

CONOCIMIENTO DE LA GUÍA DE MANEJO CLÍNICO PARA LA INFECCIÓN POR VIRUS CHIKUNGUNYA DEL PERSONAL MÉDICO DE URGENCIAS EN INSTITUCIONES DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.

KNOWLEDGE OF THE CLINICAL MANAGEMENT GUIDE FOR VIRUS INFECTION CHIKUNGUNYA OF EMERGENCY MEDICAL STAFF IN HEALTH INSTITUTIONS OF THE ATLANTIC DEPARTMENT.

CONHECIMENTO DO GUIA DE GESTÃO CLÍNICA DA INFECÇÃO VIRAL CHIKUNGUNYA DE EMPREGADOS MÉDICOS DE EMERGÊNCIA NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE DO DEPARTAMENTO ATLÂNTICO

Resumen

Objetivo: Evaluar el conocimiento de la Guía de manejo clínico para la infección por Chikungunya en el personal médico de urgencias en instituciones de mediano nivel de complejidad en el departamento del Atlántico, período 2016. **Metodología:** Estudio descriptivo, cuantitativo y transversal, realizado en hospitales de mediano nivel de atención en salud. La muestra fueron 68 profesionales médicos y estudiantes en internado. El instrumento, cuestionario tipo test, validado por un grupo de expertos, aplicación de prueba piloto a 10 profesionales, los resultados fueron tabulados en software de Excel y posterior aplicación del estadístico Kuder Richardson

Arrieta – Reales N.¹
Marengo - Rada G.²
Rolong - Clavijo J.³

¹Enfermera, PhD. En Educación Superior, Especialista en Gerencia en Salud y Seguridad Social, docente – investigadora Facultad de Ciencias de la Salud, Grupo de Investigación Innovación y Biotecnología en Salud, línea de Salud Pública. Universidad Simón Bolívar de Barranquilla – Colombia. narrieta1@unisimonbolivar.edu.co

²Estudiante de Internado de Medicina de la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla - Colombia.

³Estudiante de Internado de Medicina de la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla - Colombia.

Trabajo recibido: 10 de Octubre de 2017.
Aprobado: 01 de Noviembre de 2017.

(Kr20), arrojó un índice de confiabilidad del 65%. Resultados: el personal médico tenía poco o nulo conocimiento de la guía, sobre: las manifestaciones clínicas lo poseían, los médicos especialistas el 33%; manejo del tratamiento de casos típicos, los residentes lo desconocían, los estudiantes de internado el 9%, los médicos generales el 19% y los residentes un 33% lo tenían; el manejo durante el parto lo poseían, los residentes el 20%, los médicos especialistas el 33%, los estudiantes en internado el 34% y los médicos generales el 50%; el manejo en los recién nacidos, desconocido por los médicos especialistas, los médicos generales el 44%, los estudiantes de internado el 57% y los residentes el 60% lo conocían. Conclusión: existe en los profesionales médicos (médicos generales y residentes) y los estudiantes en internado, desconocimiento de la guía de atención del CHIKV, lo cual, conlleva a un mal diagnóstico diferencial y al inadecuado manejo clínico, poniendo en riesgo la salud de los pacientes afectados.

Palabras clave: guía de manejo, Chikungunya, enfermedades exantémicas, diagnóstico diferencial.

Abstract

Objective: Assess the knowledge of the Guide to clinical management for Chikungunya infection in medical staff of emergencies in institutions of the medium level of complexity in the Department of the Atlántico, the period 2016. **Methodology:** Study descriptive, quantitative and cross, carried out in hospitals in medium-level health care. Samples were 68 medical professionals and students in boarding school. The instrument, questionnaire type test, validated by a group of experts, implementation of pilot test 10 professionals, and the results software tabulated in Excel and subsequent implementation of the Kuder Richardson (Kr20) statistical software, it threw a 65% reliability index. **Results:** the medical staff had little or no knowledge of the Guide on: the clinical manifestations it possessed, physicians 33%; management of the treatment of typical cases, residents were unaware, boarding school students 9%, general practitioners 19% and residents had a 33%; management intrapartum owned, 20% residents, physicians 33%, students in boarding school 34% and general practitioners 50%; management in the newly born, unknown to medical specialists, 44% General practitioners, students of boarding school residents and 57% 60% knew it. **Conclusion:** there are medical professionals (General practitioners and residents) and students in boarding school, lack of attention of the CHIKV Guide, which leads to a bad differential diagnosis and inappropriate clinical management, putting at risk the health of affected patients.

Key Words: management, Chikungunya, diseases exanthematic, guide differential diagnosis.

Resumo

Objetivo: avaliar o conhecimento do guia de gestão clínica para a infecção chikungunya no pessoal médico de instituições de nível médio de complexidade do departamento Atlântico, período 2016. **Metodologia:** estudo descritivo, quantitativo e transversal, realizado em hospitais de nível médio de cuidados de saúde. A amostra foi de 68 profissionais médicos e estudantes no internato. O instrumento, teste de tipo de questionário, validado por um grupo de especialistas, aplicação de teste piloto para 10 profissionais, os resultados foram tabulados em software de Excel e subsequente aplicação da estatística Kuder Richardson (KR20), ele lançou um índice de confiabilidade de 65%. **Resultados:** A equipe médica teve pouco ou nenhum conhecimento do guia, em: as manifestações clínicas possuíam, médicos especialistas 33%; gestão de tratamento de casos típicos, os moradores não tinham conhecimento, embarcar estudantes 9%, clínicos gerais 19% e 33% residen-

tes tiveram que; gestão durante o parto possuíram, 20% residentes, médicos especialistas 33%, os alunos da escola de embarque 34% clínicos gerais e 50%; gestão em recém-nascidos, médicos especialistas desconhecidos, clínicos gerais 44%, alunos internos 57% e 60% residentes conhecia. Conclusão: Não nos profissionais médicos (clínicos gerais e residentes) e estudantes em um colégio interno, a falta de cuidados guia de CHIKV, que, leva a diagnóstico pobre diferencial e manejo clínico inadequado, colocando em risco a saúde pacientes afetados.

Palavras-chave: guia de gestão, Chikungunya, doenças exantemáticas, diagnóstico diferencial.

Introducción

El Virus del chikungunya (CHIKV) es el agente etiológico de la fiebre de Chikungunya una enfermedad de transmisión vectorial que es debilitante de las articulaciones. Durante los últimos siete años ha causado un alto incremento de la morbilidad y algunos casos de mortalidad en los humanos que emergen y se dispersan por los 5 continentes(1).

La enfermedad de la fiebre del Chikungunya o también artritis epidémica Chikungunya (CHIKV), es una forma muy particular de fiebre viral ocasionada por un alphavirus, que es propagado por la picadura del artrópodo *Aedes Aegypti*. Investigaciones realizadas por el Instituto Pasteur de París mencionan que el virus ha cursado por cambios genéticos que le permiten ser portado por el *Aedes Albopictus* (mosquito tigre asiático)(2)(3).

La fiebre causada por el CHIKV se ha extendido a lo largo del tiempo por los 5 continentes afectando un gran número de personas. Es por ello que en Europa tanto el Dengue como el Chikungunya han adquirido gran relevancia, son enfermedades de obligatoria notificación; y el Dengue, supone cerca del 10% del total de enfermedades importadas a ese continente (4). En el año 2005 en los países de la India, Indonesia, las Maldivas, Myanmar y Tailandia notificaron alrededor de más de 1,9 millones de posibles casos. Para el año 2007 fue notificada por vez primera la transmisión de la enfermedad en Europa con un número de 197 casos reportados. No obstante, el número de identificados de la fiebre del CHIKV en países o territorios de las Américas desde 2013 hasta abril del 2015 había llegado a más de 1.379.788 posibles afectados en las islas del Caribe y en algunos países de América del Sur; durante el mismo periodo se han atribuido 191 muertes a esta enfermedad. Para el 2015 la OPS recibió 693.489 notificaciones de casos sospechosos y 37.480 de casos confirmados. Atribuyéndosele 356.079 casos sospechosos a Colombia y convirtiéndolo en el país con mayores reportes en ese año (5)

Sin embargo fue hasta octubre del año 2014, que se confirmó la transmisión del CHIKV dentro del territorio Colombiano. Fueron un total de 8.000 casos sospechosos reportados, y desde ese momento, comenzaron a notificarse tanto los casos sospechosos como los confirmados por parte de las entidades de salud. Entre los departamentos y municipios más afectados estaban: el Atlántico, Antioquia, Barranquilla, Boyacá, Cartagena, Cauca, Cesar, Cundinamarca, Huila, La Guajira, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Santa Marta, Risaralda Tolima y Valle del Cauca (6)(7). Para el año 2015 y a la novena semana del año 2016, fueron reportados un total de 364.723 casos sospechosos y 3.258 confirmados, de los cuales, al departamento del Atlántico le corresponden un total de 2.095 sospechosos y solamente siete confirmados. Notificaron casos 441 municipios y cuatro distritos, así: Cali con el 13.%, Ibagué con el 6,7.%, Bucaramanga con el 4,1.%, Barranquilla con el 4,0.%, Villavicencio con el 3,9.%, Florencia con el 2,6.%, Pereira con el 2,4.%, Timaná con el 1,9.%, Floridablanca con el 1,6.% y Neiva con el 1,5 (5)(12). El virus se transmite de forma autóctona en las zonas tropicales, afectando indiscriminadamente a la población que está expuesta al vector del CHIKV, razón por el cual, dicho tema empieza a cobrar suma importancia en la salud pública, tanto a nivel nacional como internacional. Las instituciones de salud internacionales como la OPS, con el propósito de

controlar esta enfermedad, crean unas guías que sirven como pautas para el manejo del virus, y es entonces cuando nace la necesidad en que haya un buen conocimiento para su adecuada aplicación por los profesionales de la salud (9).

El cuadro clínico se caracteriza por fiebre intensa y dolores artrálgicos múltiples de instauración aguda, que suelen aliviarse en pocos días; no obstante en un porcentaje de casos, las artralgias se hacen crónicas (10)(11). Estas manifestaciones clínicas se presentan en las personas susceptibles al CHIKV, motivo por el cual, le corresponde al personal de la salud tener un amplio conocimiento de la sintomatología que presentan los infectados por el virus para su abordaje, así mismo, debe efectuar un buen diagnóstico diferencial con la mayoría de las enfermedades febriles endémicas de nuestro país, en especial con el Dengue (12). Un estudio realizado en el año 2013, hace hincapié en la similitud entre ambas enfermedades, indicando que son patologías de igual comportamiento pero con pequeñas diferencias en ciertos síntomas, lo cual, abrió la posibilidad de que en el pasado muchos casos de fiebre por CHIKV hayan sido diagnosticados como dengue de forma errónea (13). De acuerdo a diferentes autores existen 4 tipos de manifestaciones: las típicas, las atípicas, las severas y las especiales (14) (15) (16).

La fiebre CHIKV presenta tres (3) fases: aguda, sub aguda y crónica. La Aguda, con una duración de 0 a 10 días después de la picadura, con un período de incubación de tres (3) – siete (7) días, la mayoría (no todos) los individuos presentaran síntomas. La Sub aguda, tiene una duración de 10 días a 3 meses, se presentan exacerbación de los síntomas que caracterizaron la fase aguda con compromiso articular, tendinoso y ocular. También suelen presentarse trastornos vasculares, fatiga y depresión. La Crónica, con una duración de 15 meses a 2,5 años, se caracteriza por presentar de forma prolongada los síntomas que comprometen el sistema osteoarticular, en ocasiones puede conllevarlo hasta la convalecencia, generando así alteraciones en su vida cotidiana y productividad, lleva al deterioro de su calidad de vida (12).

Al día de hoy no existe un tratamiento específico para la curación o una vacuna eficaz para la prevención de una enfermedad que puede afectar a la población indiscriminadamente y, dada la similitud con otras patologías de origen viral, el personal de la salud deberá garantizar la atención sintomática de los afectados, un adecuado diagnóstico diferencial y el reconocimiento oportuno de las formas atípicas y severas (8). Para el manejo clínico se aplicará a las distintas manifestaciones del CHIKV, incluye la atención de las embarazadas y recién nacidos (hijos de madres virémicas durante el parto) (12) (18). Asimismo ha quedado demostrado en investigaciones, que la contaminación vertical de la madre al feto durante el parto es alta y que se han dado casos de abortos espontáneos luego de haber padecido la madre infección por CHIKV (17)(19).

Como ya se mencionó anteriormente, dada la responsabilidad que conlleva el control y manejo de la fiebre por CHIKV, siendo el departamento del Atlántico zona endémica, que enfrenta los embates del cambio climático, lo cual, estimula la presencia de abundantes criaderos y los potenciales para su reproducción. Además, todas aquellas personas que no han sido infectadas anteriormente con el CHIKV tienen mayor susceptibilidad a la infección, y es posible que aquellos que fueron expuestos al virus, adquieran o desarrollen una inmunidad prolongada, brindándoles una barrera inmunológica contra la reinfección. Otro aspecto de importancia, es que los pacientes con infección aguda, podrían presentar manifestaciones clínicas o pueden ser asintomático, ello contribuye a la diseminación de la patología (20).

Por ende el personal de salud es el responsable de la aplicación de las acciones establecidas en la guía de atención, al ser los tres hospitales de mediano nivel de complejidad del departamento del Atlántico, los centros de remisión del bajo nivel y atienden las necesidades en salud de más de un millón de habitantes. Así como el hecho de no contar con estudios que evidencien el nivel de conocimiento de la guía por parte de los profesionales de la medicina y de los estudiantes en formación en medicina (estudiantes en internado), lo

cual motivó el desarrollo de este estudio, que tuvo como objetivo evaluar el conocimiento de la Guía de manejo clínico para la infección por Chikungunya en el personal médico de urgencias en instituciones de mediano nivel de complejidad en el departamento del Atlántico, período 2016. Con los resultados se espera sensibilizar a los profesionales de la medicina, a la comunidad académica y a los entes responsables del manejo de la salud pública sobre la responsabilidad de un adecuado manejo y aplicación de la guía de atención del CHIKV.

La guía fue estructurada en Colombia por el Ministerio de Salud y Protección Social de acuerdo a los lineamientos establecidos en la guía de la OPS para tal fin. Teniendo presente que las guías de atención tienen como misión la mejora de la calidad de la asistencia de salud y facilitar la labor del personal médico, la elección de las mejores alternativas para la realización de diagnósticos y tratamientos ante situaciones clínicas concretas. (21)

Métodos

El estudio fue cuantitativo, de tipo descriptivo y transversal. La población y muestra fueron la misma, teniendo en cuenta que se tomó el 100% del personal médico y de estudiantes en internado que se encontraban realizando actividades en el servicio de urgencias de los hospitales: E.S.E. Juan Domínguez Romero de Soledad, E.S.E. Niño Jesús y E.S.E. Hospital Departamental de Sabanalarga. Fueron un total de 68 personas distribuidas de la siguiente manera: 16 médicos generales, 3 médicos especialistas, 5 médicos residentes y 44 estudiantes en internado.

Las técnica empleada fue la aplicación de un instrumento (cuestionario tipo test) para la recolección de los datos, que evaluó el nivel de conocimiento de la guía CHIKV en el año 2016. El instrumento fue diseñado por los investigadores con base en la guía de manejo clínico para la infección por el virus Chikungunya de la OPS, y validado en primera instancia por un grupo de 10 expertos conformados por 5 magister en salud pública, cuatro magister en epidemiología y un bioestadístico, en dos rondas que evaluaron la pertinencia de las preguntas, coherencia con los objetivos, con las variables del estudio y su estructura; en la primera ronda las observaciones realizadas orientaron a la realización de ajustes del instrumento; en una segunda ronda de revisión, los expertos concertaron que el instrumento se encontraba listo para su aplicación. Seguidamente fue realizada una prueba piloto a 10 profesionales médicos e internos del hospital Juan Domínguez Romero de Soledad, se tabularon los resultados y se aplicó el estadístico de Kuder Richardson (Kr20) para medir la consistencia interna, arrojó un coeficiente de confiabilidad del 65%.

El instrumento fue estructurado de acuerdo a cada variable. Constó de dos partes principales, la primera indagó sobre las variables sociodemográficas: edad, sexo, nivel de formación y capacitación en CHIKV durante el 2016. La segunda parte correspondió a la variable conocimiento de la guía del CHIKV, integró 10 aspectos: conocimiento de las manifestaciones típicas agudas; conocimiento de las manifestaciones atípicas; conocimiento de las manifestaciones clínicas en el recién nacido; conocimiento del diagnóstico diferencial con el dengue; conocimiento del diagnóstico diferencial con otras enfermedades virales; conocimiento del tratamiento en casos típicos; conocimiento del tratamiento en casos atípicos y severos; conocimiento sobre la atención de la madre durante el parto; conocimiento del tratamiento de la embarazada; y, conocimiento de la atención del recién nacido de madres con el CHIKV.

El análisis de los datos se realizó a través de estadística descriptiva simple. Inicialmente se creó una base de datos estructurada de acuerdo a las variables y se empleó un Software de Microsoft Excel, en la que fue tabulada la información, seguidamente se procedió a la realización de su análisis a través de tablas y gráficos de frecuencia por porcentajes.

La investigación fue considerada de bajo riesgo, fueron solicitados los permisos a las in-

stituciones y el consentimiento a los profesionales y estudiantes de internado de medicina, garantizando el cumplimiento de los principios éticos.

Resultados

Con referencia a los niveles de formación de los profesionales médicos y estudiantes de internado, se identificó que en mayor porcentaje los evaluados eran estudiantes de internado con un 65%, seguido de los médicos generales con el 24%; en menor porcentaje los médicos residentes y especialistas con el 7% para los primeros y un 4% para los segundos.

En cuanto a la edad, el personal encuestado se encontró una mayor frecuencia entre los 21 – 25 años con un 69%, seguido del personal mayor de 30 años con un 18%, y en menor porcentaje los ubicados en el rango de los 26 – 30 años con un 13%. En cuanto a la distribución del sexo en la población encuestada, se demostró que un mayor porcentaje eran de sexo femenino con un 51% y en menor porcentaje de sexo masculino con un 49%.

Para el aspecto que indagó sobre el haber recibido capacitaciones en el manejo de enfermedades exantémicas febriles, se encontró que un menor porcentaje si tienen capacitación correspondiente al 37% y en mayor porcentaje para la respuesta que no tienen una capacitación con un 63% (Gráfico 1).

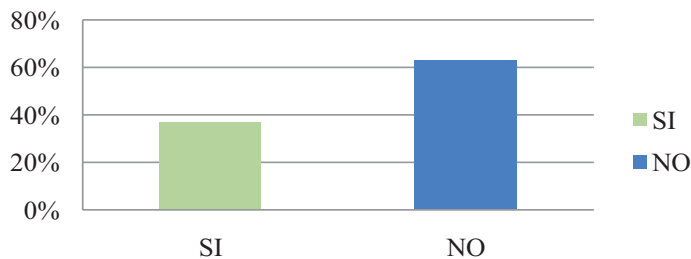


Gráfico N° 1: Capacitación sobre enfermedades exantémicas febriles.

Con referencia a los conocimientos que tiene el personal encuestado sobre las manifestaciones clínicas descrito en la gráfica 2, se identificó que los grupos que tienen conocimiento en mayor porcentaje se encuentran en el rango etario mayor de 35 años como son los médicos especialistas correspondiente al 67%, los médicos generales en un 66% y los médicos residentes en un 55%. Sin embargo los estudiantes de internado tuvieron un comportamiento similar al de los médicos residentes (con un 54%) a pesar de encontrarse en un rango etario menor de los 35 años.

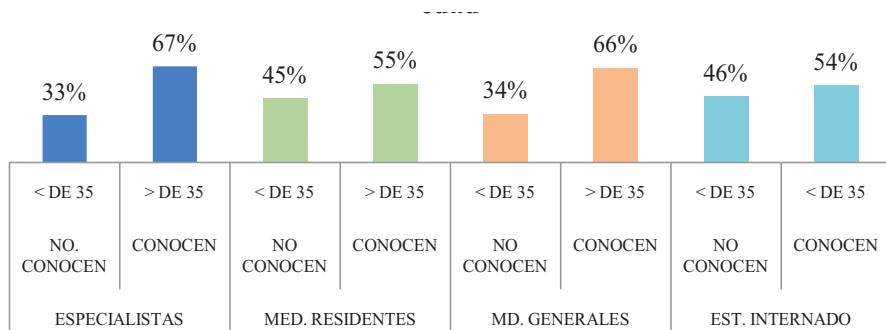


Gráfico N° 2: Conocimiento sobre las manifestaciones clínicas, por nivel de formación médica y edad, en el 2016.

Asimismo, el análisis de los ítems que componen la pregunta sobre los conocimientos por manifestaciones clínicas de acuerdo a la clasificación, descritos en la Tabla No. 2, se encontró, que sobre las típicas agudas los médicos residentes en un 80% poseía, y los médicos generales en un 75%; los estudiantes de internado demostraron tener más conocimiento que los médicos especialistas. En cuanto al conocimiento de las típicas subagudas y crónicas: los especialistas y médicos generales mostraron poseerlo, mientras que los médicos residentes y los estudiantes en internado tuvieron un comportamiento similar. Sobre el conocimiento de las atípicas: todos los especialistas lo poseían con resultados similares en porcentajes que van entre el 80% y el 75% los médicos residentes, médicos generales y los estudiantes en internado. En cuanto al conocimiento sobre las manifestaciones en el recién nacido, este fue el ítem que tuvo los resultados de menor conocimiento con porcentajes que oscilan entre el 33% y el 18%, para los médicos especialistas, generales y estudiantes en internado. Para el caso de los residentes, no tenían conocimiento.

Tabla N° 2: Conocimiento por manifestaciones clínicas.

CONOCIMIENTO POR MANIFESTACIONES CLÍNICAS								
MANIFESTACIONES CLÍNICAS	MEDICO ESPECIALISTA		MEDICO GENERAL		RESIDENTE		ESTUDIANTE EN INTERNADO	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%
TIPICAS AGUDAS	0,33	33	0,75	75	0,80	80	0,59	59
TIPICAS SUBAGUDA Y CRONICA	0,01	100	0,94	94	0,60	60	0,64	64
ATIPICAS	0,01	100	0,75	75	0,80	80	0,75	75
EN EL RECIÉN NACIDO	0,33	33	0,19	19	0	0	0,18	18

En referencia al conocimiento sobre los diagnósticos diferenciales según clasificación, descrito en el gráfico No. 3, se encontró, que para el diagnóstico diferencial entre el Chikungunya y Dengue, un menor porcentaje de los especialista con un 33% poseían el conocimiento, seguido por los médicos generales con un 44%, los estudiantes de internado en un 68% y en mayor porcentaje los residentes en un 80%; de los conocimientos en el diagnóstico diferencial entre el Chikungunya y otras enfermedades febriles, los de menor porcentaje fueron los medico especialistas en un 67%, y los estudiantes de internado en un 80%, los médicos generales en un 81% y los residentes en un 100% lo poseían.

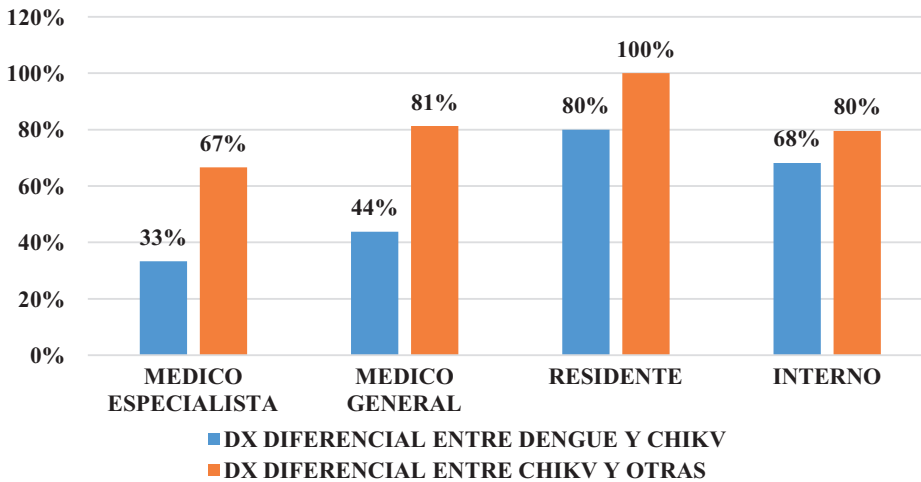


Gráfico N° 3: Conocimientos según diagnóstico diferencial.

Acerca las respuestas a la pregunta sobre el conocimiento del manejo del tratamientos indicado según clasificación, descritos en la tabla No. 3, se encontró que: para el manejo de tratamiento de casos típicos, un bajo porcentaje de los encuestados lo poseían con porcentajes que oscilan entre el 33% y el 9%, para los médicos especialistas, médicos generales y estudiantes en internado, los médicos residentes no lo conocían. Sobre el manejo del tratamiento en casos atípicos y severos, el 100% de los médicos especialistas lo sabían, mientras que los médicos residentes, los médicos generales y los estudiantes en internado tuvieron comportamiento similar con porcentajes entre el 60% y el 43%. En referencia al manejo del tratamiento de las embarazadas, todos los médicos especialistas lo tenían, seguido de los médicos generales, médicos residentes y los estudiantes en internado con porcentajes que oscilan entre el 63% y 59%. En cuanto al manejo del tratamiento durante el puerperio, los porcentajes estuvieron bajos, los cuales oscilaron entre el 50% y el 33% para los médicos generales, los estudiantes de internado y los médicos especialistas. El menor porcentaje de conocimiento lo tuvieron los médicos residentes con un 20%.

Tabla N° 3: Conocimientos sobre el manejo del tratamiento según clasificación

CONOCIMIENTO DEL MANEJO DEL TRATAMIENTO POR CLASIFICACIÓN								
CLASIFICACIÓN	MEDICO ESPECIALISTA (n=3)		MEDICO GENERAL (n=16)		MÉDICO RESIDENTE (n=5)		ESTUDIANTE EN INTERNADO (n=44)	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%
MANEJO DE CASOS TÍPICOS	0,33	33	0,19	19	0	0	0,09	9
MANEJO EN CASOS ATÍPICOS Y SEVEROS	0,01	100	0,44	44	0,60	60	0,43	43
MANEJO EN LAS EMBARAZADAS	0,01	100	0,63	63	0,60	60	0,59	59
MANEJO EN EL PUERPERIO	0,33	33	0,50	50	0,20	20	0,34	34
MANEJO EN LOS RECIEN NACIDOS	0	0	0,44	44	0,60	60	0,57	57

Al promediar todas las respuesta se logró establecer que los profesionales médicos con mayor conocimiento sobre la guía de manejo de la fiebre CHIKV, fueron en primer lugar los médicos especialistas en un 61%, seguido de los médicos generales y residentes en un 58% cada uno; en menor porcentaje los estudiantes en internado en un 55% (gráfico N° 4).

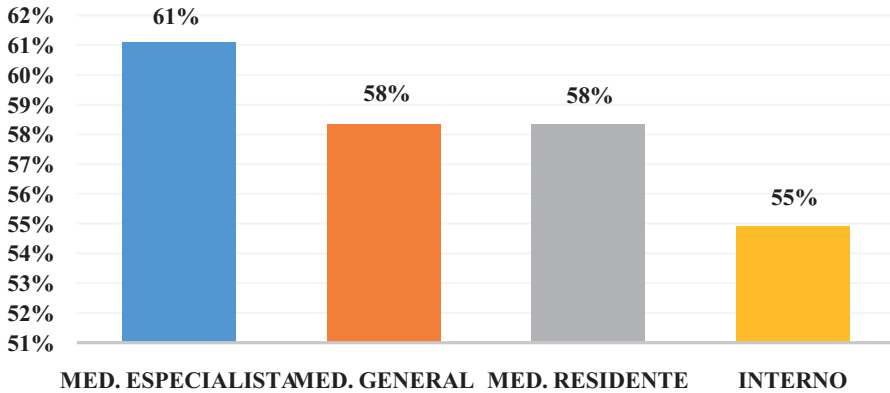


Gráfico N°4: Conocimiento de la guía CHIKV por niveles de formación.

Conclusiones

La fiebre del Chikungunya es una enfermedad producida por un virus que ha generado un gran impacto en la población mundial. Por ello, la Organización Panamericana de la Salud, creó unas guías que sirven como pautas para el manejo del virus (9).

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social ha generado acciones para mitigar su impacto en la comunidad, entre las cuales se encuentra, el desarrollo de una guía de manejo del Chicungunya, basado en los lineamientos de la OPS. Esta debe ser de pleno conocimiento y manejo del personal médico. Se resalta la importancia del conocimiento de las guías prácticas clínicas, ya que estas son una herramienta que facilita la labor del personal, permitiéndose a su vez el mejoramiento de la atención y manejo de pacientes (21).

Sin embargo, los resultados del presente estudio evidenciaron debilidades en los conocimientos tanto en los profesionales médicos (médicos generales, médicos especialistas y médicos residentes) como en los estudiantes en internado de medicina que se encontraban realizando prácticas en las urgencias de los hospitales de mediano nivel de complejidad del departamento del Atlántico.

Las debilidades sobre el conocimiento de los diagnósticos diferenciales entre el Chinkunguya y Dengue, se evidenció que un menor número de los especialistas poseían el conocimiento, seguido por los médicos generales, siendo superados por los estudiantes en internado y los residentes, resultado que causa gran preocupación, pues son estos profesionales los encargados de dar la atención inicial en urgencias estableciendo el diagnóstico y tratamiento a los pacientes con esta patología.

En cuanto al conocimiento acerca del diagnóstico diferencial entre el Chinkunguya y otras enfermedades febriles, los de menor porcentaje en mostrar tener conocimiento fueron los médicos especialistas, mientras que los estudiantes de internado y los médicos generales fueron muy similares teniendo un mayor porcentaje el conocimiento; contrario a ello, todos los residentes si lo poseían. Es de vital importancia que sea realizado un adecuado diagnóstico diferencial de la enfermedad para un correcto abordaje, así mismo, lograr la diferenciación con la mayoría de las enfermedades febriles endémicas en nuestro país, en especial con el Dengue (12), al ser patologías de igual comportamiento pero con pequeñas diferencias en ciertos síntomas, y no sé de lo que posiblemente sucedió en el pasado, que

muchos casos de fiebre por CHIKV hayan sido diagnosticados como dengue de forma errónea (17).

Asimismo, dada la similitud con otras patologías de origen viral, el personal de la salud deberá garantizar la atención sintomática de los afectados, un adecuado diagnóstico diferencial y el reconocimiento oportuno de las formas atípicas y severas (11).

Otra situación identificada en los resultados sobre el conocimiento del personal participante en el estudio, fueron debilidades en el conocimiento del manejo del tratamiento, que para los casos típicos, un bajo porcentaje de los encuestados lo poseían y para el grupo de residentes ninguno lo tenía.

Acerca del conocimiento del manejo del tratamiento en casos atípicos y severos, el menor porcentaje estuvo en los estudiantes de internado, seguido de los médicos generales y los residentes, mientras que los médicos especialista todos lo poseían.

En referencia al conocimiento del manejo del tratamiento de las embarazadas, un menor porcentaje los estudiantes de internados lo poseían, seguido de los residente y los médicos generales y todos los especialistas lo conocían. Para el manejo en el parto y del recién nacido, el comportamiento fue similar en todos los grupo, un bajo número lo poseían. Resultados que preocupan, teniendo en cuenta que estos paciente requieren de un manejo especial, teniendo en cuenta, que la contaminación vertical de la madre al feto durante el parto es alta y que se han dado casos de abortos espontáneos luego de haber padecido la madre infección por CHIKV (17)(18).

Los resultados anteriores, son una muestra clara de las inconsistencias en la atención de los pacientes con enfermedades exantémicas febriles, por una inadecuada aplicación de la guía de atención del personal médico responsable de los servicios de urgencias en los hospitales de II Nivel de Complejidad del departamento del Atlántico, lo cual impide que se dé un diagnóstico acertado y de calidad, de manera que puedan realizar un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado de la enfermedad en toda la población afectada (11). Teniendo en cuenta que el hecho de no conocerla, no los exime de su responsabilidad ética y profesional por una atención no idónea, que pone en riesgo la seguridad integral de los pacientes, así como la falta de responsabilidad de ellos con su autoformación.

No se debe olvidar las implicaciones que tiene una mala atención para la salud de las personas, ya que, un mal diagnóstico fomenta a que avance la enfermedad hacia otros niveles y, que la forma prolongada de los síntomas que comprometen el sistema osteoarticular, en ocasiones, puede conllevarlo hasta la convalecencia, generando así alteraciones en su vida cotidiana, productividad y al deterioro de su calidad de vida (12).

Asimismo se infiere con los resultados, la falta de compromiso por parte de los entes gubernamentales por exigir y brindar las capacitaciones necesarias al personal médico y en formación sobre estos temas de interés en Salud Pública, tal como quedó evidenciado en las respuestas brindadas a la pregunta que indagaba sobre si habían recibido capacitaciones en el manejo de enfermedades exantémicas febriles, encontrándose que el mayor número de los participantes indicaron no tenerla. Siendo contrario a lo establecido en el Anexo 4 del Ministerio de Salud y Protección Social denominado “Lineamientos para el manejo clínico de los pacientes con el virus Chikungunya (CHIKV)”, que en el tercer objetivo específico establece “Orientar las decisiones del personal médico para la referencia de forma adecuada y oportuna, de casos clínicos al nivel de complejidad correspondiente para brindarle la atención clínica que permita mitigar las complicaciones” (17).

Se hace un llamado de atención a las instituciones formadores de talento humano en salud, para que dentro de los contenidos sea integrado y se enfatice sobre estos temas de tanta importancia para el cuidado integral de la salud de los colectivos.

Sobre las limitaciones presentadas en el estudio, estuvieron en torno a la demora en la autorización por parte de los directores científicos de los hospitales para el ingreso a la institución y poder aplicar los cuestionarios.

Agradecimientos: Los investigadores brindamos sinceros agradecimientos a los directivos de los hospitales E.S.E. Juan Dominguez Romero de Soledad, E.S.E. Departamental de Sabanalarga y E.S.E. Niño Jesús, por su apoyo en los permisos para la aplicación del instrumento y de esa manera haber logrado los objetivos del estudio.

Bibliografía

1. Thiberville SD, Moyon N, Dupuis-Maguiraga L, Nougaiere A, Gould E a., Roques P, et al. Chikungunya fever: Epidemiology, clinical syndrome, pathogenesis and therapy. *Antiviral Res.* Elsevier B.V.; 2013;99(3):345–70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.antiviral.2013.06.009>
2. Benedict MQ, Levine RS, Hawley WA, Lounibos LP. Spread of the tiger: global risk of invasion by the mosquito *Aedes albopictus*. *Vector Borne Zoonotic Dis.* 2007;7(1):76–85.
3. Sánchez GP, Alvarez GR. Fiebre de Chikungunya: enfermedad frecuente como emergencia médica en Cuba. *Medisan.* 2014;18(6):859–67.
4. Bueno Marí Rubén, Jiménez Peydró Ricardo. Implicaciones sanitarias del establecimiento y expansión en España del mosquito *Aedes Albopictus*. *Rev. Esp. Salud Pública.* 2012 Ago, 86(4): 319-330. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272012000400002&lng=es.
5. OMS. OMS | Chikungunya. World Health Organization; 2015 [cited 2015 Mar 4]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs327/es/>
6. Instituto Nacional de Salud-Dirección de Vigilancia y análisis del riesgo. Boletín epidemiológico semanal: semana número 53 de 2014 (28 de diciembre – 3 de enero de 2015). Disponible en: <http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiolgico/2014%20Boletin%20epidemiologico%20semana%2053.pdf>
7. Tovar Z.M., Bolívar S.A., Maestre-Serrano R. Chikungunya: aspectos generales de una enfermedad emergente en Colombia. *Biociencias, Volumen 10 Número 1, 75 – 88.* Enero-Junio 2015, Barranquilla. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5460371.pdf>
8. Instituto Nacional de Salud-Dirección de Vigilancia y análisis del riesgo. Boletín epidemiológico semanal: semana número 09 de 2016 (28 de febrero al 5 de marzo 2016). Disponible en: <http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiolgico/2016%20Bolet%20ADn%20epidemiol%20B3gico%20semana%2009.pdf>
9. Caja Costarricense de Seguro Social. Lineamientos para la Organización de la Atención y Manejo de los Pacientes con Chikungunya. Agosto de 2014. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/chikungunya/chikungunya.pdf>
10. Placeres Hernández José Fernando, Martínez Abreu Judit, Chávez González Lisandro, Rodríguez Rodríguez Ernesto, de León Rosales Lázaro. Fiebre causada por el virus Chikungunya, enfermedad emergente que demanda prevención y control. *Rev. Med. Electrón.* 2014 Oct; 36(5): 596-609. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000500007&lng=es.
11. Instituto Nacional de Salud. Lineamientos de vigilancia en salud pública, entomológica y de laboratorio en transmisión autóctona del virus Chikungunya en Colombia fase II. 2014;1–12.
12. Ministerio de Salud del Perú. Guía Técnica: Guía de práctica clínica para la atención de fiebre Chikungunya en el Perú. Enero de 2015. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3280.pdf>
13. Colman E, Golden J, Roberts M, Egan A, Weaver J, Pharm D, et al. *New engla nd journal.* 2014;2012–4.

14. Centers for Disease Control and Prevention / Organización Panamericana de la Salud. Preparación y respuesta ante la eventual introducción del virus chikungunya en las Américas. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.; 2011. p. 159. Available from: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/CHIKV_Spanish.pdf
15. Sebastian MR, Lodha R, Kabra SK. Chikungunya infection in children. *Indian J Pediatr.* 2009;76(2):185–9.
16. Das T, Jaffar-Bandjee MC, Hoarau JJ, Krejbich Trotot P, Denizot M, Lee-Pat-Yuen G, et al. Chikungunya fever: CNS infection and pathologies of a re-emerging arbovirus. *Prog Neurobiol.* Elsevier Ltd; 2010;91(2):121–9.
17. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para el manejo clínico de los pacientes con el virus Chikungunya (CHIKV). Bogotá D.C. 2014, 1:14. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/Anexo%204%20Lineamientos%20%20para%20el%20manejo%20cl%C3%ADnico%20de%20pacientes%20CHIKV%20%202014.pdf>
18. OMS/OPS/Ministerio de Salud de Paraguay. Guía para el manejo clínico de la enfermedad producida por el virus Chikungunya. Asunción, 2015; 1- 40. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/10106/GUIA%20chikungunya%2019-03-15.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Sebastian MR, Lodha R, Kabra SK. Chikungunya infection in children. *Indian J Pediatr.* 2009;76(2):185–9.
20. Carbajo AE, Vezzani D. Waiting for chikungunya fever in Argentina: spatio-temporal risk maps. *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2015;110(2):259–62.
21. Juan Francisco Menárguez Puche, Juan Antonio Sánchez Sánchez, Enrique Ortín Ortín, Isabel Hidalgo García. Lectura crítica de una Guía de Práctica Clínica. Grup MBE la Sociedad Murciana de Medicina Familiar y Comunitaria. 329-577. Disponible en: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/136631-capitulo_12.pdf