a la adhesión a la Guía de atención al del paciente con dengue por parte del personal de salud (1).

**Barreras:** dificultades que impiden la implementación y la adherencia a las pautas oficiales de atención clínica. Factores críticos negativos que se deben eliminar o reducir. Su identificación contribuye en la formulación de estrategias para mejorar la adherencia a las GPC (1).

**Estrategias de implementación:** procesos sistemáticos, actividades y recursos que son utilizados para integrar intervenciones dentro de los escenarios de práctica usuales (2).

**Facilitadores:** factores que promueven la diseminación e implementación. Factores críticos positivos con los que se cuenta (1).

**Investigación Operativa:** esta metodología de investigación permite identificar alternativas para superar los obstáculos en la implementación de intervenciones en los sistemas y programas de salud, evidencia los cuellos de botella y promueve enfoques óptimos para mejorar los resultados de las intervenciones; en última instancia, conduce a una mejor atención de salud y su entrega (2).

**Dengue:** es una enfermedad viral, de carácter endémico-epidémico, transmitida por mosquitos del género Aedes, principalmente por Aedes aegypti (3).

**Área endémica:** es un área específica donde existen condiciones eco epidemiológicas adecuadas para que persista la transmisión de la enfermedad como son la presencia del vector, circulación viral y huéspedes susceptibles (3).

**Huésped:** es la persona o animal vivo que en circunstancias naturales permite el alojamiento, subsistencia o reproducción de agentes infecciosos (3)

**Serotipo:** los virus del dengue han sido agrupados en cuatro serotipos: DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4. Cada serotipo crea inmunidad específica a largo plazo contra el mismo serotipo, así como una inmunidad cruzada de corto plazo contra los otros tres serotipos. Los cuatro serotipos son capaces de producir infección asintomática, enfermedad febril y cuadros severos que pueden conducir hasta la muerte, dada la variación genética en cada uno de los cuatro serotipos. Algunas variantes genéticas parecen ser más virulentas o tener mayor potencial epidémico (3)

## **Abreviaturas**

EGI-dengue: estrategia de gestión integrada para la prevención y control de dengue.

SCD: síndrome de choque por dengue

MBE: medicina basada en evidencia

SE: semana

UCEP: unidad de cuidados especiales pediátricos

UCI: unidad de cuidados intensivos

GT: GT-dengue internacional: grupo de trabajo focalizado en la lucha contra el dengue

MPPS: Ministerio del Poder Popular para la Salud

## Resumen

**Introducción:** En Venezuela el dengue es endemo-epidémico, fueron notificados 14.166 casos en el 2018, con una alta transmisión en la ciudad de San Cristóbal, Estado Táchira (124.89 x100.000 hab). Un escenario alarmante que puede asociarse con problemas en la adherencia a la Guía de atención del paciente.

**Objetivo:** Evaluar la adherencia a la Guía de Atención al Paciente con Dengue en el personal médico y de enfermería en instituciones públicas de salud, en la ciudad de San Cristóbal, Venezuela.

**Materiales y métodos:** Estudio de métodos mixtos, con un componente cuantitativo donde se determinó el grado de conocimiento del personal médico (n:54) y de enfermería (n:55) y se estimó el grado de adherencia para las Historias Clínicas (n:94). En el Componente cualitativo se determinaron barreras y facilitadores para la adherencia a la Guía mediante la realización de grupos focales.

**Resultados:** El personal de medicina tiene un adecuado conocimiento en el diagnóstico 66,7% y el personal de enfermería 63,6% adecuado conocimiento en el tratamiento. En cuanto a los factores asociados al conocimiento adecuado en el diagnóstico son, ser del personal de medicina, edad comprendida entre 30 a 39 años de edad y las personas que tienen conocimiento de la Guía de Atención al Paciente con Dengue. El factor asociado al conocimiento adecuado en el tratamiento es la edad comprendida entre 30 y 39 años. La adherencia general de las Historias Clínicas se clasificó como adherencia regular (60,4%). Las barreras y facilitadores que se encontraron en los grupos focales fueron factores relacionados con: contexto del sistema de salud, confirmación y diagnóstico del paciente, contexto socioeconómico y del profesional de salud.

**Conclusión:** Este estudio permitió comprender lo que sucede en un contexto real, contrastado con lo descrito en la guía; barreras como la escasez de recurso humano e insumos limita el cumplimiento de los criterios para una adecuada atención del paciente. Capacitaciones frecuentes al personal de salud aumentaría el conocimiento en los lineamientos de la Guía de Atención al Paciente con Dengue.

**Palabras clave:** dengue, práctica clínica, estrategia, paciente, adherencia, implementación, Venezuela.

## Abstract

**Background:** In Venezuela dengue is endemic-epidemic, 14,166 cases of dengue were reported in 2018, with a high transmission in the city of San Cristóbal, State of Táchira (124.89/100,000 population). An alarming scenario that may be associated with problems in adherence to the Patient Care Guide. **Objective:** To evaluate adherence to the Dengue Patient Care Guide among medical personnel and nursing of public health institutions, in the city of San Cristóbal, Venezuela. **Materials and methods:** Study of mixed methods, with a quantitative component where the degree of knowledge of the medical (n:54) and nursing staff (n:55) was determined and the degree of adherence was estimated for the Clinical Histories (n:94). In the Qualitative Component, barriers and facilitators were identified for adherence to the Guide by conducting focus groups. **Results:** As for the factors associated with adequate knowledge in the diagnosis are, be from the medical staff, age 30 to 39 years and people who have knowledge of the Dengue Patient Care Guide; the factor associated with adequate knowledge in treatment is the age between 30 and 39. General adherence of Medical Records was classified as non-adherent 60.4% regular adherence. The barriers and facilitators found in the focus groups were factors related to: context of the health system, confirmation and diagnosis of the patient, socioeconomic context and the health professional. **Conclusion:** This study made it possible to understand what happens in a real context, contrasted with what is described in the guide; barriers such as the shortage of human resources and inputs limit the fulfilment of the criteria for adequate patient care. Frequent training of health personnel would increase knowledge of the guidelines in the Dengue Patient Care Guide.

**Key words:** dengue, clinical practice, strategy, patient, adherence, implementation, Venezuela.

## 1 Planteamiento del problema

Con una población de 28,8 millones de habitantes, para el año 2018, Venezuela alcanza un ingreso per-cápita de 6.800 dólares. En 2016 registró una contracción del 5,7% de su Producto Interno Bruto (4). En este contexto, Venezuela evidencia dificultades importantes para proveer de recursos suficientes al sector salud. De hecho, para el año 2015 el gasto total en salud como porcentaje del PIB fue del 3,2%: el sector público con 1,5% y el privado con 1,7%; bajo en comparación con Colombia, con un gasto total en salud de 4.38% del PIB en este mismo año(5).

En años anteriores, la disponibilidad de recursos había permitido que el sistema de salud de Venezuela implementara programas de amplio espectro como Misión Barrio Adentro de carácter nacional, orientado a garantizar el derecho a la salud a toda la población, expandiéndose notoriamente en los años 2004 y 2005 (6).

Actualmente, factores como la migración del personal médico calificado debido a la coyuntura sociopolítica, las limitaciones en recursos financieros y los cambios demográficos significativos como el proceso incontrolado de urbanización, entre otros, ponen en riesgo la prestación de servicios de calidad, viéndose afectada la capacidad del sistema de salud (7).

Por otra parte, en la última década ha aumentado enormemente la incidencia de dengue en el mundo. Según estimaciones de la OMS, se presentan 390 millones de infecciones por dengue cada año, de los cuales 96 millones se manifiestan clínicamente. En 2012 se reportaron 128 países en riesgo de infectarse con el virus del dengue, incluidos 36 países que anteriormente han sido clasificados como libres de dengue por la OMS (8).

En la Región de las Américas, en 2018 se notificaron 446.150 casos de dengue con una incidencia de 45,9 por 100.000 habitantes. Para Venezuela fueron notificados 14.166 casos probables de dengue, de los cuales 1.871 fueron confirmados y 77 fueron clasificados como dengue grave (9).

De acuerdo con el reporte epidemiológico del año 2016, los casos de dengue han ido en aumento comparado con años anteriores, principalmente en trece Estados de los veintitrés que conforman Venezuela. Uno de los Estados con alta transmisión de dengue, es el Estado Táchira y su ciudad capital San Cristóbal, con factores socioeconómicos y geográficos que favorecen la condición endemo-epidémica de esta arbovirosis. San Cristóbal, ubicado al suroeste del país, tiene una población estimada para el año 2011 de 263.765 habitantes, se caracteriza por una altitud media de 1.303 m s. n. m, continuas precipitaciones y temperatura promedio de 23 °C (10-11). Los servicios públicos de salud corresponden a la corporación de la salud del estado Táchira, conformada por una red hospitalaria que cuenta con ambulatorios rurales, urbanos y hospitales tipo I, II, III y IV (12).

El dengue ha resurgido debido, en parte a que no se logró la erradicación a nivel mundial del mosquito *Aedes Aegypti*, sumado al cambio climático y factores

socioeconómicos que condicionan la reemergencia de la enfermedad (6). Debido a la problemática que causa esta enfermedad, la OMS proporciona estrategias para la prevención y control del dengue(13). Desde el año 2013 la OPS/OMS impulsa la Estrategia de Gestión Integrada (EGI) para la prevención y control del dengue. El Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) adopta para Venezuela la EGI en 2014 (14).

Actualmente no se cuenta con evidencia sobre un esfuerzo institucional para una efectiva implementación de dicha estrategia, así como tampoco sobre esfuerzos gubernamentales para su monitoreo, seguimiento y control. Esto pudiera estar en la base de los pocos resultados observados en el control de la incidencia del dengue y el inadecuado manejo de los pacientes que conlleva implicaciones en salud de la población. La situación en salud se suma a los problemas políticos y sociales por los que atraviesa el país en este momento, notándose un agotamiento del sistema de salud en Venezuela donde se ha reducido la vigilancia epidemiológica y las campañas de promoción y prevención del dengue, así como actividades de presentación de informes de enfermedades de reporte obligatorio como esta enfermedad. Estos determinantes se manifiestan en el contexto de un aumento de las infecciones por arbovirus entre ellas el dengue(15).

La EGI-dengue para la promoción, prevención y control de dengue se centra en seis componentes principales: 1) atención al paciente, 2) promoción de la salud y comunicación social, 3) vigilancia entomológica y manejo integrado de vectores, 4) laboratorio, 5) vigilancia epidemiológica, y 6) manejo del medioambiente y dirección política. Esta estrategia definió responsabilidades para los niveles nacional, regional y local, para la prevención y control de dengue (16).

En Venezuela para el año 2004 se adopta la estrategia EGI Nacional Venezuela donde se espera que a nivel de cada Estado se logre una sinergia con el fortalecimiento de las acciones y actividades, orientada a reducir los factores de transmisión para la enfermedad e instrumentar un sistema de vigilancia integral y así reforzar la adherencia a las Guías para el manejo del paciente con dengue(14).

El componente de atención al paciente se considera uno de los más importantes, de dicha estrategia (EGI-dengue), ya que su objetivo principal es fortalecer la adecuada atención al paciente para así reducir la letalidad por dengue. De acuerdo con esto, es necesario que las instituciones prestadoras de salud tanto pública como privada, implementen acciones y estrategias para cumplir con los direccionamientos y las recomendaciones de la OMS/OPS en el componente de atención al paciente de la EGI-dengue.

Es por esto que es necesario conocer la manera en que son ejecutados y aplicados los protocolos tal y como fueron diseñados por parte del personal de salud y a este comportamiento se le denomina adherencia la cual se define como el grado en que una intervención se realiza de acuerdo con su formulación original de un protocolo, plan o política(17).En este sentido la adherencia es un elemento

importante, ya que los profesionales de la salud deben de seguir una recomendación o lineamiento

Con el seguimiento a las Guías y el cumplimiento oportuno para garantizar calidad de atención al paciente, se puede minimizar el daño en la salud, y así disminuir los casos complicados, ya que la infección que causa el virus resulta en un amplio espectro de presentaciones clínicas, que van desde formas asintomáticas y subclínicas hasta cuadros muy graves con compromiso vascular, afección de órganos y sistemas que se asocian estrechamente a la mortalidad (18).

La baja adherencia antes señalada obliga a profundizar en qué factores pueden influenciar el seguimiento y buena práctica de estos lineamientos por parte de los prestadores de los servicios de salud. Dicha adherencia mide el cumplimiento de las obligaciones del personal operativo y el profesional de la salud. Por esta razón, es importante contar con información que provenga directamente del personal de salud, ya que son ellos quienes tienen contacto con el paciente con dengue (19)

En el mismo sentido, en un estudio realizado en Costa Rica en el 2017 se compararon los registros médicos con la adherencia a la norma y se encontró un cumplimiento del 67,92%. Los informantes señalaron que el poco conocimiento de las Guías ha sido una razón por la que hay poca adherencia, siendo más frecuentes en el primer nivel y casi nulo en los servicios de emergencia del segundo y tercer nivel (20) .

En un estudio realizado en Colombia en el año 2015, se evidencia que el 95,35% de los pacientes atendidos tuvieron buena o muy buena adherencia global a la Guía Práctica Clínica del Dengue. Lo cual es un excelente indicador teniendo en cuenta que en Latinoamérica y el Caribe se tiene poca adherencia a las Guías de práctica clínica (17). Estos resultados indican la apropiación de la Guía por parte de los profesionales que ejercen en el primer nivel de atención. Este requisito es fundamental si se desea disminuir la mortalidad y la estancia hospitalaria de los pacientes con dengue.

En Ecuador, un estudio realizado en 2018, evidencia que el 91,9% de los médicos mostraron una estricta aceptación de la Guía. El 100% realiza monitoreo de los signos vitales. El 96,9% utiliza las plaquetas como signos de alarma, seguido de letargia o inquietud (95,3%), dolor abdominal (95,3%), vómitos persistentes (92,2%). Los participantes refieren que la Guía es útil en la clasificación de los pacientes, especialmente los graves; es fácil de entender y manejar, con la ventaja que ayuda en el manejo y tratamiento de los casos, demostrándose que con una buena adherencia a la Guía se puede controlar y mitigar el impacto que pudiera generar esta enfermedad (18).

En la perspectiva de la estrategia EGI-dengue, específicamente relacionada con el componente de atención al paciente con dengue, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué factores influyen para la adherencia a la Guía de Atención de Paciente con Dengue por parte del personal médico y de enfermería

de instituciones públicas de salud, en la ciudad de San Cristóbal, Venezuela, para dar soporte a acciones de fortalecimiento de la capacidad de las instituciones de salud en la disminución de las complicaciones y mortalidad asociada a esta enfermedad?

De igual manera se plantearon también unas subpreguntas que derivaron de los objetivos específicos uno al cuatro.

- ¿Cuál es el nivel conocimiento de la guía de atención al paciente con dengue que tiene el personal médico y de enfermería?
- ¿Cual es grado de adherencia de la guía de atención al paciente con dengue en el personal médico y de enfermería en el Hospital Central de San Cristóbal?
- ¿Cuáles son las barreras y facilitadores relacionados con la adherencia a las guías de atención al paciente con dengue en el personal médico y de enfermería?
- ¿Cómo se pueden comparar los resultados cuantitativos del análisis de conocimiento y grado de adherencia a las guías, con las percepciones sobre barreras y facilitadores identificados en el componente cualitativo en el personal médico y de enfermería?

## **2 Objetivos**

### **2.1 Objetivo General**

Evaluar la adherencia a la Guía de Atención al Paciente con Dengue por parte del personal médico y enfermería de instituciones públicas de salud, en la ciudad de San Cristóbal, Venezuela, con la finalidad de dar soporte a acciones de fortalecimiento de la capacidad de las instituciones de salud en la disminución de las complicaciones y mortalidad asociada a esta enfermedad.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Determinar el conocimiento de la Guía de Atención al Paciente con Dengue que tiene el personal médico y de enfermería de los niveles I al IV de atención de salud, en los hospitales públicos de la ciudad de San Cristóbal, Venezuela.
- Estimar el grado de adherencia de la Guía de Atención al Paciente con Dengue basado en la evidencia de las Historias Clínicas, del Hospital Central de la ciudad de San Cristóbal, Venezuela.
- Identificar barreras y facilitadores relacionados con la adherencia a la Guía de Atención al Paciente con Dengue del personal médico y de enfermería de los niveles I al IV de atención de salud, en los hospitales públicos de la ciudad de San Cristóbal, Venezuela.
- Comparar mediante triangulación los resultados del análisis de conocimiento y el grado de adherencia a la Guía, las barreras y facilitadores reportados por el personal médico y de enfermería de los niveles I al IV de atención de salud, en los hospitales públicos, de la ciudad de San Cristóbal, Venezuela.

### 3 Justificación

El dengue hace parte de las principales enfermedades transmitidas por vectores, las cuales afectan de manera desproporcionada a las poblaciones más pobres e impiden el desarrollo económico en las regiones de mayor incidencia. En este sentido, la mitigación del impacto que pueda causar esta enfermedad estaría en línea con el cumplimiento de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (21). El manejo eficaz del dengue impactaría principalmente en los siguientes objetivos: reduciría la pobreza, aumentaría la prosperidad económica, mejoraría el estado nutricional, ya que los más pobres tienen mayor posibilidad de contraer la enfermedad (22) .

La carga global del dengue es todavía incierta, el incremento en el número de casos sigue siendo alarmante, con consecuencias tanto a nivel de salud como en el ámbito económico y social. Debido al dengue cada año se pierden 264 años de vida ajustados por discapacidad por cada millón de habitantes. Cada caso atendido de forma ambulatoria representa en promedio 14,8 días perdidos y 18,9 días para los hospitalizados (23).

Por lo tanto, el abordaje de la problemática del dengue, alcanza niveles prioritarios en países pobres con limitados recursos en salud pública. Como una enfermedad grave de impacto epidemiológico, social y económico, constituye una brecha creciente para la salud pública mundial y en la región de las Américas para 13 países endemo-epidémicos. Entre estos se destaca Venezuela con incremento actual de casos a nivel nacional y focalización de la transmisión en algunas áreas, pese al sub-registro en la notificación epidemiológica (11).

En ese contexto el fortalecimiento de estrategias de manejo del dengue que han sido exitosas en otras regiones del mundo, pueden ser fundamentales. Como es el caso de la EGI-dengue en su componente atención al paciente que tiene como objetivo reducir la morbilidad, la mortalidad, la carga social y económica generada por brotes y epidemias de dengue. Para alcanzar su objetivo, esta estrategia busca modificar la conducta de médicos y enfermeras para que conjuntamente fortalezcan la aplicación correcta de dicha estrategia y por ende minimizar los daños (16).

Se ha demostrado que la adherencia a la Guía de atención para enfermos en la región de las Américas (24) reduce no sólo las complicaciones y la mortalidad, sino también los costos en el sistema de salud (25), razones por las cuales su adecuada implementación debe ser una meta para el sistema de salud venezolano. Lograr este objetivo involucra el trabajo de equipos multidisciplinares en los niveles asistenciales y administrativos. Así como también el apoyo del Ministerio del Poder Popular para la Salud, las entidades locales y los niveles hospitalarios, para la socialización de las pautas oficiales de atención clínica. Además para la puesta en marcha en las zonas endemo-epidémicas del territorio nacional (26).

En la adherencia a la Guía se reconoce el cumplimiento y seguimiento de sus directrices y protocolos, para obtener como resultado la mejoría en la salud de los pacientes y la reducción de los costos del sistema de salud (19). Estudiar la adherencia de la Guía de atención de pacientes con dengue (27) en instituciones de Venezuela, permitiría profundizar en el manejo que tiene el paciente dentro de los servicios de salud y las principales barreras asociadas. Además, lograr la identificación de los factores que condicionan la adherencia, un paso prioritario para alcanzar el diseño de estrategias basadas en evidencias y que permitan la adecuada implementación de la guía.

En este contexto se estudió la implementación de la EGI-dengue en el componente de atención al paciente en la ciudad de San Cristóbal, capital del Estado Táchira, Venezuela, dadas sus condiciones endémicas para el dengue con la ocurrencia de importantes brotes epidémicos. San Cristóbal está ubicada a menos de 57 kilómetros de la frontera con Colombia y por lo tanto se caracteriza por intensos procesos migratorios, además de pobreza e inequidad social, factores socioeconómicos que hacen más complejo el control de las arbovirosis como el dengue.

Hasta la fecha se desconoce el nivel de adherencia a la Guía de Atención a Pacientes con Dengue en Venezuela (14), y en consecuencia las condiciones relacionadas con el cumplimiento. Por esta razón los tomadores de decisiones no cuentan con evidencias para minimizar las complicaciones del dengue eficientemente, ya sea mediante la organización de los servicios u otras modificaciones posibles dentro del sistema actual de salud. En este sentido se da la principal contribución de este proyecto con enfoque en la investigación de la implementación, para identificar los factores relacionados con la adherencia y discutir posibles mejoras en la atención del paciente con dengue.

Para el desarrollo del proyecto de investigación se contó con el financiamiento del Instituto Tropical Diseases Research (TDR) y con el respaldo de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia (FNSP UdeA). Además, se logró la autorización y apoyo de la Dirección de Epidemiología del Hospital Central de San Cristobal, Venezuela.

## 4 Marco Teórico y antecedentes

En este marco teórico se abordan en primera instancia los elementos concernientes a la etiología, patogénesis, epidemiología y vector del dengue, así como la descripción de la estrategia de gestión integrada para la prevención y el control del dengue – EGI-Dengue y su principal componente atención al paciente, mediante el cual se han desarrollado las Guías internacionales para el manejo adecuado del paciente con dengue y sus antecedentes en estudios que se han realizado a nivel mundial. En este apartado también se describe el sistema de salud de Venezuela.

### 4.1 Etiología, patogénesis y vector del dengue

El virus del Dengue es transmitido por la picadura de mosquitos hembra *Aedes*, principalmente *Ae. aegypti* y en menor proporción por *Ae. Albopictus* es el agente causal de la enfermedad conocida como dengue la cual pertenece a la Familia *Flaviviridae*, género *Flavivirus*. Para este virus se han identificado cuatro serotipos (DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4) que circulan de manera periódica y muchas veces simultánea en áreas endémicas e hiperendémicas, las presentaciones Clínicas varían desde asintomática, dengue con o sin signos de alarma y dengue grave(8).

Este virus se encuentra distribuido actualmente en todos los países tropicales y subtropicales del mundo. En alerta epidemiológica reportada por la OMS, se notifica que en Venezuela se ha detectado la co-circulación de los serotipos DENV 1, 2 y 3(11). Los cuatro serotipos están estrechamente relacionados genéticamente y cuando una persona se infecta por dengue y se recupera adquiere inmunidad de por vida contra el serotipo al que estuvo expuesto. Cuando esta infección se da por segunda vez, por un serotipo diferente, aumenta el riesgo de padecer dengue grave (28).

Los macrofactores determinantes de la transmisión del dengue son factores ambientales como latitud, altitud, temperatura, humedad relativa de moderada a alta y factores sociales como la densidad de la población de moderada a alta, viviendas con desagües obstruidos por desechos, agua almacenada por más de siete días, ausencia de abastecimiento de agua corriente individual, disponibilidad intermitente y uso de depósitos destapados, recolección de desechos sólidos, mal estado socioeconómico, periodos inactivos en la casa durante el día, desconocimiento acerca del dengue. Los microfactores determinantes de la transmisión son los factores de riesgo del huésped (sexo, edad, grado de inmunidad, condiciones de salud específicas y ocupación), factores del agente (cepas y nivel de viremia), factores del vector (abundancia y focos de proliferación del mosquito, densidad de hembras adultas, edad de las hembras, frecuencia de alimentación, preferencia de huéspedes, disponibilidad de huéspedes y susceptibilidad innata a la infección) (29).

El clima juega un papel trascendental en la dinámica poblacional de los mosquitos vectores, al afectar variables como la humedad, la precipitación y la temperatura. La densidad poblacional, longevidad, tiempo en completar el ciclo de vida y frecuencia de picadura del vector son algunos de los elementos reportados como sensibles a variaciones climáticas. Estos elementos en su conjunto pueden influir en la incidencia de la enfermedad, al afectar la dinámica poblacional de los vectores y el periodo de incubación extrínseca del virus (30).

#### **4.2 Epidemiología del dengue**

La carga mundial de la enfermedad para el año 2013 se estimó en 390 millones de personas infectadas, de las cuales 96 millones se manifiestan clínicamente(8). Dado el número de casos el dengue fue calificado como un problema de salud pública en climas tropicales y subtropicales debido a la distribución del vector, problema de salud que se acentúa en países de bajos y medianos ingresos como Venezuela(7-30).

En el 2018, en la región de las Américas se notificó una incidencia de 57,3 casos por 100.000 habitantes incluidas 336 defunciones. Para Venezuela, entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y (SE) 52 de 2018, fueron notificados 19.118 casos sospechosos de dengue (tasa de incidencia de 60.07 casos por 100.00 habitantes), de los cuales 2.440 fueron confirmados y 101 fueron clasificados como dengue grave. Estos datos demuestran un incremento respecto a lo reportado en el mismo periodo en 2016 y 2017. Durante el 2018, se reportaron 23 fallecidos por dengue a nivel nacional, todas las entidades federales del país han notificado casos. Se ha detectado la co-circulación de los serotipos DENV 1, 2 y 3. Se encuentran afectados todos los grupos de edad, principalmente los menores de 15 años (32).

Para el año 2016, el último reporte del Boletín Epidemiológico en Venezuela, reportó una tasa promedio nacional de incidencia acumulada de 94,31 por 100.000 habitantes, superada por 13 estados del territorio. El Estado Táchira, ciudad San Cristóbal, donde se realizó este estudio, se encuentra por encima de la incidencia a nivel nacional con 124,89 por cada 100.000 habitantes hasta la semana epidemiológica N° 52 de ese año(11).

#### **4.3 Estrategia de gestión integrada para la prevención y el control del dengue**

En 1999 durante el 44º Consejo Directivo de la OPS/OMS, se aprobó la resolución CD44.R9 que presentó esta estrategia mundial para la prevención y control del dengue para el año 2003(16), cuyo objetivo era promover un cambio en el enfoque de los programas nacionales(33). La resolución contenía nuevas recomendaciones sobre las formas y los métodos que se debían aplicar a la cooperación técnica de la organización, introducía el modelo de la EGI-dengue y creaba un grupo técnico de trabajo sobre el dengue en la Región (GT-dengue internacional).

La EGI-dengue ha permitido que los países y territorios cuenten con una herramienta metodológica de trabajo sólida para fortalecer los programas nacionales, confirmando que es la mejor estrategia disponible para la prevención y control del dengue y así disminuir la mortalidad, la morbilidad y el gasto social que genera la presencia de brotes y epidemias de esta enfermedad (34)

En Venezuela la EGI-dengue en el año 2014, creándose la EGI Nacional Venezuela dirigida a fortalecer de las acciones y actividades nacionales existentes y orientada a reducir los factores de transmisión para la enfermedad y a instrumentar un sistema de vigilancia integral con el fin de contribuir a la reducción de la morbilidad, mortalidad y el impacto socio-económico de dengue en el país (14).

Posteriormente, la EGI-dengue 2017 propuso un nuevo modelo de integración funcional, donde la revisión sistemática durante los últimos 5 años de sus diferentes componentes dio lugar a la incorporación de actualizaciones cuya aplicación práctica ha resultado positiva (35). Dicha estrategia contempla la realización de acciones integradas con seis componentes técnicos, dos ejes transversales y cinco factores facilitadores como insumos para la gestión de la prevención y control del dengue en las Américas. Se esperaba que esta estrategia sirviera de base para que los equipos técnicos de los países, efectuaran los ajustes necesarios a las EGI-dengue nacionales e impulsaran actividades que contribuyan a reducir la letalidad por dengue para el 2020 (16).

La EGI-dengue agrupa áreas de acción y componentes clave que tienen la mayor responsabilidad en la planificación y ejecución de las actividades de prevención y control del dengue. Entre esas áreas clave se encuentran la comunicación social, la vigilancia epidemiológica, el servicio de laboratorio, la atención al paciente, los servicios entomológicos y el cuidado del medio ambiente (36).

El componente de atención al paciente de la estrategia es un componente vital, por esta razón la OMS le ha asignado un carácter prioritario y se logró elaborar la primera edición de las Guías de atención para enfermos de dengue en la región de las Américas publicada en el 2010 (36), que se basa en el documento que la OMS editó en 2009, con el mismo propósito. Luego de adoptar la información de esa primera edición en las Américas, se realizó un trabajo de capacitación del personal de salud, específicamente en el diagnóstico oportuno, clasificación y manejo de casos, con mayor énfasis en la atención primaria (16).

#### **4.4 Guías Internacionales para el manejo de dengue**

Las pautas y direccionamientos para poder lograr una atención clínica adecuada a los pacientes se han dirigido principalmente al personal de salud, con el fin de facilitar la toma de decisiones y así mejorar el desempeño de este equipo. Con este fin la OMS, ha desarrollado un trabajo en conjunto con OPS y los miembros del GT- dengue, para el desarrollo y adaptación de las Guías de atención al paciente con dengue en cada país. Estas Guías van dirigidas a los profesionales y

el personal del servicio de salud, para facilitar el trabajo y toma de decisiones en equipo(13).

Actualmente se cuenta con una Guía de atención para enfermos en la región de las Américas segunda edición 2015. Está basada en la publicación Dengue: Guías para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control de la OMS. En esta se propone un nuevo modelo de clasificación del dengue basada en los trabajos de expertos (Ginebra, Suiza, 2008) (37). La Guía se aprobó en 18 países, ha sido adaptada para la Región de las Américas y se implementa en cada país según su sistema de salud y características propias; en algunos países no se modifica solo se adapta. El documento cuenta con nuevas secciones donde está presente el dengue asociado a otras afecciones o condiciones especiales (embarazo, el neonato, niño de corta edad y el anciano) (16).

Esta segunda edición incluye información actualizada sobre las manifestaciones clínicas de la enfermedad, su atención, tratamiento, bases de la vigilancia epidemiológica y el diagnóstico por laboratorio. Además, incorpora nueva información para la reorganización de los servicios de salud en situaciones de brote o epidemia (16).

En Venezuela, a partir del año 2014, se sigue el lineamiento de la Guía de Atención para enfermos en la región de las Américas de la OMS y los casos se clasifican de acuerdo con la complejidad o gravedad del paciente. Los grupos son: Pacientes Grupo A (sin signos de alarma), Grupo B (con signos de alarma) y grupo C (dengue grave), aquí se encuentran incluidos el síndrome de choque por dengue (SCD) (14).

No sobra advertir que estas Guías se enmarcan en el contexto más general de la Medicina Basada en la Evidencia. En efecto, la MBE es una tendencia global enfocada en la mejora de la prestación de los servicios de salud. Con inicio en el año 1992 cuando un grupo de internistas y epidemiólogos canadienses constituyeron el Evidence-based Medicine Working Group. Proponían la unificación de criterios especializados y la actualización periódica del personal de salud, proporcionando acceso a información idónea para lograr un incremento en la eficacia del diagnóstico, tratamiento y recuperación de pacientes (38).

La Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos define la medicina basada en la evidencia como el "proceso de búsqueda, valoración y empleo sistemático de los hallazgos de las investigaciones contemporáneas como base para la toma de decisiones Clínicas"; practicar la medicina basada en la evidencia significa integrar la competencia, experiencia o pericia clínica individual con la mejor evidencia clínica externa disponible a partir de la revisión sistemática de la literatura médica (39).

Cuando se trata a pacientes, el personal médico y otros proveedores de atención médica a menudo se enfrentan a decisiones difíciles e incertidumbres considerables, se basan en la literatura científica, además de su conocimiento,

experiencia y preferencias del paciente, para informar sus decisiones. Las Guías de práctica clínica son declaraciones que incluyen recomendaciones destinadas a optimizar la atención al paciente. Son creadas por una revisión sistemática de la evidencia y una evaluación de los beneficios y daños de las opciones de atención alternativas (39).

Existen varios formatos, donde se norma la actuación de los profesionales de la salud, entre ellos se conocen: Guías de práctica clínica, protocolos de atención médica, algoritmos, Guías clínicas (40). Las cuales son adecuadas para el buen manejo de atención al paciente que lo requiera.

#### **4.5 Adherencia a las Guías de atención al paciente y resultados de estudios**

En este estudio nos referiremos a la adherencia definida como el grado en que una intervención se realiza de acuerdo con su formulación original en un protocolo, plan o política (17,41).

Dicho de otro modo, se refiere a si la intervención del programa se está entregando tal como fue diseñado, con todos los componentes básicos siendo entregados a la población apropiada; personal debidamente capacitado; utilizando los protocolos, técnicas y materiales adecuados; y en los lugares o contextos prescritos.(42)

Por lo tanto, en esta investigación observamos hasta qué punto el personal médico y de enfermería quienes son la primera línea en la atención al paciente con dengue se adhieren a dicha guía tal y como está descrita por sus diseñadores.

Dicha adherencia no se puede atribuir solo al individuo, se debe participar también a los gestores del proceso, a la razón de la norma, a los recursos disponibles en el sector salud, a la cultura organizacional y al contexto cultural de la población(43).

Actualmente literatura específica sobre la forma en que son implementadas las Guías de Atención al paciente con dengue por el personal de salud son limitadas en la región(44).

Diferentes autores alrededor del mundo refieren que la no adherencia a las Guías de práctica clínica constituye un problema de salud pública a nivel mundial que causa problemas en la salud y atención de los pacientes, así como altos costos en la atención médica que se atribuyen a recaídas y complicaciones de los pacientes(45-47 ).

Se considera que la adherencia a las guías de atención por parte del personal de salud es un factor positivo en el desenlace clínico del paciente (48)

Dado lo anterior diferentes países han adoptados medidas para lograr la adherencia a guías de práctica clínica, sin embargo, los resultados obtenidos no

son óptimos y los beneficios que confieren la correcta aplicación de dichas guías se ve afectada por procesos de implementación limitados e ineficaces, así como la ausencia de monitoreo y evaluación de dichas estrategias en cada contexto donde son adaptadas(49,50).

Es por esto que se debe explorar el desempeño de las guías de forma rutinaria para mejorar la aplicación correcta a sus recomendaciones, esto se debe llevar a cabo en un entorno local, regional y central para poder establecer si se está llevando adecuadamente la difusión y aplicación de la estrategia(51).

Una revisión sistemática reporta que para mantener un desempeño de calidad de los trabajadores de salud en países de ingresos bajos y medianos sugirió que la auditoria y retroalimentación es una intervención efectiva para mejorar el uso de las guías, igualmente una revisión sistemática sobre la atención local demuestra que la auditoria programática son un factor clave para evaluar la adopción de las recomendaciones escritas en las guías(52,53).

Otra revisión sistemática sobre la falta de adherencia en distintas patologías y en diferentes países reportan como principales factores que afectan la adherencia a las guías clínica son las actitudes, conducta y conocimiento del personal de salud(26).

Para determinar la adherencia los estudios plantean diferentes fuentes de recolección entre ellas las Historias clínicas, evaluándolas retrospectivamente y para conocer la atención medica prestada a los pacientes, de esta manera se compara lo observado con lo esperado consignado en ellas; así se obtiene información de cómo se está dando la atención al paciente en relación con lo establecido en las guías(54).

Es importante conocer el fenómeno de la adherencia desde varias perspectivas y en contextos particulares, una forma es explorando desde la postura cuantitativa donde es posible determinar el grado de adherencia y así comparar lo encontrado con lo que se debe cumplir según los lineamientos descritos(26); otra manera es desde un enfoque cualitativo conociendo las experiencias que enfrenta el personal de salud para implementar correctamente los lineamientos descritos en las guías(55).

Se ha demostrado que en estudios realizados utilizando la metodología conocimientos, actitudes y practicas (CAP) para evaluar la adherencia del personal de salud tienen en cuenta variables sociodemográficas, experiencia laboral, perfil profesional y conocimiento, dando a conocer que estas variables pueden estar asociadas a que este personal se adhiera correctamente a los lineamientos de las guías(56-57-58); ejemplo de estos son los resultados de estudios realizados en Colombia sobre las actitudes frente a las guías y se encontró que a mayor tiempo de experiencia se tiende a dar menos credibilidad a las guías, en cuanto al perfil profesional los médicos perciben que las guías son

herramientas necesarias contrario a las enfermeras, así como el desconocimiento de las guías ha sido uno de los factores del no uso de estas(59,).

La adherencia a las guías de práctica clínica constituye un comportamiento deseable en la medida en que la adherencia se correlaciona con los resultados positivos en el paciente, de esta manera estos resultados positivos se miden en términos de como la atención brindada a los pacientes se compara con las recomendaciones descritas en las guías (59-61).

En Taiwán, con 264 participantes (134 médicos y 130 enfermeras), se realizó una encuesta transversal con un cuestionario estructurado. El cuestionario incluye preguntas sobre las medidas de control, notificación y prácticas Clínicas de las enfermedades del dengue. Tres cuartas partes de estos hospitales no respondieron al momento de la notificación de casos de dengue, las enfermeras obtuvieron calificaciones más altas que los médicos, debido a que identifican las descripciones incorrectas sobre el momento en que se informa un caso de dengue (62).

Grimshaw y Russell Identificaron barreras y facilitadores relacionadas con la implementación y la adherencia de las Guías de atención al paciente, relacionadas con el conocimiento, la accesibilidad, el comportamiento del médico, ausencia de recursos, falta de incentivos, actitudes, falta de confianza, capacidad de llevarlas a cabo, hábitos, monotonía y experiencia(63).

En Colombia estudio realizado en 2017 sobre la adherencia a las pautas oficiales para la atención clínica del dengue, chikungunya y zika, evidenció que la proporción de adherencia en pacientes con dengue sin signos de alarma fue de 88 %, encontrándose por encima del umbral predefinido del 80%. Con respecto a este umbral, que clasifica las Historias Clínica donde se evidencia la atención del paciente en Adherentes y No Adherentes, se tiene que 40 Historias Clínicas (85 %) fueron Adherentes, mientras que 7 (15 %) fueron No Adherentes. En una de las barreras mencionadas se encontró que la escasez de recurso de talento humano y la falta de apoyo intersectorial fueron las razones para que la adherencia no se dé (64).

Existen estudios donde se muestra que en general la adherencia a protocolos clínicos tiende a ser baja. Uno de ellos es el estudio realizado en el Hospital San Vicente de Paúl, de Caldas Antioquia (60). Los resultados arrojan que, por existir falencias en el diseño y coherencia de las mismas, el personal se ve obligado a no utilizarlas, también refiere que las actualizaciones y capacitaciones no son adecuadas; resultados similares se resaltan en el estudio descrito por Pinilla y colaboradores (65).

En 2017 se realizó en Costa Rica un estudio de adherencia del personal operativo de tres niveles de atención en centros de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social a las Guías nacionales de manejo clínico del dengue, chikungunya y zika. Según sus resultados, los grupos de trabajo señalaron que el poco

conocimiento de las Guías ha sido una razón por la que hay poca adhesión; comentan que los espacios de socialización de las Guías son limitados, siendo más frecuentes en el primer nivel y casi nulo en los servicios de emergencia del segundo y tercer nivel(20).

Un estudio realizado en Ecuador, mediante la aplicación de cuestionarios auto-diligenciados a 76 trabajadores de salud entre médicos y enfermeras, midió los conocimientos, las actitudes y las prácticas del personal sobre el uso de las Guías de la OMS de 2009; el 97% informó que la Guía de Dengue de la OMS era útil para el diagnóstico y el manejo clínico del dengue, el 31% de los proveedores de atención médica informaron que no tenían acceso a los recursos necesarios para diagnosticar y tratar el dengue (66).

Es importante destacar los hallazgos de estudios anteriores donde se demuestra que la adherencia a las Guías en los distintos países puede verse afectada por falta de: actualización del personal, no contar con la Guía, procesos de implementación ineficaces, entre otros factores que pueden verse por cada situación del país(64-65). Sin embargo, el personal de salud demuestra la necesidad de adherirse a los lineamientos descritos por la OMS/OPS.

Actualmente en Venezuela no se cuenta con estudios basados en la adherencia del personal médico y de enfermería a la Guía de atención de pacientes con dengue.

#### **4.6 Sistema de Salud de Venezuela y componentes**

El sistema de salud de la República Bolivariana de Venezuela está formado por dos subsistemas clasificados con base en el origen de la fuente de financiamiento: el subsistema público de salud y el privado (69).

El sector salud de los Estados es financiado con el presupuesto nacional y con el situado constitucional. Sin embargo, como resultado de la reversión de la descentralización de los servicios de salud hospitalarios, la asignación de recursos a los Estados se ha visto limitada. La fragmentación del financiamiento es una de las principales deficiencias del sistema de salud venezolano que ha impedido que se desarrolle un sistema de seguridad social que haga posible la universalización del acceso a los servicios de salud (70).

El subsistema público de salud está formado por las instituciones prestadoras de servicios de salud adscritas a la Administración Pública cuyo financiamiento proviene de recursos públicos: el MPPS, órgano rector del sector de la salud y principal prestador y financiador de servicios de salud(69).

El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, organismo autónomo adscrito al Ministerio del Poder Popular para el Trabajo, fue creado para prestar servicios de salud a los trabajadores formales a nivel nacional, sean del sector público o del privado. No obstante, por decisión del Ejecutivo Nacional, desde el año 2000 este organismo presta servicios de salud a toda la población que así lo requiera (69).

El subsistema privado está formado por las instituciones prestadoras de servicios de salud, cuyo financiamiento proviene de fuentes privadas, como son el pago directo de bolsillo o por empresas aseguradoras (69).

El MPPS, órgano rector del sector de la salud en Venezuela, tiene a su cargo la elaboración, formulación, regulación y seguimiento de políticas en materia de salud integral, incluyendo promoción de la salud y calidad de vida, prevención, restitución de la salud y rehabilitación; control, seguimiento y fiscalización de los servicios, programas y acciones de salud, nacionales, de los estados y municipales de los sectores públicos y privado (69).

Para el año 2003, el golpe de estado y el paro petrolero deterioraron los avances sociales y económicos; la mayoría de los indicadores sociales retrocedieron como consecuencia de estos actos criminales. El Índice de Desarrollo Humano descendió a 0,7880 en el 2003; el coeficiente de Gini se elevó a 0,4938; la pobreza aumentó hasta el 55,1% y la pobreza extrema a 29,8%. El desempleo se ubicó en 16,8 % de la población económicamente activa. (69).

En el año 2003 se inicia oficialmente Barrio Adentro como estrategia del proceso Bolivariano para superar la exclusión social en salud y revertir las tendencias en el deterioro de la salud de los venezolanos (69).

La prestación consiste en la creación de consultorios y Clínicas populares. Bajo tres componentes: "Misión barrio adentro II", que brinda servicio integral gratuito a través de los centros de alta tecnología (CAT), centros de diagnóstico integral (CDI) y salas de rehabilitación integral (SRI); "Misión barrio adentro III", que consiste en la modernización tecnológica y mejora de la infraestructura de la red hospitalaria del país y "Misión barrio adentro IV" orientado a la construcción de centros especializados, que en los años 2004 y 2005 se expandió notoriamente, con base al convenio de cooperación bilateral entre Venezuela y Cuba (6).

Al asumirse la Misión Barrio Adentro como la política de salud del Estado Venezolano, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social asume redimensionar los esfuerzos que en materia de APS se venían realizando, los cuales se fortalecen con la Misión Barrio Adentro. Se define que los Consultorios Populares son la base fundamental de la APS, en particular, y del Sistema Público Nacional de Salud en general (69).

Los niveles de atención integral están organizados, en cuatro niveles de complejidad. El primer nivel es la puerta de entrada natural al Sistema público nacional de salud y el punto de inicio de la red asistencial; allí encontramos los consultorios populares, ambulatorios rurales tipo I y II y ambulatorios urbanos tipo I. En el segundo nivel de atención se cuenta con los Centros de Diagnóstico Integral, las Salas de Rehabilitación Integral, las Clínicas Populares, los Ambulatorios Urbanos Tipos II y III y los Centros Ambulatorios de Especialidades. El tercer nivel de atención del SPNS tiene como objetivo coordinar y supervisar la atención de las patologías y otras situaciones que no puedan ser resueltas en los otros niveles de atención y las que requieran hospitalización para su tratamiento. Está formado por los Centros Diagnósticos de Alta Tecnología, los Hospitales del

Pueblo, los Hospitales Generales Tipos I, II, III y IV y los Hospitales de Especialidades (69).

El estado Táchira cuenta con una red ambulatoria de 40 consultorios populares tipo I, cada uno de ellos con personal médico, de enfermería y promotor de salud, el Nivel II cuenta con 7 centros de diagnóstico integral conformado por médicos generales, médicos especialistas, personal de enfermería y otras áreas de la salud; presta servicio ambulatorio durante 12 horas y de emergencia las 24 horas. En el nivel III se cuenta con el Hospital General de Táriba, donde varía el número de médicos y personal de enfermería. Allí hay personal médico especializado en distintas áreas de la salud. Este hospital, al no contar con servicios especializados como unidad de cuidados intensivos, amerita el uso de referencia al paciente necesitado y se traslada a un hospital de alta complejidad como lo es el hospital central tipo IV nivel, allí el número de médicos por especialidades es mayor como el número de personal de enfermería(12) .

El proyecto de investigación se realizó en la ciudad de San Cristóbal, capital del Estado Táchira, en hospitales públicos ya que el sector público cuenta con la mayor demanda de consulta y mayor capacidad para cubrir las necesidades de la población que en su mayoría no cuenta con recursos económicos para asistir al servicio de salud privada. Se contó con el apoyo de la Corporación de salud del estado Táchira para la realización del proyecto.

## 5 Metodología

### 5.1 Diseño

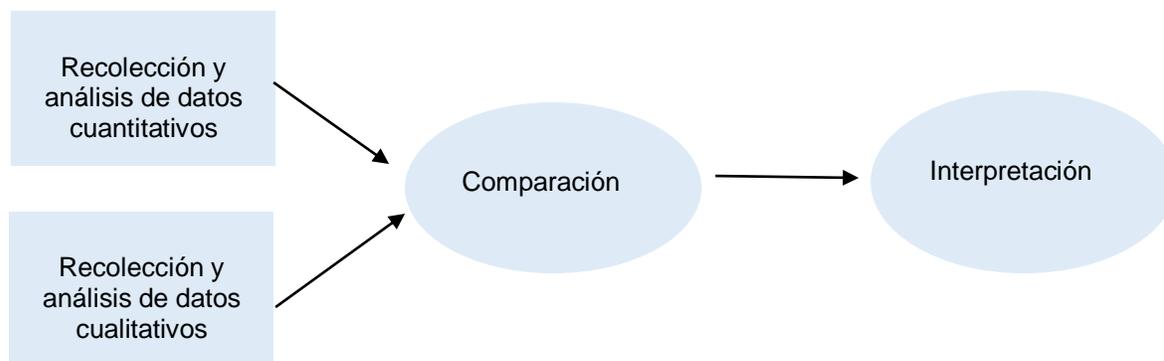
La investigación se realizó mediante un estudio de caso, utilizando metodología mixta (MM) (CUANT+cuali), de tipo convergente paralelo según taxonomía de Creswell y el manual de investigación operativa del TDR, buscando una aproximación al cumplimiento de la Guía para la Atención al Paciente con Dengue (68-2-69).

En el componente cuantitativo, se determinaron los conocimientos y se estimó el grado de adherencia a la Guía por parte del personal médico y de enfermería de los hospitales públicos.

En el componente cualitativo, se identificaron las barreras y facilitadores de la adherencia a la Guía de atención reportada por el personal médico y enfermería. Esta valoración cualitativa por parte de los profesionales fue comparada con los resultados cuantitativos mediante un proceso de triangulación de la información al momento de la interpretación y análisis de los datos(71). **(Anexo 1)**.

De esta manera, el abordaje de un diseño mixto buscó dar cumplimiento al objetivo general de este estudio a partir de la información recogida en los cuatro objetivos específicos referidos al conocimiento y grado de adherencia del personal de salud a la Guía de Atención al Paciente con Dengue, sumados a las barreras y facilitadores relacionados con el seguimiento de la Guía según lo reportado por el personal médico y de enfermería **(Gráfico 1)**.

**Gráfico 1 Diseño paralelo convergente.**



Fuente: elaboración traducida y adaptado de Creswell y Plano (2011)

## 5.2 Sitio de estudio

La República Bolivariana de Venezuela es un Estado Federal y su organización política se divide en Estados, el del Distrito Capital y el de las dependencias federales. El país está conformado por 23 Estados, un Distrito Capital, 235 islas y 71 islotes y cayos en el Mar Caribe que conforman las Dependencias Federales.

El Estado Táchira se ubica al Suroeste de Venezuela, en la región de Los Andes; su ciudad capital, San Cristóbal (**Anexo 2**), en la que se realizó el estudio, se encuentra ubicada en el eje fronterizo colombo-venezolano, exactamente con la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander. Se caracteriza por una altitud media de 1303 m s. n. m, un nivel de humedad relativa (85%), continuas precipitaciones y temperatura promedio de 23°C. cuenta con factores socioeconómicos y geográficos que favorecen la condición endemo-epidémica del virus del dengue(10). Históricamente presenta una alta tasa de migración poblacional, intercambio de mercancías e inestabilidad económica (12-16). Su población para el año 2011 según el censo<sup>1</sup> era de 263.765 habitantes.

### 5.3 Objetivos específico cuantitativo número 1:

***Determinar el conocimiento de la Guía de Atención al Paciente con Dengue que tiene el personal médico y de enfermería de los cuatro niveles de atención de salud.***

#### 5.3.1 Población de Referencia

La población de estudio estuvo conformada por el personal que está relacionado directamente con la práctica clínica y este personal es el médico y de enfermería quienes son la primera línea en brindar la atención a los pacientes y por ende seguir los lineamientos que están prescritos en la guía de atención al paciente con dengue; tener en cuenta otros actores claves para la investigación como los tomadores de decisiones o directores de Hospitales en un contexto político como el de Venezuela no permitiría que estos informantes brindaran una información transparente de cómo se está realizando el proceso de implementación de la estrategia en cuanto al componente de atención al paciente con dengue, objeto del estudio.

El Estado Táchira cuenta con 9 distritos Sanitarios y la ciudad de San Cristóbal pertenece al distrito Sanitario número uno. Este distrito número uno es donde se realizó la investigación y cuenta con 4 centros de salud del nivel I, con 7 centros de salud de nivel II, con 5 centros de salud de nivel III, un centro de salud de nivel IV. Estos centros de salud fueron visitados en su totalidad, pero solo 7 de ellos cuentan con recurso humano (personal médico y de enfermería) para brindar el servicio de atención al paciente.

---

<sup>1</sup> Censo Nacional de Poblacional y Vivienda; Actualmente no se cuenta con información reciente de la población de la ciudad de San Cristóbal, las fuentes se encuentran desactualizadas, a lo mejor influye la inestabilidad política y social que se vive en este momento en el país

Los 7 centros de salud que cuentan con personal médico y de enfermería son: Hospital Central tipo IV, Ambulatorio puente real tipo III, Ambulatorio sucre tipo II, Ambulatorio la concordia tipo II, Ambulatorio centro tipo I, Ambulatorio los kioscos tipo I, Ambulatorio antituberculoso tipo I.

En el momento del estudio se contaba con 17 profesionales de medicina y 39 profesionales de enfermería en el nivel I de atención (Ambulatorio centro tipo I, Ambulatorio los kioscos tipo I, Ambulatorio antituberculoso tipo I), en el nivel II se contaba con 11 profesionales de medicina y 28 profesionales de enfermería (Ambulatorio sucre tipo II, Ambulatorio la concordia tipo II), en el nivel III (Ambulatorio puente real) con 14 profesionales de medicina y 11 profesionales de enfermería y en el cuarto nivel (Hospital Central de San Cristóbal) se cuenta con 108 profesionales de medicina y 75 profesionales de enfermería. Para un total de 303 profesionales de los cuatro niveles de salud de hospitales públicos de la Ciudad de San Cristóbal.

### **5.3.2 . Criterios de inclusión para aplicación de cuestionarios**

- Personal médico y de enfermería vinculados al MPPS, trabajando en los hospitales públicos de San Cristóbal.
- Experiencia laboral mayor de 6 meses.

### **5.3.3 Criterios de exclusión para aplicación de cuestionarios**

- Trabajador que no esté vinculado al Ministerio de Poder Popular la Salud.
- Personal sin atención directa a pacientes con dengue.
- Personal médico en pasantías.
- Personal de enfermería en pasantías.
- Experiencia laboral menor a 6 meses.

### **5.3.4 Diseño muestral para objetivos cuantitativos**

Para el objetivo cuantitativo uno, se realizó un muestreo aleatorio estratificado por nivel de atención de salud. Se asumió un nivel de confianza del 95% y una proporción de 80% de personal médico y de enfermería adheridos a la Guía de Atención al Paciente con Dengue. Dicha proporción se tomó de estudios similares realizados en América Latina(73-74-75). El tamaño de la población, tal como se mencionó en párrafo anterior, es de 303 entre personal médico y de enfermería. Con la ayuda del programa OpenEpi, y asumiendo una pérdida del 20%, la muestra se estimó en 109 entre el personal médico y enfermería.

Dada la situación actual de Venezuela las instituciones fueron elegidas según su disposición para participar, con la finalidad de tener una representatividad al interior de los niveles de atención de las instituciones finalmente seleccionadas.

En la tabla 1 se detalla la estimación de la muestra estratificada según nivel de complejidad de las instituciones con las que tienen vínculo laboral.

**Tabla 1** Muestreo para la selección del personal médico y de enfermería

Nivel de atención	Total de Médicos	Total de Enfermería	Total (N)	% Personal	n	Personal Médico	Personal Enfermería
<b>I</b>	17	39	56	18,35%	20	<b>6</b>	<b>14</b>
<b>II</b>	11	28	39	12,84%	14	<b>4</b>	<b>10</b>
<b>III</b>	14	11	25	8,26%	9	<b>5</b>	<b>4</b>
<b>IV</b>	108	75	183	60,55%	66	<b>39</b>	<b>27</b>
<b>TOTAL</b>	150	153	303	100,00%	109	<b>54</b>	<b>55</b>

Fuente: elaboración propia a partir de datos registrados en CORPOSALUD.

### 5.3.5 Descripción de las variables

**Variable Dependiente:** conocimiento en el diagnóstico y tratamiento, medido de manera dicotómica (Sí/No); donde la variable de resultado para el posterior análisis de interés fue el conocimiento adecuado (Sí) en el diagnóstico y tratamiento.

**Variables Independientes:** centro de salud, sexo, edad, nivel de atención, perfil profesional, tiempo laborando, conoce la Guía de atención, capacitación dengue; se seleccionaron estas variables en el este estudio, dado que fueron analizadas en estudios previos como variables que permitirían explicar el nivel de adherencia(56-57-58-59-76)(**Anexo 3**).

Variables cualitativas politómicas: Durante el análisis se crearon variables dummy, teniendo presente la categoría de referencia o exposición cero.

- Centro de salud: hospital central, ambulatorio puente real, ambulatorio sucre, ambulatorio centro y otros centros de salud.
- Nivel de atención: nivel I, nivel II, nivel III y nivel IV.
- Perfil profesional: personal médico y personal de enfermería.

Variables cualitativas dicotómicas: recolectadas y analizadas como dicotómicas.

- Sexo: Hombre, Mujer.
- Conoce la Guía de atención: (Sí/No)

Variables cuantitativas (continuas/discretas): Se recoge la información como dato crudo y en la fase del análisis se explora la agrupación, según literatura.

- Edad: Para el análisis la variable se categorizó en tres intervalos según la literatura y otros estudios como: < de 30 años, de 30 a 39 años y de 40 años o más.
- Última capacitación: hace cuánto tiempo fue capacitado se categoriza en tres intervalos, de 1 a 5 años, 6 años o más y nunca.

### 5.3.6 Fuentes de información e instrumentos

Para este objetivo se aplicó un cuestionario de libre acceso que fue adaptado de un estudio realizado en Ecuador (66), país donde se aplica la Guía de Atención para enfermos en la región de las Américas sin adaptaciones, tal como sucede en Venezuela. El instrumento fue aplicado al personal médico y de enfermería y evaluó conocimientos, actitudes y prácticas sobre el diagnóstico y tratamiento del dengue. En este estudio se incluyeron 7 ítems de dicho instrumento para determinar los conocimientos del personal de salud de los distintos niveles de atención sobre la Guía de Atención al paciente con dengue (**Anexo 4**).

La versión final del cuestionario usado en este estudio evaluó aspectos: aspectos sociodemográficos (6 preguntas), conocimiento sobre diagnóstico y tratamiento (13 preguntas) y conocimiento sobre generalidades de la Guía de Atención al Paciente con Dengue (2 preguntas) para un total de 21 ítems.

### 5.3.7 Prueba piloto y validación del instrumento

La confiabilidad del instrumento no se encuentra reportada, pero en este estudio se verificaron los criterios de confiabilidad (análisis de consistencia interna mediante Alfa de Cronbach), validez de contenido (revisión por 3 jueces expertos).

Los análisis de confiabilidad se realizaron con la aplicación de la prueba piloto del cuestionario de conocimiento con su consentimiento informado, a una muestra no probabilística de 30 participantes del personal médico y de enfermería del Hospital General de Táriba, el municipio Cárdenas, localidad de Táriba, aledaño a la ciudad de San Cristóbal. Se utilizó el índice de alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) para valorar la consistencia interna, valor que se considera aceptable cuando es igual o superior a 0,70 y menores a 0,90 (76-77-78).

### 5.3.8 Plan de recolección

La recolección de los datos se realizó entre noviembre, diciembre 2019 y enero de 2020.

Tras la llegada a la Ciudad de San Cristóbal, se obtuvo la autorización de la Corporación de Salud del Estado Táchira, para la visita de las instituciones adscritas a esta entidad. Al tener esta autorización se visitó uno a uno la totalidad de los centros de salud del distrito uno de la Ciudad de San Cristóbal (**Anexo 5**).

Dada la problemática que se vive actualmente en el país, algunos de los centros de salud no cuentan con recurso humano suficiente y este personal internamente ha creado rotaciones para su comodidad. Un ejemplo de esto es: que, si en un centro de salud laboran 6 médicos, 3 de ellos van toda una semana y la otra semana van los 3 restantes, esto sucede con los médicos generales, cuando es un médico especialista solo asiste dos veces al mes a este centro de salud, esto hizo que se visitara en repetidas ocasiones un mismo centro para lograr aplicar el instrumento.

Para la visita del Hospital Central tipo IV, previa autorización para aplicar el instrumento por parte del centro de investigación y educación (**Anexo 6**), se sensibilizó cada jefe de área donde se aplicó entre ellas: hospitalización, emergencia, UCEP, UCIN pediátrica como de adulto. Luego de la firma del consentimiento informado, se aplicó el cuestionario de conocimiento a los participantes en formato papel (**Anexo 7**).

### **5.3.9 Procesamiento y análisis de datos:**

#### **5.3.10 Control de calidad de los datos:**

Con el fin de garantizar que los datos obtenidos fuera de calidad. Se revisaron los cuestionarios en físico al finalizar cada jornada de recolección; posterior a esta revisión, cada cuestionario fue sistematizado por medio del aplicativo mSurvey que permite crear el cuestionario de modo que no queden espacios vacíos y al ingreso de los datos para ser guardados en la nube se puede verificar que este error no se cometa. El uso de este aplicativo fue importante en la investigación ya que permitió la recolección de los datos sin estar conectado a internet constantemente, ya que el país no cuenta con este recurso de manera habitual.

La revisión de la sistematización de los cuestionarios se llevó a cabo dos veces con el fin de verificar la calidad de los datos. Al finalizar la recolección de los datos, se hizo la verificación del 20% de los cuestionarios como otra forma de control de calidad.

Los datos fueron analizados por medio del Software SPSS en su versión 3.6.0 (Licencia Universidad de Antioquia), donde se realizó un análisis univariado con soporte en herramientas de estadísticas descriptivas, se obtuvieron frecuencias absolutas, proporciones, porcentaje, medidas de tendencia central y desviación estándar (DE) para aquellas variables cuyos datos tienen distribución normalmente; para los datos que no distribuyeron normal se resumieron en medianas y rangos intercuartílicos.

#### **5.3.11 Análisis Bivariado:**

Se exploró una asociación inicial a través de una Chi cuadrado ( $X^2$ ) de independencia entre las variables dependientes: conocimiento en el diagnóstico y

conocimiento en el tratamiento dicotomizadas como (Si/No), teniendo en cuenta la codificación (Sí=1 significa adecuado conocimiento) y (No=0 significa no adecuado conocimiento) con 8 variables independientes, considerándose como variable resultado para el análisis el Sí adecuado conocimiento, con el fin de explorar el fenómeno en estudio.

Para las pruebas usadas se trabajo con un nivel de significación estadística del 5%.

- Se estimó Odds Ratio como medida de asociación y sus intervalos de confianza del 95%,

Para seleccionar variables candidatas se tomó en cuenta el criterio de Hosmer Lemeshow con valor ( $p < 0.25$ ), plausibilidad biológica y criterios del equipo investigador. Estos hallazgos previos dieron soporte a la selección de variables para ser consideradas en la introducción de un análisis multivariado exploratorio(80).

### **5.3.12 Análisis Multivariado:**

Se realizó un análisis mediante una regresión logística binaria con el fin de conocer en este fenómeno poco explorado, cuáles de estas variables independientes influye en nuestras variables dependientes y de esa manera dar soporte a posibles soluciones para mitigar el problema en estudio.

Finalmente se buscó determinar una medida valida de asociación a través de un Odds Ratio (OR) con su intervalo de confianza 95% y su significancia estadística (valor  $p < 0.05$ ), ajustado por múltiples variables confusoras.

### **5.4 Objetivo específico cuantitativo número 2:**

***Estimar el grado de adherencia de la Guía de Atención al Paciente con Dengue en el personal médico y de enfermería del Hospital Central de San Cristóbal.***

#### **5.4.1 Población de Referencia**

La población de estudio estuvo constituida por el total de las Historias Clínicas notificadas a CORPOSALUD (N=94), con diagnósticos de dengue con signos de alarma (78) y dengue grave (16), del año 2018 del Hospital Central de San Cristóbal, hospital referente a nivel local, regional y nacional donde actualmente son referidos para hospitalización los pacientes de los niveles de atención inferiores por no contar con la infraestructura, recurso humano, entre otros.

Con el fin de estimar el grado de adherencia, se evaluó la proporción en la que el personal médico y de enfermería aplica los lineamientos de la Guía de Atención al Paciente con Dengue; esta estimación se realizó a través de la revisión de las

historias clínicas, ya que este es el elemento de verificación donde el personal registra como es la atención del paciente con dengue.

La revisión de las historias clínicas es de carácter observacional retrospectivo, este documento es privado, obligatorio y sometido a reserva, por este motivo se contó con el aval por parte de CORPOSALUD y Sub-director de Investigación y educación del Hospital Central de San Cristóbal (**Anexo 5 y 6**).

#### **5.4.2 Criterios de inclusión para Historias Clínicas de dengue**

- Historias Clínicas de pacientes atendidos en el Hospital Central y notificados a CORPOSALUD (con diagnóstico clínico, con o sin confirmación por laboratorio de dengue con signos de alarma y dengue grave).
- Paciente atendido durante el año 2018.

#### **5.4.3 Criterios de exclusión para Historias Clínicas de dengue**

- Historias no legibles.
- Atención brindada por personal que no sea médico o de enfermería.
- Pacientes que no estén atendidos en el periodo 2018

#### **5.4.4 Diseño Muestral**

Se tomó el total de las historias clínicas del Hospital Central de San Cristóbal reportados en el año 2018 con los diagnósticos dengue con signos de alarma y dengue grave. Muestreo no probabilístico a conveniencia

#### **5.4.5 Descripción de las variables**

La construcción de la lista de chequeo es acorde a los lineamientos de la Guía para la Atención del Paciente con dengue.

**Variable Dependiente:** Adherencia, según los apartados requeridos que deben ser consignados en la Historia Clínica (Sí: Cumple, No: No cumple, No aplica: si no era necesario el cumplimiento en ese caso en particular) (**Anexo 9**).

#### **5.4.6 Fuentes de información e instrumentos:**

Historias Clínicas, de los casos que fueron diagnosticados con dengue (N=94) en el año 2018 en el Hospital Central de la ciudad de San Cristóbal. Esta lista de chequeo está conformada por criterios y dominios por medio de los cuales se registraron aspectos como se muestra en el (**Cuadro 1**): manejo integral dengue y dengue grave, unidad dengue, tratamiento ambulatorio dengue, manejo intrahospitalario dengue, tratamiento intrahospitalario dengue, cuidados de enfermería para todos los casos de dengue; así podremos evaluar en qué

proporción el personal médico y de enfermería aplica los contenidos de la Guía **(Anexo 9)**.

**Cuadro 1** Dominios que conforman lista de cheque con sus ítems correspondientes.

Dominios	Ítems
Manejo integral dengue y dengue grave	De la pregunta 3 a la 22 (20 Ítems)/20 puntos
Unidad dengue	De la pregunta 23 a la 35 (13 Ítems)/13 puntos
Tratamiento ambulatorio dengue	De la pregunta 36 a la 39 (4 Ítems)/4 puntos
Manejo intrahospitalario dengue	De la pregunta 40 a la 71 (32 Ítems)/32 puntos
Tratamiento intrahospitalario dengue	De la pregunta 72 a la 99 (28 Ítems)/28 puntos
Cuidados de enfermería para todos los casos de dengue	De la pregunta 100 a la 117 (17 Ítems)16 puntos
Total=	114 puntos

#### 5.4.7 Plan de recolección

Se realizó la recolección de los datos en noviembre 2019 y enero de 2020.

La consulta de Historia Clínicas se realizó de forma manual, ya que no se encuentran sistematizadas dado que aún se diligencia la historia en papel tal como se observa en **(Anexo 10)**. Posteriormente se creó una base de datos con la ayuda del aplicativo mSurvey.

#### 5.4.8 Procesamiento y análisis de datos:

Por medio de las históricas clínicas se obtuvo a estimación del grado de adherencia, esto permitió identificar cómo fue la atención de los pacientes con dengue y qué lineamientos de la Guía se cumplieron.

##### 5.4.8.1 Indicadores de adherencia

Para dar respuesta a este objetivo, se aplicaron 3 indicadores siguiendo las recomendaciones del Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social y el INS; estos indicadores corresponden a indicadores de proceso que permiten evaluar la gestión realizada con los pacientes (acciones y/o procedimientos), en los centros de salud con respecto a Guías para la atención clínica del paciente con dengue(81).

Para el cálculo de este indicador no se tiene en cuenta los casos de No aplica.

A continuación, se desglosan los indicadores de adherencia por criterio, dominio y general.

- **Indicador de adherencia por criterio<sup>2</sup>**

$$AC = \frac{\text{Frecuencia de cumplimiento de criterio}}{\text{Frecuencia de cumplimiento} + \text{Frecuencia de No cumplimiento del criterio}} * 100$$

- **Indicador de adherencia por dominio**

$$AD = \frac{\text{Frecuencia de criterios del dominio que se cumplieron y aplicaban según el caso clínico}}{\text{Total de criterios del dominio que aplicaban según el caso clínico}} * 100$$

- **Indicador de adherencia general**

$$AG = \frac{\text{Frecuencia de criterios que se cumplieron en la atención y aplicaban}}{\text{Total de criterios que aplican para la atención y aplicaban}} * 100$$

- **Criterios para la definición de la variable dependiente (adherencia general):**

Para definir la adherencia se calculó un indicador que se obtiene de calcular el cociente entre los criterios que se cumplieron sobre el total de criterios de la lista de chequeo, cada uno de los criterios corresponde una variable, otorgándoles el mismo grado de ponderación; este indicador de adherencia general por Historia clínica nos da a conocer el porcentaje de casos que se adhieren a las Guías de atención al paciente.

Los indicadores fueron expresados en porcentaje, esto se realiza especialmente cuando miden proporciones de cumplimiento de un proceso. El indicador de adherencia general es un indicador de resultado, proporciona un concepto general de cómo se está dando el proceso de atención de cada uno de los pacientes o permite conocer el cumplimiento general de la totalidad de los pacientes que fueron atendidos por diagnóstico (81).

Para la clasificación de adherentes o no adherentes se aplicó un umbral referente al problema en estudio, pero debido a que existía dificultad para encontrar un modelo a seguir donde se evalué la adherencia a las Guías de Atención al Paciente con Dengue, se utilizó como patrón de referencia, la escala planteada por el manual Indicadores de calidad: criterios para la definición de umbrales, a

---

<sup>2</sup> Ver Anexo 10: Hoja de Indicadores

partir de esto se determinó la siguiente clasificación en cinco niveles: Excelente, Bueno, Regular, Bajo y Deficiente(74).

En el presente estudio se definió que un caso es adherente cuando el valor del indicador es  $\geq 80\%$ .

**Tabla 2** Clasificación por niveles de los resultados de adherentes.

% de cumplimiento	Clasificación	
$\geq 95\%$	Excelente	Adherente
80- 94.9 %	Bueno	
60-79,9 %	Regular	No adherente
40-59,9 %	Bajo	
0 - 39,9 %	Deficiente	

Para el análisis univariado la variable se obtuvo a través del indicador de adherencia general según umbral del 80%.

Los resultados se presentan a través de los indicadores de porcentaje de cumplimiento:

- Por niveles [ $\geq 95\%$ = Excelente; 80- 94,9 %= Bueno; 60-79,9 %= Regular; 40-59,9 %= Bajo; 0 - 39,9 %= Deficiente].
- Clasificada según el umbral del 80 % [1= Adherente, 0= No adherente]

La aplicación de estos indicadores permitió identificar qué puntos específicos del proceso en la atención de los pacientes se cumple o no con los lineamientos de la Guía de Atención del paciente con dengue.

Esta información permitió identificar qué puntos específicos del proceso en la atención de los pacientes se cumple o no con los lineamientos de la Guía de Atención del paciente con dengue.

### 5.5 Objetivo específico cualitativo número 3

***Identificar barreras y facilitadores relacionados con la adherencia a las Guías de Atención al Paciente con Dengue según lo reportado por el personal médico y de enfermería de los niveles I al IV de atención de salud.***

#### 5.5.1 Población de referencia para objetivo cualitativo

Personal médico y de enfermería vinculados al MPPS de los distintos niveles de atención en salud participantes del primer componente cuantitativo.

### 5.5.2 Contexto

Para dar respuesta a este objetivo se eligió el enfoque cualitativo con el fin de identificar las posibles barreras y facilitadores que, según lo reportado por el personal de salud, se están presentando en la implementación de la Guía en el contexto político, social y cultural específico de Venezuela, contexto donde la estrategia ha sido poco probada (67). En este componente del estudio se adoptó un enfoque interpretativo que, como su nombre lo indica, se orienta a interpretar y conocer las circunstancias del comportamiento humano ante un fenómeno que está sucediendo(82-83); este enfoque permite que los participantes puedan narrar sus apreciaciones sobre el fenómeno de estudio, sobre el mundo que los rodea y el contexto que viven.

Para abordar este objetivo específico, se aplicó la técnica de grupo focal, consiste en un grupo pequeño y homogéneo (de 3 a 6 personas) y en un mismo espacio con características comunes (84(85), donde se pueda dar de forma natural un intercambio de opiniones por medio de un diálogo, guiado por un moderador con preguntas definidas para poder abordar detalles y reacciones relacionadas con un el tema de interés para una investigación(83-82).

En cuanto al número de participantes diferentes autores definen que va a depender de la complejidad del tema, la habilidad y experticia del moderador e indican que puede ser un mínimo de 3 a 10 personas (84-85).

### 5.5.3 Categorías preestablecidas y emergentes para los grupos focales con el personal médico y de enfermería

Se diseñó una Guía con preguntas generadoras para el desarrollo de la técnica de grupos focales, esta guía está conformada por principales barreras y facilitadores que se describen en estudios realizados específicamente para evaluar cuales son los factores que pueden impedir, limitar o dificultan la implementación de las recomendaciones descritas en las guías de prácticas clínica (72-85-86-1) de tal manera que se abordaron las siguientes categorías: factores relacionados con el profesional de salud, factores relacionados con el contexto del sistema de salud, factores relacionados con el contexto socioeconómico, teniendo en cuenta que podrían emerger nuevas categorías producto de las conversaciones con los participantes **(cuadro 2)(Anexo 12)**.

En cada grupo focal se planteó una discusión sobre las posibles barreras y facilitadores que se están presentando; en esta investigación se definirá barreras y facilitadores como aquellos factores que impiden o facilitan, total o parcialmente, la implementación de los cambios en las conductas de la práctica de los profesionales, que, en el caso de las Guías de Atención al Paciente, se manifiesta en adherencia o falta de adherencia (87).

Estas categorías se abordaron hasta lograr saturación, dicha saturación se logra hasta que el material obtenido deja de aportar datos nuevos (88).

**Cuadro 2 Categorías definidas para el desarrollo de los grupos focales.**

Categorías	Subcategorías	
	Personal Médico	Personal de Enfermería
Factores relacionados con el contexto del Sistema de Salud: capacidad del sistema de salud para dar una correcta aplicación de la Guía de atención.	Asignación de Recursos y Capacidad del SS	Asignación de Recursos y Capacidad del SS
Factores con el contexto socioeconómico: capacidad de satisfacer las necesidades de los trabajadores.	Necesidades insatisfechas	Necesidades insatisfechas
Factores relacionados con el profesional de Salud: percepciones del personal de salud sobre la Guía de atención a pacientes con dengue.	Percepciones y capacitación	Percepciones y capacitación
Factores relacionados con la confirmación y diagnóstico del paciente: capacidad de la red de laboratorios a nivel del Estado y centros de salud de los distintos niveles de atención (EMERGENTE).	Laboratorio	Laboratorio

#### **5.5.4 Estrategia de muestreo para la conformación de los grupos focales**

Se realizó un muestreo teórico no probabilístico a conveniencia (89), seleccionando a participantes del objetivo número uno que desearon participar de manera voluntaria.

Se realizaron 4 grupos focales independientes, dos para el personal médico y dos para el personal de enfermería, que cada uno lo conformaran entre 3 y 5 participantes, teniendo en cuenta la participación de los distintos niveles de atención. Es importante mencionar que se hizo convocatoria al personal de salud con el propósito de contar con mayor número de participantes en cada grupo, sin embargo, las condiciones actuales económicas del país y de los servicios de salud en concreto, que se mencionarán en el apartado de resultados, dificultaron que el personal de salud acudiera a la cita para participar en el grupo.

En el encuentro con los participantes se les brindó un aporte económico para la movilidad desde su centro de trabajo o desde su casa hasta el lugar donde se realizaron los encuentros de grupos focales.

### **5.5.5 Prueba piloto de instrumento para realización de grupos focales**

El instrumento diseñado con categorías definidas basado en el manual de implementación de las Guías de práctica clínica sobre barreras y facilitadores(90), se elaboró conjuntamente con la investigadora principal y la codirectora de la tesis quien investiga con métodos cualitativos. Una vez propuesta la Guía, fue validada en su contenido (redacción, coherencia y pertinencia) por tres jueces expertos en investigaciones cualitativas, lo que permitió afinar el instrumento. Posterior se realizó prueba piloto con personal médico y de enfermería vinculados al MPPS, de un hospital de nivel IV, con el fin de revisar la pertinencia y comprensión de las preguntas generadoras, practicar el dominio del grupo y la transcripción textual de la información recogida.

Durante la realización de la prueba piloto, se practicó la lectura y llenado del consentimiento informado, para que quedara muy clara la intención de la investigación a los participantes y se pudo constatar que el tiempo de duración del grupo focal 1 hora y 15 minutos, 30 minutos menos que los definidos en el diseño del estudio, pero muy importante es que se logró abordar a totalidad las preguntas definidas.

Al finalizar la aplicación de los grupos focales, se transcribieron las grabaciones en audio para identificar posibles ajustes, empezar a analizar la información recabada e identificar las posibles categorías emergentes.

### **5.5.6 Procesamiento y plan de análisis de los datos cualitativos.**

#### **5.5.6.1 Control de calidad de los datos:**

Como criterio para el control de calidad de los datos se utilizaron los siguientes aspectos:

- Credibilidad - validez interna: se cumplió con el uso de transcripciones textuales de conversaciones de los grupos focales, observación pasiva a los participantes, discusión con la Co-directora sobre los hallazgos(91-92).
- Transferibilidad – validez externa: se cumplió a través de la realización de muestreo teórico, la descripción del sitio de estudio, de los participantes y la recogida de datos hasta cumplir saturación(82).
- Dependencia – fiabilidad: se cumplió con la realización de una Guía de preguntas, cubriendo la totalidad de los tópicos(82)
- Confirmabilidad - objetividad: Se logró mediante la descripción de las características de los informantes y su proceso de selección para esta investigación, la utilización de grabación de los grupos focales, un análisis

fiel de la transcripción de las conversaciones de los grupos focales, grabación y transcripción siempre bajo custodia del investigador principal(91).

- Reflexibilidad: Comunicación constante con los directores del proyecto para toma de decisiones en el sitio de campo, trabajo de campo, constante acercamiento a los participantes durante y después de la recolección de datos(91).

### **5.5.7 Sistematización y análisis de la información**

Las grabaciones en audio fueron escuchadas a medida que se iba realizando el trabajo de campo con el fin de verificar que la información recogida estaba dando cuenta de las categorías de interés. Una vez terminados los cuatro grupos focales se realizó la transcripción en Microsoft Word nombrándose como (M1) y (M2) a los grupos del personal médico y, (E1) y (E2) a los grupos del personal de enfermería de los distintos niveles de atención en salud.

Las transcripciones fueron sometidas a un análisis de contenido(92), teniendo en cuenta la codificación selectiva, axial y abierta). Este análisis permitió constatar que una categoría no incluida en las categorías preestablecidas o a priori de la guía del grupo focal, que se había identificado en la aplicación piloto del grupo focal, también fue comentada por los participantes en la totalidad de los grupos focales, por lo que fue considerada como una categoría emergente (82-93) tal como se presentará en la sección de resultados.

El análisis fue llevado a cabo en el software NVivo 12 Plus (QRS International, Licencia de investigadora principal), esto permitió facilitar muchos aspectos del proceso de análisis y el desarrollo de los resultados hasta la presentación de los hallazgos (94) posterior a este procedimiento se procedió a alimentar las categorías preestablecidas, mediante el proceso de codificación : abierta, axial y selectiva (95)

- Codificación abierta: es la primera fase del análisis de contenido, se dirige a descomponer la información en partes discretas que se examinan minuciosamente en busca de similitudes o diferencias entre la información(95), de esa manera se logró identificar fragmentos del texto que ayudaron a definir temas, ideas, patrones de intereses para la investigación, a estos resultados de la codificación abierta se les asignó códigos llamados nodos en Nvivo).
- Codificación axial: mediante este proceso se identificaron relaciones entre las categorías y subcategorías con el fin de dar una respuesta general al fenómeno que se exploró (96).
- Codificación selectiva: en la última fase del proceso de análisis se agruparon las categorías generales con el fin de obtener una estructura que

diera cuenta de la información recogida y que aportara información para el cumplimiento de este objetivo específico (95).

### **5.6 Objetivo con Enfoque mixto**

***Comparar los resultados del análisis de conocimiento y el grado de adherencia a las Guías, con las percepciones sobre barreras y facilitadores que se identifiquen en el estudio cualitativo, en los médicos y enfermeras de los niveles I al IV de atención de salud.***

Se realizó triangulación de la información recogida por medio de un cuestionario sobre el conocimiento que tiene el personal médico y de enfermería de la Guía de Atención al Paciente con Dengue, los datos recogidos mediante la lista de chequeo que estimó el grado de adherencia a la Guía del personal médico y de enfermería y el análisis de lo reportado por el personal de salud en los grupos focales sobre las barreras y facilitadores que relacionadas con la adherencia a la Guía. Tras obtener los resultados de los dos componentes del estudio, se realizó la triangulación de los datos, con el fin de identificar la convergencia de la información y dar una mejor respuesta al objetivo general de la investigación, responder la pregunta de investigación y aportar a las entidades gubernamentales cuales son los hallazgos de más peso y dar solución jerárquicamente (97).

Al obtener los datos simultáneamente cuantitativos y cualitativos sin depender uno del otro permite que se pueda analizar en conjunto para encontrar el punto de interfaz, se tiene en cuenta los resultados del nivel de conocimiento con el grado de adherencia fusionando y comparando con las barreras y facilitadores, después de este análisis se observó que los datos solo convergían entre sí, estos resultados se presentan en una tabla de visualización conjunta (**Cuadro 5**).

## **6 Control de sesgos**

Siempre estará presente en la investigación el riesgo de cometer sesgos, por este motivo en este proyecto nos anticipamos para disminuirlos.

Uno de los sesgos que se pueden presentar es el sesgo de selección, sin embargo, para el objetivo número uno, la aplicación del cuestionario de conocimiento se realizó un muestreo aleatorio y de esta manera se minimizara este sesgo.

Un sesgo de información que se puede presentar es a la hora de la realización del cuestionario de conocimiento, pero se le dio a conocer al participante que dicho cuestionario será anónimo y la información confidencial, de este modo se minimizará este sesgo.

En las Historias clínicas se puede presentar un sesgo a la hora de la selección de las Historias, pero se minimizó con la selección de las Historias en su totalidad de los casos reportados con diagnóstico de dengue para el año 2018.

Otro posible sesgo que se puede considerar con las Historias clínicas es si la atención narrada es fidedigna, ya que puede suceder que algunos aspectos de la atención no queden plasmados en las Historias Clínicas; sin embargo, teniendo en cuenta la resolución 1995 de 2002, nos dice que las Historias deben de contener la totalidad de la información relevante del paciente y la descripción de la atención y manejo clínico que fue proporcionado por el personal médico y de enfermería.

Se realizó control de calidad y seguimiento de los datos cuantitativos y cualitativos, así como a la hora de la transcripción, con el fin de asegurar la rigurosidad de este procedimiento.

Al desarrollar la actividad de la prueba piloto y revisión por jueces expertos, se identificó el sesgo de medición, se reestructuraron preguntas y se corregirán los ítems que sean necesarios, verificando la consistencia interna de cada ítem con la aplicación de una alfa de Cronbach y validez de contenido mediante revisión por jueces expertos.

A la hora del análisis de los datos se puede estar frente a un sesgo de confusión, pero minimizó mediante la estandarización, estratificación y aplicación de los modelos multivariados de regresión logística.

## **7 Aspectos éticos**

La bioética es una disciplina que relaciona la filosofía con las ciencias de la salud, de ésta se desprenden normas que Guían la conducta del personal de salud, de los pacientes y de la sociedad en general. Está encargada del estudio, observancia y aplicación de los valores y principios orientados a salvaguardar la

dignidad de la persona y la preservación del medio ambiente en la prestación de los servicios e investigación en salud (98) .

La formación del investigador se desarrolla en la universidad de Antioquia, Colombia, por este motivo, esta investigación se rige bajo la resolución N° 8430 de la Republica de Colombia del año 1993, donde establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y los aspectos éticos de la investigación en seres humanos y prevalece el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar (artículo 5)(99).

Este proyecto, según el acuerdo del artículo 11, se clasifica como una investigación de riesgo mínimo “ Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de Historias Clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”(59).

Este estudio se implementó en el país de Venezuela y los procesos a realizar serán en acuerdo con la estructura normativa, organizativa y funcional del comité de investigación y bioética de la red hospitalaria del MPPS, en el que la investigación también se cataloga como de riesgo mínimo. Según esta ley, el o los investigadores no deberán recibir beneficio económico, en cuyo caso deberá someterse a consideración cuya decisión será irrevocable. En caso de que se prevean donaciones, pagos en dinero u otros, a los participantes del proyecto, tanto al personal de salud como a los pacientes, deberán especificarse detalladamente, y la percepción que se pretende para los investigadores no deberá influir en los resultados del trabajo a favor de un determinado producto o procedimiento (conflicto de intereses). En todos los casos se antepondrán los beneficios al paciente y el principio de no maleficencia (98).

Teniendo en cuenta que Venezuela se encuentra en un momento coyuntural y se viven conflictos económicos y políticos se contó, con apoyo logístico por parte de la corporación del estado Táchira para la movilidad hacia y desde los lugares donde se realizara la recolección de los datos, de esa forma se minimizara el riesgo de movilidad.

A los participantes se les aplicó un consentimiento informado para la aplicación del cuestionario de conocimiento (**Anexo 14**) y para las preguntas generadoras de los grupos focales (**Anexo 15**). Correspondiente al capítulo V: de las políticas operativas del comité investigación y bioética Artículo 23 de Venezuela, donde se explicará la implicación de participar en la investigación y así los participantes tienen la posibilidad de elegir si participan o no. Respetando los principios bioéticos de la voluntariedad.

Los participantes de la investigación son el personal médico y de enfermería, vinculados al MPPS. Se realizó un convocatoria libre y voluntaria mediada por los jefes de servicio y coordinador de CORPOSALUD, explicando oralmente la finalidad de su participación y minimizando el riesgo institucional siendo anónimo este estudio, así los participantes no contarán con ningún riesgo laboral para los participantes, porque cada uno de ellos contara con una codificación que solo la sabrá el investigador principal, quedando por escrito en el consentimiento informado con los detalles de la investigación, donde la investigación es netamente académica sin ningún ánimo de evaluar el desempeño de los participantes. Para la revisión de las Historias Clínicas siendo un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, se contó con los permisos requeridos por CORPOSALUD para los datos sensibles, de las instituciones donde se analizarán.

Los encuentros con los participantes contaron con un refrigerio y un aporte económico para la movilización hasta el lugar de encuentro de los grupos focales, la iniciativa de dar este apoyo económico nació de vivir la situación económica que vive el personal de salud y los factores como no contar con combustible suficiente para abastecer sus vehículos.

Acorde a lo anterior en las poblaciones de estudio se buscó minimizar los riesgos y maximizar los beneficios de los participantes, durante y posterior a la investigación. Los datos que se adquirieron son de tipo observacional, donde se podrá conocer sobre los conocimientos, actitudes, sobre el manejo y la implementación de las Guías de atención a los pacientes con dengue, de los médicos y enfermeras de los distintos niveles de salud que están vinculados al MPPS.

En la metodología planteada, la recolección de la información implica que se puede estar presente ante un riesgo biológico para el investigador, por ser el estado Táchira una zona endémica para esta enfermedad, por este motivo se tuvo en cuenta medidas de protección, en este caso sería la aplicación de repelente contra los mosquitos y la aplicación de tiamina una dosis intramuscular.

En la investigación los participantes fueron mayores de edad excluyendo poblaciones vulnerables como mujeres en estado de embarazo y/o lactancia, minorías étnicas, mujeres en edad fértil, recién nacidos, grupos subordinados, población recluida, población con trastornos mentales, para evitar exponerlas a un riesgo mayor.

En el momento de la aplicación de los instrumentos de conocimiento los participantes pueden presentar riesgos asociados con la prueba y estos podrían ser estrés, ansiedad, sudoración y cefalea, es por esto que la investigadora principal al ser médico general manejo la situación y si fuera necesario el posible traslado del participante a un centro de salud.

Para que no exista discriminación por los resultados se garantizará confidencialidad; este riesgo se minimizará, ya que los cuestionarios son anónimos. Posterior a la recolección de los datos se realizarán las bases de datos en Microsoft Excel®, encriptadas y guardadas en una memoria USB y el computador de la investigadora principal, donde únicamente ella conocerá la contraseña del computador y de las bases de datos, para posteriormente ser analizados en el programa SPSS. Al finalizar la investigación se guardará la información por 10 años, 5 de estos años se mantienen los datos tanto digitales como en físico; al pasar los 5 años se mantiene la forma digital, todo esto posterior a la presentación de los hallazgos.

Esta investigación arrojará unos resultados mediante el análisis de los datos donde se conocerán los beneficios y recomendaciones que se darán a conocer por medio de la publicación de los hallazgos para los entes interesados y los tomadores de decisiones.

Además, el protocolo de la investigación fue sometido ante el Comité de Bioética de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Colombia, contando con el aval para la recolección de los datos, en la Ciudad de San Cristóbal posterior a este aval la investigación cuenta con el aval de la Corporación de Salud del Estado Táchira, del Hospital Central de San Cristóbal, de la División de Epidemiología del Estado Táchira, para cumplir con las buenas prácticas de investigación.

## **8 Resultados**

A continuación, se presentan los principales hallazgos obtenidos a partir de los cuestionarios y grupos focales realizados al personal médico y de enfermería, actores claves en la investigación, y la lista de chequeo que se le practicó a las historias clínicas. Primero se presenta un contexto de lo evidenciado en el trabajo de campo y luego se describen los resultados que emergieron de los datos recogidos. Los resultados de la investigación se abordaron según los objetivos específicos: dos cuantitativos y uno cualitativo para finalizar convergiendo la información de estos objetivos en un objetivo mixto.

## **8.1 El Contexto del trabajo de campo**

Para la realización del trabajo de campo el equipo se trasladó desde la ciudad de Cúcuta, Colombia, a la ciudad de San Cristóbal, Venezuela, donde se realizaron las actividades con el personal de apoyo. Fue necesario cruzar el puente internacional Simón Bolívar caminando, ya que desde el año 2015 la frontera se encuentra cerrada por problemas políticos y económicos entre los dos países.

Las circunstancias de acceso al sitio de estudio y las escenas humanas contempladas en el camino hasta San Cristóbal, agregaron incertidumbre, desgaste físico y psicológico. Luego de la instalación se logró percibir desarticulación de la red de salud tanto en el nivel local- Corporación de Salud del Estado Táchira, como en el nivel central, por la escasa asistencia y participación a la convocatoria.

Esta desarticulación es uno de los motivos por los cuales los centros de salud no están cumpliendo con lo establecido según su nivel de atención, circunstancia que se agrava con la crisis económica, política y social que se vive en el país desde hace algunos años. En ese contexto se acentúan no sólo los desfases en los niveles de gobierno y la red de prestación de servicios de salud, sino también las limitaciones de recursos, especialmente lo que tiene que ver con la disponibilidad de personal médico.

Hay que decir que el Estado Táchira cuenta con 9 distritos Sanitarios y la ciudad de San Cristóbal pertenece al distrito Sanitario número uno. Este distrito cuenta con 4 centros de salud del nivel I, con 7 centros de salud de nivel II, con 5 centros de salud de nivel III, un centro de salud de nivel IV. Estos centros de salud fueron visitados en su totalidad, pero solo 7 de ellos cuentan con recurso humano (personal médico y de enfermería) para brindar el servicio de atención al paciente.

## **8.2 Resultados Objetivo 1**

***Determinar el conocimiento de la Guía de Atención al Paciente con Dengue que tiene el personal médico y de enfermería de los cuatro niveles de atención de salud.***

### **8.2.1 Características sociodemográficas e institucionales del personal de salud**

Se realizaron 109 cuestionarios al personal médico y de enfermería, soportados en un muestreo estratificado según el nivel de atención de salud y que cumplieron con los criterios de elegibilidad.

Este instrumento contó con previa prueba piloto para verificar los criterios de confiabilidad uno de ellos, validez de contenido por 3 jueces expertos donde se evaluó redacción, coherencia y pertinencia y análisis de consistencia interna mediante Alfa de Cronbach el resultado de este análisis en la prueba piloto fue de  $\alpha = 0.7$  lo que indica un buen índice de consistencia interna, considerando que es un instrumento exploratorio, se consideró aceptable y por ende se procedió a aplicar a la muestra en general.

En el cuestionario se reportan variables sociodemográficas y de conocimiento en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de dengue; se realizó un análisis descriptivo univariado, para después pasar a al análisis bivariado en búsqueda de asociaciones entre las variables sociodemográficas e institucionales con el conocimiento en el diagnóstico y tratamiento del dengue.

La Tabla 3 resume las características sociodemográficas e institucionales de la muestra, la cual estuvo compuesta por 81 mujeres para un 74,3% y 28 hombres para un 25,7%. La distribución por grupo etario muestra un predominio del grupo de 30 a 39 años (37,6%), seguidos de cerca por el grupo de < de 30 años (33,0%).

La mayor cantidad de participantes laboró en el hospital Central de San Cristóbal (60,6%), seguido del ambulatorio Sucre (9,2%), el Ambulatorio Puente Real y Ambulatorio del centro con 8,3%, los demás centros de salud conformaron el 13,8% de los participantes. Estos participantes son trabajadores de los servicios de pediatría, medicina general, familiar e interna, servicios donde son atendidos primordialmente los pacientes con dengue.

La formación profesional de los participantes estuvo conformada en su gran mayoría por licenciado(a) en enfermería con un 42,2%, seguido de médico(a) general con 33,0%, para conformar en total el personal de enfermería entre licenciados y técnicos superiores en enfermería en un 50,5% y el personal médico lo conformaron médicos generales, médicos integrales comunitarios y especialistas en un 49,5%.

El nivel cuatro de atención de salud conformó la mayoría de los participantes con el 60,6%, este nivel corresponde al hospital central de San Cristóbal, donde se imparte estudios de postgrado; es por este motivo que cuentan con la mayoría de

los participantes, seguido del nivel uno con 19,3%, el nivel dos 11,9 % y al nivel tres pertenece el 8,3%.

La experiencia laboral en años de los participantes mostró que el 50% de los participantes tienen 8 años de experiencia con el MPPS y el 41,3% tienen entre 1 y 5 años ejerciendo sus funciones para el MPPS, el 30,3% 11 años o más y el 28,4% entre 6 y 10 años.

Con respecto a si los participantes conocían o no la Guía de atención al paciente el 66,1% no conoce la Guía y solo el 33,9% refirió conocerla.

Una variable importante es la temporalidad con que ellos son capacitados o actualizados sobre el manejo del paciente acorde a como la Guía lo estipula: el 62,4% nunca ha recibido capacitación, el 24,8% entre 1 a 5 años de su última capacitación y el 12,8% refiere que hace 6 años o más fue capacitado.

**Tabla 3** Características sociodemográficas e institucionales del personal de salud.

Características	n=109	% mediana-(RIQ)
<b>Sexo</b>		
Masculino	28	25,7
Femenino	81	74,3
<b>Edad</b>		
		34 (29-43,5)
Menores de 30 años	28	25,7
30 a 39 años	49	45,0
40 o más años	32	29,4
<b>Centro de Salud</b>		
Hospital Central	66	60,6
Ambulatorio Puente Real	9	8,3
Ambulatorio Sucre	10	9,2
Ambulatorio Centro	9	8,3
Otros centros de salud	15	13,8
<b>Perfil profesional</b>		
Personal de enfermería	55	50,5
Personal de medicina	54	49,5
<b>Nivel de atención</b>		
Nivel I	21	19,3
Nivel II	13	11,9
Nivel III	9	8,3
Nivel IV	66	60,6
<b>Tiempo laborando MPPS</b>		
		8(4-12,5)
1 a 5 años	45	41,3
6 a 10 años	31	28,4
11 años o más	33	30,3
<b>Conoce la Guía de Atención</b>		
Si	37	33,9
No	72	66,1
<b>Última capacitación sobre la Guía</b>		
		4 (1-13)
1 a 5 años	27	24,8
6 años o más	14	12,8
Nunca	68	62,4

RIQ: Rango intercuartilico

### 8.2.2 Conocimiento del diagnóstico y tratamiento en el personal de médico y de enfermería según la Guía de Atención al Paciente con Dengue OMS.

Con el objetivo de evaluar el conocimiento en el diagnóstico y tratamiento del dengue, se desarrolló un cuestionario con 21 preguntas organizadas en 4 secciones: sociodemográfica, diagnóstico de dengue, tratamiento de dengue y generalidades de la Guía de Atención al Paciente con Dengue de la OMS.

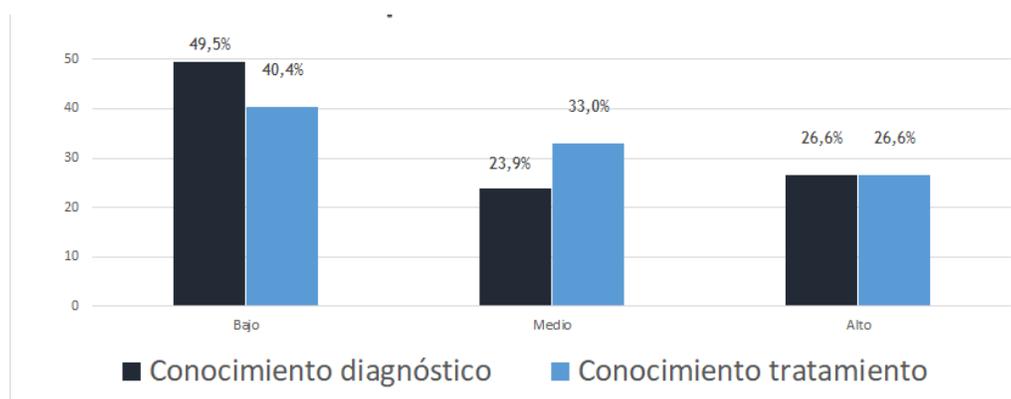
El puntaje promedio del personal médico y de enfermería (n=109) en el conocimiento del diagnóstico de dengue fue de 4,8 puntos con DE=1,2; el 50% de los participantes obtuvieron 5 puntos con una escala de 0 a 7 puntos. En cuanto al conocimiento del tratamiento, el puntaje promedio de los participantes fue de 2,9 puntos con DE=1,0; el 50% de los participantes obtuvo 3 puntos en una escala de 0 a 5 puntos.

**Tabla 4** Puntos de corte según percentiles sobre el conocimiento del diagnóstico y tratamiento.

Puntos de corte	Bajo	Medio	Alto
<b>Conocimiento diagnóstico</b>	0 a 4,69	4,7 a 5,59	5,6 a 7
<b>Conocimiento tratamiento</b>	0 a 2,72	2,73 a 3,78	3,79 a 5

Conforme se registra en la tabla 4, se realizaron puntos de corte según percentiles con el fin de obtener tres categorías: bajo (0 a 4,69), medio (4,7 a 5,59) y alto (5,6 a 7) de valoración del conocimiento del diagnóstico y para tratamiento del dengue bajo (0 a 2,72), medio (2,73 a 3,78) y alto (3,79 a 5).

**Gráfico 2** Conocimiento del diagnóstico y tratamiento por parte del personal de salud.



Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico 2, se observan tres categorías de conocimiento: bajo, medio y alto. En el personal médico y de enfermería se observa que el 49,5% tienen un

conocimiento bajo en el diagnóstico y 40,4% en el tratamiento; 23,9% presentan conocimiento medio en el diagnóstico y 33% en el tratamiento; y finalmente, el 26,65 % de los participantes están en la categoría de alto conocimiento en el diagnóstico y tratamiento.

### 8.2.3 Factores asociados al conocimiento del diagnóstico y tratamiento de pacientes con dengue.

Con el fin de identificar los factores que se asocian a un adecuado conocimiento en el diagnóstico y tratamiento al paciente con dengue, se dicotomizó la variable dependiente “conocimiento en el diagnóstico y en el tratamiento (Sí-No)” para posteriormente abordar el análisis multivariado, tomando en cuenta los puntos de corte por percentiles registrados en la tabla 4; se establecen las categorías “adecuado conocimiento” (alto y medio) y “bajo o inadecuado conocimiento” (bajo) **(Gráfico 3)**

**Gráfico 3** Categorías de variable desenlace conocimiento en el diagnóstico y tratamiento dicotomizada en (Sí-No) para análisis bivariado y multivariado.

Análisis bivariado y regresión logística

Sí(1)	Categorías: alto y medio
No(0)	Categorías: bajo

#### 8.2.3.1 Factores asociados al conocimiento del diagnóstico

En la tabla 5 se observa el resumen del análisis bivariado de las variables independientes, relacionados con la variable dependiente: conocimiento del diagnóstico, (Si) cuando es adecuado y (No) para no adecuado.

Se exploró asociación inicial a través de una Chi cuadrado ( $X^2$ ) de independencia entre las variables, con el fin de obtener medidas de asociación. Además, Se determinó asociación significativa cuando se cumplieran estos dos criterios: valor  $p$  menor al alfa ( $p \leq 0,05$ ) y/o menor a 0,25 (Criterio de *Hosmer Lemeshow*). Esto con el fin de explorar cuales variables independientes son candidatas para ingresar a un modelo de regresión logística binaria.

**Tabla 5** Conocimiento del diagnóstico según características del personal de salud

Variables	Diagnóstico		Valor P
	Sí	No	
	50,5%(55)	49,5%(54)	
Sexo			<b>0,208*</b>
	Femenino	46,9%(38)	53,1%(43)
	Masculino	60,7%(17)	39,3%(11)
Edad			<b>0,086*</b>
	Menores de 30 años	53,6%(15)	46,4%(13)
	30 a 39 años	59,2%(29)	40,8%(20)
	40 o más años	34,4%(11)	65,6%(21)
Formación profesional			<b>0,001*</b>
	Personal de enfermería	34,5%(19)	65,5%(36)
	Personal de medicina	66,7%(36)	33,3%(18)
Nivel de atención			0,617
	Nivel I	47,6%(10)	52,4%(11)
	Nivel II	38,5%(5)	61,5%(8)
	Nivel III	66,7%(6)	33,3%(3)
	Nivel IV	51,5%(34)	48,5%(32)
Tiempo lab MPPS			0,774
	1 a 5 años	53,3%(24)	46,7%(21)
	6 a 10 años	45,2%(14)	54,8%(17)
	11 o más	51,5%(17)	48,5%(16)
Conoce la Guía de Atención			<b>0,080*</b>
	Sí	62,2%(23)	37,8%(14)
	No	44,4%(32)	55,6%(40)
Capacitación			<b>0,190*</b>
	No	45,6%(31)	54,4%(37)
	Sí	58,5%(24)	41,5%(17)

\* Test Chi cuadrado de independencia

De este modo se pudo constatar que las variables independientes “sexo” ( $p=0,208$ ), “Edad” ( $p=0,086$ ), “Formación profesional” ( $p=0,001$ ), “Conoce la Guía de Atención” ( $p=0,080$ ) y “Capacitación” ( $p=0,190$ ) se asociaron significativamente con el desenlace conocimiento en el diagnóstico. Por lo tanto, son candidatas a ingresar a un modelo múltiple para mejor ajuste por variables independientes mediante un análisis multivariado de regresión logística binaria.

### 8.2.3.2 Factores asociados al conocimiento del tratamiento.

En la tabla 6 se observan las variables independientes relacionadas con la variable dependiente “conocimiento en el tratamiento”: adecuado (Sí) y no adecuado (No).

Se exploró asociación inicial a través de una Chi cuadrado ( $X^2$ ) de independencia entre las variables con el fin de obtener medidas de asociación. Se determinó asociación significativa cuando se cumplieran estos dos criterios: valor p menor al alfa ( $p \leq 0,05$ ) y/o menor a 0,25 (Criterio de *Hosmer Lemeshow*). En este sentido, explorar cuales variables independientes son candidatas para ingresar a un modelo de regresión logística binaria.

**Tabla 6** Conocimiento del tratamiento según características del personal de salud

Variables	Tratamiento		Valor P
	Sí	No	
	59,6%(65)	40,4%(44)	
Sexo			<b>0,036*</b>
Femenino	65,4%(53)	34,6%(28)	
Masculino	42,9%(12)	57,1%(16)	
Edad			<b>0,198*</b>
Menores de 30 años	46,4%(13)	53,6%(15)	
30 a 39 años	67,3%(33)	32,7%(16)	
40 o más años	59,4%(19)	40,6%(13)	
Formación profesional			0,390
Personal de enfermería	63,6%(35)	36,4%(20)	
Personal de medicina	55,6%(30)	44,4%(24)	
Nivel de atención			0,805
Nivel I	66,7%(14)	33,3%(7)	
Nivel II	61,5%(8)	38,5%(5)	
Nivel III	66,7%(6)	33,3%(3)	
Nivel IV	56,1%(37)	43,9%(29)	
Tiempo lab MPPS			0,530
1 a 5 años	53,3%(24)	46,7%(21)	
6 a 10 años	64,5%(20)	35,5%(11)	
11 o más	63,6%(21)	36,4%(12)	
Conoce la Guía de Atención			<b>0,226*</b>
Sí	67,6%(25)	32,4%(12)	
No	55,6%(40)	44,4%(32)	
Capacitación			<b>0,073*</b>
No	66,2%(45)	33,8%(23)	
Sí	48,8%(20)	51,2%(21)	

\* Test Chi cuadrado de independencia

Se evidencia que la variable “sexo” ( $p=0,036$ ) se asoció significativamente con el desenlace “conocimiento en el tratamiento”, según valor p menor al alfa ( $p \leq 0,05$ ). Además, se pudo constatar que las variables independientes “Edad” ( $p=0,198$ ), “Conoce la Guía de Atención” ( $p=0,226$ ) y “Capacitación” ( $p=0,073$ ), se asociaron también con el desenlace conocimiento en el tratamiento, según Criterio de Hosmer Lemeshow. Por lo tanto, las variables son candidatas a ingresar a un modelo múltiple para mejor ajuste por variables independientes mediante un análisis multivariado de regresión logística binaria.

### 8.2.4 Modelos de regresión logística binaria de factores asociados al conocimiento en el diagnóstico y tratamiento del personal de salud

Con el fin de observar cual o cuales de las variables independientes explican el desenlace “conocimiento en el diagnóstico y tratamiento” se realizaron regresiones logísticas binaria con su medida de asociación Odds ratio (OR).

En la tabla 7 se observan las variables independientes, su medida de asociación, el intervalo de confianza y el desenlace conocimiento en el diagnóstico. Adicionalmente, con el propósito de observar el fenómeno en estudio se incluyen todas las variables independientes y explorar que sucede en el modelo de regresión logística binaria.

**Tabla 7** Factores asociados al conocimiento del diagnóstico de dengue según regresión logística binaria, personal de salud de hospitales públicos de San Cristóbal, Venezuela.2019. (n=109)

Variables	Sí	No	B	OR (IC 95%)
<b>Constante</b>			-1,731	
<b>Formación profesional</b>				
Personal de enfermería+	34,5%(19)	65,5%(36)		1
Personal de medicina	66,7%(36)	33,3%(18)	1,407	<b>4,084(1,683-9,909)</b>
<b>Edad</b>				
Menores de 30 años	53,6%(15)	46,4%(13)	1,005	2,733(0,827-9,026)
30 a 39 años	59,2%(29)	40,8%(20)	1,085	<b>2,959(1,057-8,278)</b>
40 o más años+	34,4%(11)	65,63%(21)		1
<b>Sexo</b>				
Femenino+	46,9%(38)	53,1%(43)		1
Masculino	60,7%(17)	39,3%(11)	,260	1,297(0,455-3,699)
<b>Conoce la Guía de Atención</b>				
Si	62,2%(23)	37,8%(14)	1,011	<b>2,748(1,068-7,071)</b>
No+	44,4%(32)	55,6%(40)		1
<b>Capacitación</b>				
No+	45,6%(31)	54,4%(37)		1
Sí	58,5%(24)	41,5%(17)	,589	1,802(0,675-4,810)
<b>Nivel de atención</b>				
Nivel I+	47,6%(10)	52,4%(11)		1
Nivel II	38,5%(5)	61,5%(8)	-,195	0,823(0,164-4,113)
Nivel III	66,7%(6)	33,3%(3)	,420	1,522(0,210-11,025)
Nivel IV	51,5%(34)	48,5%(32)	-,526	0,591(0,184-1,899)

(+) Categoría de referencia

Se realiza regresión logística binaria para observar los factores que puedan estar asociados con el adecuado conocimiento en el diagnóstico categoría (Sí). También, se ingresaron las variables estadísticamente significativas por

plausibilidad biológica de acuerdo con el grupo de investigadores, esto con el fin de observar que sucede con el fenómeno estudiado de modo exploratorio.

Una vez realizada la regresión logística con las variables independientes, se puede observar que las variables “Formación profesional”, “Edad” y “Conoce la Guía de Atención” arrojaron valores estadísticamente significativos por valor p e intervalos de confianza. Se puede inferir que la variable formación profesional nos muestra que por cada personal de enfermería que conoce el diagnóstico del paciente con dengue hay 4 del personal de medicina que lo conocen. También por cada persona que tenga 40 años o más, hay 3 de 30 a 39 años que conocen la Guía. En adición, por cada persona que refiere no conocer la Guía de Atención al Paciente con Dengue, hay dos personas que sí la conocen, junto con el diagnóstico del paciente con dengue.

En la tabla 8 se observan las variables independientes, su medida de asociación OR (odds ratio), su intervalo de confianza y el desenlace “conocimiento en el tratamiento”. Se incluyen todas las variables independientes con el propósito de observar el fenómeno en estudio y explorar que sucede en el modelo de regresión logística binaria.

**Tabla 8** Factores asociados al conocimiento del tratamiento de dengue según regresión logística binaria, personal de salud de hospitales públicos de San Cristóbal, Venezuela 2019.

<b>Variables</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>B</b>	<b>OR (IC 95%)</b>
<b>Constante</b>			-1,636	
<b>Formación profesional</b>				
Personal de enfermería	63,6%(35)	36,4%(20)	0,308	1,361 (0,580-3,197)
Personal de medicina+	55,6%(30)	44,4%(24)		1
<b>Edad</b>				
Menores de 30 años+	46,4%(13)	53,6%(15)		1
30 a 39 años	67,3%(33)	32,7%(16)	1,199	<b>3,316 (1,100-9,996)</b>
40 o más años	59,4%(19)	40,6%(13)	,642	1,900 (0,607-5,945)
<b>Sexo</b>				
Femenino	65,4%(53)	34,6%(28)	,867	2,380 (0,877-6,459)
Masculino+	42,9%(12)	57,1%(16)		1
<b>Conoce la Guía de Atención</b>				
Si	67,6%(25)	32,4%(12)	,428	1,534 (0,612-3,843)
No+	55,6%(40)	44,4%(32)		1
<b>Ultima capacitación</b>				
No	66,2%(45)	33,8%(23)	,308	1,361 (0,549-3,377)
Sí+	48,8%(20)	51,2%(21)		1
<b>Nivel de atención</b>				
Nivel I	66,7%(14)	33,3%(7)	,150	1,162 (0,367-3,678)
Nivel II	61,5%(8)	38,5%(5)	,597	1,817 (0,433-7,616)
Nivel III	66,7%(6)	33,3%(3)	1,220	3,387 (0,639-17,945)
Nivel IV+	56,1%(37)	43,9%(29)		1

(+) Categoría de referencia

Se realiza regresión logística binaria para observar los factores que puedan estar asociados con el adecuado conocimiento en el tratamiento categoría (Sí) y se ingresaron las variables estadísticamente significativas en el análisis anterior y por plausibilidad biológica de acuerdo con el grupo de investigadores con el fin de observar que sucede con el fenómeno estudiado de modo exploratorio.

Una vez realizada la regresión logística con las variables independientes, se puede observar que solo la variable "Edad" arroja valores estadísticamente significativos por valor p e intervalos de confianza. Se puede inferir que, por cada persona menor a 30 años de edad, existen 3 personas de 30 a 39 años de edad que tienen un adecuado conocimiento del tratamiento del paciente con dengue.

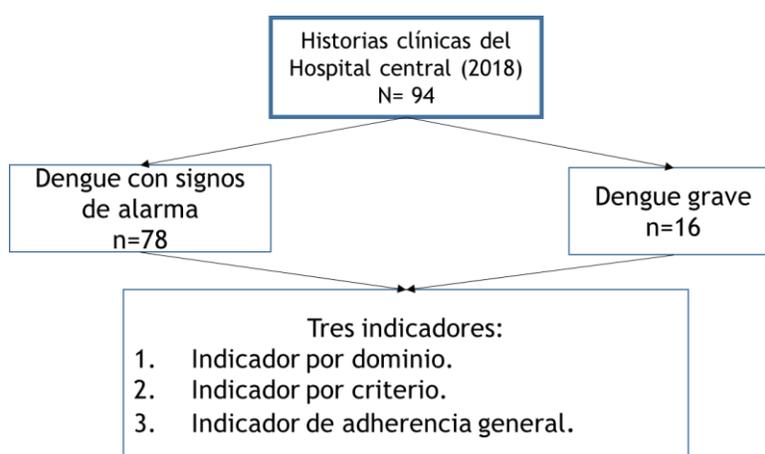
### 8.3 Resultados Objetivo 2

#### ***Estimar el grado de adherencia de la Guía de Atención al Paciente con Dengue en el personal médico y de enfermería del Hospital Central de San Cristóbal.***

Con el desarrollo de este objetivo es posible identificar criterios y dominios puntuales para poder estimar donde está fallando la atención clínica de los pacientes, teniendo en cuenta como estándar el cumplimiento >80% de las Guías de atención al paciente.

Se realizó el censo total de las historias clínicas correspondientes a los casos de dengue del Hospital Central de San Cristóbal nivel IV, hospital referente a nivel local, regional y nacional. En este centro se cuenta con el área de hospitalización ya que, por la situación actual de Venezuela los niveles de atención III y II no cuentan con la infraestructura y personal suficiente para la hospitalización del paciente.

**Gráfico 4** Distribución e indicadores de las historias clínicas.



Fuente: Elaboración propia.

Las Historias clínicas a las que se les aplicó la lista de chequeo para posterior análisis, fueron el total de los casos (N=94) atendidos en el Hospital Central de San Cristóbal del año 2018, estas Historias corresponden a los diagnósticos de dengue con signos de alarma (n=78) y dengue grave (n=16).

El análisis descriptivo univariado de las Historias clínicas se presenta a través de tres indicadores de adherencia: Indicador de adherencia por criterio, Indicador de adherencia por dominios, Indicador de adherencia general de las historias clínicas.

### 8.3.1 Indicador de adherencia por criterio dengue con signos de alarma según la Guía de atención al paciente.

La Historia Clínica cuenta con 114 ítems y en la tabla 9 observamos los criterios de las historias clínicas que fueron adherentes de estos 114 criterios.

Los criterios adherentes fueron 47, los cuales son superiores al indicador de adherencia > 80%. Estos criterios conforman 6 dominios de la lista de chequeo

**Tabla 9** Adherencia por criterios dengue con signos de alarma. Pacientes notificados COPORSALUD, Hospital Central de San Cristóbal, Estado Táchira. 2019.

Dominio	Criterio	Dengue con Signo de Alarma			
		Cumple		No cumple	
		Valor	%	Valor	%
1. Manejo integral del dengue	Historia Clínica	78	100.0%	0	0.0%
	Examen Físico	75	96.2%	3	3.8%
	Temperatura	78	100.0%	0	0.0%
	Frecuencia cardiaca	76	97.4%	2	2.6%
	Frecuencia respiratoria	78	100.0%	0	0.0%
	Presión Arterial	71	91.0%	7	9.0%
	Fecha de inicio de síntomas	77	98.7%	1	1.3%
	Día de evolución	77	98.7%	1	1.3%
	Resultados de Laboratorio y gabinete	76	97.4%	2	2.6%
	Hemograma completo diario con interpretación	68	87.2%	10	12.8%
	Presencia/Ausencia signos de alarma	71	91.0%	7	9.0%
	Consignación del Diagnóstico	72	92.3%	6	7.7%
	Seguimiento diario hasta el egreso	74	94.9%	4	5.1%

Dominio	Criterio	Dengue con Signo de Alarma			
		Cumple		No cumple	
		Valor	%	Valor	%
<b>1. Manejo integral del dengue</b>	Historia Clínica	78	100,0%	0	0,0%
	Examen Físico	75	96,2%	3	3,8%
	Temperatura	78	100,0%	0	0,0%
	Frecuencia cardiaca	76	97,4%	2	2,6%
	Frecuencia respiratoria	78	100,0%	0	0,0%
	Presión Arterial	71	91,0%	7	9,0%
	Fecha de inicio de síntomas	77	98,7%	1	1,3%
	Día de evolución	77	98,7%	1	1,3%
	Resultados de Laboratorio y gabinete	76	97,4%	2	2,6%
	Hemograma completo diario con interpretación	68	87,2%	10	12,8%
	Presencia/Ausencia signos de alarma	71	91,0%	7	9,0%
	Consignación del Diagnóstico	72	92,3%	6	7,7%
Seguimiento diario hasta el egreso	74	94,9%	4	5,1%	
<b>2. Unidad dengue</b>	Ingreso a Unidad de Atención a Dengue	73	93,6%	5	6,4%
	Día de evolución	73	93,6%	5	6,4%
	Signos vitales	74	94,9%	4	5,1%
	Descripción de síntomas	74	94,9%	4	5,1%
	Descripción de signos	74	94,9%	4	5,1%
	Reporte presencia/ausencia de signos de alarma	73	93,6%	5	6,4%
	Resultado de laboratorio	74	94,9%	4	5,1%
	Indicaciones para enfermería	73	93,6%	5	6,4%
	Indicaciones de tratamiento	74	94,9%	4	5,1%
	Indicaciones de laboratorio	70	89,7%	8	10,3%
Hoja de resumen de evolución por turno	71	91,0%	7	9,0%	
<b>4. Manejo intrahospitalario dengue</b>	Hoja de Evolución Intrahospitalaria Diaria	73	93,6%	5	6,4%
	Consignación de criterios de manejo intrahospitalario	68	87,2%	10	12,8%
	Determinación de plaquetas inferior a 100.000/mm3	64	82,1%	14	17,9%
	Examen Físico	69	88,5%	9	11,5%
	Nota médica por turno	74	94,9%	4	5,1%
	Hemograma completo diario	71	91,0%	7	9,0%
<b>5. Tratamiento intrahospitalario dengue</b>	Dieta según criterio clínico	72	92,3%	6	7,7%
	Hidratación según tolerancia VO	69	88,5%	9	11,5%
	Acetaminofén PRN	70	89,7%	8	10,3%
	Vigilar por signos de alarma	71	91,0%	7	9,0%
	Criterios de egreso	68	87,2%	10	12,8%
	Mejoría clínica evidente	70	89,7%	8	10,3%
	Estabilidad hemodinámica o ausencia de signos de alarma en 48 hrs con Sx de alarma o 72hrs	67	85,9%	11	14,1%
	Afebril sin antipiréticos en las ultimas 48hrs	68	87,2%	10	12,8%
	Plaquetas mayores a 100 000/mm3 o tendencia al ascenso importante en dos exámenes con una diferencia de 24hrs	69	88,5%	9	11,5%
<b>6. Cuidados de enfermería para todos los casos de dengue</b>	Toma de signos vitales	72	92,3%	6	7,7%
	Cumplimiento de indicaciones médicas	73	93,6%	5	6,4%
	Anotación de signos en la hoja de "signos vitales"	66	84,6%	12	15,4%
	Dieta indicada	73	93,6%	5	6,4%
	Anormalidades comunicadas al médico de turno (PAM)	64	82,1%	14	17,9%
	Vigilancia constante de paciente inestable	67	85,9%	11	14,1%

En el nivel Excelente se encuentran los criterios ( $\geq 95$  %) con un (100%) de cumplimiento, se destaca el dominio manejo integral del dengue con 8/20 criterios excelentes, entre estos los siguientes criterios Historia Clínica completa, examen físico, temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, fecha de inicio de síntomas, día de evolución, resultados de laboratorio y gabinete.

En el nivel Bueno (80- 94,9%) quedaron clasificados los siguientes 5/20 criterios del dominio manejo integral del dengue como: presión arterial, hemograma completo diario con interpretación, presencia/ausencia signos de alarma, consignación del diagnóstico, seguimiento diario hasta el egreso; seguidamente el dominio Unidad de dengue con 11/13 criterios como: signos vitales, descripción de síntomas, descripción de signos, resultado de laboratorio, indicaciones de tratamiento, estos criterios se cumplieron a 74 pacientes (94,9%), en el dominio manejo intrahospitalario dengue con 6/30 criterios: nota médica por turno se cumplió a 74 pacientes (94,9%, seguido de hoja de evolución intrahospitalaria diaria cumpliéndose a 73 pacientes (93,6%); el dominio tratamiento intrahospitalario dengue con 10/28 criterios: dieta según criterio clínico se cumplió a 72 pacientes (92,3%) seguido de vigilar por signos de alarma cumpliéndose a 71 pacientes (91%); finalmente en el dominio cuidados de enfermería para todos los casos de dengue con 7/17 criterios los cuales son: cumplimiento de indicaciones médicas, cumplimiento de indicaciones médicas se cumplió a 72 pacientes (92,3%).

Finalmente, criterios que se encontraron no adherentes fueron 67/114 en los niveles Deficiente, Bajo y Regular (0-79,9%) algunos de ellos son: virología en coordinación con CORPOSALUD, presión arterial media, diagnósticos diferenciales, hoja de evolución ambulatoria diaria del paciente con dengue, clasificación de los casos según evolución (naranja, rojo, verde), control de ingesta y excreta anotados, signos vitales cada cuatro horas o más frecuentes.

### **8.3.2 Indicador de adherencia por dominio dengue con signos de alarma según la Guía de atención al paciente.**

En la tabla número 10 se observan los 6 dominios que conforman la lista de chequeo y su clasificación según el indicador de adherencia  $>80\%$ , el dominio unidad de dengue con el 85,4% se encuentra en la clasificación Bueno (80- 94.9 %) siendo este dominio el único indicador que fue adherente en los pacientes atendidos por el diagnóstico de dengue con signos de alarma, los demás dominios de la lista se encuentran por debajo del umbral del 80%.

**Tabla 10** Adherencia por dominios dengue con signos de alarma Pacientes notificados COPORSALUD, Hospital Central de San Cristóbal, Estado Tachira.2019.

Dengue con signos de alarma	1.Manejo integral dengue y dengue grave	2. Unidad dengue	3.Tratamiento ambulatorio dengue	4.Manejo intrahospitalario dengue	5.Tratamiento intrahospitalario dengue	6.Cuidados de enfermería para todos los casos de dengue
Excelente ≥95 %						
Bueno 80- 94.9 %		85,4%				
Regular 60-79,9 %	70,2%					
Bajo 40-59,9 %			50,3%		45,7%	53,6%
Deficiente 0 - 39,9 %				33,1%		

### 8.3.3 Indicador de adherencia por criterio dengue grave según la Guía de atención al paciente.

En la tabla 11 observamos los criterios de las historias clínicas que fueron adherentes en total son 114 criterios y los adherentes fueron 52, los cuales son superiores al umbral del 80% según indicador de adherencia, correspondientes a los 6 dominios que conforma la lista de chequeo, los criterios que no fueron adherentes se encuentran anexos.

**Tabla 11** Adherencia por criterios dengue grave. Pacientes notificados COPORSALUD, Hospital Central de San Cristóbal, Estado Tachira.2019.

Dominio	Criterio	Dengue grave (n=16)			
		Cumple		No cumple	
		Valor	%	Valor	%
1. Manejo integral del dengue	Hoja de Evolución ambulatoria Diaria del Paciente con Dengue	16	100.0%	0	0.0%
	Historia Clínica	16	100.0%	0	0.0%
	Examen Físico	16	100.0%	0	0.0%
	Diagnósticos Diferenciales	15	93.8%	1	6.3%
	Temperatura	16	100.0%	0	0.0%

Dominio	Criterio	Dengue grave (n=16)			
		Cumple		No cumple	
		Valor	%	Valor	%
<b>1. Manejo integral del dengue</b>	Frecuencia cardiaca	16	100.0%	0	0.0%
	Frecuencia respiratoria	16	100.0%	0	0.0%
	Presión Arterial	16	100.0%	0	0.0%
	Presión A Media	14	87.5%	2	12.5%
	Fecha de inicio de síntomas	16	100.0%	0	0.0%
	Día de evolución	16	100.0%	0	0.0%
	Resultados de Laboratorio y gabinete	16	100.0%	0	0.0%
	Hemograma completo diario con interpretación	16	100.0%	0	0.0%
	Presencia/Ausencia signos de alarma	15	93.8%	1	6.3%
	Consignación del Diagnóstico	16	100.0%	0	0.0%
	Seguimiento diario hasta el egreso	16	100.0%	0	0.0%
<b>2. Unidad dengue</b>	Ingreso a Unidad de Atención a Dengue	16	100.0%	0	0.0%
	Día de evolución	16	100.0%	0	0.0%
	Signos vitales	16	100.0%	0	0.0%
	Descripción de síntomas	16	100.0%	0	0.0%
	Descripción de signos	16	100.0%	0	0.0%
	Reporte presencia/ausencia de signos de alarma	16	100.0%	0	0.0%
	Resultado de laboratorio	16	100.0%	0	0.0%
	Indicaciones para enfermería	15	93.8%	1	6.3%
	Indicaciones de tratamiento	16	100.0%	0	0.0%
	Indicaciones de laboratorio	14	87.5%	2	12.5%
	Control de PAM mínima y máxima de las ultimas 24hrs	13	81.3%	3	18.8%
	Control de ingesta/excreta	13	81.3%	3	18.8%
	<b>3. Tratamiento ambulatorio dengue</b>	Hoja de Evolución Intrahospitalaria Diaria del Paciente con Dengue	16	100.0%	0
Consignación de criterios de manejo intrahospitalario		13	81.3%	3	18.8%
Determinación de plaquetas inferior a 100.000/mm3		15	93.8%	1	6.3%
Consignación de signos de alarma		15	93.8%	1	6.3%
Caída rápida de las plaquetas		13	81.3%	3	18.8%
Examen Físico		13	81.3%	3	18.8%
Nota médica por turno		15	93.8%	1	6.3%
Hemograma completo diario		15	93.8%	1	6.3%
<b>4. Manejo intrahospitalario dengue</b>	Dieta según criterio clínico	16	100.0%	0	0.0%
	Acetaminofén PRN	14	87.5%	2	12.5%
	Hemograma completo diario	15	93.8%	1	6.3%
	Vigilar por signos de alarma	15	93.8%	1	6.3%
	Criterios de egreso	16	100.0%	0	0.0%
	Mejoría clínica evidente, buen apetito y buena diuresis (0,75-1,5 ml/kg/hora)	16	100.0%	0	0.0%
	Estabilidad hemodinámica o ausencia de signos de alarma en 48 hrs	16	100.0%	0	0.0%
	Afebril sin antipiréticos en las ultimas 48hrs	15	93.8%	1	6.3%
	Plaquetas mayores a 100 000/mm3 o tendencia al ascenso importante en dos exámenes con una diferencia de 24hrs	16	100.0%	0	0.0%
	Toma de muestra de serología por dengue	15	93.8%	1	6.3%
	Consignación del diagnóstico "dengue con signos de alarma o grave con extravasación"	15	93.8%	1	6.3%
	Epicrisis	16	100.0%	0	0.0%

Dominio	Criterio	Dengue grave (n=16)			
		Cumple		No cumple	
		Valor	%	Valor	%
<b>5. Tratamiento intrahospitalario dengue</b>	Toma de signos vitales	15	93.8%	1	6.3%
	Orientación al servicio y ubicación en unidad respectiva	14	87.5%	2	12.5%
	Cumplimiento de indicaciones médicas	15	93.8%	1	6.3%
	Anotación de signos en la hoja de "signos vitales"	13	81.3%	3	18.8%

En el nivel excelente de cumplimiento se encuentran los criterios ( $\geq 95\%$ ) con un (100%) de cumplimiento, se destacan los criterios de dominio de Manejo Integral del Dengue con 13/20 criterios excelentes. Seguido por el dominio Unidad Dengue con 12/13 criterios excelentes. Los criterios excelentes son: hoja de evolución ambulatoria diaria del paciente con dengue, historia clínica, examen físico, temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, fecha de inicio de síntomas, día de evolución, resultados de laboratorio y gabinete, hemograma completo diario con interpretación, consignación del diagnóstico, seguimiento diario hasta el egreso, ingreso a unidad de atención a dengue, día de evolución, signos vitales, descripción de síntomas, reporte presencia/ausencia de signos de alarma, resultado de laboratorio, indicaciones de tratamiento, hoja de evolución intrahospitalaria diaria del paciente con dengue, dieta según criterio clínico, criterios de egreso, mejoría clínica evidente, buen apetito, buena diuresis (0,75-1,5 ml/kg/hora), estabilidad hemodinámica o ausencia de signos de alarma en 48 hrs con sx de alarma o 72hrs si cursaron con dengue grave, plaquetas mayores a 100.000/mm<sup>3</sup> o tendencia al ascenso importante en dos exámenes con una diferencia de 24hrs y epicrisis.

En el nivel bueno quedaron clasificados los siguientes criterios: diagnósticos diferenciales, presencia/ausencia signos de alarma, indicaciones para enfermería, determinación de plaquetas inferior a 100.000/mm<sup>3</sup>, consignación de signos de alarma, nota médica por turno, hemograma completo diario, vigilar por signos de alarma, afebril sin antipiréticos en las últimas 48hrs, toma de muestra de serología por dengue, consignación del diagnóstico "dengue con signos de alarma o grave con extravasación", toma de signos vitales, cumplimiento de indicaciones médicas, con cumplimiento a 15 pacientes (93,8%). Además, presión arterial media, indicaciones de laboratorio, orientación al servicio y ubicación en unidad respectiva, cumplidas a 14 pacientes (87,5%). Finalmente, los criterios de control de PAM mínima y máxima de las últimas 24hrs, control de ingesta/excreta, consignación de criterios de manejo intrahospitalario, caída rápida de las plaquetas, examen físico, anotación de signos en la hoja de "signos vitales" se cumplieron a 13 pacientes (81,3%).

Finalmente, criterios que se encontraron no adherentes fueron 62/114 en los niveles Deficiente, Bajo y Regular (0-79,9%) algunos de ellos son: Virología en coordinación con CORPOSALUD, Consignación de criterios de alta de la consulta

de dengue (Ausencia de fiebre 48hrs, tendencia a normalización del leucograma, mejoría clínica y buen apetito, ascenso de plaquetas), PAM baja según sexo y edad asociada a signos de hipoperfusión o taquicardia en niños, clasificación de los casos según evolución (naranja, rojo, verde), solución de mantenimiento si no tolera VO, control estricto de la presión arterial, signos vitales cada cuatro horas o más frecuentes, verificación de existencia en banco de Sangre de plasma, crioprecipitados y plaquetas, si PK's <50 000, transfusión de plaquetas según peso si hay riesgo a la vida del paciente, control de ingesta y excreta anotados, anormalidades comunicadas al médico de turno (incluido descenso de la PAM), vigilancia constante de paciente inestable.

### 8.3.4 Indicador de adherencia por dominio dengue con signos de alarma según la Guía de atención al paciente.

En la tabla número 12, se observan los 6 dominios que conforman la lista de chequeo y su clasificación según el indicador de adherencia >80%. Dos de los dominios se encuentran sobre el umbral del 80% los cuales son: unidad dengue (93,8%) y manejo integral dengue y dengue grave (82,8%). Los dominios restantes son tratamiento ambulatorio dengue, manejo intrahospitalario dengue, tratamiento intrahospitalario dengue y cuidados de enfermería que se encuentra por debajo del umbral del 80%.

**Tabla 12** Adherencia por dominios dengue grave de pacientes notificados COPORSALUD, Hospital Central de San Cristóbal, Estado Tachira.2019.

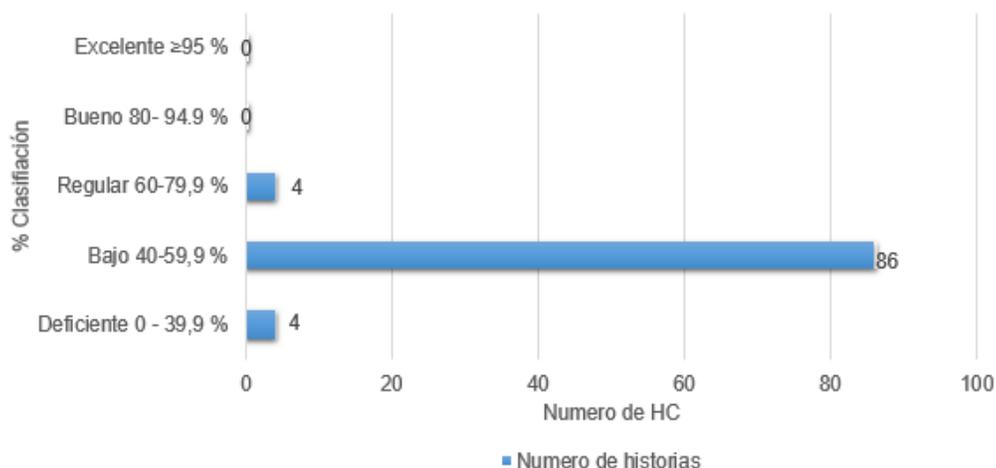
Dengue Grave	1.Manejo integral dengue y dengue grave	2. Unidad dengue	3.Tratamiento o ambulatorio dengue	4.Manejo intrahospitalario o dengue	5.Tratamiento intrahospitalario dengue	6.Cuidados de enfermería para todos los casos de dengue
Excelente $\geq 95$ %						
Bueno 80- 94.9 %	82,8%	93,8%				
Regular 60-79,9 %						
Bajo 40-59,9 %					49,6%	
Deficiente 0 - 39,9 %			4,7%	35,5%		32,7%

### 8.3.5 Adherencia general de las historias clínicas.

El porcentaje de adherencia general de las Historias clínicas es de 60,4% considerado como Regular (dentro del rango 60-79,9 %). Para este estudio en

general las Historias clínicas (N=94) no resultaron adherentes. Se encontró particularmente que desglosadas 4 historias se encuentran en la clasificación Regular (60-79,9 %), 86 historias en la clasificación Bajo (40-59,9 %) y 4 en la clasificación Deficiente (0 - 39,9 %).

**Gráfico 5** Porcentaje de adherencia del total de las Historias clínicas.



Fuente: Elaboración propia.

#### 8.4 Resultados objetivo 3.

##### ***Identificar barreras y facilitadores relacionados con la adherencia a la Guía de Atención al Paciente con Dengue del personal médico y de enfermería.***

Con el fin de dar respuesta al tercer objetivo específico se realizaron 4 grupos focales (**Anexo 12**), dos de personal médico y dos del personal de enfermería, para un total de 15 participantes. La información sociodemográfica de los participantes de este estudio se encuentra en el siguiente cuadro 4.

**Cuadro 2** Caracterización de los participantes de los grupos focales del personal de salud: médico y de enfermería.

Código	Perfil profesional	Nivel de atención	Sexo	Edad	Tiempo laborando	Centro de salud y cargo
M_Epi1	Médico Epidemiólogo	I	F	59 años	27 años	Ambulatorio antituberculoso, consulta general.
M_Epi2	Médico Epidemiólogo	I	F	38 años	11 años	Ambulatorio antituberculoso, hospitalización y consulta general.
M_Epi3	Médico Epidemiólogo	IV	M	62 años	35 años	Hospital central, epidemiología.

Código	Perfil profesional	Nivel de atención	Sexo	Edad	Tiempo laborando	Centro de salud y cargo
Med_Gene4	Médico general	II	F	25 años	1 año	Ambulatorio sucre, consulta general.
Med_Gene5	Médico general	III	M	26 años	1 año	Ambulatorio puente real, consulta general.
Med_Gene6	Médico general	IV	F	26 años	1 año	Hospital central, residente de pediatría.
Med_Gene7	Médico general	IV	F	28 años	2 años	Hospital central, residente de pediatría.
Med_Gene8	Médico general	IV	M	31 años	2 años	Hospital central, residente de pediatría.
L_E9	Licenciada en Enfermería	I	F	40 años	10 años	Ambulatorio antituberculoso, consulta general.
L_E10	Licenciada en Enfermería	I	F	42 años	10 años	Ambulatorio antituberculoso, consulta general.
L_E11	Licenciada en Enfermería	I	F	54 años	24 años	Ambulatorio antituberculoso, consulta general.
L_E12	Licenciada en Enfermería	II	F	32 años	5 años	Ambulatorio sucre, consulta general.
L_E13	Licenciada en Enfermería	III	F	34 años	3 años	Ambulatorio sucre, consulta general.
L_E14	Licenciada en Enfermería	IV	F	38 años	6 años	Hospital central, pediatría.
L_E15	Licenciada en Enfermería	IV	F	29 años	7 años	Hospital central, medicina interna.

En los grupos focales se abordaron las siguientes categorías de interés, factores relacionados con: contexto del sistema de salud, contexto socioeconómico del profesional de salud y confirmación y diagnóstico del paciente, categoría que emergió en el personal médico y de enfermería en los de grupos focales.

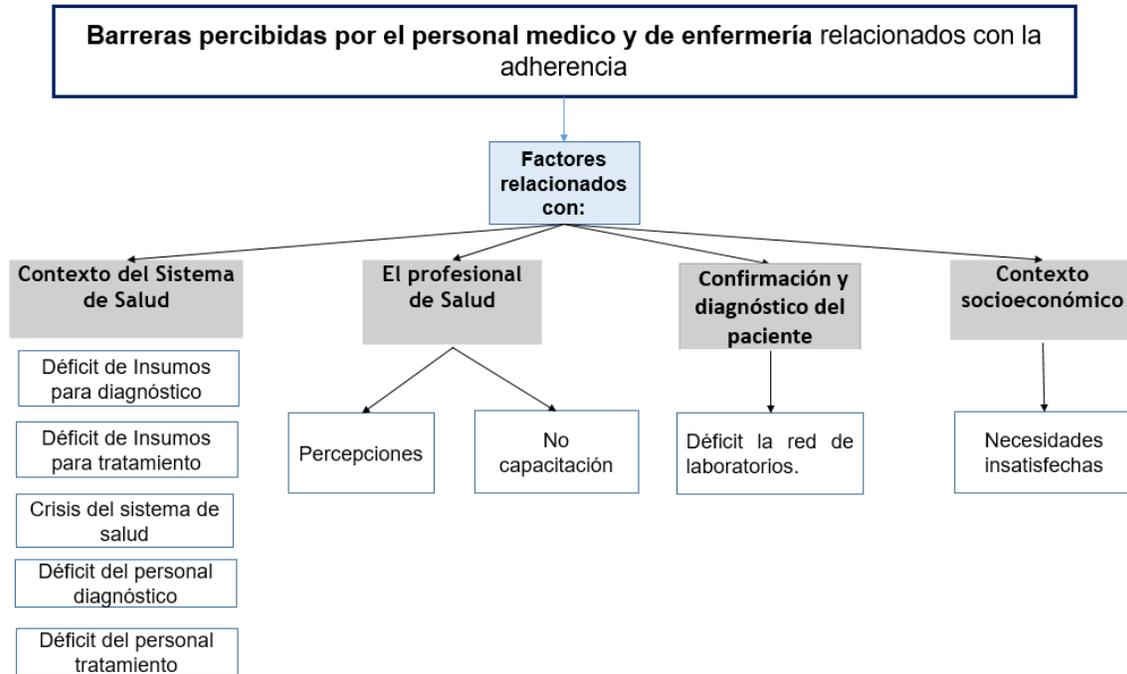
La presentación de los resultados tendrá la siguiente estructura, en primer lugar, se abordará los resultados de la categoría de mayor saturación, seguidamente las demás categorías en su orden de saturación.

#### **8.4.1 Barreras percibidas por el personal médico y de enfermería.**

La técnica de los grupos focales se realizó de manera separada entre el personal médico y de enfermería, pero al analizar la información se evidencia que los participantes tanto el personal médico como el de enfermería, de los distintos niveles de atención convergen en lo que reportan, es por este motivo que los

resultados se dan a conocer sin diferenciar las opiniones de los participantes según su profesión.

**Gráfico 6** Barreras percibidas por el personal de salud.



Fuente: elaboración propia de barreras en forma de mapa conceptual.

#### 8.4.2 Barreras percibidas por los participantes relacionados con el contexto del sistema de salud.

En referencia a la capacidad del sistema de salud para dar una correcta aplicación de la Guía de atención de pacientes con dengue, el personal de salud tanto médico como de enfermería mencionan que en los distintos niveles de atención no cuentan con un sistema de salud que responda a las necesidades de la población, estas necesidades son un conjunto del esfuerzo de organizaciones, instituciones y recursos, donde los principales responsables por el desempeño global del sistema de salud es el gobierno central con una buena rectoría de las regiones, municipios y cada uno de los centros de salud.

Se evidencia que en los distintos niveles de atención de salud se encuentran en déficit de insumos para dar un correcto diagnóstico y tratamiento a los pacientes, entre ellos la falta de insumos básicos como un termómetro, hasta la capacidad de camas para poder hospitalizar el paciente que clínicamente lo requiera, en cuanto al tratamiento, los participantes nos cuentan que los recursos varían al parecer sin ninguna planificación de gastos, pero que también entienden que eso sucede porque los insumos están un periodo de tiempo y luego no se cuenta con lo esencial como el acetaminofén o en los centros que lo tienen se encuentran con fecha vencida pero de igual manera se lo suministran a los pacientes.

*“En este momento tenemos déficit en la emergencia desde lo más simple como un termómetro, ni siquiera tenemos tensiómetros, mucho menos tenemos monitores”*  
(Médica General, nivel IV)

*“Los recursos de alguna manera están un tiempo y otro tiempo no están hay momentos donde tenemos y chévere porque podemos tratar a un paciente, pero hay momentos donde no contamos con nada”*  
(Médico General, nivel II)

La falta de insumos en los distintos niveles de atención de salud es tan precaria que los participantes nos dan a conocer que existe insuficiente insumo de papelería para que el médico pueda recetar a sus pacientes, incluso cuando existe la necesidad de llenar la ficha epidemiología no se cumple porque el paciente debe de sacar una copia de esta ficha y la situación económica del paciente no permite cumplir ese requerimiento.

*“No contamos con papelería a veces nosotros tenemos que resolver con nosotros sacar del bolsillo de nosotros para sacar una copia o algo y ni siquiera pedirle al paciente porque ellos llegan caminando porque ni siquiera tienen para el transporte.”*  
(Lic. Enfermera, nivel IV)

El personal médico nos da a conocer que en el Estado Táchira no se están aplicando políticas que fortalezcan la salud pública y la atención al paciente se ve afectada, sumado a que no cuentan con un apoyo eficiente desde el nivel central.

*“No hay un buen incentivo por la parte del estado que apoye estas instituciones para que la salud pueda mejorar en el país”*  
(Médica Epidemióloga, nivel I)

*“En el estado, no se aplican políticas en salud, se aplica es política y han descuidado un poco la parte de políticas en salud”*  
(Médico General, nivel IV)

Existe un subregistro de la información, hasta el momento hay un silencio en la publicación del boletín epidemiológico, desde su última publicación hace 5 años, esta limitante de no contar con la información necesaria y transparente de la situación del dengue, impide que se pueda contar con indicadores para buscar posibles soluciones a la problemática que acarrea esta enfermedad.

*“No hay que dejar de pensar en el subregistro de información tanto porque los pacientes no acudan como también el mismo registro o la notificación oportuna adecuada y total de los casos que llegan a los centros hospitalarios, tanto del sector público y mayormente del sector privado que si hay como un divorció*

*importante y los centros que eran notificantes del sector privado han dejado de notificar porque no hay la persona que envié la información oportuna”  
(Médico Epidemiólogo, nivel I)*

*“Sucede un subregistro de la enfermedad porque también tenemos otra limitante que es en el personal que maneja las historias médicas a veces hay momentos de la guardia en el transcurso de 24 horas que no contamos con personal donde las historias no se clasifican y se tabulan adecuadamente por ejemplo en mi última guardia no había personal de historias médicas, entonces pasan muchas historias que ni siquiera están tabuladas y si el paciente se da de alta al día siguiente quedar historia sin tabular”  
(Médico General, nivel IV)*

En los centros de salud indiferente del nivel de atención se evidencia déficit en el personal médico y de enfermería para lograr una adecuada atención de los pacientes que asisten a recibir atención, incluso en áreas de suma importancia como lo es el banco de sangre. Los participantes mencionan que por tener un pago insuficiente prefieren ocupar otros empleos que no están vinculados con la salud o migrar a otro país en busca de estabilidad económica.

*“No contamos con personal en el banco de Sangre, entonces lo que es Transfusión de plaquetas de Sangre no hay personal para poder cumplirlo nosotras no podemos pasar ese concentradas las plaquetas entonces por eso los pacientes se complican más que todos los adultos  
(Lic. Enfermera, nivel IV)*

*“El sueldo está en 450 BsF, al cambio en pesos son 20 mil pesos mensuales y una trabajadora de servicio doméstico cobra por día de limpieza 40 mil pesos”  
(Lic. Enfermera, nivel II)*

En ocasiones el servicio de hospitalización del nivel IV se queda sin personal de enfermería para cumplir los tratamientos y los familiares se ven en la tarea de ir de servicio en servicio para encontrar un personal idóneo para aplicar el tratamiento a su familiar, incluso nos dan a conocer que, al no contar con el personal licenciado, quedan los estudiantes a cargo de labores que debe de cumplir es un personal ya graduado pero debido a la falta de personal son ellos quienes suplen esas necesidades.

*“Resulta que en un turno en la noche no tenemos el personal de enfermería para que coloque el tratamiento y entonces no se coloca a la hora que es y estos pacientes pasan toda la noche sin recibir el tratamiento correctamente”  
(Lic. Enfermera, nivel III)*

*“El personal de enfermería tiene un déficit de 66% del personal y hemos tenido lamentablemente turnos donde hay una enfermera que tiene que atender a 20 pacientes o turnos donde no hay personal de enfermería que ha dificultado lamentablemente la atención debida”*

*(Médico Epidemiólogo, nivel IV)*

Anteriormente la farmacia del hospital referente de nivel IV contaba con el servicio de las 24 horas, actualmente esta farmacia se encuentra trabajando en horario de oficina y los medicamentos con los que cuentan son ayudas que le llegan al hospital por parte de organismos internacionales como la OMS y UNICEF, es preocupante el horario en el que presta atención esta farmacia ya que los pacientes que son hospitalizados después de las 6:00pm no tienen la oportunidad de contar con el tratamiento que indica el médico y debe de esperar hasta el próximo día para recibir el tratamiento o en algunos casos el familiar cuenta con los recursos económicos para conseguirlo en farmacias privadas.

*“Hasta las 6 de la tarde es que está abierta la farmacia, los niños que ingresan después de las 6 de la tarde quedan sin tratamiento durante la noche, hasta el otro día a las 2 de la tarde”  
(Lic. Enfermera, nivel II)*

“

*“Los medicamentos puede que aparezca como que el hospital lo tiene disponible, pero si llega una hora en que el personal de farmacia no está, entonces tampoco se tiene como colocarle el medicamento en ese momento y le toca, al familiar comprarlo para podérsela administrar y el flujo de los medicamentos no es constante lo que pasa es que el hospital recibe como por oleadas una semana tiene soluciones la otra semana no tiene nada”  
(Médica General, nivel IV)*

Los niveles de atención primaria están sin personal médico y por esta razón que la mayoría de los pacientes acuden al nivel IV de atención, pero al no tener el suficiente personal este centro colapsa y no logra dar atención adecuada a los pacientes. Cabe destacar que el centro de atención nivel IV no es solo un referente a nivel local, sino que también a nivel del Estado.

*“En el hospital central que es el hospital de referencia prácticamente donde envían todos los pacientes que presentan dengue con signos de alarma o dengue grave, no tan solo de municipio San Cristóbal si no de sitios de referencia del Estado y de otros estados vecinos porque llegan pacientes de la parte de barinas del sur del lago de Maracaibo y llegan pacientes del estado apure fundamentalmente y esos pacientes cuando los envían, cuando los refieren ya llegan es malas condiciones”  
(Médica Epidemiólogo, nivel IV)*

*“En 3 meses han fallecido como 4 niños con dengue con la misma complicación se edematizan y hacen hemorragias y empiezan a sangrar estas complicaciones se pueden dar porque a veces el nivel primario no funciona y son niños que vienen referidos de otros centros pero que no les dieron la atención debida”  
(Lic. Enfermera, nivel IV)*

### **8.4.3 Barreras percibidas por el personal médico y de enfermería socioeconómicas que afectan la adherencia a las Guías de atención al paciente con dengue.**

En esta categoría quisimos abordar lo importante que es el estado socioeconómico del personal médico y de enfermería, las diferentes situaciones que viven en su entorno personal como laboral, observando que este estado de los trabajadores afecta en que se puedan adherir y seguir la Guía de atención, de esta manera repercute en los pacientes.

Los participantes dan a conocer que presentan dificultades económicas que impiden que puedan asistir a los centros de salud a trabajar, el transporte público escasea cada día más, la mayoría de los trabajadores tienen que caminar largos trayectos para llegar a sus lugares de trabajo, los que cuentan con vehículo propio no tienen suministro de combustible suficiente; con respecto a la vestimenta, no cuentan con uniformes y lo que ganan no les alcanza para comprarlos.

*“Trabajamos prácticamente solamente para pasajes porque no nos alcanza para compramos uniformes para ir a trabajar”  
(Lic. Enfermera, nivel II)*

*“La inseguridad, el transporte, la parte económica, escasamente a veces tenemos para trasladarnos hasta la casa, trabajo, ida y vuelta, más no ir a otro sitio, esto, me da pena decirlo, pero ya hasta los zapatos rotos por andar tanto”  
(Lic. Enfermera, nivel II)*

Algunos trabajadores buscan otras alternativas para lograr tener unos ingresos extras y poder seguir laborando, la gran mayoría de ellos por vocación y porque entienden que si dejan de ir a los centros de salud los afectados pueden ser sus propios familiares.

*“Muchas veces se ha visto que el personal trata de buscar otras entradas vendiendo chucherías, vendiendo dulces postres y muchos sobreviven o siguen viniendo a trabajar con gusto con dedicación porque tienen otra ayuda o una entrada de familiares que están fuera del país”  
(Médica General, nivel IV)*

### **8.4.4 Barreras percibidas por los participantes relacionados con el profesional de salud:**

La audiencia principal de esta investigación es el personal médico y de enfermería, ya que son ellos quienes prestan atención al paciente con dengue y aplican la Guía y de ese modo se garantiza una atención integral de los pacientes que tienen esta patología.

Las subcategorías que utilizamos para dar respuesta a esta categoría son las percepciones sobre la Guía de Atención al Paciente con Dengue y la capacitación recibida sobre esta Guía en el personal médico y de enfermería.

- **Percepciones del personal médico y de enfermería, sobre la Guía de Atención al Paciente con Dengue**

Los entrevistados nos dan a conocer que independientemente del nivel de atención donde laboran hay una perspectiva negativa hacia la Guía, tienen conocimiento y aplican a su manera la Guía de la OMS, pero para ellos es muy difícil seguirla debido a factores externos que se salen de sus manos. Refieren que el grupo de epidemiología regional les llevo a los centros de trabajo un flujograma que es basado en la Guía de atención al paciente y hasta el momento no cuentan con la Guía en físico en los centros de salud.

*“Tenemos el flujograma del manejo del paciente con dengue de acuerdo a la organización mundial de la salud”  
(Médica Epidemióloga, nivel I)*

*“Se utilizan las Guías referidas por la OMS son los criterios que debemos aplicar a nuestros pacientes que tienen dengue, pero a la hora de la práctica es lo que no se puede cumplir”  
(Médica General, nivel IV)*

A medida que se entrevistaron, el personal médico nos da a conocer que para ellos es bastante frustrante conocer los pasos a seguir según la Guía para una adecuada atención al paciente, pero se contradice todo en la práctica, por la situación actual que se está viviendo en el país

*“La Guía me parece que está muy bien estructurada, pero respecto a todo lo que vemos en el país, como a la falta de recurso humano y de insumos impide que se puede aplicar la Guía”  
(Médica General, nivel IV)*

*“Es a veces frustrante que veamos una clase donde nos diga que el paciente con las condiciones tal y tal, tiene que ser ingresado y llegamos en la noche a una guardia y vemos el paciente que tiene esas condiciones y nos digan No!! ese paciente no se puede Ingresar a porque no tenemos cama e insumos”  
(Médico General, nivel IV, Estudiante de postgrado Pediatría)*

En la misma línea se encuentra el personal de enfermería conocen el manejo del paciente, pero no pueden aplicarla correctamente por algunos factores mencionados por el personal médico, inclusive nos comentan que en algunas ocasiones los pacientes no logran tener una atención adecuada y es por eso que se complican y tienen un desenlace fatal. Es preocupante que participantes nos mencionaran que no conocen la Guía de Atención al Paciente con Dengue y que hasta este encuentro es que escuchan de ella.

*“La Guía se puede seguir, pero a la hora de la práctica no lo podemos hacer no la podemos aplicar por diferentes factores ya mencionados como falta de personal, camas e insumos; entonces por eso el paciente se complica y fallece”*  
(Lic. Enfermera, nivel IV)

*“Nosotros no conocemos ninguna Guía protocolo o manual nosotros lo que hacemos es según los síntomas del paciente nos guiamos”*  
(Lic. Enfermera, nivel I)

*“No manejamos ningún manual o Guía para atender a un paciente con dengue hasta ahorita que usted nos está haciendo estas acotaciones”*  
(Lic. Enfermera, nivel II)

- **Capacitación del personal médico y de enfermería sobre la atención del paciente con dengue.**

Comentan los participantes que las capacitaciones se han venido perdiendo al pasar de los años, en todos los niveles de atención y lo más reciente que tienen es el flujograma de la clasificación de riesgo y manejo del paciente, pero posterior a la entrega por parte de OPS, no se impartió una explicación sobre su contenido. Lo que nos da a entender que no existe un trabajo en conjunto con las instituciones a nivel local, regional y central lo que dificulta hacer capacitaciones continuas.

*“El flujograma simplemente y llanamente lo repartió el nivel regional de epidemiología, conjunto con la OPS, pero no se hizo ninguna inducción, no se hizo un refrescamiento de la información en cuanto al manejo o la conducta que hay que tener con los usuarios”*  
(Médico Epidemiólogo, nivel IV)

Una médica entrevistada a lo largo del encuentro del grupo focal fue reiterativa en la clasificación anterior al dengue, así queda evidente de que las capacitaciones no se dan periódicamente y es por eso que aun estén usando la clasificación anterior a la actualización de la Guía de 2010.

Al igual que el personal médico, el personal de enfermería comenta que han pasado más de ocho años desde su última capacitación y que durante ese tiempo han rotado por diferentes centros de salud y es el mismo panorama.

*“Tampoco he recibido capacitación ni siquiera una actualización de cómo es el manejo a un paciente con dengue”*  
(Lic. Enfermera, nivel I)

*“Desde qué llevó laborando (8 años) no he recibido ninguna capacitación de cómo debo atender adecuadamente un paciente con dengue o de cuáles son los lineamientos que están escritos en esta Guía de las que usted nos hablaba”*

*(Lic. Enfermera, nivel II)*

En el nivel de atención IV se impartió en algún momento actividades formativas por parte de los estudiantes que realizan estudios de posgrados, pero no como capacitación por parte de la institución o la Corporación de la Salud del Estado Táchira.

*“El hospital que nos debería capacitar de cómo realizar el manejo del paciente con dengue no lo hace y tampoco nos facilitó la Guía anteriormente si llegaban los mismos estudiantes o los médicos daban charlas de cómo se maneja el paciente con dengue, pero ahorita ya eso se acabó no hay quien de esa información”*  
*(Lic. Enfermera, nivel IV)*

#### **8.4.4.1 Barreras percibidas por el personal médico y de enfermería en la confirmación y diagnóstico del paciente con dengue según la capacidad de la red de laboratorios a nivel local, regional y central.**

Esta categoría emergió en los grupos focales del personal médico y de enfermería, los participantes mencionan la importancia de lograr un diagnóstico confirmado sobre la clínica del paciente y de ese modo lograr aplicar los lineamientos de la Guía de atención, ya que muchas veces solo tienen la clínica para tomar una conducta con el paciente.

*“El hospital cuenta con un laboratorio la máquina de hacer las hematologías a veces se daña y no tenemos como hacer control y son pacientes que la literatura indica que debemos hacer en las paraclínicas cada 4 horas y muchas veces estos parámetros no se pueden cumplir”*  
*(Médica General, nivel IV)*

*“Si llega un paciente que tiene que ser tratado con hemoconcentrados globulares urgentes porque tiene una hemorragia activa, porque tiene dengue, porque aparte hay que transfundirlo entonces en esos momentos no contamos con la unidad que debe hacerse a cargo”*  
*(Médica General, nivel IV)*

La red de laboratorios como el sistema de salud en general es público, pero se ha visto afectado por múltiples factores entre ellos el déficit en el recurso humano, la escasez de reactivos y los cortes energéticos de luz hacen que la cadena de frío se pierda y en ocasiones duden de los resultados arrojados.

*“Nosotros tenemos un laboratorio regional de salud pública a nivel del Estado, pero es un laboratorio que no funciona adecuadamente primero porque en oportunidades no tiene el recurso humano”*  
*(Lic. Enfermera, nivel I)*

*“El último año no se han procesado prácticamente muestras en la confirmación o descarte serológico del caso de dengue por el laboratorio regional de salud pública”  
(Médica Epidemióloga, nivel I)*

Por la problemática que se vive actualmente en la red de laboratorios deficiente, el personal médico se ve en la necesidad de pedir a los familiares de los pacientes, realizarlos por medio privado, pero esto conlleva a que no todos los pacientes logren realizarlos por los altos costos y el cobro en pesos de los exámenes. Es ahí donde muchos de estos pacientes quedan sin un diagnóstico confirmado.

*“Los exámenes de laboratorio lamentablemente corre a cuenta del paciente el pago a nivel del sector privado y hay algunos casos que no se puede concluir o que no se pueden realizar los exámenes porque hay pacientes que no disponen del medio económico”  
(Médica General, nivel IV)*

*“Los médicos no están haciendo un buen diagnóstico, en sus morbilidades no colocan el diagnóstico, colocan fiebre, no se sabe si la fiebre es por dengue o es un chikungunya o es un Zika”  
(Lic. Enfermera, nivel IV)*

*“El paciente queda mal diagnosticado se va a su casa y es cuando el paciente muchas veces ha fallecido.  
(Lic. Enfermera, nivel IV)*

La vigilancia epidemiológica se ve afectada, al no tener un laboratorio para confirmar con los anticuerpos IGM-Dengue y las estadísticas de la enfermedad se desconocen con precisión, pues la gran mayoría de los pacientes cuentan en la morbilidad de los médicos con un diagnóstico provisional hasta no contar con la confirmación por laboratorio y posterior proceder al llenado de la ficha epidemiológica obligatoria para esta enfermedad.

*“La ficha epidemiológica no lo estamos haciendo porque laboratorio de referencia no cuenta con las pruebas para hacer la confirmación y el paciente tampoco tiene el recurso para hacérsela porque es una prueba costosa”  
(Médica General, nivel IV)*

*“Se le hace más fácil diagnosticarlo como un síndrome viral que como un dengue por qué los dengues tienen que llenar la ficha.  
(Lic. Enfermera, nivel IV)*

Al no tener una red de laboratorios a nivel local y regional se apoyan con el laboratorio del nivel central que se encuentra en la ciudad capital de Caracas, pero para lograr enviar las muestras deben de cumplir ciertos requerimientos y uno de ellos en mantener la cadena de frío, pero como anteriormente se comentó es muy difícil en estos momentos de crisis que vive en el país, dar un adecuado manejo a

estas muestras recolectadas para ser enviadas al Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel”, donde llegan las muestras de todos los 23 estados del país. Posterior a esta problemática se presenta la demora en retornar estos resultados al Estado nuevamente, varias oportunidades nos refieren el personal médico y de enfermería que el tiempo aproximado de retorno puede oscilar entre los 3 meses y 6 meses aproximadamente.

*“En los centros de salud no se cuenta mayormente con vehículo para llevar la muestra a la corporación de salud, entonces eso entorpece el traslado de la muestra”*  
(Lic. Enfermera, nivel II)

Para finalizar en el **(Cuadro 4)** se encuentran las barreras y al frente su facilitador o estrategias que el personal médico y de enfermería desarrollan para seguir los lineamientos de la Guía de Atención al Paciente con Dengue en un contexto muy particular que se vive en el País de Venezuela.

**Cuadro 3** Resumen de barreras y facilitadores percibidas por el personal médico y de enfermería en cada categoría analizada.

Factores relacionados con:	Barreras	Facilitadores Externos
<b>Contexto del Sistema de Salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se están aplicando políticas.</li> <li>• El ministerio de salud no tiene presencia a nivel regional y local</li> <li>• Insuficiente capacidad de las camas en el nivel IV.</li> <li>• Los recursos varían sin planificación de gastos.</li> <li>• Existe un subregistro de la información.</li> <li>• 5 años sin boletines epidemiológicos.</li> <li>• La farmacia del hospital tipo IV esta desabastecida</li> <li>• El banco de Sangre presenta problemas de dotación y horario</li> <li>• Precario nivel primario.</li> <li>• Alta migración del personal de salud.</li> <li>• Salario insuficiente.</li> <li>• Prefieren trabajar en clínicas privadas.</li> <li>• Múltiples funciones para el personal médico o de enfermería.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los pacientes se apoyan con fundaciones privadas para s medicamentos y ayudas económicas para realizar los exámenes.</li> <li>• Estudiantes de medicina ocupan el lugar de médicos profesionales.</li> <li>• Los médicos generales atienden los pacientes de consultas especializadas.</li> <li>• El personal médico cumple la función del personal de enfermería.</li> </ul>
<b>Confirmación y diagnóstico del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El laboratorio regional no procesa muestras</li> <li>• Los centros de salud no cuentan con laboratorio.</li> <li>• Altos costos de los exámenes en la red privada.</li> <li>• Pacientes fallecen por mal diagnóstico.</li> <li>• Demora de 3 a 6 meses, en la entrega de resultados.</li> <li>• Dudas en los resultados de laboratorio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se diagnostica con anamnesis, clínica y examen físico.</li> <li>• Se apoyan resultados de laboratorio no serológicos.</li> <li>• Apoyo económico de fundaciones, para realizar los exámenes en la red privada.</li> </ul>
<b>Contexto socioeconómico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•La falta de recursos para portar un adecuado uniforme.</li> <li>•La inseguridad a la hora de asistir al centro de salud.</li> <li>•Transporte público insuficiente.</li> <li>•Abastecimiento de combustible insuficiente.</li> </ul>	

Factores relacionados con:	Barreras	Facilitadores Externos
El profesional de Salud	<b>Percepciones:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fácil de entender y bien estructurada, pero difícil de aplicar.</li> <li>• Desconocimiento de la Guía de atención OMS 2010.</li> <li>• Conocen solo el flujograma.</li> <li>• En la práctica se tiende a contradecir.</li> </ul>	Fácil de aplicar en los casos de dengue sin signos de alarma.
	<b>Capacitación:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las capacitaciones o actualizaciones no se imparten.</li> <li>• En el Nivel IV las capacitaciones las dieron en algún momento médicos y estudiantes.</li> <li>• Las instituciones no funcionan adecuadamente ni en red nacional lo que dificulta hacer capacitaciones continuas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se reúnen los trabajadores de los centros de salud a leer el flujograma de esa forma refrescan los conocimientos.</li> <li>• Secciones educativas realizadas por estudiantes de enfermería.</li> </ul>

#### 8.5 Resultado objetivo 4.

***Comparar, para efectos de triangulación, los resultados cuantitativos del análisis de conocimiento y grado de adherencia a las Guías, con las percepciones sobre barreras y facilitadores identificados en el componente cualitativo, en el personal médico y de enfermería***

Para el cumplimiento de este objetivo primeramente se realizó la recolección de los datos cuantitativos obtenidos del cuestionario de conocimiento y la lista de chequeo de las historias clínicas, luego los datos cualitativos obtenidos a través de los grupos focales se analizaron e interpretaron por separado y en este apartado se presentan los resultados de la triangulación de los objetivos con la finalidad de conocer donde convergen o divergen.

Por medio del cuestionario de conocimiento preguntamos si conocían la Guía de Atención al Paciente con Dengue y solo el 33,9% (37), refirió conocerla, este hallazgo converge con lo dicho por los participantes en el encuentro de los grupos focales, tanto del personal médico como de enfermería y en los centros de salud visitados no cuentan con la presencia física de la Guía.

*“Nosotros no conocemos ninguna Guía protocolo o manual nosotros lo que hacemos es según los síntomas del paciente nos guiamos”  
(Lic. Enfermera, nivel I)*

*“No manejamos ningún manual o Guía para atender a un paciente con dengue hasta ahorita que usted nos está haciendo estas acotaciones”  
(Lic. Enfermera, nivel II)*

En cuanto al tiempo de la última capacitación recibida acorde a los lineamientos de la Guía de atención al paciente el 62,4%, nunca ha recibido capacitación por parte de las autoridades encargadas, sin embargo, en el encuentro de grupo focal ellos dan a conocer que ha modo personal tomaron la iniciativa de reunirse en los

centros de salud a leer en flujograma de clasificación y manejo del paciente con dengue que es con el material que cuentan actualmente.

*“No hemos recibido ninguna capacitación sólo lo que hemos estudiado en la residencia, la institución ni la corporación de salud nos ha capacitado o actualizado sobre esta Guía”  
(Médico General, nivel IV)*

Cuando estimamos el promedio del conocimiento adecuado en el diagnóstico, se encontró un promedio global de un 50,5% estos hallazgos de los datos cuantitativos convergen con las opiniones del personal de enfermería cuando nos expresan lo siguiente.

*En ocasiones hemos visto como un médico recién graduado, no sabe hacer el diagnóstico correcto y muchas veces por eso empiezan las complicaciones de los pacientes se les hace más fácil diagnosticarlo con síndrome viral y ya yo cumplí y listo.  
(Lic. Enfermera, nivel I)*

*“Conozco de un mal diagnóstico donde falleció una niña de 9 meses porque fue mal diagnosticada, se confundieron y no sé cómo pudo haber pasado colocaron que era una infección urinaria, le indican tratamiento para la infección urinaria y hace un estallido de un estallido de hígado y después de 15 días de evolución fallece y al final era dengue son casos que uno puede evitar”  
(Médico General, nivel IV)*

En cuanto a los resultados obtenidos en la revisión de las historias clínicas mediante la lista de cheque obtuvimos tres indicadores de adherencia, uno de ellos es la adherencia por criterio, cuantos ítems se cumplieron y se debían cumplir dependiendo del diagnóstico, los resultados fueron, que de los 117 ítems de la lista de chequeo, según el diagnóstico en dengue con signos de alarmas y dengue grave según el indicador >80%, solo fueron cumplidos 47 en signos de alarma y 55 en dengue grave, los restantes criterios estuvieron por debajo del indicador >80% entre ellos están: el cumplimiento de realizar la virología en coordinación con CORPOSALUD (3,85% dengue con signos de alarma) y (6,25% dengue grave), hallazgo que converge con lo mencionado en los encuentros de los grupos focales donde nos dan a conocer las barreras que presenta la red de laboratorios a nivel local, regional y central se encuentran en déficit tanto de reactivos químicos como de recurso humano y esto obstaculiza el cumplimiento de este indicador.

*“Nosotros tenemos un laboratorio regional de salud pública a nivel del Estado, pero es un laboratorio que no funciona adecuadamente primero porque en oportunidades no tiene el recurso humano”  
(Lic. Enfermera, nivel I)*

“

En cuanto al indicador por dominio de las historias clínicas contamos con 6 dominios de los cuales las historias con diagnóstico dengue con signos de alarma según el indicador >80%, solo un dominio: unidad de dengue (85,4%) se encuentra en la clasificación bueno de 80- 94.9 %, los 5 criterios restantes están en la clasificación de no adherentes por debajo del indicador: manejo integral dengue y dengue grave, tratamiento ambulatorio dengue, manejo intrahospitalario dengue, tratamiento intrahospitalario dengue y cuidados de enfermería para todos los casos de dengue, este último indicador converge con los encontrados en las conversaciones con los participantes en los grupos focales.

*“Tenemos una debilidad tremenda que con el personal de enfermería donde el déficit es de 66% del personal y hemos tenido lamentablemente turnos donde hay una enfermera que tiene que atender a 20 pacientes o turnos donde no hay personal de enfermería que ha dificultado lamentablemente la atención debida de estos pacientes para cumplimiento de tratamiento, la vigilancia y avisar anomalías”*  
(Médico Epidemiólogo, nivel IV)

En cuanto al indicador por dominio en las historias clínicas con diagnóstico de dengue grave encontramos que, de los 6 dominios, dos de estos son adherentes según el indicador >80%, los 4 dominios restantes se encuentran por debajo de este indicador y los dominios son: tratamiento ambulatorio dengue, manejo intrahospitalario dengue, tratamiento intrahospitalario dengue, cuidados de enfermería para todos los casos de dengue, esta dificultad de poder cumplir con estos indicadores convergen con las barreras encontradas en las conversaciones del personal médico y de enfermería en los encuentros de los grupos focales.

*“En este momento tenemos déficit en la emergencia desde lo más simple como un termómetro, ni siquiera tenemos tensiómetros, mucho menos tenemos monitores”*  
(Médica General, nivel IV)

*“A veces corremos con suerte de que tenemos la solución 09 ringer, pero muchas veces no lo hay, son de alto costo por la situación económica que está pasando el país pues muchas veces nos toca decirles a las mamás señora tráiganme tantas soluciones porque necesitamos para su hijo, pero la mayoría de las veces el familiar no tiene como comprarlas”*  
(Médica General, nivel IV)

Por otro lado, respecto al indicador general de las historias clínicas de los casos reportados a CORPOSALUD en el año 2018 atendidos en el único hospital de nivel IV del distrito Sanitario de la ciudad de San Cristóbal (N=94), el promedio de adherencia general es de (60,4%) clasificado como regular que va de (60-79,9 %), según el indicador >80%, siendo no adherente este resultado y como anteriormente se comentó es posible que se presente dada las barreras que los participantes como el personal médico y de enfermería dan a conocer en las conversaciones de los grupos focales.

En el siguiente (Cuadro 5) podemos observar la comparación conjunta de los métodos cuantitativos, cualitativos y convergencias entre ellos, se confirman mutuamente y apoyan las mismas conclusiones. Se logró mediante el diseño de un estudio de caso y utilizando la metodología mixta permitió cuantificar el conocimiento, así como estimar la adherencia e interpretar el fenómeno presente mediante las conversaciones de los grupos focales, permitiendo que ambas partes dialoguen y así encontrar las explicaciones de cada componente y dar un amplio panorama de la situación en la que se encuentra el componente de atención al paciente con dengue de la estrategia EGI-Dengue.

**Cuadro 4** Resumen de visualización conjunta de la comparación de métodos cuantitativos y cualitativos, enfoque mixto.

Hallazgos Cuantitativos	Hallazgos Cualitativos	Comparación - Método mixto
Conocimiento y adherencia	Barreras en la adherencia	Convergencias
	Categoría: factores relacionados con el contexto del Sistema de Salud	
	Subcategoría: insumos para diagnóstico	
Conocimiento adecuado en el diagnóstico (50,5%)	“Conozco de un mal diagnóstico y tratamiento donde falleció una niña de 9 meses porque fue mal diagnosticada, se confundieron y no sé cómo pudo haber pasado colocaron que era una infección urinaria, le indican tratamiento para la infección urinaria y hace un estallido de un estallido de hígado y después de 15 días de evolución fallece y al final era dengue son casos que uno puede evitar” (Médico General, nivel IV)	El conocimiento en el diagnóstico es del 50,5% converge con la narrativa del personal médico y de enfermería, donde evidencian que existe un mal diagnóstico por parte del personal de medicina.
Control estricto de la presión arterial (17,9%)	Subcategoría: asignación de recursos	Solo al 17,9 de los pacientes se les cumplió el control de la presión arterial, converge con lo comentado por los participantes de que no se cuenta con equipos médicos para dar cumplimiento a estos requerimientos.
	“En este momento tenemos déficit en la emergencia desde lo más simple como un termómetro, ni siquiera tenemos tensiómetros, mucho menos tenemos monitores” (Médica General, nivel IV)	
Cuidados de enfermería para todos los casos de dengue (53,6%)	Subcategoría: capacidad de recurso humano	En el dominio cuidados de enfermería para los pacientes con dengue existe una debilidad a la hora de cumplirlo adecuadamente ya que su promedio de cumplimiento es del 53,6% y esto converge con lo narrado por los participantes, no existe personal de enfermería para lograr el adecuado manejo del paciente
	“Tenemos una debilidad tremenda que con el personal de enfermería donde el déficit es de 66% del personal y hemos tenido lamentablemente turnos donde hay una enfermera que tiene que atender a 20 pacientes o turnos donde no hay personal de enfermería que ha dificultado lamentablemente la atención debida de estos pacientes para cumplimiento de tratamiento, la vigilancia y avisar anomalías” (Médico Epidemiólogo, nivel IV)	
Manejo intrahospitalario dengue (33,07%)	Subcategoría: capacidad del sistema de salud	En el dominio manejo intrahospitalario del dengue tenemos solo el 33,07% de cumplimiento, converge con lo narrado por los participantes en cuanto a que los hospitales no cuentan con suministro constante y es por eso que ese manejo se interrumpe y muchas veces no se puede cumplir.
	“A veces corremos con suerte de que tenemos la solución 09 ringer pero muchas veces no lo hay, son de alto costo por la situación económica que está pasando el país pues muchas veces nos toca decirle a las mamás señora tráiganme tantas soluciones porque necesitamos para su hijo, pero la mayoría de las veces el familiar no tiene como comprarlas” (Médica General, nivel IV)	

Hallazgos Cuantitativos	Hallazgos Cualitativos	Comparación - Método mixto
Conocimiento y adherencia	<b>Barreras en la adherencia</b>	<b>Convergencias</b>
	Categoría: factores relacionados con el contexto del Sistema de Salud	
Cuidados de enfermería para todos los casos de dengue (53,6%)	Subcategoría: insumos para diagnóstico	En el dominio cuidados de enfermería para los pacientes con dengue existe una debilidad a la hora de cumplirlo adecuadamente ya que su promedio de cumplimiento es del 53,6% y esto converge con lo narrado por los participantes, no existe personal de enfermería para lograr el adecuado manejo del paciente
	Subcategoría: capacidad de recurso humano <p>“Tenemos una debilidad tremenda que con el personal de enfermería donde el déficit es de 66% del personal y hemos tenido lamentablemente turnos donde hay una enfermera que tiene que atender a 20 pacientes o turnos donde no hay personal de enfermería que ha dificultado lamentablemente la atención debida de estos pacientes para cumplimiento de tratamiento, la vigilancia y avisar anomalías”  (Médico Epidemiólogo, nivel IV)</p>	
Manejo intrahospitalario dengue (33,07%)	Subcategoría: capacidad del sistema de salud	En el dominio manejo intrahospitalario del dengue tenemos solo el 33,07% de cumplimiento, converge con lo narrado por los participantes en cuanto a que los hospitales no cuentan con suministro constante y es por eso que ese manejo se interrumpe y muchas veces no se puede cumplir.
	<p>“A veces corremos con suerte de que tenemos la solución 09 ringer pero muchas veces no lo hay, son de alto costo por la situación económica que está pasando el país pues muchas veces nos toca decirle a las mamás señora tráiganme tantas soluciones porque necesitamos para su hijo, pero la mayoría de las veces el familiar no tiene como comprarlas”  (Médica General, nivel IV)</p>	
Conoce la Guía de Atención al paciente con dengue (66,1%)	Categoría: factores relacionados con el profesional de Salud	Los participantes refieren no conocer la guía de atención, converge con la narrativa de la mayoría participantes donde comentan que no conocen la Guía de Atención.
	Subcategoría: percepciones sobre la guía <p>“No manejamos ningún manual o guía para atender a un paciente con dengue hasta ahorita que usted nos está haciendo estas acotaciones”(Lic. Enfermera, nivel II)</p>	
Ultima capacitación (62,4%)	Subcategoría: capacitación	En cuanto a la capacitación el 62,4% refiere que nunca han recibido capacitación, dato que converge con lo comentado por los participantes de que en su gran mayoría no han recibido capacitaciones sobre el adecuado manejo de un paciente con dengue.
	<p>“Desde qué llevé laborando (8 años) no he recibido ninguna capacitación de cómo debo atender adecuadamente un paciente con dengue o de cuáles son los lineamientos que están escritos en esta guía de las que usted nos hablaba”(Enfermera, nivel II)</p>	

## 9 Discusión

Las aplicaciones de las Guías de Atención al paciente con dengue estandarizan la manera en que se da la atención integral a los pacientes con esta patología, disminuye la variabilidad en la atención y aplicación de los procesos y procedimientos. Si se logran cumplir los lineamientos de la guía se evitan muertes.

Los cuellos de botella que se presentan en estrategias adoptadas por las autoridades en salud, impiden el éxito de los lineamientos descritos por la OMS en la lucha contra enfermedades asociadas a la pobreza en países de bajos y medianos ingresos (59-60). Detectar estas brechas ayuda a superar las dificultades y necesidades en el sector salud y ahí radica la importancia del presente estudio, que evaluó la adherencia a la guía de atención al paciente con dengue en personal médico y de enfermería de instituciones públicas de salud, en la ciudad de San Cristóbal, Venezuela.

Esta investigación es la primera en su tipo realizada en Venezuela, que explora la estrategia EGI-Dengue en su componente de atención al paciente en el personal médico y de enfermería de hospitales públicos del Estado Táchira frontera con Colombia. Se logró abordar un diseño de métodos mixtos que destacó las fortalezas de los datos obtenidos de carácter cuantitativos y cualitativos (100).

En este apartado se va a presentar la información de la siguiente manera; en primer lugar, los hallazgos principales de los tres objetivos específicos que dan cuenta del objetivo general acompañado por la discusión con artículos que resultaron pertinentes para poner en dialogo con los resultados propios de la investigación. Seguidamente se van a presentar un par de párrafos donde se dan cuenta la importancia del estudio en un contexto como el de Venezuela

En primer lugar se presentan los resultados principales de los objetivos cuantitativos; el perfil profesional de mayor predominio fue el personal de enfermería 50,5%, en cuanto al nivel conocimiento un pilar fundamental para lograr una adecuada adherencia se obtuvo un 50,5% de conocimiento en el diagnóstico y un 59,6% en el tratamiento en el personal médico y de enfermería; el conocimiento adecuado en el diagnóstico se asoció significativamente con ser del personal médico y tener conocimiento sobre la guía de atención al paciente con dengue, en cuanto al conocimiento adecuado en el tratamiento solo se asoció con tener una edad comprendida entre 30 y 39 años de edad, cabe destacar el 62,4 de los participantes refieren que nunca han recibido capacitación; en lo que respecta a los resultados cualitativos las barreras percibidas de forma reiterativa por los participantes fueron escasez de recurso humano, la falta de insumos necesarios para la atención, diagnóstico y tratamiento, así como la infraestructura adecuada y colapso del nivel IV.

En lo relacionado con el conocimiento se encontró que el 50,5% del personal médico y el 59,6% del personal de enfermería conocían el diagnóstico y tratamiento de pacientes con dengue, mostrando escaso conocimiento en los contenidos de la guía. Esto puede ser explicado por la falta de capacitación y desconocimiento de la Guía de Atención, lo cual ha sido identificado como condicionante de la no adherencia (53).

Según los datos analizados en San Cristóbal, el conocimiento en el tratamiento es de 63,3% en el personal de enfermería y de 55,6% en el personal médico. Algo similar se observó en un estudio de Costa Rica(20): en el personal de enfermería hubo un menor nivel sobre el conocimiento en el diagnóstico (39%) y tratamiento (41%) frente al personal de medicina (43% y 46% respectivamente).

Otro estudio en Machala Ecuador(44) sobre actitudes, conocimientos y prácticas en trabajadores de la salud, muestra que el 89% de los trabajadores estaban familiarizados con las directrices sobre el manejo del paciente con dengue según la Guía establecida por la OMS; frente a un 66,1% de los resultados de la presente investigación que señalan en el cuestionario no conocer la Guía de Atención al paciente.

La utilidad de la guía para el diagnóstico y tratamiento del paciente con dengue, es destacado por el 97% de los participantes del estudio de Machala (44). Contrario a lo narrado por los participantes en los grupos focales de San Cristóbal, quienes mencionan que puede ser útil, pero que se encuentran barreras importantes en el momento de la aplicación como la escasez de termómetros y tensiómetros.

En cuanto a la capacidad en el recurso humano para dar una correcta aplicación de la guía, los participantes narran que existen dificultades para contar con el personal suficiente en la atención de los pacientes. En el mismo sentido un estudio realizado en Caldas, Colombia en 2018 evidencia que la falta de recurso humano e insumos físicos obstaculizan el seguimiento y aplicación de los protocolos de las Guías de Atención al paciente con dengue (30), en Venezuela dado el contexto particular por la crisis política, económica y social que se vive hace algunos años, influye a que flujo migratorio valla en aumento; esta migración es notoria y conlleva a que el personal médico y de enfermería se vea reducido en todo el territorio venezolano(101).

En cuanto a la capacitación del personal médico y de enfermería, los grupos focales de este estudio narran que los procesos de capacitación se han reducido con los años. El flujograma de atención y clasificación de paciente con dengue, ha sido distribuido, pero sin incluir socialización con el personal. Situaciones que también fueron identificadas por Múnera y Piedrahita en el hospital San Vicente de Caldas, Colombia, donde se observó mediante el cuestionario de conocimiento, que el 62,4% del personal médico y de enfermería declaró que nunca han recibido

capacitación sobre cómo se debe atender y cuales pasos se deben seguir con un paciente con dengue (62)

La efectiva adherencia a la guía de atención, requiere de la capacitación constante o actualizaciones a los participantes, para alcanzar un mejor desempeño asistencial, disminuir las complicaciones y la mortalidad (63-64). Recomendaciones adversas a la situación de capacitación que presenta el personal de salud en San Cristóbal, Venezuela.

No todos los estudios sobre adherencia logran detectar asociaciones con factores sociodemográficos. Así lo demostró el estudio de Machala, Ecuador (44), donde no hubo diferencias significativas en el conocimiento, actitudes y prácticas informados entre los participantes que ejercen en un hospital y en entornos ambulatorios, incluida la familiaridad con las Guías sobre el dengue de la OMS de 2009.

El inadecuado conocimiento del diagnóstico y tratamiento puede asociarse a múltiples factores (102)(103), incluidas las variables sociodemográficas estudiadas en la investigación. En el personal médico y de enfermería de San Cristóbal, el conocimiento adecuado se asocia a los médicos más que a las enfermeras, así como al grupo de edad de 30 a 39 años, así como también tener conocimiento sobre la Guía de Atención del Paciente con Dengue.

Se destaca la asociación entre los factores sociodemográficos y el nivel de conocimiento porque direccionan y puntualizan las estrategias de capacitación. En este sentido las actualizaciones sobre diagnóstico dirigidas al personal de enfermería, trabajadores mayores de 40 años y aquellos que expresaron NO conocer la Guía de Atención, tendrían mayor impacto en el mejoramiento de la adherencia. Así como también la puntualización de la capacitación sobre tratamiento en los participantes menores de 30 años.

Ahora se abordará el tema de adherencia y de acuerdo a los dominios de las Historias clínicas de los casos de dengue con signos de alarma solo uno de los seis se encuentra adherente y para dengue grave dos dominios adherentes. Mientras que los dominios restantes son NO adherentes. Esto se debe a que algunos criterios en la práctica clínica tienen regular, bajo y deficiente clasificación. Entre ellos virología en la coordinación con CORPOSALUD: 3,85% dengue con signos de alarma y 6,25% dengue grave.

Los resultados de adherencia según las Historias Clínicas proporcionan un significativo conocimiento de cómo se están aplicando los lineamientos descritos en la Guía de Atención del paciente con dengue. Debido a la existencia de agentes externos como la disponibilidad de recursos, el desconocimiento de las Guías y la falta de interés en el desenlace, la adherencia se ve afectada de manera indirecta (65).

En estudios realizados en Colombia se ha evaluado la adherencia a la Guía de Atención Integral del paciente con dengue. Uno de ellos, realizado por Rodríguez y colaboradores en una clínica en la ciudad de Barranquilla (73). El estudio estimó la adherencia clasificándola como buena en un 67,4%. En 2018 otro estudio evidenció que la adherencia en dengue con signos de alarma es buena en un 65% y el 90% en dengue grave(64). En este mismo año, en Costa Rica se midió la adherencia a las Guías de dengue encontrándose entre el 67,92% y 72,96% (20).

Un estudio realizado en Perú evaluó la calidad de registro de las historias clínicas y demostró que el 63,8% (n: 206) de las historias presentaban una calidad de registro aceptable (104). Sin embargo, los resultados observados en San Cristóbal, Venezuela demostraron un porcentaje de adherencia general de las Historias clínicas de 60,4%, considerado como Regular (dentro del rango 60-79,9 %). Debido a las falencias en el cumplimiento de los criterios, los dominios no se adhieren y por lo tanto la adherencia general disminuye.

Estos hallazgos difieren de lo encontrado en la investigación realizada por Rodríguez y colaboradores, donde los criterios de egreso, reporte epidemiológico al SIVIGILA y confirmación diagnóstica se cumplieron entre el 94% al 100 %.

Algo para destacar es que la realización de la virología en coordinación con CORPOSALUD, se ha dificultado por barreras evidenciadas en los grupos focales, como lo es la debilidad en cuanto a la red de laboratorios, donde los participantes señalan que los laboratorios a nivel local, central y regional no están funcionando adecuadamente: *“Nosotros tenemos un laboratorio regional de salud pública a nivel del Estado pero que es un laboratorio que no funciona adecuadamente primero porque en oportunidades no tiene el recurso humano”*. Esto indica las necesidades y obstáculos que se presentan en un contexto particular como lo es la situación del país; lograr cumplir los lineamientos de la Guía llegan a ser complejos por ser un problema multifactorial(105).

Las historias clínicas de los pacientes diagnosticados como dengue en este estudio, carecen de información como el monitoreo de signos y disponibilidad de hemoconcentrados. Contrario a lo reportado en Ecuador donde la investigación de la aplicación y aceptabilidad de la guía clínica de dengue OMS-2009 demostró que allí se cumplen de forma adecuada los criterios de vigilancia como: disponibilidad de plaquetas (98,4%), hematocrito (96,9%) y el incremento del hematocrito con disminución de las plaquetas (96,9%) (66)

Se evidenció además que, en San Cristóbal, hay incumplimiento de los procedimientos por parte del personal de enfermería, en cuanto a la No adherencia en los cuidados de enfermería para los casos de dengue, Historias en cuanto al diagnóstico dengue, así como signos de alarma. A diferencia de otros países de América, que estudiaron la adherencia bajo el mismo enfoque del presente estudio, como Costa Rica, demostraron que el personal de enfermería cumplió los apartados requeridos por las guías para su perfil, en un 100% (20). Igualmente en el

continente Asiático en un estudio realizado en Taiwán las enfermeras obtuvieron puntuaciones más altas que los médicos (0,34 frente a 0,16,  $p < 0,01$ ) (62).

En lo relacionado con las barreras y facilitadores encontrados en este estudio relacionadas con la adherencia a la Guía narradas por los participantes, fueron relacionadas con el contexto del sistema de salud, confirmación y diagnóstico del paciente, contexto socioeconómico y del profesional de salud. Barreras similares a estudios realizados donde se evidencia que el déficit en el recurso humano y por ende recarga en el personal, infraestructura para la adecuada atención, déficit en los insumos para la atención, no existe socialización y capacitación la Guía (106)(20)(107).

Una de las barreras más importantes para los participantes del estudio es la escasez de insumos necesarios en el diagnóstico y tratamiento del paciente e insuficiencia de recurso humano, evidenciando la situación social y económica del país. Los problemas de sostenibilidad en el sistema nacional de salud repercuten en el debilitamiento de los programas y el consecuente desgaste de la evaluación y monitoreo de las estrategias adoptadas en el pasado por las autoridades de salud, como podría ser el caso de la EGI-Dengue y su componente de atención al paciente. Escenario que pudo permitir la aparición de las barreras detectadas en San Cristóbal, Venezuela.

En este contexto, otros países de la región como Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, Honduras, Panamá, Paraguay, Perú y Puerto Rico han reportado al sistema de salud como su principal barrera (68). La falta de priorización del problema, la escasez de recursos materiales y humanos, la desarticulación entre nivel nacional y nivel local representan otros de los obstáculos que fueron señalados (68)(103).

Los resultados de este estudio evidencian con las narrativas de los grupos focales que en San Cristóbal Venezuela no se están aplicando políticas que fortalezcan la salud pública y la atención al paciente. Además, que el Ministerio del Poder Popular para la Salud no tiene presencia a nivel regional y local.

Finalmente, en este estudio sobre la adherencia a la Guía de Atención del Paciente con Dengue en San Cristóbal, las brechas se alcanzaron a evidenciar mediante la aplicación de la Metodología Mixta. La incorporación del componente cualitativo en la investigación permitió comprender el fenómeno del estudio desde la perspectiva EMIC, que ha sido poco explorada en este campo. No obstante, así se lograron conocer las percepciones del personal médico y de enfermería, como información fundamental para planificar, reformular y ejecutar estrategias de mayor impacto por parte de los tomadores de decisiones.

### **Fortalezas del estudio:**

- Esta investigación de estudio de caso tiene la fortaleza del análisis a través de métodos mixtos, logrando observar la adherencia a la Guía de Atención del paciente con Dengue desde varias perspectivas. Adicionalmente se saca provecho de los componentes cuantitativo y cualitativo estimando el conocimiento y grado de adherencia, así como también las percepciones del personal médico y de enfermería sobre el fenómeno en estudio. Esto permitió la triangulación de la información para dar respuesta amplia a la problemática estudiada.
- Desde la implementación de la estrategia EGI en Venezuela no se conocen resultados de su evaluación, ni monitoreo de uno de sus componentes principales como es atención al paciente. Por lo tanto, el presente estudio genera conocimientos nuevos para el sistema de salud de Venezuela y la región sobre el componente de atención al paciente con dengue. Este aporte reviste importancia porque son resultados dentro del enfoque de la investigación de la implementación y por lo tanto valiosos para el fortalecimiento del sistema de salud.
- La buena interacción alcanzada durante las metodologías cualitativas logró una eficiente comunicación y confianza en los participantes hacia la investigadora. Lo cual permitió conocer con extensión sus opiniones, conocimientos y percepciones, sobre aspectos que no habían sido interrogados antes. Esto muestra que el personal médico participante expresa con satisfacción sus opiniones cuando se trata de aportar al mejoramiento de la atención de los pacientes.
- De parte del Hospital Central, principal institución de salud en San Cristóbal, Venezuela, se contó con disposición para el trabajo colaborativo con el TDR –OMS y la Universidad de Antioquia, Colombia. En este contexto se fortaleció la ejecución cabal del presente estudio, permitiendo a los investigadores la entrada a todas las áreas del Hospital y el acceso al personal de salud que allí labora.

### **Limitaciones del estudio:**

- Se presentaron limitaciones en cuanto al tamaño de la muestra porque el estudio pretendía evaluar la red de salud global en la ciudad de San Cristóbal, Venezuela, e incluir tanto la red de salud de Estado y el sistema de Atención Barrio Adentro bajo dirección central. Sin embargo, una vez en el estudio de terreno se evidenció que la red de atención de salud se encuentra fragmentada y trabajando de forma independiente. Por lo cual no fue posible contar con la autorización para visitar los centros de atención correspondientes al sistema de Barrio Adentro. No obstante, algunos participantes del estudio expresaron voluntariamente haber trabajado en el pasado en la red de Barrio Adentro y ofrecieron sus opiniones en algunos casos.
- Metodológicamente existe una limitación en términos del muestro dado que la realidad del contexto en cuanto al proceso migratorio que se vive en Venezuela afecta la disponibilidad de trabajadores de la salud en las instituciones, es por esto

que el fenómeno en estudio como lo es la adherencia a la guía de atención al paciente con dengue se ve limitada por no contar con el suficiente personal de salud. Es por este motivo que no se contó con un numeroso universo en la muestra lo cual pudo representar una limitante en la calidad del muestreo. Sin embargo, se motivó intensamente a la participación de los profesionales en medicina y enfermería en la presente investigación y se logró una muestra representativa del personal de salud del distrito sanitario número 1 de la Ciudad de san Cristóbal en los cuatro niveles de atención.

- Esta investigación se diseñó como un estudio exploratorio, con la limitante de no contar con instrumentos validados para la recolección de los datos. Sin embargo, los investigadores tomaron la iniciativa de realizar una validación de instrumentos para los dos métodos, cuantitativos y cualitativo teniendo en cuenta los lineamientos de las Guías de Atención al paciente con dengue de la OMS. Se realizaron pruebas piloto verificando los criterios de confiabilidad (análisis de consistencia interna mediante Alfa de Cronbach), validez de contenido (revisión por jueces expertos) y validez de constructo (análisis factorial por componentes principales). Estas verificaciones cumplieron con la rigurosidad metodológica superando las limitaciones mencionadas, no obstante, es posible que estos instrumentos requieran ajustes para investigaciones futuras.

- 

## **10 Conclusiones y aportes a la salud pública**

Este estudio permitió comprender la adherencia a la Guía de atención al paciente con dengue, en el contexto real para los trabajadores de salud en san Cristóbal, Venezuela. Y representa la primera evidencia sobre la implementación de la estrategia EGI-Dengue en general, y sobre el conocimiento del diagnóstico y tratamiento en el personal médico y de enfermería de los cuatro niveles de atención en particular.

Los resultados de esta investigación evidencian como una barrera el grado de conocimiento de las Guías en cuanto al diagnóstico (50,5%) y tratamiento (59,6%) del personal médico y de enfermería.

Se identificaron las variables más relevantes a través de la exploración de las asociaciones entre el conocimiento del diagnóstico y tratamiento con los factores sociodemográficos. Para obtener una ruta eficiente de priorización para futuras estrategias de capacitación al personal.

En cuanto al grado de adherencia en las Historias clínicas se identificaron dominios por debajo del umbral de cumplimiento (<80%) entre ellos: el manejo integral del dengue y dengue grave; tratamiento ambulatorio del dengue; manejo intrahospitalario del dengue; tratamiento intrahospitalario del dengue; y cuidados de enfermería para todos los casos de dengue en las Historias de diagnóstico de

dengue con signos de alarma. Por ende, se señala enfatizar en estos dominios para mejorar la adherencia y evitar las complicaciones del estado clínico del paciente con dengue.

Las barreras percibidas de forma reiterativa por el personal de salud son la escasez de recurso humano, la falta de insumos necesarios para la atención, infraestructura adecuada y colapso del nivel IV. La principal causa detectada para este último problema es la ausencia de un nivel primario eficiente en la atención. Por esta razón, el fortalecimiento de la red ambulatoria de atención primaria contribuiría a evitar esta barrera.

La desarticulación entre el Ministerio de Salud a nivel central con la CORPOSALUD a nivel local, repercute en obstáculos para la articulación de la respuesta y toma de decisiones de los programas de prevención, capacitación y evaluación de las estrategias en salud. En este sentido los participantes en este estudio señalan que no existe incentivo por parte del Estado para que la atención de los pacientes logre mejorar, esto conlleva a que se dé una precaria aplicación de los lineamientos y por ende afecte la atención de los pacientes.

Los médicos y enfermeras de San Cristóbal, señalaron que los insumos básicos de la atención médica son escasos y esto se asocia con la barrera del contexto del sistema de salud. Los materiales inexistentes son: papel físico para escribir la Historia clínica, la ficha epidemiológica y papel para escribir la receta al paciente. Faltan materiales y equipos básicos, como: termómetros, tensiómetros, camas y salas para el aislamiento de los pacientes.

## 11. Recomendaciones

Fomentar investigaciones para mejorar la sostenibilidad del sistema nacional y local de salud en Venezuela, como un marco que favorecería la red de atención en salud.

Fortalecer la Atención Básica en Salud como un mecanismo que mejora la salud de la población, integra el trabajo de los actores en salud y ofrece sostenibilidad al sistema de salud.

Resulta pertinente plantear la necesidad de garantizar recursos desde nivel central para el nivel local y dar continuidad con programas y actividades con respecto a la prevención y promoción de dengue, de esa manera se logra articular para que se pueda abordar esta problemática no solo desde la atención del paciente si no de la prevención de la enfermedad.

Lograr que los centros de salud cuenten con la disponibilidad de recursos para la atención del paciente con dengue durante periodos epidémicos e interepidémicos.

Reforzar la red de laboratorios en los centros de salud a nivel local y a nivel regional, pues de esta manera se podrá confirmar los casos de dengue para una mejor conducta clínica. Así como también la realización de la serología para identificar cuales serotipos circulan en el país y activar la notificación epidemiológica.

Se recomienda planificar estrategias de capacitación dirigidas al personal de salud según las priorizaciones del presente estudio para vencer la barrera de desconocimiento. Conocimientos en el diagnóstico puntualizado al personal de enfermería, mayor de 40 años y que no conoce la Guía; o conocimiento dirigido al tratamiento en personal menor de 30 años, son condiciones que disminuirían los costos y tiempo de una futura estrategia educativa.

Establecer evaluaciones periódicas de las Guías de Atención del paciente, pues de esta manera el personal se ve en la tarea de estar en constante lectura y capacitación, esto ayudaría a que se apeguen a los lineamientos.

Incluir dentro de futuras actualizaciones de las Guías de Atención del paciente con dengue de la OMS, mecanismos para contextos particulares como Venezuela, un país con bloqueo comercial, devaluación monetaria y deficiencias en las cadenas de suministro básico.

## 12 Referencias Bibliográficas.

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Manual de implementación de guías de práctica clínica basadas en evidencia, en instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia [Internet]. 2014 [citado 7 de junio de 2019]. Disponible en: [http://gpc.minsalud.gov.co/recursos/Documentos\\_compartidos/Manual\\_de\\_implementacion.pdf](http://gpc.minsalud.gov.co/recursos/Documentos_compartidos/Manual_de_implementacion.pdf)
2. Registered Nurses' Association of Ontario. Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines. 2.<sup>a</sup> ed. RNAO, editor. RNAO. Ontario: RNAO; 2012. 1-154 p.
3. Organización Panamericana de la Salud. ¿Qué es el dengue y cómo se trata? [Internet]. WHO. World Health Organization; 2017 [citado 7 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/54/es/>
4. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Basicos Situación de Salud en las Américas 2018 [Internet]. 2018. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49511>
5. DANE Información para todos. Producto Interno Bruto (PIB) Base 2015 [Internet]. [citado 7 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/cuentas-nacionales/cuentas-nacionales-trimestrales>
6. Misión Barrio Adentro | SIPI [Internet]. [citado 29 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/politicas/1282/mision-barrio-adentro>
7. Suárez JA, Carreño L, Paniz-mondolfi AE, Marco-canosa FJ, Freilij H, Riera JA, et al. Review Article Infectious Diseases , Social , Economic and Political Crises , Anthropogenic Disasters and Beyond: Venezuela 2019 – Implications for Public Health and Travel Medicine ◊. 2019;73-93.
8. Organización Mundial de la Salud. Dengue y dengue grave [Internet]. PLoS Neglected Tropical Diseases. 2019 [citado 9 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>
9. Alerta Epidemiológica [Internet]. 2018. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=dengue-2158&alias=47046-21-de-noviembre-de-2018-dengue-alerta-epidemiologica&Itemid=270&lang=en](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=dengue-2158&alias=47046-21-de-noviembre-de-2018-dengue-alerta-epidemiologica&Itemid=270&lang=en)
10. Resultados por Entidad Federal y Municipio, del Estado Táchira G, GerenciadeCensodePoblaciónyVivienda. XIV CENSO NACIONAL DE POBLACIÓN Y VIVIENDA [Internet]. 2014 [citado 26 de mayo de 2019]. 96 p. Disponible en: <http://www.ine.gov.ve/documentos/Demografia/CensodePoblacionyVivienda/pdf/tachira.pdf>
11. Ministerio del Poder Popular para La Salud. BoleínEpidemiológico [Internet]. Vol. 52. 2016. Disponible en: XIVCENSONACIONAL%0ADEPOBLACIÓN Y VIVIENDA
12. Tachira corporacion de salud del estado. Corporación de salud de Estado Táchira,CORPOSALUD [Internet]. [citado 9 de junio de 2019]. Disponible en: [http://corposaludtachira.gob.ve/?page\\_id=587](http://corposaludtachira.gob.ve/?page_id=587)

13. Organización Mundial de la Salud. 54.o Consejo directivo [Internet]. 2015 [citado 8 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-INF-5-D-s.pdf>
14. Organizaci DS, Organizaci S, Caracas S. Estrategia de Gestión Integrada de Prevención y Control de Dengue en Venezuela. 2004.
15. Hotez PJ, Basáñez M-G, Acosta-Serrano A, Grillet ME. Venezuela and its rising vector-borne neglected diseases. PLoS Negl Trop Dis [Internet]. 29 de junio de 2017 [citado 17 de julio de 2019];11(6):e0005423. Disponible en: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pntd.0005423>
16. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de Gestión Integrada para la prevención y control del dengue en la Región de las Américas [Internet]. 2017 [citado 8 de junio de 2019]. Disponible en: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34859/OPSCHA17039\\_spa.pdf?sequence=8&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34859/OPSCHA17039_spa.pdf?sequence=8&isAllowed=y)
17. Carroll C, Patterson M, Wood S, Booth A, Rick J, Balain S. A conceptual framework for implementation fidelity. Implement Sci [Internet]. 30 de noviembre de 2007 [citado 20 de octubre de 2020];2(1):1-9. Disponible en: <https://link.springer.com/articles/10.1186/1748-5908-2-40>
18. Dengue y dengue grave [Internet]. 2020 [citado 13 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>
19. Organización Panamericana de la Salud. Guía para la atención clínica integral del paciente con dengue [Internet]. 2010. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos y Publicaciones/Guía para la atención>
20. Jacobo Elizondo JA. Adhesión a las guías nacionales de arbovirosis en tres niveles de atención en salud de Costa Rica. 2018;(agosto). Disponible en: [file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/2-\\_Arbovirus\\_rvg\\_24-9-18.pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/2-_Arbovirus_rvg_24-9-18.pdf)
21. Objetivos de Desarrollo Sostenible | El PNUD en Venezuela [Internet]. [citado 13 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.ve.undp.org/content/venezuela/es/home/sustainable-development-goals.html>
22. Harlem Brundtland G. Saud y Desarrollo Sostenible [Internet]. 2002 [citado 13 de agosto de 2020]. Disponible en: [http://www.trabajoyambiente.com.ar/php/documentos/doc110\\_Salud y desarrollo sostenible.pdf](http://www.trabajoyambiente.com.ar/php/documentos/doc110_Salud y desarrollo sostenible.pdf)
23. Tiga D, Villar L MR. Discapacidad en dengue y su relación con severidad. Univ Ind Santander [Internet]. 2010 [citado 8 de junio de 2019];43:1-7. Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/2133/3808>
24. Organización Mundial de la Salud. Dengue Guías Para El Diagnostico, Tratamiento, Prevencion Y Control. OMS y Programa Especial para Investigacion y Capacitacion De Enfermedades Tropicales. 2009. 113-115 p.
25. Canelo-Aybar C, Balbin G, Perez-Gomez Á, Florez ID. Guías de práctica clínica en el Perú: evaluación de su calidad usando el instrumento AGREE II. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 13 de diciembre de 2016 [citado 13 de agosto de 2020];33(4):732. Disponible en:

- <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2559>
26. Arts DL, Voncken AG, Medlock S, Abu-Hanna A, van Weert HCPM. Reasons for intentional guideline non-adherence: A systematic review. *Int J Med Inform [Internet]*. 1 de mayo de 2016 [citado 19 de julio de 2020];89:55-62. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1386505616300296>
  27. Organización Panamericana de la Salud. Dengue: guías para la atención de enfermos en la Región de las Américas [Internet]. 2016. 1-144 p. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/28232>
  28. Velandia ML, Castellanos JE. Dengue virus : structure and viral cycle. *Asoc Colomb Infectología*. 2011;15(571):33-43.
  29. A Hoyos, C Pérez CH. Factores de riesgos asociados a la infección por dengue en San Mateo, Anzoátegui, Venezuela. *Rev Cuba Med Gen Integr [Internet]*. 2011;27(3):388-95. Disponible en: <http://scielo.sld.cu388>
  30. Y Benitez JM, G Martínez E, Peña VM. Influencia de la temperatura ambiental en el mosquito *Aedes spp* y la transmisión del virus del dengue. *Rev CES Med*. 2019;33(1):42-50. <http://dx.doi.org/10.21615/cesmedicina.33>.
  31. Peters DH, Tran NT, Adam T. Investigación sobre la implementación de políticas de salud: Guía Práctica [Internet]. 2013 [citado 10 de agosto de 2020]. 1-69 p. Disponible en: [www.who.int](http://www.who.int)
  32. Actualización Epidemiológica [Internet]. 2019 [citado 17 de junio de 2019]. Disponible en: [www.paho.org](http://www.paho.org)
  33. Organización Mundial de la Salud. CD43.R4: Dengue and dengue hemorrhagic fever [Internet]. 2001 [citado 9 de junio de 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/315246>
  34. Organización Panamericana de la Salud. Dengue: Guías para la atención de enfermos en la región de las Américas. 2.<sup>a</sup> ed. OPS, editor. Washington D.C.: OPS; 2016.
  35. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento Táctico Y Operativo De La Estrategia De Gestión Integrada Para Las Enfermedades Transmitidas Por Vectores (Egi-Etv) a Nivel Territorial. 2017;1-44. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/bibliotecadigital/RIDE/VS/PP/PAI/Lineamiento-Tatico-operativo-egi-Etv.pdf>
  36. Guías para el Diagnóstico, tratamiento, prevención y control dengue. Nueva edición; 2009. 1-195 p.
  37. Barniol J, Gaczkowski R, Vega E, Rivaldo V, Salgado D, Segarra C et al. Usefulness and applicability of the revised dengue case classification by disease: multi-centre study in 18 countries. *BMC Infect Dis [Internet]*. 21 de diciembre de 2011 [citado 19 de julio de 2019];11(1):106. Disponible en: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2334-11-106>
  38. Demède D, Cheikhelard A, Hoch M, Mouriquand P. Medicina basada en la evidencia y reflujo vesicoureteral. *EMC - Urol*. 2012;38(3):1-12.
  39. Guidelines I of M (US) C on S for DTCP, Graham R, Mancher M, Wolman DM, Greenfield S, Steinberg E. Clinical Practice Guidelines We Can Trust [Internet]. Clinical Practice Guidelines We Can Trust. National Academies Press (US); 2011 [citado 9 de junio de 2019]. Disponible en:

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24983061>
40. A Román. Clinical guidelines, clinical pathways and protocols of care. Medwave [Internet]. 1 de julio de 2012 [citado 9 de junio de 2019];12(06):e5436-e5436. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Series/GES01/5436>
  41. Organización Mundial de la Salud. Investigación sobre la Implementación de Políticas de Salud : Guía Práctica. Peters DH, Tran NT, Adam T, editores. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014. 69 p.
  42. Mihalic S. The Importance of Implementation Fidelity. 2002.
  43. Arts DL, Voncken AG, Medlock S, Abu-Hanna A, van Weert HCPM. Reasons for intentional guideline non-adherence: A systematic review. Int J Med Inform. mayo de 2016;89:55-62.
  44. Handel AS, Ayala EB, Borbor-Cordova MJ, Fessler AG, Finkelstein JL, Espinoza RXR, et al. Knowledge, attitudes, and practices regarding dengue infection among public sector healthcare providers in Machala, Ecuador. Trop Dis Travel Med Vaccines [Internet]. 1 de diciembre de 2016 [citado 16 de julio de 2019];2(1):8. Disponible en: <http://tdtmjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40794-016-0024-y>
  45. Stavropoulou C. Non-adherence to medication and doctor-patient relationship: Evidence from a European survey. Patient Educ Couns [Internet]. abril de 2011 [citado 20 de octubre de 2020];83(1):7-13. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20541884/>
  46. Ferrer M, Menendez R, Amaro R, Torres A. The impact of guidelines on the outcomes of community-acquired and ventilator-associated pneumonia. Vol. 32, Clinics in Chest Medicine. Elsevier; 2011. p. 491-505.
  47. De Posgrados C, Chalén Laínez C, Lalama ME. Universidad San Francisco de Quito.
  48. Fleming V, Buck B, Nix N, Kumar P, Southwood R. Community-Acquired Pneumonia with Risk for Drug-Resistant Pathogens. South Med J [Internet]. marzo de 2013 [citado 20 de octubre de 2020];106(3):209-16. Disponible en: <http://sma.org/southern-medical-journal/article/community-acquired-pneumonia-with-risk-for-drug-resistant-pathogens>
  49. Foy R, Ovretveit J, Shekelle PG, Pronovost PJ, Taylor SL, Dy S, et al. The role of theory in research to develop and evaluate the implementation of patient safety practices [Internet]. Vol. 20, BMJ Quality and Safety. BMJ Publishing Group Ltd; 2011 [citado 21 de octubre de 2020]. p. 453-9. Disponible en: <https://qualitysafety.bmj.com/content/20/5/453>
  50. Michie S, Johnston M, Abraham C, Lawton R, Parker D, Walker A. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: A consensus approach. En: Quality and Safety in Health Care [Internet]. BMJ Publishing Group Ltd; 2005 [citado 21 de octubre de 2020]. p. 26-33. Disponible en: [www.qshc.com](http://www.qshc.com)
  51. (UK) NCC for AC. Implementation and Audit. 2004 [citado 21 de octubre de 2020]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK54535/>
  52. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback: Effects on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2012 [citado 21 de

- octubre de 2020];2012(6). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000259.pub3/full>
53. Valoración de escalas y criterios para la evaluación de guías de práctica clínica [Internet]. [citado 21 de octubre de 2020]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272004000400004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000400004)
  54. W R. Auditoria Clínica. Internacional. EM E, editor. Medellín; 1998.
  55. Jun J, Kovner CT, Stimpfel AW. Barriers and facilitators of nurses' use of clinical practice guidelines: An integrative review. *Int J Nurs Stud.* agosto de 2016;60:54-68.
  56. Carvajal-Barona R R, Varela-Arévalo MT MT, Hoyos PA PA, Angulo-Valencia ES ES, Duarte-Alarcón C C. Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la tuberculosis en trabajadores del sector salud en municipios prioritarios de la Costa Pacífica colombiana. *Ciencias la Salud.* 2014;12(3):339-52.
  57. Beleño Agudelo C, Salazar Araujo M, Mercado Rodríguez L, Altahona Rodríguez Z, Rodríguez López J, Lastre Amell G. Grado de Conocimiento de la Guía de Práctica Clínica de Trastornos Hipertensivos durante el Embarazo en una Empresa Social del Estado en Barranquilla (Atl. – Col) durante el 2014. *Cienc e Innovación en Salud.* 2015;3(1):1-1.
  58. Rodríguez MV, Prieto F, Pantoja T, Letelier F. Perceptions and attitudes of chilean primary care physicians toward clinical practice guidelines. *Rev Med Chil* [Internet]. 2019 [citado 21 de octubre de 2020];147(5):602-11. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872019000500602&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019000500602&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  59. Pedraza RS, Ortiz N, Vargas D, Ardila E. Evaluación de actitudes frente a las guías de práctica clínica en el Instituto Nacional de Cancerología Bogotá - Colombia. *Rev la Fac Med* [Internet]. 1 de octubre de 2004 [citado 21 de octubre de 2020];52(4):250-60. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/43443>
  60. D H, M P. Evaluación de la baja adherencia a guías médicas implementadas en la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Caldas Antioquia primer semestre 2008. 2008;1-49.
  61. Farquhar CM, Kofa EW, Slutsky JR. Clinicians' attitudes to clinical practice guidelines: A systematic review [Internet]. Vol. 177, *Medical Journal of Australia.* Australasian Medical Publishing Co. Ltd; 2002 [citado 21 de octubre de 2020]. p. 502-6. Disponible en: <https://www.mja.com.au/journal/2002/177/9/clinicians-attitudes-clinical-practice-guidelines-systematic-review>
  62. Ho TS, Huang MC, Wang SM, Hsu HC, Liu CC. Knowledge, attitude, and practice of dengue disease among healthcare professionals in southern Taiwan. *J Formos Med Assoc* [Internet]. 2013;112(1):18-23. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jfma.2012.11.004>
  63. Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* (London, England)

- [Internet]. 27 de noviembre de 1993 [citado 9 de junio de 2019];342(8883):1317-22. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7901634>
64. P V. Velasco P. Evaluación de la adherencia a las pautas oficiales para la atención clínica del dengue, chikungunya y zika en la empresa social del estado Hospital San Félix de La Dorada, Caldas, Colombia, 2015 – 2017. Universidad de Antioquia; 2017.
  65. Esneda R, Ferro P, Johanna Y, Torres C, Giovanni W, Barbosa J. Grado de adherencia a las guías clínicas de defectos refractivos por parte de los optómetras en la consulta externa de optometría en una ips , primer semestre del 2012 \* Degree of Compliance with Clinical Guidelines on Refractive Errors by Optometrists in. 2013;11:67-75.
  66. Handel AS, Ayala EB, Borbor-Cordova MJ, Fessler AG, Finkelstein JL, Espinoza RXR, et al. Knowledge, attitudes, and practices regarding dengue infection among public sector healthcare providers in Machala, Ecuador. *Trop Dis Travel Med Vaccines*. diciembre de 2016;2(1):8.
  67. Posada Fernández P, Molina Paz A, Ferrer Martín Y RVI. Evaluación de la estrategia de gestión integrada en el control de una epidemia de dengue | Posada Fernández | MediCiego. *Cent Prov Hig Epidemiol y Microbiol ciego ávila* [Internet]. [citado 14 de agosto de 2020];16:1-8. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1240/1372>
  68. Tapia-López E, Bardach A, Ciapponi A, Alcaraz A, García-Perdomo HA, Ruvinsky S, et al. interventions for controlling aedes aegypti in latin america and the caribbean: A qualitative study. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2019 [citado 11 de agosto de 2020];35(5). Disponible en: <http://atlasti.com/>
  69. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Sistema de Salud en Venezuela - ISAGS [Internet]. [citado 9 de junio de 2019]. Disponible en: <http://isags-unasur.org/es/sistema-de-salud-en-venezuela/>
  70. Bonvecchio A, Becerril-Montekio V, Carriedo-Lutzenkirchen Á, Landaeta-Jiménez M. Sistema de salud de Venezuela. *Salud Publica Mex*. 2011;53(SUPPL. 2):275-86.
  71. Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and conducting Mixed Methods Research. 2011; Disponible en: <http://doc1.bibliothek.li/aca/FLMF022364.pdf>
  72. Manual Metodológico de Implementación. Identificación de barreras y facilitadores. [Internet]. [citado 26 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://portal.guiasalud.es/emanuales/implementacion/apartado03/identificacion.html>
  73. J RL, Amell L, Infante GC, G FO, J BU, V NG. Adherencia de los pacientes a la Guía de Práctica Clínica del Dengue ( GPC \_ Dengue ) en una Clínica de Barranquilla ( Atl , Col ) Patient Adherence to Clinical Practice Guidelines ( GPC \_ Dengue ) at a clinic in Barranquilla ( Atl , Col ) *Dengue*. 2015;3(2):23-30.
  74. Araujo M. Indicadores de calidad: Criterios para la definición de umbrales [Internet]. 2010 [citado 17 de julio de 2019]. Disponible en: <http://www.somuca.es/ServletDocument?document=142>
  75. Referentes de los grupos de la subdirección de vigilancia en salud pública, Consolidado por el Grupo de Analisis de Situación en Salud. Manual para

- análisis: Indicadores para la vigilancia de eventos de interés en Salud Pública 2012 [Internet]. 2012 [citado 17 de julio de 2019]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/CTDLab/Publicaciones/2016/Análisis de Indicadores de Salud y Calidad de Vida.pdf>
76. Munera, H PE. Evaluación de la baja adherencia a guías médicas implementadas en la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Caldas Antioquia primer semestre 2008. 2008.
  77. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951;16(3):297-334.
  78. Campo-Arias A, Oviedo HC. Propiedades psicométricas de una escala: La consistencia interna. Vol. 10, *Revista de Salud Pública*. Universidad Nacional de Colombia; 2008. p. 831-9.
  79. Oviedo HC, Campo-Arias A. Metodología de investigación y lectura crítica de estudios Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach Title: An Approach to the Use of Cronbach's Alfa.
  80. David W. Hosmer, Jr., Stanley Lemeshow RX. *Applied Logistic Regression* [Internet]. Third Edition. Wiley. New Jersey: Wiley; 2013 [citado 28 de julio de 2020]. 1-528 p. Disponible en: <https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=64JYAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR13&dq=Hosmer+DW,+Lemeshow+S,+Sturdivant+RX.+Applied+Logistic+Regression.+3rd+ed.+Wiley.+New+Jersey:+Wiley%3B+2013&ots=DskQ108lhJ&sig=BVDBEv9aRGdN-EynpK1pL2eofk8#v=onepage&q&f=false>
  81. Salud IN de. Manual para Análisis: Indicadores Para La Vigilancia De Eventos De Interés En Salud Pública 2012. 2015;01:1-167. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/CTDLab/Publicaciones/2016/Análisis de Indicadores de Salud y Calidad de Vida.pdf>
  82. Sampieri R, Fernández Carlos BP. Metodología de la Investigación [Internet]. Quinta edición. Mexico; 2010 [citado 14 de septiembre de 2019]. 1-656 p. Disponible en: [https://www.esup.edu.pe/descargas/dep\\_investigacion/Metodologia de la investigacion 5ta Edición.pdf](https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia de la investigacion 5ta Edición.pdf)
  83. Ulin R, Priscila R, Tolley E. Investigación aplicada en Salud pública: Métodos Cualitativos. II serie, Washington. 2006. 1-273 p.
  84. Escobar J, Bonilla Jimenez I. Grupos Focales: Una Guía Conceptual Y Metodológica. *Cuad Hispanoam Psicol*. 2009;9(1):51-67.
  85. Krueger RA. Is it a focus group? Tips on how to tell. Vol. 33, *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*. 2006. p. 363-6.
  86. Carrasquilla G, Pulido A, De la Hoz A et al. Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano MARZO DE 2014 REVISORES PARES NACIONALES REVISORES PARES INTERNACIONALES. 2014;154.
  87. Valenzuela A, Vinegra A TL. Estrategias generales para la implementación de las Guías de Práctica Clínica. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2015;53(6):774-83.
  88. Berrios R CN-S. Investigación cualitativa: Fundamentos, diseños y estrategias. 2013 [citado 15 de agosto de 2020];2:11. Disponible en:

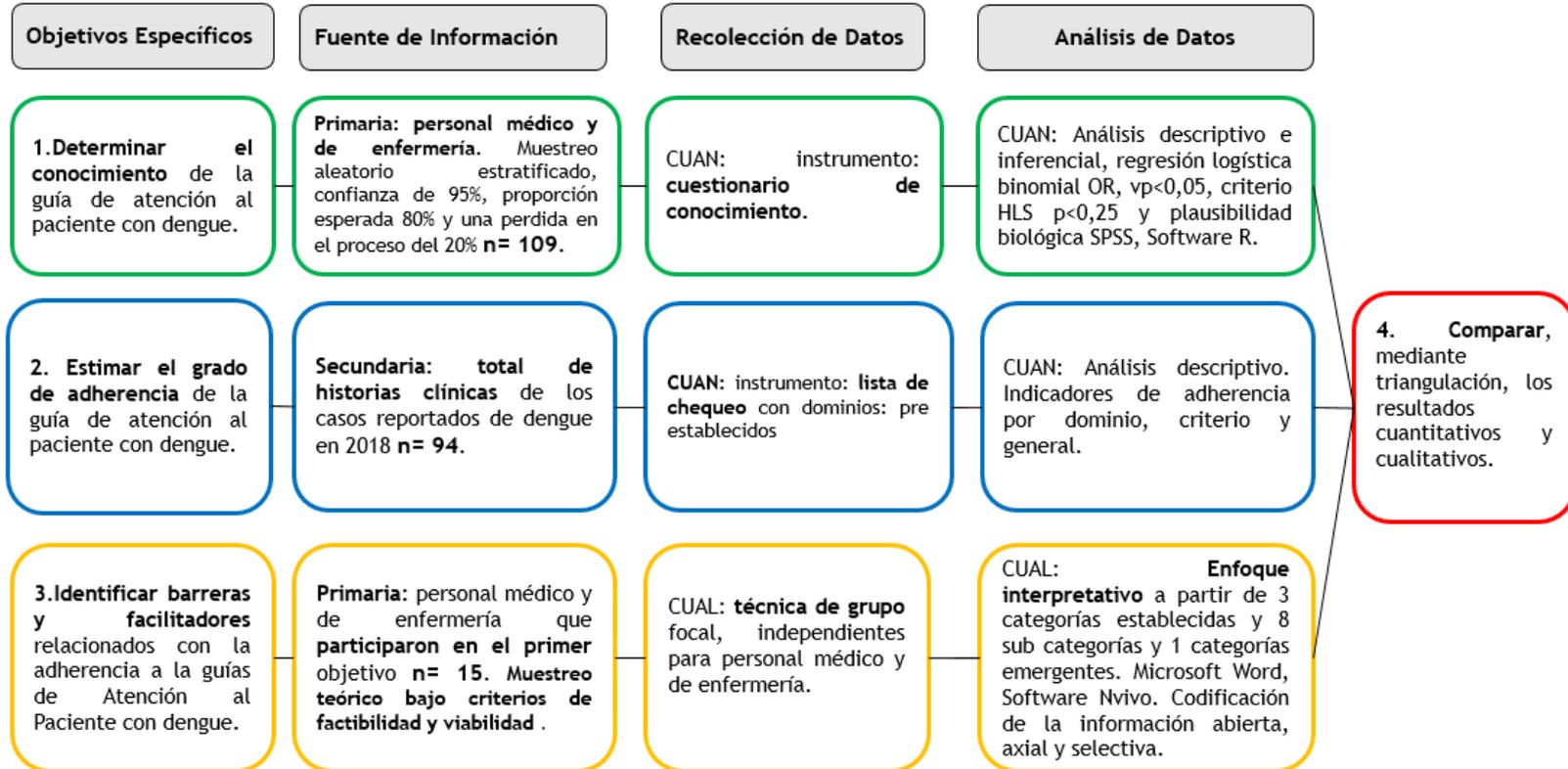
- <https://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/1625/1438>
89. Galeano M. Estrategias de investigación social cualitativa. El giro en la mirada [Internet]. Primera, 2004. Vol. 1. La Carreta Editores; 2012 [citado 15 de agosto de 2020]. 1-239 p. Disponible en: <https://www.librosyeditores.com/metodologia-investigacion/2184-estrategias-de-investigacion-social-cualitativa-el-giro-en-la-mirada-9589744958.html>
  90. Ministerio de, Salud y Protección Social y la Universidad de Antioquia. Manual de implementación de guías de práctica clínica basadas en evidencia, en instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia [Internet]. 2014 [citado 15 de julio de 2019]. Disponible en: [http://gpc.minsalud.gov.co/recursos/Documentos/compartidos/Manual\\_de\\_implementacion.pdf](http://gpc.minsalud.gov.co/recursos/Documentos/compartidos/Manual_de_implementacion.pdf)
  91. Korstjens I, Moser A. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. Eur J Gen Pract [Internet]. 5 de enero de 2018 [citado 19 de julio de 2020];24(1):120-4. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13814788.2017.1375092>
  92. J S. Fundamentals of Qualitative Research. 1393. 93 p.
  93. Porta L SM. “La investigación cualitativa: El Análisis de Contenido en la investigación educativa”. [citado 1 de octubre de 2019]; Disponible en: <http://abacoenred.com/wp-content/uploads/2016/01/Análisis-de-contenido-en-investigación-educativa-UNMP-UNPA-2003.pdf.pdf>
  94. Hutchisona AJ, Johnstonb LH, Breckona JD. Using QSR-NVivo to facilitate the development of a grounded theory project: An account of a worked example. Int J Soc Res Methodol [Internet]. 2010 [citado 15 de agosto de 2020];13(4):283-302. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13645570902996301>
  95. Strauss A CJ. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada [Internet]. diciembre de 2002. Editorial Universidad de Antioquia, editor. Medellín; 2002 [citado 1 de octubre de 2019]. 1-354 p. Disponible en: [https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38537364/Teoria\\_Fundamentada.pdf?response-content-disposition=inline%3Bfilename%3DTeoria\\_Fundamentada.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20191001%2Fus-east-1%2Fs3](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38537364/Teoria_Fundamentada.pdf?response-content-disposition=inline%3Bfilename%3DTeoria_Fundamentada.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20191001%2Fus-east-1%2Fs3)
  96. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada [Internet]. [citado 15 de agosto de 2020]. Disponible en: [www.editorialudea.com](http://www.editorialudea.com)
  97. Flick U. A Companion to Qualitative Research. A Companion to Qualitative Research. 2004. 178-183 p.
  98. Manual Comité Investigación y Bioética Hospitalaria 2015 Venezuela. PRIMERA ED. Caracas; 35 p.
  99. República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución N° 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Ministerio de Salud de la República de Colombia. 1993.
  100. Fetters MD, Curry LA, Creswell JW. Achieving integration in mixed methods

- designs - Principles and practices. *Health Serv Res.* 2013;48(6 PART2):2134-56.
101. Paniz-Mondolfi AE, Tami A, Grillet ME, Márquez M, Hernández-Villena J, Escalona-Rodríguez MA, et al. Resurgence of vaccine-preventable diseases in Venezuela as a regional public health threat in the Americas. *Emerg Infect Dis* [Internet]. 2019 [citado 23 de octubre de 2020];25(4):625-32. Disponible en: [www.cdc.gov/](http://www.cdc.gov/)
  102. Navarro S PC. Indicadores estadísticos para la evaluación de protocolos asistenciales en oftalmología. *Rev Cuba Oftalmol* [Internet]. 2015 [citado 15 de agosto de 2020];28:1-7. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21762015000100008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000100008)
  103. Khatib R, Schwalm J-D, Yusuf S, Haynes RB, McKee M, Khan M, et al. Patient and Healthcare Provider Barriers to Hypertension Awareness, Treatment and Follow Up: A Systematic Review and Meta-Analysis of Qualitative and Quantitative Studies. Barengo NC, editor. *PLoS One* [Internet]. 15 de enero de 2014 [citado 15 de agosto de 2020];9(1):e84238. Disponible en: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0084238>
  104. Matzumura Kasano JP, Gutiérrez Crespo H, Sotomayor Salas J, Pajuelo Carrasco G. Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa, 2010-2011. *An la Fac Med* [Internet]. 13 de octubre de 2014 [citado 11 de agosto de 2020];75(3):251-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.>
  105. Factores que influyen en la implementación de guías clínicas para profesionales de la salud\_ una meta-revisión sistemática.
  106. Doblecki-Lewis S, Chang A, Jiddou-Yaldoo R, Tomashek KM, Stanek D, Anil L, et al. Knowledge, attitudes, and practices of Florida physicians regarding dengue before and after an educational intervention. *BMC Med Educ* [Internet]. 2016 [citado 8 de agosto de 2020];16(1). Disponible en: [/pmc/articles/PMC4845440/?report=abstract](http://pmc/articles/PMC4845440/?report=abstract)
  107. Dale S, Levi C, Ward J, Grimshaw JM, Jammali-Blasi A, D'Este C, et al. Barriers and enablers to implementing clinical treatment protocols for fever, hyperglycaemia, and swallowing dysfunction in the quality in acute stroke care (QASC) project-a mixed methods study. *Worldviews Evidence-Based Nurs* [Internet]. 1 de febrero de 2015 [citado 15 de agosto de 2020];12(1):41-50. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25604606/>



## Anexos

### Anexo 1. Diagrama Metodológico.



Anexo 2 Sitio del estudio San Cristóbal, Estado Táchira frontera con Colombia



○ Sitio del estudio.

### Anexo 3 Operacionalización de las variables para la recolección de información y cumplimiento de los 3 objetivos específicos.

Objetivo	Variable	Descripción	Naturaleza	Escala	Indicador
1.Determinar el conocimiento de la guía de atención al paciente con dengue que tiene el personal médico y de enfermería de los cuatro niveles de atención de salud, en los hospitales públicos de la ciudad de San Cristóbal, Venezuela.	Centro de Salud	Centro de salud en la que trabaja el personal de salud, corresponde a uno de los lugares del estudio.	Cualitativa politómica	1. Hospital Central 2. Am Punte Real 3. Amb Sucre 4. Amb la concordia 5. Amb Centro 6. Amb Kioskos 7. Amb Tuberculoso	Porcentaje de trabajadores por área de salud
	Sexo	Sexo del participante	Cualitativa dicotómica	1. Masculino 0: Femenino	Porcentaje de trabajadores por sexo.
	Edad	Edad en años cumplidos del participante	Cualitativa politómica	1. < 30 años 2. 30 a 39 años 3. 40 años o mas 0. I nivel	Porcentaje de trabajadores por grupo etario
	Nivel de atención	Nivel de atención en el que se desempeña en sus funciones cada participante	Cualitativa politómica	1. II nivel 2. III nivel 3. IV nivel	Porcentaje de trabajadores por nivel de atención
	Perfil	Cargo que desempeña en el MPPS como trabajador	Cualitativa dicotómica	1. Personal médico 2. Personal de enfermería	Porcentaje de trabajadores por perfil profesional
	Experiencia	Tiempo desempeñando su perfil en el MPPS	Cualitativa politómica	1. 1 a 5 años 2. 6 a 10 años 3.11 años o mas 3. 10 a 14 años	Porcentaje de trabajadores por años laborados
	Capacitación dengue	Tiempo desde la última capacitación	Cualitativa politómica	1. 1a 5 años 2. 6 años o mas 3. nunca	Cantidad de trabajadores según el tiempo de su última capacitación de la guía correspondiente

Objetivo	Variable	Descripción	Naturaleza	Escala	Indicador
<b>2.Determinar el conocimiento de la guía de atención al paciente con dengue que tiene el personal médico y de enfermería de los cuatro niveles de atención de salud, en los hospitales públicos de la ciudad de San Cristóbal, Venezuela.</b>					
	Conoce la Guía	Conocimiento sobre las generalidades de la Guía	Cualitativa dicotómica	1:Si 2:No	Pocentaje de los que conocen y los que no concen la Guía
	Conocimiento diagnóstico dengue	Conocimiento adecuado o inadecuado para reconocer la enfermedad según los criterios de la Guía	Cuantitativa continua de razón	0-100%	Porcentaje de ítems correctos en el instrumento
	Conocimiento tratamiento dengue	Conocimiento adecuado o inadecuado para brindar tratamiento la enfermedad según los lineamientos contenidos en la Guía	Cuantitativa continua de razón	0-100%	Porcentaje de ítems correctos en el instrumento
<b>3.Estimar el grado de adherencia de la guía de atención al paciente con dengue en el personal médico y de enfermería del Hospital Central de San Cristóbal.</b>					
	Adherencia general dengue	Conocimiento sobre los ítems de la historia clínica criterios y dominios contenidos en la Guía de atención al paciente con dengue	Cuantitativa continua	0-100%	Pocertaje de ítems correctos
	Adherencia por criterio	Conocimiento sobre los criterios de las historias clínicas	Cuantitativa continua	0-100%	Pocertaje de ítems criterios correctos
	Adherencia por dominio	Conocimiento sobre los dominios de las historias clínicas	Cuantitativa continua	0-100%	Pocertaje de ítems dominios correctos

**Anexo 4 Cuestionario de conocimiento para el personal médico y de enfermería.**

<b>Cuestionario de conocimiento, para aplicar al personal Médico y de Enfermería</b>		
 <p>UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA 1803</p>	<p>Adherencia de Médicos y enfermeras a la Guía de Atención al Paciente con Dengue en la Ciudad de San Cristóbal, Estado Táchira, Venezuela, 2019.</p>	<p><b>Código:</b></p> <p><b>Fecha:</b></p>
<p>Este cuestionario consta de 20 preguntas de selección múltiple, dividido en cuatro secciones:                      Sección 1: Información sociodemográfica.                      Sección 2: Diagnóstico de dengue.                      Sección 3: Tratamiento del Dengue.                      Sección 4: Generalidades de la Guía de Atención al Paciente con Dengue.                      El objetivo de este cuestionario es determinar el conocimiento de la Guía de Atención al Paciente con Dengue que tiene el personal médico y de enfermería de los niveles I al IV de atención de salud, en los hospitales públicos de la ciudad de San Cristóbal, Venezuela.                      Instrucciones:                      Por favor, marque con una X la respuesta que considere correcta.                      El personal de medicina se le solicita que conteste el cuestionario en su totalidad.                      Para el personal de enfermería las preguntas sobre tratamiento, son opcionales, por lo que no está en obligación de responderlo.                      Agradecemos su participación y diligenciamiento del cuestionario.</p>		

**Sección 1 sociodemográfica.**

1. Área de Salud/Hospital donde labora actualmente:

\_\_\_\_\_

2. ¿Cuál es su sexo?

- a. Hombre.
- b. Mujer.

3. ¿Qué edad tiene?

\_\_\_\_\_

—

4. ¿En cuál nivel de atención trabaja?

- a. I Nivel.

- b. II Nivel.
- c. III Nivel.
- d. IV Nivel.

5. ¿Cuánto tiempo ha estado trabajando para el Ministerio de Poder Popular para la Salud?

\_\_\_\_\_

6. ¿Bajo qué perfil profesional labora actualmente en el MPPS?

- a. TSU Enfermería.
- b. Licenciado(a) Enfermería.
- c. Médico(a) General.
- d. Médico(a) Integral Comunitario
- e. Médico(a) Especialista en:

\_\_\_\_\_

—

## Sección 2 Diagnóstico de dengue.

¿Cuál de las siguientes opciones se refiere a dos signos de alarma según la clasificación de dengue grave?

Hipertensión y dolor articular.  
Hipotensión y letargia.

**Sangrado de mucosas y Hepatomegalia.**

Dolor retro-ocular y taquicardia.

Analice el siguiente cuadro clínico: paciente con síndrome viral de menos de 8 días de evolución acompañado de: cefalea, dolor retro-ocular, artralgias, mialgias y erupción cutánea, sin extravasación plasmática. A partir de la información presentada, el caso cumple con la definición de la siguiente patología:

Chikungunya.  
Dengue grave.

**Dengue sin signos de alarma.**

Dengue con signos de alarma.

Analice el siguiente cuadro clínico: paciente con temperatura mayor a 39°C, linfopenia, plaquetas en 130.000/mm<sup>3</sup> y pruebas de función hepática elevadas, a partir de la información, el caso cumple con el siguiente diagnóstico:

**Dengue con signos de alarma.**

Zika  
Dengue grave.  
Chikungunya.

¿Cuál grupo o grupos de pacientes deben estar ingresados?

**Por favor, seleccione todas las respuestas que apliquen**

Dengue sin signos de alarma.

**Dengue sin signos de alarma, pero con comorbilidades.**

**Dengue con signos de alarma.**

**Dengue grave.**

Analice el siguiente cuadro clínico: un paciente masculino de 8 años de edad se presenta en su consulta con inicio de temperaturas altas de 4 días de evolución, náuseas, vomito tres veces por día, y dolores en sus articulaciones. Lo acompaña su madre, quien reporta que él ha estado menos activo los últimos días y parece estar más incómodo. Usted nota las siguientes anormalidades en el examen físico: el paciente tiene Sangrado de la mucosa oral, una masa palpable en el lado derecho 2 cm debajo de las costillas, y hace un gesto de dolor cuando palpa su abdomen. No observa fluidos en el abdomen o dificultad en respirar. Basado en la clasificación del dengue del Manejo Clínico del Dengue 2010 actuales, este paciente es mejor clasificado como:

Fiebre de dengue.

Fiebre hemorrágica de dengue.

Síndrome de shock de dengue.

Dengue sin signos de alarma.

**Dengue con signos de alarma.**

Dengue grave.

De acuerdo a la clasificación del Manejo Clínico del Dengue 2010 de la Organización Mundial de la Salud, ¿qué signos y síntomas se usan para identificar la infección del dengue sin signos de alarma?

**Por favor, seleccione todas las respuestas que apliquen.**

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| a. Ascitis.                      | k. Edema.                                |
| b. Constipación.                 | l. <b>Prueba positivo de torniquete.</b> |
| c. <b>Cefalea.</b>               | m. <b>Fiebre/ alza térmica.</b>          |
| d. Diarrea                       | n. Ictericia.                            |
| e. Disnea.                       | ñ. Linfadenitis.                         |
| f. Disuria.                      | o. <b>Erupción petequial.</b>            |
| g. Dolor de pecho.               | p. Secreción nasal.                      |
| h. <b>Dolores musculares.</b>    | q. Tos persistente.                      |
| i. <b>Dolor retro-orbicular.</b> | r. Trombocitopenia.                      |
| h. Edema.                        | s. <b>Vómito</b>                         |
| j. Ictericia                     |  |

Analice el siguiente cuadro clínico: Paciente refiere presentar fiebre, no cuantificada, dolor retro-ocular y malestar general, presento vómitos en tres ocasiones. A partir de la información presentada usted tendría sospecha qué se trata de dengue:

- Dengue grave
- Clásico.
- Dengue con signos de alarma.
- Dengue sin signos de alarma.**

De los siguientes criterios de dengue cual se debe manejar intrahospitalariamente:

- Mialgias y artralgias.
- Plaquetas inferiores a 100.000/mm<sup>3</sup>.**

Temperatura mayor de 39 °C de más 7 días.

Embarazo sin riesgo obstétrico.

### Sección 3: Tratamiento del Dengue

15. Seleccione que tratamiento utiliza en paciente sospecha de dengue:

- a. Aspirina, AINES.
- b. Esteroides.
- c. **Hidratación oral.**
- d. Inmunosupresivos (methotrexate, cyclosporine, etc.)
- d. Opioides.
- e. **Paracetamol.**
- f. **Rehidratación de fluidos intravenoso.**
- g. Tratamiento anti-bacterial.
- h. Tratamiento antiviral.
- i. Transfusión de plaqueta.
- j. Transfusión de plasma.
- k. Transfusión de Sangre completa.
- l. Otra:

Analice el siguiente cuadro clínico: un paciente femenino de 5 años se presenta en su consultorio con cuatro días de fiebre y un abdomen dilatado y doloroso por dos días. Su madre indica que la paciente ha estado menos activa durante los tres últimos días. Es actualmente febril y usted ha visto seis pacientes en las últimas tres semanas con infecciones de dengue. El mejor procedimiento en tratar a este paciente es:

Ordena exámenes de laboratorio, indica al paciente que descansa en su casa, y pide al paciente que regresa al consultorio a las 24 horas.

**Ordena exámenes de laboratorio e ingrese al paciente al hospital para una observación de 24 horas.**

Ordena exámenes de laboratorio y admite al paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos para un monitoreo cercano y acceso a cuidados de emergencia.

Analice el siguiente cuadro clínico: Un paciente masculino de 27 años se presenta en su consultorio en febrero con dos de fiebre y quejas de dolores musculares. Nota que él ha tenido tres episodios de vomito sin Sangre en los últimos dos días. El paciente nota que su hermana menor tiene síntomas similares. Usted recuerda el haber escuchados numerosos reportes de infección de dengue durante el último mes. El mejor procedimiento en el tratamiento de este paciente es:

**Ordena exámenes de laboratorio, indica al paciente que descanse en su casa, y pide al paciente que regresa a las 24 horas.**

Ordena exámenes de laboratorio y admite al paciente al hospital para una observación de 24 horas.

Ordena exámenes de laboratorio y admite al paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos para un monitoreo cercano y acceso a cuidados de emergencia

18. ¿De los siguientes medicamentos cual está contraindicado para el manejo del paciente con dengue?

- a. **Dexametasona.**
- b. Metformina.
- c. Insulina.

d. Acetaminofén.

19. ¿En un paciente con dengue sin signos de alarma se debe de realizar un control en el servicio de salud cada?

Cada 24 horas posteriores al cese de la fiebre.

**Cada 48 horas posteriores al cese de la fiebre.**

Cada 72 horas posteriores al cese de la fiebre.

**Sección 4 de generalidades del Guía de Atención al Paciente con Dengue.**

20. ¿Conoce usted las Guías de atención al paciente con dengue?

- Si.
- No.

21. ¿Hace cuánto fue la última capacitación o actualización sobre manejo de dengue según la Guía de Atención al Paciente con Dengue?

---

**Gracias por su participación, será de gran aporte en la investigación.**

## Anexo 5 Autorización para realización de prueba piloto.

 **CORPOSALUD**  
CORPORACIÓN DE SALUD DEL ESTADO TÁCHIRA

 **GOBERNACIÓN**  
DEL ESTADO TÁCHIRA

División de Epidemiología

**DE-332**

San Cristóbal, 07 noviembre de 2019

Ciudadana:  
**Dra. Keberlin Arellano**  
**Jefe de Distrito Sanitario N° 09**  
Presente.-

**Atención:** Dra. Elcy Cañas  
Directora Hospital General de Tárriba

Me es grato dirigirme a usted, en la oportunidad de brindarle un cordial saludo en nombre de la División de Epidemiología del estado Táchira.

Sirva la presente, para **Autorizar** a la ciudadana **Dra. Laura Cárdenas Sánchez** portadora de la cedula de identidad N° **V-21.451.870**, estudiante de la Maestría en Epidemiología de la Universidad de Antioquia, para realización de estudios Investigativos Epidemiológicos en el Hospital General de Tárriba.

Agradeciendo de antemano la atención e información solicitada; se despiden atentamente.

  
**Dr. Reggie Richard Barrera Espina**  
Jefe de la División de Epidemiología del estado Táchira  
Providencia Administrativa 2887-2019 fecha, 08/01/2019

  
**Dra. Betzabeth Consolación Ángel Contreras**  
Jefe de la División de Salud Colectiva y Redes de Servicio de Salud  
Providencia Administrativa 2959-2019 fecha, 23/05/2019



BCAC/RRBE/mja  
nov/2019

5ta Avenida con carrera 6 entre Calles 14 y 15, San Cristóbal, Estado Táchira, Venezuela  
Teléfono: 3430315 – 3447310  
www.corposaludtachira.gov.ve

 **Táchira libre**

 **Laidy Gómez**  
GOBERNADOR

**Anexo 6 Autorización para visita a centros de salud pertenecientes a CORPOSALUD.**



San Cristóbal, 04 de noviembre de 2019

**"AUTORIZACION"**

YO, **DR. LUIS ANTONIO RAMIREZ ORTEGA** con cedula de Identidad N° V.-  
**16.778.013** Actuando en mi carácter de **PRESIDENTE DE LA CORPORACION  
DE SALUD DEL ESTADO TACHIRA**, Designado según decreto N°810 GO.  
N°9107, de fecha 21/12/2017, "**AUTORIZO**" a la Ciudadana: **LAURA CÁRDENAS  
SÁNCHEZ**, venezolana mayor de edad, Identificada con el número de cedula V-  
21.451.870. Cursando actualmente el tercer Semestre de Maestría en  
Epidemiología, perteneciente a la Universidad de Antioquia, a realizar estudios  
Investigativos Epidemiológicos en las Instituciones adscritas a la Corporación de  
Salud del Estado Táchira.

*Se agradece prestar la Atención e Información solicitada.*

**DR. LUIS ANTONIO RAMIREZ ORTEGA**  
Presidente de la Corporación de Salud del Edo. Táchira  
Designado según decreto N°810 GO. N°9107, de fecha 21/12/2017



5ta. Avenida con carrera 6 entre calles 14 y 15, San Cristóbal, Estado Táchira. Teléfonos: 0276-  
3430315-3435701, [corposaludtachira.presidencia@gmail.com](mailto:corposaludtachira.presidencia@gmail.com)

*Laidy Gómez*  
GOBERNADORA

## Anexo 7 Autorización para aplicar instrumento de conocimiento en el Hospital Central de San Cristóbal.

SDIE: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION  
PARA APLICAR INSTRUMENTO  
DEL TRABAJO DE GRADO**

Quién suscribe, Sub Director de Investigación y Educación, hace constar que la Medico venezolana estudiante de la Maestría en Epidemiología en la Universidad de Antioquía en la República de Colombia, **LAURA CARDENAS SANCHEZ** se ha autorizado para que aplique el instrumento de recolección de data, según la metodología aprobada en su Proyecto " **Adherencia del Personal Médico y de Enfermería a la Guía de Atención al Paciente con Dengue en la Ciudad de San Cristóbal, Estado Táchira, Venezuela, 2019**" al personal de Salud Médicos y Enfermeras relacionadas con la atención de estos pacientes en el Hospital Central de San Cristóbal, bajo la supervisión del Dr. Noel Calderón Jefe del Servicio de Epidemiología de esta Institución. Queda suficientemente claro que el trabajo desempeñado durante la actividad no será objeto de remuneración alguna por parte del Hospital.

Se agradece brindarle toda la colaboración posible para la realización de esta actividad, así como la notificación inmediata de cualquier anomalía notada durante su permanencia dentro de la Institución.

Constancia que se expide en San Cristóbal a los nueve días del mes de agosto de dos mil diecinueve.

Dr. Marco A. Labrador R.  
Sub-Director de Investigación y Educación del HCSC

Edificio Hospital Central. Avenida Lucio Oquendo, La Concordia. San Cristóbal, Estado Táchira, Venezuela. Apartado Postal 5001  
Teléf. Fax (058) 0276 3478224 Central:(058) 0276 3477176 (Ext.350) - (058) 0276 3475233 (Ext.350)  
RIF G-20000922-5 <http://hospitalcentralsc.gob.ve:8080> - e-mail:didehospitalsc@gmail.com - @HCentralSC

Anexo 8 **Autorización para aplicar instrumento de conocimiento en el Hospital Central de San Cristóbal.**

 <p>UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA 1803</p>	<b>Consentimiento informado para cuestionario de conocimiento para el personal médico y de enfermería</b>
	<b>Título del proyecto: Adherencia del personal médico y de enfermería a la Guía de Atención al Paciente con Dengue en la Ciudad de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela, 2019.</b>

El proyecto de investigación tiene como objetivo evaluar la adherencia a la Guía de Atención al Paciente con Dengue en médicos y enfermeras de instituciones públicas de salud, en la ciudad de San Cristóbal, Venezuela, con la finalidad de dar soporte a acciones de fortalecimiento en la capacidad de las instituciones de salud para la disminución de las complicaciones y mortalidad asociada a esta enfermedad. Cuenta con la investigadora principal: Laura Cárdenas Sánchez estudiante de Maestría en Epidemiología, correo electrónico [laura.cardenass@udea.edu.co](mailto:laura.cardenass@udea.edu.co). Entidad que respalda la investigación: Universidad de Antioquia, Colombia.

**Información para el participante:**

La investigación corresponde a un estudio relacionado con la adherencia a las Guías de atención al paciente con dengue, que tiene como propósito que los resultados, ayuden a contribuir en una adecuada atención a los pacientes, así como también fortalecer la capacidad de las instituciones de salud en la disminución de las complicaciones y mortalidad asociada al dengue.

El cuestionario busca obtener información acerca de su conocimiento de la implementación de Guía de atención al paciente, por lo que el aporte suyo como actor es clave en la investigación.

Para formar parte de la investigación es importante que comprenda todas las implicaciones que tiene su participación, si tiene alguna duda por favor informe al investigador, para poder aclararla y de esta forma pueda firmar el consentimiento informado.

La actividad en la que deseo participar es un cuestionario de conocimiento de aproximadamente de 30 minutos, la duración del estudio es del 2018 al 2020 desde la formulación de la propuesta, recolección y análisis de datos, así como la presentación de los resultados y discusión.

El cuestionario de conocimiento cuenta con 21 preguntas, donde debo de contestar las que tenga conocimiento, el cuestionario es el mismo

para todos los participantes, solo se aplicara una vez; en el estudio se asegura la confidencialidad ya que los cuestionarios son anónimos, esta intervención cuenta con mínimo riesgo, por lo cual usted podrá desarrollar eventos asociados al estrés de una prueba escrita, como sudoración , cefalea, estrés, sin embargos estas molestias son poco usuales, la participación como el retiro es voluntario.

El interés del investigador en netamente científico en esta investigación, dado que corresponde a su trabajo de investigación para obtener el grado de master en epidemiología en la Universidad de Antioquia en Medellín, Colombia.

Los datos obtenidos en serán utilizados por el investigador principal para la elaboración de un informe científico para alcanzar el titulo anteriormente descrito, los resultados se divulgarán a los participantes al finalizar el estudio.

La investigación tiene una segunda fase por lo que su participación puede tener un segundo momento.

### **Procedimientos del estudio**

La investigación consiste en la recolección de datos cuantitativos y cualitativos, y se recolectará la información por medio de cuestionarios de conocimiento con los informantes claves: personal médico y de enfermería.

Por su condición de trabajador relacionado al ministerio del poder popular para la salud debe considerar que es riesgoso dar su punto de vista, sin embargo, tenga presente que esta es una entrevista propositiva, con el fin de fortalecer las capacidades del programa y no criticar el mismo. Con respecto a los riesgos laborales, se solicitará autorización a los superiores y se asegura que la información suministrada no será de conocimiento de personas externas al equipo investigador, evitando de esta forma afectar en su trabajo y siempre se mantendrá la confidencialidad de la información, es por ese motivo que no constituye un riesgo laboral para el participante.

Para el desarrollo de la recolección de los datos de la investigación se contará con una segunda fase que tendrá un encuentro grupal y se solicitará la participación con anterioridad para no afectar sus labores cotidianas, además se asegura que la información que usted nos brinde no será compartida con ninguna persona del servicio de salud y será de uso estricto por parte del equipo investigador; además no utilizaremos sus datos personales.

Se codificarán sus datos y nadie conocerá su información, el equipo investigador es el único que contara con acceso a los datos codificados, no se publicaran los datos sin su autorización. La información será

custodiada durante 10 años por parte del equipo y podrá acceder a ella cuando usted lo desee.

Usted podrá acceder a su información cuando lo considere necesario, además que podrá verificar la misma y llegar a un consenso de lo que le gustaría que utilicemos y lo que no.

No se publicarán datos personales y únicamente se utilizará información anónima y se mantendrá la confidencialidad de los informantes, nadie conocerá quien nos brindó la información.

La participación en el estudio es completamente voluntaria, usted es libre de participar en la investigación, y de salirse de ella en cualquier momento.

Su participación finaliza una vez terminado el cuestionario de conocimiento; sin embargo, usted es libre de retirarse en cualquier momento.

Usted no tiene que incurrir en ningún gasto en la investigación.

Por el principio de gratuidad, no existirá alguna compensación por participar en la investigación y su participación es voluntaria.

### **Beneficios para el participante**

No existirá algún beneficio directo por ser parte de la investigación, sin embargo, existe el beneficio indirecto de fortalecer el proceso de implementación de la Guía de atención para enfermos en la Región de las Américas, en la ciudad de San Cristóbal, un contexto real de la aplicación en cada nivel de atención, todo esto ayudará a identificar las debilidades del sistema para adecuarlo a la realidad del país sobre todo en zonas donde el dengue es endémico.

### **Compromisos del investigador**

En el caso que se presente algún problema en la investigación, el equipo investigador lo solucionará.

Se contará con el apoyo de los encargados del programa en el caso que requiera algún comprobante de participación o bien algún apoyo que requiera.

Se guardará la confidencialidad de sus datos en todo momento.

Se le informará cualquier situación que ocurra durante la investigación.

El equipo aclarará cualquier situación acerca de la investigación frente a las entidades de salud y legales.

### **Resultados esperados**

Los datos de los resultados serán publicados en una revista científica indexada.

Se espera que las consecuencias derivadas de la investigación estén relacionadas al mejoramiento de la atención al paciente con dengue y se realicen acciones contextualizadas.

### Personas a contactar para más información

Si necesita más información, puede contactar a Laura Cárdenas Sánchez , al correo electrónico [laura.cardenass@udea.edu.co](mailto:laura.cardenass@udea.edu.co) o al teléfono 0426 3548203 en el horario de 7: 00 am a 5:00 pm.

Si quisiera más información puede obtenerla escribiéndole al tutor de la investigadora Prof. Emmanuel Nieto al correo: [emmanuel.nieto1@udea.edu.co](mailto:emmanuel.nieto1@udea.edu.co)

Para resolver dudas relacionadas con los aspectos éticos de la investigación, por favor comunicarse con: Margarita María Montoya Montoya, presidente del Comité de Ética en Investigaciones de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, al teléfono +57-4-2196830 o al correo electrónico [eticasaludpublica@udea.edu.co](mailto:eticasaludpublica@udea.edu.co).

### ACUERDO

Yo he leído, la información que se detalló anteriormente, se me ha permitido la oportunidad de preguntar, todas mis preguntas fueron respondidas satisfactoriamente y he decidido participar, voluntariamente. Firmar el documento para poder participar en este estudio de investigación.

He, explicado personalmente el estudio de investigación al participante y he respondido todas sus inquietudes y preguntas. Creo que el (ella) entiende la información descrita en este documento de consentimiento informado y acepta libremente participar en esta investigación

Nombre y apellido del participante:	
Teléfono y email:	
Identificación:	
Lugar: Fecha: Hora: <b>Me gustaría participar en el grupo focal:</b> Marque con una X (Si____) (No____)	Firma:

Nombre y apellido del investigador:	
Teléfono y email:	
Identificación:	
Lugar: Fecha: Hora:	Firma:

**Anexo 9 Instrumento: lista de chequeo para Historias Clínicas.**

 <p>UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA 1803</p>	<b>Lista de Chequeo para historia clínica dengue</b>				
	<b>Adherencia del personal médico y de enfermerías a la Guía de Atención al Paciente con Dengue en la Ciudad de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela, 2019.</b>				
	<b>Objetivo: estimar el grado de adherencia de la Guía de Atención al Paciente con Dengue en personal médico y de enfermería de los niveles I al IV de atención de salud, en los hospitales públicos de la ciudad de San Cristóbal, Venezuela.</b>				
Nivel de Atención:	Centro de atención de Salud: _____ Diligenciador: _____ Diagnóstico: _____			Fecha: _____  Enfermedad de estudio: <b>DENGUE</b>	
<b>Parámetro</b>		<b>Presencia</b>			<b>Observaciones</b>
		Sí	No	No Aplica	
Numero de Historia					
ID Usuario					
<b>DENGUE</b>					
<b>MANEJO INTEGRAL DENGUE Y DENGUE GRAVE</b>					
Hoja de Evolución ambulatoria Diaria del Paciente con Dengue					
Historia Clínica					
Examen Físico					
Diagnósticos Diferenciales					
Temperatura					
Frecuencia cardiaca					
Frecuencia respiratoria					
Presión Arterial					
Presión Arterial Media					
Fecha de inicio de síntomas					
Día de evolución					
Resultados de Laboratorio					
Hemograma completo diario con interpretación					
Serología según contexto epidemiológico					
Virología en coordinación con el CORPOSALUD					
Antecedente de dengue consignado (fecha y serotipo)					
Consignación de nexos epidemiológico					
Presencia/Ausencia signos de alarma					
Consignación del Diagnóstico					

Seguimiento diario hasta el egreso				
<b>UNIDAD DENGUE</b>				
Ingreso a Unidad de Atención a Dengue				
Día de evolución				
Signos vitales				
Descripción de síntomas				
Descripción de signos				
Reporte presencia/ausencia de signos de alarma				
Resultado de laboratorio y Gabinete				
Indicaciones para enfermería				
Indicaciones de tratamiento				
Indicaciones de laboratorio				
Control de PAM mínima y máxima de las ultimas 24hrs				
Control de ingesta/excreta				
Hoja de resumen de evolución por turno				
<b>TRATAMIENTO AMBULATORIO DENGUE</b>				
Analgesia con Acetaminofén				
Uso de medicamentos contraindicados (aspirina, AINES, Pirozolados (metamizol o Dipirona), cimetidina, famotidina, antihistamínicos, esteroides, antiespasmódicos)				
Hidratación Oral				
Consignación de criterios de alta de la consulta de dengue (Ausencia de fiebre 48hrs, tendencia a normalización del leucograma, mejoría clínica y buen apetito, ascenso de plaquetas)				
<b>MANEJO INTRAHOSPITALARIO DENGUE</b>				
Hoja de Evolución Intrahospitalaria Diaria del Paciente con Dengue				
Consignación de criterios de manejo intrahospitalario				
Presencia extravasación de plasma				
Evidencia de Sangrado espontáneo				
Alteración del estado de consciencia				
Determinación de plaquetas inferior a 100.000/mm3				
PAM baja según sexo y edad asociada a signos de hipoperfusión o taquicardia en niños				
Lactantes menores de 1 año				
Intolerancia Vía Oral				
Presencia de comorbilidades descompensadas				
Embarazo de alto riesgo obstétrico.				
Clasificación de los casos según evolución (Naranja, Rojo, Verde)				
Consignación de signos de alarma				
• Intolerancia vía oral				

• Dolor abdominal intenso o signos de irritación peritoneal				
• Acumulación de líquidos				
• PAM baja según sexo y edad				
• Distensión abdominal				
• Frialdad de extremidades				
• Caída brusca de la temperatura				
• Disnea, taquipnea o dolor torácico.				
• Evidencia de Sangrados				
• Hepatomegalia >2cm				
• Caída rápida de las plaquetas				
• Hemoconcentración				
• Somnolencia o letargo				
• Agitación				
Pacientes valorados verde y naranja				
Examen Físico				
Nota médica por turno				
Pacientes valorados rojo con seguimiento individualizado				
Hemograma completo diario				
<b>TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO DENGUE</b>				
Dieta según criterio clínico				
Canalización de vía periférica con sello de heparina con catéter de grueso calibre				
Hidratación según tolerancia VO				
Solución de Mantenimiento si no tolera VO				
Acetaminofén PRN				
Calamina PRN				
Hemostasia si hay Sangrado en mucosas				
Hemograma completo diario				
Control estricto de la presión arterial				
Signos vitales cada cuatro horas o más frecuentes				
US abdomen si PK's < 75 000				
Verificación de existencia en banco de Sangre de plasma, crioprecipitados y plaquetas, si PK's <50 000				
Transfusión de plaquetas según peso si hay riesgo a la vida del paciente				
Transfusión de eritrocitos empacados si el hematocrito es inferior al 25% o la Hb <7 g/dl				
Vigilar por signos de alarma				
Tiempos de coagulación				
Grupo Sanguíneo y Rh				
Interconsulta a especialista (embarazo, < 1 año, > 60 años, obesos, hipertensos, diabéticos, hepatópatas, asmáticos, nefrópatas, cardíopatas o enf. hemolíticas)				

En caso de shock NO uso de esteroides				
Interconsulta para traslado a UCI a pacientes con daño a órgano blanco.				
Criterios de egreso				
Mejoría clínica evidente, buen apetito y buena diuresis (0,75-1,5 ml/kg/hora)				
Estabilidad hemodinámica o ausencia de signos de alarma en 48 hrs con Sx de alarma o 72hrs si cursaron con dengue grave.				
Afebril sin antipiréticos en las ultimas 48hrs.				
Plaquetas mayores a 100 000/mm <sup>3</sup> o tendencia al ascenso importante en dos exámenes con una diferencia de 24hrs.				
Toma de muestra de serología por dengue				
Consignación del diagnóstico "dengue con signos de alarma o grave con extravasación" clasificado como A91				
Epicrisis				
<b>CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA TODOS LOS CASOS DE DENGUE</b>				
Toma de signos vitales				
Orientación al servicio y ubicación en unidad respectiva				
Ningún paciente ingresa portando objetos de valor				
No se permiten uñas pintadas en los pacientes				
Datos anotados en el libro de actas				
Todo paciente con vía endovenosa y sello de heparina				
Cumplimiento de indicaciones médicas				
Anotación de signos en la hoja de "signos vitales"				
Control de ingesta y excreta anotados				
Uso de un apósito de acetato de aluminio en pacientes que se indicó solución IV				
Visita de una sola persona a la vez				
Acceso a la unidad al personal asignado únicamente				
Dieta indicada				
Evitar ingesta de fluidos de "color"				
Anormalidades comunicadas al médico de turno (incluido descenso de la PAM)				
Evitar uso de procedimientos invasivos instrumentados salvo indicación				
Vigilancia constante de paciente inestable				

Anexo 10 Foto de plantilla en físico donde se recolectó la información de las listas de chequeo.

No	15 ✓				16 ✓				17 ✓				18 ✓				19 ✓				20 ✓				21 ✓			
	SI	NO	NA	obsen	SI	NO	NA	obsen	SI	NO	NA	obsen	SI	NO	NA	SI	NO	NA	obs	SI	NO	NA	obs.	SI	NO	NA	obs	
1	X				X				X				X			X				X				X				
2	X				X				X				X			X				X				X				
3	X				X				X				X			X				X				X				
4	X				X				X				X			X				X				X				
5	X				X				X				X			X				X				X				
6	X				X				X				X			X				X				X				
7	X				X				X				X			X				X				X				
8	X				X				X				X			X				X				X				
9	X				X				X				X			X				X				X				
10	X				X				X				X			X				X				X				
11		X				X			X				X			X				X				X				
12	X				X				X				X			X				X				X				
13	X				X				X				X			X				X				X				
14	X				X				X				X			X				X				X				
15	X				X				X				X			X				X				X				
16		X			X				X				X			X				X				X				
17		X				X				X			X				X				X				X			
18		X				X				X			X				X				X				X			
19		X				X				X			X				X				X				X			
20	X				X				X				X			X				X				X				
21	X				X				X				X			X				X				X				
22	X				X				X				X			X				X				X				
23	X				X				X				X			X				X				X				
24	X				X				X				X			X				X				X				
25	X				X				X				X			X				X				X				
26	X				X				X				X			X				X				X				
27	X				X				X				X			X				X				X				
28	X				X				X				X			X				X				X				
29	X				X				X				X			X				X				X				
30	X				X				X				X			X				X				X				
31	X				X				X				X			X				X				X				
32	X				X				X				X			X				X				X				
33		X				X				X				X			X				X				X			
34	X				X				X				X			X				X				X				

## Anexo 11 Hoja de indicadores

- Indicador de adherencia por criterio (AC)

Nombre del indicador	Indicador de adherencia por criterio
Tipo de indicador	Proceso
Definición	Porcentaje de adherencia por criterio (AC)
Propósito	Permite conocer el porcentaje de cumplimiento por criterio en el total de historias clínicas
Definición operacional	$AC = \frac{\text{Frecuencia de cumplimiento de criterio}}{\text{Frecuencia de cumplimiento} + \text{Frecuencia de No cumplimiento del criterio}} \cdot 100$ <p>Numerador: Frecuencia de cumplimiento de criterio            Denominador: Frecuencia de cumplimiento + Frecuencia No cumplimiento del Criterio</p>
Coeficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Historias clínicas
Interpretación del resultado	Porcentaje de cumplimiento por cada criterio de la lista de chequeo.

- Indicador de adherencia por dominio (AD)

<b>Nombre del indicador</b>	<b>Indicador de adherencia por dominios</b>
<b>Tipo de indicador</b>	<b>Proceso</b>
<b>Definición</b>	<b>Porcentaje de adherencia por criterio (AD)</b>
<b>Propósito</b>	<b>Permite conocer el cumplimiento del dominio</b>
<b>Definición operacional</b>	<p style="text-align: center;">Frecuencia de criterios del dominio que se cumplieron y aplicaban según el caso clínico</p> $AD = \frac{\text{Frecuencia de criterios del dominio que se cumplieron y aplicaban según el caso clínico}}{\text{Total de criterios del dominio que aplicaban según el caso clínico}} * 100$ <p><b>Numerador: Frecuencia de criterios del dominio que se cumplieron y aplicaban según el caso clínico</b>  <b>Denominador: Total de criterios del dominio que aplicaban según el caso clínico</b></p>
<b>Coefficiente de multiplicación</b>	<b>100</b>
<b>Fuente de información</b>	<b>Historias clínicas</b>
<b>Interpretación del resultado</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento por cada dominio de la lista de chequeo.</b>

- **Indicador de adherencia general (AG)**

<b>Nombre del indicador</b>	<b>Indicador de adherencia general</b>
Tipo de indicador	Proceso
Definición	Porcentaje de adherencia por criterio (AC)
Propósito	Permite determinar el cumplimiento general de la lista chequeo y clasificarlo $\geq 80\%$ / $< 80\%$
Definición operacional	<p style="text-align: center;"> <math display="block">AG = \frac{\text{Frecuencia de criterios que se cumplieron en la atención y aplicaban}}{\text{Total de criterios que aplican para la atención y aplicaban}} * 100</math> </p> <p>Numerador: Frecuencia de criterios del total de la lista de chequeo de la GPC que se cumplieron en la atención y aplicaban según el caso clínico</p> <p>Denominador: Total criterios de la lista de chequeo de la GPC que aplican para la atención y aplicaban según el caso clínico.</p>
Coeficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Historias clínicas
Interpretación del resultado	Porcentaje de cumplimiento general del paciente de acuerdo con la lista de chequeo de la GPC.

## Anexo 12 Preguntas generadoras para grupo focal.

	Preguntas generadoras para Grupos focales		
	Adherencia del personal médico y de enfermería a la Guía de Atención al Paciente con Dengue en la Ciudad de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela, 2019.		
	Objetivo: Identificar barreras y facilitadores relacionados con la adherencia a las Guías de atención al paciente con dengue en los médicos y enfermeras de los niveles I al IV de atención de salud, en los hospitales públicos de la ciudad de San Cristóbal, Venezuela.		
Nivel de Atención:	Lugar: _____ Fecha: _____ Número de Participantes: _____ Hora de Inicio: _____ Finalización: _____ Duración: _____	Grupo focal:  Médicos (M)____ Enfermeras (E)____	
Categorías	Definición	Subcategorías	Preguntas
Factores relacionados con el profesional de salud.	Percepciones de dificultad para llevar a cabo las recomendaciones (habilidad, tiempo), o cómo de manifiesto y cuán rápido es el cambio. También son factores importantes que influyen en los individuos la credibilidad de la autoría de la Guía de atención en salud, la aplicabilidad de las recomendaciones a las condiciones reales de trabajo o la percepción de pérdida de autonomía al	Percepciones acerca de la Guía de Atención al Paciente con Dengue.	¿Qué Guía de manejo clínico utiliza para los casos de dengue? ¿Le parece a usted que la Guía es adecuada para tratar a un paciente con dengue? ¿Es de fácil acceso consultar la Guía de Atención al Paciente con Dengue?

	<p>realizar su trabajo</p> <p>Capacitación: Entrenamiento y proceso sistemático para incrementar la eficiencia de los trabajadores por medio de desarrollo de conocimiento, perfeccionamiento de capacidades, mejorar actitudes laborales e incrementando la motivación.</p>	<p>Capacitación sobre la Guía de Atención al Paciente con Dengue.</p>	<p>¿Han recibido capacitación sobre la Guía de Atención al Paciente con Dengue? ¿Con qué frecuencia han recibido capacitación para utilizar las Guías?</p>
Factores relacionados con el sistema de salud	Organización y disponibilidad del material necesario para la atención integral de los pacientes con dengue.	Asignación de Recursos. Capacidad del SS Capacidad de recurso humano	<p>¿Tienen acceso a la Guía de atención? ¿Qué considera puede llegar a influir en adherirse a una Guía en su lugar de trabajo? ¿Las Guías de Atención al Paciente con dengue son adecuadas para el contexto en el que trabaja? ¿Porqué? ¿Cuentan con recursos para lograr una adecuada aplicación de los lineamientos de la Guía? ¿Qué otro tipo de factores pueden estar ligados a la adherencia de la Guía que no hayan sido contemplados hasta el momento? ¿Cuentan con el personal suficiente para poder atender a los pacientes adecuadamente?</p>
Factores relacionados con el contexto socioeconómico	Situación socioeconómica de los participantes.		<p>¿Qué factores socioeconómicos creen que afecten la atención adecuada del paciente? ¿la paga laboral que reciben actualmente es suficiente para asistir a sus centros de salud? ¿Cuenta con tratamiento adecuado para el manejo</p>

			<p>del paciente con dengue?</p> <p>¿Con que insumos cuenta para poder atender adecuadamente a un paciente con dengue?</p> <p>¿Si no cuenta con insumos correctos para el manejo del paciente con dengue que realiza para poder atenderlo?</p> <p>¿Qué estrategias usan ustedes para poder suplir las necesidades a las que se enfrentan para poder dar una adecuada atención?</p>
--	--	--	---

**Participantes:**

Código Participante	Nombre	Lugar de trabajo	Cargo	Tiempo en el cargo
P1				
P2				
P3				
P4				
P5				
P6				
P7				
P8				
P9				
P10				

## Evaluación del desarrollo del Grupo Focal

<u>Elementos a chequear presentes en el grupo focal</u>	
Lugar adecuado en tamaño, luz y acústica	
Lugar neutral de acuerdo a los objetivos del grupo focal.	
Asistentes sentados en U en la Sala	
Moderador respeta tiempo para que los participantes desarrollen cada tema	
Moderador escucha y utiliza información que está siendo entregada	
Se cumplen los objetivos planteados en la reunión	
Explicación en un comienzo los objetivos y metodología de la reunión a los participantes	
Permite que todos participen	
Reunión máxima de 60 minutos	
Registro de la información (grabación)	
Refrigerios adecuados que no interrumpen el desarrollo de la actividad	
Identificación de los participantes al inicio de la actividad con escarapela	

## Anexo 13 Consentimiento informado para grupo focal del personal médico y de enfermería.

 <p>UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA 1803</p>	<b>Consentimiento informado para la participación en el grupo focal del personal médico y de enfermería.</b>
	<b>Título del proyecto: Adherencia del personal médico y de enfermería a la Guía de Atención al Paciente con Dengue en la Ciudad de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela, 2019.</b>

El proyecto de investigación tiene como objetivo evaluar la adherencia a la Guía de Atención al Paciente con Dengue en médicos y enfermeras de instituciones públicas de salud, en la ciudad de San Cristóbal, Venezuela, con la finalidad de dar soporte a acciones de fortalecimiento de la capacidad de las instituciones de salud en la disminución de las complicaciones y mortalidad asociada a esta enfermedad. Cuenta con la investigadora principal: Laura Cárdenas Sánchez estudiante de Maestría en Epidemiología, correo electrónico [laura.cardenass@udea.edu.co](mailto:laura.cardenass@udea.edu.co).  
Entidad que respalda la investigación: Universidad de Antioquia, Colombia

### **Información para el participante:**

La investigación corresponde a un estudio relacionado con la adherencia a las Guías de atención al paciente con dengue, que tiene como propósito que los resultados, ayuden a contribuir en una adecuada atención a los pacientes, así como también fortalecer la capacidad de las instituciones de salud en la disminución de las complicaciones y mortalidad asociada al dengue, identificando barreras y facilitadores relacionados con la adherencia a las Guías de atención al paciente con dengue en el personal médico y de enfermería de los niveles I al IV de atención de salud, en los hospitales públicos de la ciudad de San Cristóbal, Venezuela.

Si acepta participar en el grupo focal, se conversará acerca de la implementación de la Guía de Atención al Paciente con Dengue, donde se abordarán posibles barreras que se pueden encontrar desde el componente del profesional de la salud, el contexto social y los factores relacionados con el sistema de salud; esta técnica tendrá la duración aproximadamente de 1 y 45 minutos, la duración del estudio es del 2018 al 2020 desde la formulación de la propuesta, recolección y análisis de datos, así como la presentación de los resultados y discusión. La participación como el retiro es voluntario.

Para lo anterior, se grabará la sesión para transcribir los resultados, como parte de la fuente de verificación del estudio.

La participación en este estudio no causará riesgos a la integridad física de los participantes, únicamente la incomodidad de brindar datos que pueden ser de índole personal. Para ello, la investigadora velará por la completa discrecionalidad y confidencialidad de los datos en todas las fases de este estudio.

## **Beneficios para el participante**

No existirá algún beneficio directo por ser parte de la investigación, sin embargo, existe el beneficio indirecto para la comunidad al comprender y describir factores, barreras y facilitadores de la Guía de atención para enfermos en la Región de las Américas, con miras a poder brindar una atención adecuada a los pacientes que cursen con dicha enfermedad.

Finalmente, será convocado a la devolución de resultados al finalizar la investigación como parte de la socialización de esta investigación.

Es importante mencionar, que no recibirá ningún tipo de compensación económica por concepto de alimentación y transporte.

## **Compromisos del investigador**

En el caso que se presente algún problema en la investigación, el equipo investigador lo solucionará.

Se contará con el apoyo de los encargados del programa en el caso que requiera algún comprobante de participación o bien algún apoyo que requiera.

Se guardará la confidencialidad de sus datos en todo momento, se codificarán y no se usará su nombre, la participación en la actividad no constituye ningún riesgo laboral.

Se le informará cualquier situación que ocurra durante la investigación.

El equipo aclarará cualquier situación acerca de la investigación frente a las entidades de salud y legales.

Cabe destacar, que las grabaciones son instrumentos físicos y digitales que serán destruidos al cabo de 5 años posteriormente a la presentación de los hallazgos.

## **Resultados esperados**

Los datos de los resultados serán publicados en una revista científica indexada.

Se espera que las consecuencias derivadas de la investigación estén relacionadas al mejoramiento de la atención al paciente con dengue y se realicen acciones contextualizadas.

## **Personas a contactar para más información**

Si necesita más información, puede contactar a Laura Cárdenas Sánchez por medio del correo : [laura.cardenass@udea.edu.co](mailto:laura.cardenass@udea.edu.co) o al teléfono 0426 3548203 en el horario de 7:00 am a 5:00 pm.

Si quisiera más información puede obtenerla escribiéndole al tutor de la investigadora Prof. Emmanuel Nieto al correo: [emmanuel.nieto1@udea.edu.co](mailto:emmanuel.nieto1@udea.edu.co)

Para resolver dudas relacionadas con los aspectos éticos de la investigación, por favor comunicarse con: Margarita María Montoya Montoya, presidente del Comité de Ética en Investigaciones de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, al teléfono +57-4-2196830 o al correo electrónico [eticasaludpublica@udea.edu.co](mailto:eticasaludpublica@udea.edu.co).

## ACUERDO

Nombre y apellido del participante:	
Teléfono y email:	
Identificación:	
Lugar: Fecha: Hora:	Firma:

## **Anexo 14 consentimiento informado para la participación en la prueba piloto del cuestionario de conocimiento.**

 <p>UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA 1803</p>	<b>Consentimiento informado para la participación en el Piloto del cuestionario de conocimiento.</b>
	<b>Título del proyecto: Adherencia del personal médico y de enfermería a la Guía de Atención al Paciente con Dengue en la Ciudad de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela, 2019.</b>

Esta prueba piloto hace parte del proyecto de investigación que tiene como objetivo evaluar la adherencia a la Guía de Atención al Paciente con Dengue en médicos y enfermeras de instituciones públicas de salud, en la ciudad de San Cristóbal, Venezuela, con la finalidad de dar soporte a acciones de fortalecimiento en la capacidad de las instituciones de salud para la disminución de las complicaciones y mortalidad asociada a esta enfermedad. Cuenta con la investigadora principal: Laura Cárdenas Sánchez estudiante de Maestría en Epidemiología, correo electrónico [laura.cardenass@udea.edu.co](mailto:laura.cardenass@udea.edu.co).

Entidad que respalda la investigación: Universidad de Antioquia, Colombia.

### **Información para el participante:**

La investigación corresponde a un estudio relacionado con la adherencia a las Guías de atención al paciente con dengue, que tiene como propósito que los resultados, ayuden a contribuir en una adecuada atención a los pacientes, así como también fortalecer la capacidad de las instituciones de salud en la disminución de las complicaciones y mortalidad asociada al dengue.

El cuestionario busca obtener información acerca de su conocimiento de la implementación de Guía de atención al paciente, por lo que el aporte suyo como actor es clave en la investigación.

Para formar parte de la investigación es importante que comprenda todas las implicaciones que tiene su participación, si tiene alguna duda por favor informe al investigador, para poder aclararla y de esta forma pueda firmar el consentimiento informado.

La actividad en la que deseo participar es un cuestionario de conocimiento de aproximadamente de 30 minutos, la duración del estudio es del 2018 al 2020 desde la formulación de la propuesta, recolección y análisis de datos, así como la presentación de los resultados y discusión.

El cuestionario de conocimiento cuenta con 21 preguntas, donde debo de contestar las que tenga conocimiento, el cuestionario es el mismo para todos los participantes, solo

se aplicara una vez; en el estudio se asegura la confidencialidad ya que los cuestionarios son anónimos, esta intervención cuenta con mínimo riesgo, por lo cual usted podrá desarrollar eventos asociados al estrés de una prueba escrita, como sudoración , cefalea, estrés, sin embargos estas molestias son poco usuales, la participación como el retiro es voluntario.

El interés del investigador es netamente científico en esta investigación, dado que corresponde a su trabajo de investigación para obtener el grado de master en epidemiología en la Universidad de Antioquia en Medellín, Colombia.

Los datos obtenidos serán utilizados por el investigador principal para la elaboración de un informe científico para alcanzar el título anteriormente descrito, los resultados se divulgarán a los participantes al finalizar el estudio.

La investigación tiene una segunda fase por lo que su participación puede tener un segundo momento.

### **Procedimientos del estudio**

La investigación consiste en la recolección de datos cuantitativos y cualitativos, y se recolectará la información por medio de cuestionarios de conocimiento con los informantes claves: personal médico y de enfermería.

Por su condición de trabajador relacionado al ministerio del poder popular para la salud debe considerar que es riesgoso dar su punto de vista, sin embargo, tenga presente que esta es una entrevista propositiva, con el fin de fortalecer las capacidades del programa y no criticar el mismo. Con respecto a los riesgos laborales, se solicitará autorización a los superiores y se asegura que la información suministrada no será de conocimiento de personas externas al equipo investigador, evitando de esta forma afectar en su trabajo y siempre se mantendrá la confidencialidad de la información, es por ese motivo que no constituye un riesgo laboral para el participante.

Para el desarrollo de la recolección de los datos de la investigación se contará con una segunda fase que tendrá un encuentro grupal y se solicitará la participación con anterioridad para no afectar sus labores cotidianas, además se asegura que la información que usted nos brinde no será compartida con ninguna persona del servicio de salud y será de uso estricto por parte del equipo investigador; además no utilizaremos sus datos personales.

Se codificarán sus datos y nadie conocerá su información, el equipo investigador es el único que contara con acceso a los datos codificados, no se publicaran los datos sin su autorización. La información será custodiada durante 10 años por parte del equipo y podrá acceder a ella cuando usted lo desee.

Usted podrá acceder a su información cuando lo considere necesario, además que podrá verificar la misma y llegar a un consenso de lo que le gustaría que utilicemos y lo que no.

No se publicarán datos personales y únicamente se utilizará información anónima y se mantendrá la confidencialidad de los informantes, nadie conocerá quien nos brindó la información.

La participación en el estudio es completamente voluntaria, usted es libre de participar en la investigación, y de salirse de ella en cualquier momento.

Su participación finaliza una vez terminado el cuestionario de conocimiento; sin embargo, usted es libre de retirarse en cualquier momento.

Usted no tiene que incurrir en ningún gasto en la investigación.

Por el principio de gratuidad, no existirá alguna compensación por participar en la investigación y su participación es voluntaria.

### **Beneficios para el participante**

No existirá algún beneficio directo por ser parte de la investigación, sin embargo, existe el beneficio indirecto de fortalecer el proceso de implementación de la Guía de atención para enfermos en la Región de las Américas, en la ciudad de San Cristóbal, un contexto real de la aplicación en cada nivel de atención, todo esto ayudará a identificar las debilidades del sistema para adecuarlo a la realidad del país sobre todo en zonas donde el dengue es endémico.

### **Compromisos del investigador**

En el caso que se presente algún problema en la investigación, el equipo investigador lo solucionará.

Se contará con el apoyo de los encargados del programa en el caso que requiera algún comprobante de participación o bien algún apoyo que requiera.

Se guardará la confidencialidad de sus datos en todo momento.

Se le informará cualquier situación que ocurra durante la investigación.

El equipo aclarará cualquier situación acerca de la investigación frente a las entidades de salud y legales.

### **Resultados esperados**

Los datos de los resultados serán publicados en una revista científica indexada.

Se espera que las consecuencias derivadas de la investigación estén relacionadas al mejoramiento de la atención al paciente con dengue y se realicen acciones contextualizadas.

### **Personas a contactar para más información**

Si necesita más información, puede contactar a Laura Cárdenas Sánchez , al correo electrónico [laura.cardenass@udea.edu.co](mailto:laura.cardenass@udea.edu.co) o al teléfono 0426 3548203 en el horario de 7: 00 am a 5:00 pm.

Si quisiera más información puede obtenerla escribiéndole al tutor de la investigadora Prof. Emmanuel Nieto al correo: emmanuel.nieto1@udea.edu.co

Para resolver dudas relacionadas con los aspectos éticos de la investigación, por favor comunicarse con: Margarita María Montoya Montoya, presidente del Comité de Ética en Investigaciones de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, al teléfono +57-4-2196830 o al correo electrónico eticasaludpublica@udea.edu.co.

## ACUERDO

Yo he leído, la información que se detalló anteriormente, se me ha permitido la oportunidad de preguntar, todas mis preguntas fueron respondidas satisfactoriamente y he decidido participar, voluntariamente.

Firmar el documento para poder participar en este estudio de investigación.

He, explicado personalmente el estudio de investigación al participante y he respondido todas sus inquietudes y preguntas. Creo que el (ella) entiende la información descrita en este documento de consentimiento informado y acepta libremente participar en esta investigación.

Nombre y apellido del participante:	
Teléfono y email:	
Identificación:	
Lugar: Fecha: Hora: <b>Me gustaría participar en el grupo focal:</b> Marque con una X (Si____) (No____)	Firma:

Nombre y apellido del investigador:	
Teléfono y email:	
Identificación:	
Lugar: Fecha: Hora:	Firma:

## Anexo 15 Consentimiento informado para el piloto de los grupos focales.

 <p>UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA 1803</p>	<b>Consentimiento informado para el piloto de los grupos focales.</b>
	<b>Título del proyecto: Adherencia del personal médico y de enfermería a la Guía de Atención al Paciente con Dengue en la Ciudad de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela, 2019.</b>

Esta prueba piloto hace parte del proyecto de investigación que tiene como objetivo evaluar la adherencia a la Guía de Atención al Paciente con Dengue en el personal médico y de enfermería de instituciones públicas de salud, en la ciudad de San Cristóbal, Venezuela, con la finalidad de dar soporte a acciones de fortalecimiento de la capacidad de las instituciones de salud en la disminución de las complicaciones y mortalidad asociada a esta enfermedad. Cuenta con la investigadora principal: Laura Cárdenas Sánchez estudiante de Maestría en Epidemiología, correo electrónico [laura.cardenass@udea.edu.co](mailto:laura.cardenass@udea.edu.co).

Entidad que respalda la investigación: Universidad de Antioquia, Colombia

### **Información para el participante:**

La investigación corresponde a un estudio relacionado con la adherencia a las Guías de atención al paciente con dengue, que tiene como propósito que los resultados, ayuden a contribuir en una adecuada atención a los pacientes, así como también fortalecer la capacidad de las instituciones de salud en la disminución de las complicaciones y mortalidad asociada al dengue, identificando barreras y facilitadores relacionados con la adherencia a las Guías de atención al paciente con dengue en el personal médico y de enfermería de los niveles I al IV de atención de salud, en los hospitales públicos de la ciudad de San Cristóbal, Venezuela.

Si acepta participar en la prueba piloto del grupo focal, se conversará acerca de la implementación de la Guía de Atención al Paciente con Dengue, donde se abordarán posibles barreras, asociadas a factores relacionados con el profesional de salud, factores relacionados con el contexto, factores relacionados con el contexto político y económico, factores relacionados con el contexto organizacional; esta técnica tendrá la duración de máximo 45 minutos y la duración del estudio es del 2018 al 2019 desde la formulación de la propuesta, recolección y análisis de datos, así como la presentación de los resultados y discusión. La participación como el retiro es voluntario.

Este grupo focal corresponde al Grupo Focal del personal médico de los distintos niveles de atención en salud pertenecientes del Ministerio del Poder Popular para la Salud

Para lo anterior, se grabará la sesión para transcribir los resultados, como parte de la fuente de verificación del estudio.

La participación en este estudio no causará riesgos a la integridad física de los participantes, únicamente la incomodidad de brindar datos que pueden ser de índole personal. Para ello, la investigadora velará por la completa discrecionalidad y confidencialidad de los datos en todas las fases de este estudio.

### **Beneficios para el participante**

El resultado de su participación en esta actividad se reflejará como beneficio directo para la comunidad, al comprender y describir factores, barreras y facilitadores de la Guía de Atención al Paciente con Dengue, con miras a poder brindar una atención adecuada a los pacientes que cursen con dicha enfermedad.

Será convocado a la devolución de resultados al finalizar la investigación como parte de la socialización de esta investigación.

Es importante mencionar, que no recibirá ningún tipo de compensación económica por concepto de alimentación y transporte.

### **Compromisos del investigador**

En el caso que se presente algún problema en la investigación, el equipo investigador lo solucionará.

Se contará con el apoyo de los encargados del programa en el caso que requiera algún comprobante de participación o bien algún apoyo.

Se guardará la confidencialidad de sus datos en todo momento, se codificarán y no se usará su nombre, la participación en la actividad no constituye ningún riesgo laboral.

Se le informará cualquier situación que ocurra durante la investigación.

El equipo aclarará cualquier situación acerca de la investigación frente a las entidades de salud y legales.

Cabe destacar, que las grabaciones son instrumentos físicos y digitales que serán destruidos al cabo de 5 años posteriormente a la presentación de los hallazgos.

### **Resultados esperados**

Los datos de los resultados serán publicados en una revista científica indexada.

Se espera que las consecuencias derivadas de la investigación estén relacionadas al mejoramiento de la atención al paciente con dengue y se realicen acciones contextualizadas.

### **Personas a contactar para más información**

Si necesita más información, puede contactar a Laura Cárdenas Sánchez por medio del correo : [laura.cardenass@udea.edu.co](mailto:laura.cardenass@udea.edu.co) o al teléfono 0426 3548203 en el horario de 7:00 am a 5:00 pm.

Si quisiera más información puede obtenerla escribiéndole al tutor de la investigadora Prof. Emmanuel Nieto al correo: [emmanuel.nieto1@udea.edu.co](mailto:emmanuel.nieto1@udea.edu.co)

Para resolver dudas relacionadas con los aspectos éticos de la investigación, por favor comunicarse con: Margarita María Montoya Montoya, presidente del Comité de Ética en Investigaciones de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de

Antioquia, al teléfono +57-4-2196830 o al correo electrónico [eticasaludpublica@udea.edu.co](mailto:eticasaludpublica@udea.edu.co).

### **ACUERDO.**

Yo he leído, la información que se detalló anteriormente, se me ha permitido la oportunidad de preguntar, todas mis preguntas fueron respondidas satisfactoriamente y he decidido participar, voluntariamente.

Firmar el documento para poder participar en este estudio de investigación.

He, explicado personalmente el estudio de investigación al participante y he respondido todas sus inquietudes y preguntas. Creo que el (ella) entiende la información descrita en este documento de consentimiento informado y acepta libremente participar en esta investigación

Nombre y apellido del investigador:	
Teléfono y email:	
Identificación:	
Lugar: Fecha: Hora:	Firma:

**Anexo 16 Aval Comité de Ética de la Investigación, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.**



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**

**FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA**  
Héctor Abad Gómez

21030002 – 00247 – 2019

Comité de Ética de la Investigación  
Centro de Investigación  
Facultad Nacional de Salud Pública

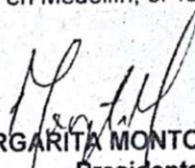
Certificación

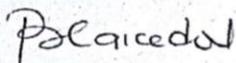
El Comité de Ética de la Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública, en la sesión 217 del 30 de agosto de 2019, revisó y avaló el proyecto **Adherencia del personal médico y de enfermería a la Guía de Atención al Paciente con Dengue en la Ciudad de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela, 2019.**

El comité da aval al proyecto en la categoría de riesgo mínimo según la Resolución 8430 del Ministerio de Salud.

El proyecto de investigación cuenta con consentimiento informado según lo establecido en los artículos 15 y 16 de la Resolución 8430 de 1993.

Dado en Medellín, el 12 de septiembre de 2019.

  
**MARGARITA MONTOYA MONTOYA**  
Presidente

  
**BEATRIZ CAICEDO VELÁSQUEZ**  
Secretaria

Proyectó: Jhon Smith Arenas– Asistente Administrativo CEI  
Teléfono: 219 68 37  
Correo electrónico: [eticasaludpublica@udea.edu.co](mailto:eticasaludpublica@udea.edu.co)

## Anexo 17 Fotografías del Trabajo de Campo en San Cristóbal, Venezuela

Llegada a Venezuela por paso peatonal por el Puente Simón Bolívar, desde el 2015 la frontera con Colombia se encuentra cerrada.



Hospital General de Táriba  
nivel II, donde se realizó la  
prueba piloto.



Centro de salud nivel III,  
Puente Real.



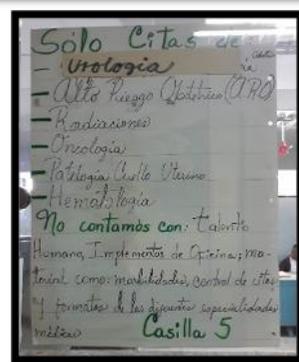
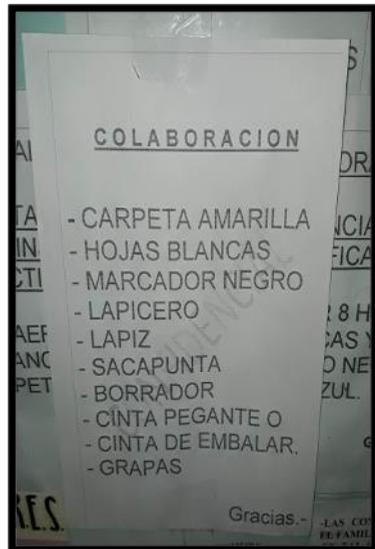
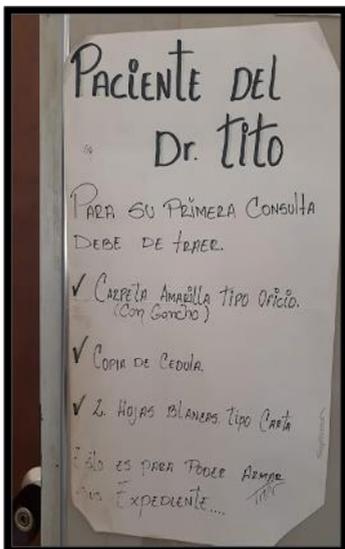
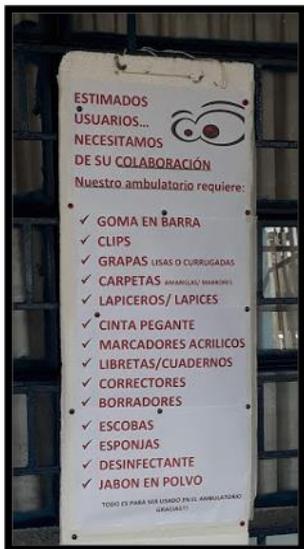
Hospital Central nivel IV



Centro de salud nivel I,  
Antituberculoso.



# Contextualización de la situación precaria en la que se encuentra el Sistema de Salud en el Estado Táchira.



# Situación y estado de las Historias clínicas del Hospital Central tipo IV.

Marzo	Abril	Mayo	Junio
01-03-18	01-04-18	01-05-18	01-06-18
05-03-18	05-04-18	05-05-18	05-06-18
10-03-18	10-04-18	10-05-18	10-06-18
15-03-18	15-04-18	15-05-18	15-06-18
20-03-18	20-04-18	20-05-18	20-06-18
25-03-18	25-04-18	25-05-18	25-06-18
30-03-18	30-04-18	30-05-18	30-06-18
<p>Nota: Registros correspondientes al Servicio de Radiología</p> <p>Total casos por mes de 2018</p> <p>en * Puntos</p> <p>en el sistema clínico 96</p>			



Investigadora principal y Epidemiólogo Noel Calderón del Hospital Central de San Cristóbal, gracias a su colaboración se logró la realización del trabajo de campo en la Ciudad de San Cristóbal.

