

Universidad Nacional de la Amazonía Peruana
Facultad de Medicina Humana
"RAFAEL DONAYRE ROJAS"



Título:

**CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A LA BÚSQUEDA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE SALUD DE PACIENTES CON SINDROME FEBRIL AGUDO INDIFERENCIADO
EN LA CIUDAD DE IQUITOS DE OCTUBRE A DICIEMBRE DEL 2014**

Tesis para: OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

Presentado por la Bachiller:

FÁTIMA DEL ROSARIO REÁTEGUI YGLESIAS

Asesora:

LIC. WILMA SELVA CASANOVA ROJAS MG.SP.

Co - Asesor:

M.C. STALIN VILCARROMERO LLAJA MG.SP

IQUITOS - PERÚ

2015

ÍNDICE

ÍNDICE	2
ÍNDICE DE TABLAS	4
ÍNDICE DE GRÁFICOS	6
DEDICATORIA.....	8
AGRADECIMIENTO.....	9
ABSTRACT	11
CAPÍTULO I	12
1. INTRODUCCIÓN.....	13
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
3. JUSTIFICACIÓN	17
4. OBJETIVOS	18
4.1. Objetivo General:.....	18
4.2. Objetivos Específicos:.....	18
CAPÍTULO II	19
5. MARCO TEÓRICO.....	20
6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	25
7. HIPÓTESIS	29
7.1. Hipótesis General	29
7.2. Hipótesis específicas	29
CAPÍTULO III	30
8. METODOLOGÍA.....	31
8.1. Tipo y diseño general del estudio	31
8.2. Universo de estudio, unidad de análisis.....	31
8.3. La Unidad de análisis.....	31
8.4. Criterios de inclusión.....	32
8.5. Criterios de exclusión.....	32
8.6. Instrumento a utilizar	32

8.7. Aspectos éticos.....	32
CAPÍTULO IV.....	33
9. RESULTADOS.....	34
10. DISCUSIÓN.....	62
11. CONCLUSIONES.....	68
12. RECOMENDACIONES.....	70
CAPÍTULO V.....	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
ANEXOS.....	76

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 01: Distribución de los participantes por sexo	34
TABLA N° 02: Distribución de los participantes por rango de edad y sexo	35
TABLA N° 03: Distribución de los participantes por Ocupación	36
TABLA N° 04: Distribución de los participantes por Grado de Instrucción	37
TABLA N° 05: Distribución de los participantes por Distrito	38
TABLA N° 06: Distribución de los participantes por Conocimiento del Establecimiento de Salud al cual pertenecen	39
TABLA N° 07: Distribución de los participantes por Establecimiento de Salud	40
TABLA N° 08: Distribución de los participantes por Co-morbilidad	42
TABLA N° 09: Distribución de los participantes según el mes que presentó la Fiebre	43
TABLA N° 10: Distribución de los participantes de acuerdo a su sensibilidad febril..	44
TABLA N° 11: Distribución de los participantes según los síntomas que acompañaron a la fiebre.....	45
TABLA N° 12: Distribución de los participantes según los días de fiebre antes de ir a un EE.SS.....	46
TABLA N° 13: Distribución de los participantes de acuerdo a la búsqueda precoz de un EE.SS.....	47
TABLA N° 14: Distribución de los participantes de acuerdo a la búsqueda precoz de un EE.SS en relación al rango de edad	48
TABLA N° 15: Distribución de los participantes según la causa asociada de la fiebre	49
TABLA N° 16: Distribución de los participantes según la causa de la fiebre por distrito.....	50
TABLA N° 17: Distribución de asociación de fiebre con enfermedad.....	52
TABLA N° 18: Distribución de los participantes de acuerdo a su manejo inicial	53
TABLA N° 19: Distribución de los participantes de acuerdo al tipo de medicamento utilizado	54
TABLA N° 20: Distribución de los participantes de acuerdo a la dosificación de medicamento.....	55
TABLA N° 21: Distribución de los participantes según el orden de manejo de la fiebre	56

TABLA N° 22: Distribución de los participantes de acuerdo al motivo por el cual acudió al EE.SS	57
TABLA N° 23: Distribución de los participantes de acuerdo a haber presentado SFAI	59
Tabla N° 24: Distribución de los participantes según el antecedente de SFAI y la causa asociada de la fiebre	60

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 01: Distribución de los participantes por sexo	34
GRÁFICO N° 02: Distribución de los participantes por rango de edad y sexo	35
GRÁFICO N° 03: Distribución de los participantes por Ocupación	36
GRÁFICO N° 04: Distribución de los participantes por Grado de Instrucción	37
GRÁFICO N° 05: Distribución de los participantes por Distrito	38
GRÁFICO N° 06: Distribución de los participantes por Conocimiento del Establecimiento de Salud al cual pertenecen.....	39
GRÁFICO N° 07: Distribución de los participantes por Establecimiento de Salud	41
GRÁFICO N° 08: Distribución de los participantes por Co - morbilidad	42
GRÁFICO N° 09: Distribución de los participantes según el mes que presentó la Fiebre	43
GRÁFICO N° 10: Distribución de los participantes de acuerdo a su sensibilidad febril	44
GRÁFICO N° 11: Distribución de los participantes según los síntomas que acompañaron a la fiebre.....	45
GRÁFICO N° 12: Distribución de los participantes según los días de fiebre antes de ir a un EE.SS.....	46
GRÁFICO N° 13: Distribución de los participantes de acuerdo a la búsqueda precoz de un EE.SS.....	47
GRÁFICO N° 14: Distribución de los participantes de acuerdo a la búsqueda precoz de un EE.SS en relación al rango de edad	48
GRÁFICO N° 15: Distribución de los participantes según la causa asociada de la fiebre	49
GRÁFICO N° 16: Distribución de los participantes según la causa de la fiebre por distrito.....	51
GRÁFICO N° 17: Distribución de asociación de fiebre con enfermedad.....	52
GRÁFICO N° 18: Distribución de los participantes de acuerdo a su manejo inicial ..	53
GRÁFICO N° 19: Distribución de los participantes de acuerdo al tipo de medicamento utilizado.....	54
GRÁFICO N° 20: Distribución de los participantes de acuerdo a la dosificación de medicamento.....	55
GRÁFICO N° 21: Distribución de los participantes según el orden de manejo de la fiebre	56

GRÁFICO N° 22: Distribución de los participantes de acuerdo al motivo por el cual acudió al EE.SS	58
GRÁFICO N° 23: Distribución de los participantes de acuerdo a haber presentado SFAI	59
Gráfico N° 24: Distribución de los participantes según el antecedente de SFAI y la causa asociada de la fiebre.....	61

DEDICATORIA

A Dios por la vida, por sentir su presencia en cada momento, por tener un plan perfecto y maravilloso para mí

A mis padres Héctor y Lorena por ser mi mayor ejemplo de amor y perseverancia, por cada palabra de aliento en los momentos difíciles y por celebrar junto a mí cada triunfo obtenido

A mis dos hermosas hermanas Andrea y Estefanía por el amor y la alegría que compartimos, por haber hecho tuyas cada experiencia que me tocó vivir

A Daniel, mi mejor amigo, mi fiel compañero, por apoyarme y cuidar de mí siempre

AGRADECIMIENTO

Agradezco grandemente a mis dos asesores, la Dra. Wilma Selva Casanova Rojas por brindarme el apoyo desinteresado en la realización de este trabajo y el Dr. Stalin Vilcarromero Llaja, por sus enseñanzas y por siempre invitarme a sumergirme en el fabuloso mundo de la investigación

RESÚMEN

Objetivo: Determinar las características asociadas a la búsqueda de un establecimiento de salud de pacientes con Síndrome Febril Agudo Indiferenciado (SFAI) en la ciudad de Iquitos de octubre a diciembre del 2014. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo transversal. Se aplicó una encuesta a la población que estuvo conformada por pacientes diagnosticados de SFAI que fueron enrolados en un proyecto de vigilancia durante el último trimestre del año 2014, según la información que consta en la base de datos del Naval Medical Research Unit № 6 (NAMRU-6). **Resultados:** El 56% de la población estudiada acude a un EE.SS luego de tres días de haber presentado fiebre, el 42% lo hace precozmente (≤ 2 días). El 13% desconoce el establecimiento de salud al cual pertenecen. El 49% de la población asocia como causa de su fiebre a la gripe. El 67% del total asoció a su fiebre con una determinada causa por los síntomas que tuvo como cefalea, mialgias/artralgias y escalofríos. El 55% de la población adopta como manejo inicial la automedicación, seguido de tomar frescos en un 22% y sólo el 19% del total acude inicialmente a un establecimiento de salud. El 74% utiliza el paracetamol como principal medicamento contra la fiebre, dosificándolo en su mayoría 57% cada 8 horas. El 50% de la población acudió a un establecimiento de salud debido a la persistencia de síntomas, el 23% porque se añadieron otros síntomas y el 12% por preocupación de que se tratara de algo más grave que lo pueda llevar al éxito letal. **Conclusiones:** La mayoría de pacientes con SFAI no acuden precozmente a un establecimiento de salud, porque asocia su fiebre con una simple gripe, un pequeño porcentaje de la población no lo hace porque desconoce a cuál establecimiento de salud pertenece. La mayor parte de la población asocia su fiebre a una determinada causa por los síntomas que tuvo, la mayoría inicialmente se automedica, seguido de utilizar frescos y sólo un pequeño porcentaje acude inicialmente a un establecimiento de salud. El principal medicamento utilizado es el paracetamol dosificándolo por cada 8 horas. El mayor porcentaje de la población buscó un establecimiento de salud por la persistencia de los síntomas, seguido de porque se añadieron otros síntomas, y un porcentaje más pequeño acudió precozmente por la preocupación de que se tratara de una enfermedad de mayor gravedad o por miedo al éxito letal.

Palabras clave: Síndrome Febril Agudo Indiferenciado, Establecimiento de Salud

ABSTRACT

Objective: To determine the features associated with search of an establishment of health of patient with undifferentiated acute febrile syndrome (SFAI) in the city of Iquitos of October to December 2014. **Materials and Methods:** transversal descriptive study. Was applied A survey to the population which consisted by patients diagnosed of SFAI who were enrolled in a surveillance project during the last quarter of 2014, according to the information contained in the database of the Naval Medical Research Unit № 6 (NAMRU-6). **Results:** 56% of the population analyzed go to a health center after three days of presence of fever, 42% do so earlier (≤ 2 days). 13% do not know the health center to which they belong. 49% of the population associate as a cause of fever to flu. 67% of total associated his fever with a specific cause by the symptoms that they had as headache, myalgia / arthralgia and chills. 55% of the population adopts as initial management the self-medication, followed of refreshments in a 22% and only 19% of the total go firstly to a health center. 74% use paracetamol as main drug for the fever, at a dose by every 8 hours mainly 57%. 50% of the population went to a health center due to the persistence of symptoms, 23% because other symptoms and 12% out of concern that it was something more serious that can lead to death. **Conclusions:** Most patients with SFAI not goes early to a health center, because associated his fever with a simple flu, a small percentage of the population that does not know to which health facility belongs. Most people associate her fever to a specific cause by the symptoms that they had, most population initially self-medicate, followed of using refreshments and only a small percentage initially goes to a health center. The main drug is paracetamol taken in dose for each 8 hours. The highest percentage of the population sought a health center by the persistence of symptoms, followed by other symptoms that were added, and a smaller percentage comes precociously by the concern that were a more serious illness or by fear that can lead to death.

Keywords: Acute Undifferentiated Fever Syndrome, Health center

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

La presente tesis se titula "Factores asociados a la búsqueda precoz de atención médica de pacientes con Síndrome Febril Agudo Indiferenciado en la ciudad de Iquitos" en el último trimestre del 2014.

Tiene como finalidad identificar las barreras que limitan que la atención médica sea oportuna, las mismas que serán comunicadas a los órganos pertinentes.

Es un estudio descriptivo transversal realizado en la población enrolada en el Proyecto de Vigilancia del NAMRU-6 con SFAI en el 2014.

La población estudiada procede de las 11 unidades de vigilancia de febriles ubicadas en los 4 distritos de Iquitos Metropolitano, cuyas edades comprenden entre 5 y 67 años.

Los resultados encontrados fueron:

- La mayor parte de la población no acude precozmente a un EE.SS.
- La principal causa asociada a la fiebre fue la gripe.
- El manejo inicial de la mayoría de la población fue la automedicación seguido de uso de líquidos, denominados por la población "frescos".
- El principal medicamento utilizado fue el paracetamol dosificándolo cada 8 horas.
- Al observar que el manejo inicial no tuvo éxito (mayor de 2 días), acuden a un EE.SS.

Estos hallazgos se harán llegar a la Dirección Regional de Salud y a los establecimientos involucrados, para plantear programas de educación sanitaria.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La fiebre es uno de los signos a los que con mayor frecuencia el médico se enfrenta en la consulta diaria en los diversos establecimientos de salud, y en la mayoría de los casos, es una señal de alguna patología no identificada. Muchas veces esta fiebre se presenta acompañada de síntomas inespecíficos y confusos como cefalea, mialgias, artralgias, escalofríos, malestar general, náuseas, vómitos, etc, sin tener un foco infeccioso reconocido que nos pueda conducir a un diagnóstico claro y certero, esto es a lo que se conoce como Síndrome Febril Agudo Indiferenciado (SFAI).

El Síndrome Febril Agudo Indiferenciado (SFAI), está se define entonces como todo paciente con inicio brusco de fiebre y con menos de siete días de evolución en el cual no se ha identificado signos o síntomas relacionados con un foco infeccioso (1-2) es uno de los síndromes más frecuentes en muchas partes del mundo (3-4-5), pero también en Iquitos, la ciudad más grande de la Amazonia peruana, donde diversos factores propician las condiciones favorables para la mayor prevalencia de enfermedades tropicales.

La etiología del SFAI varía de acuerdo a la región geográfica y puede incluir enfermedades como malaria, dengue, fiebre tifoidea, leptospirosis, rickettsiosis, arbovirosis, hantavirosis, encefalitis japonesa, y otros (6-7). Algunos de los problemas para determinar la etiología son: primero, el hecho de que la mayoría de los pacientes presentan síntomas inespecíficos, tales como fiebre, malestar general, cefalea, mialgias, artralgias y segundo, que no siempre es posible realizar exámenes de laboratorio específicos para todas las etiologías probables o el no disponer de una segunda muestra que permita definir finalmente el diagnóstico. Por ejemplo, en un estudio prospectivo con pacientes con SFAI en dos clínicas del área urbana de Colombia, se observó que un 31 % de estos casos eran causados por el virus del dengue, sin embargo, no se pudo determinar la etiología en el resto de estos pacientes, lo que planteaba la necesidad de buscar otros agentes tales como, rubéola y las rickettsias, entre otros patógenos (7) mediante las prueba de laboratorio adecuadas. En todos estos estudios, se evidencia la

importancia del SFAI como un reto diagnóstico y terapéutico para el clínico, constituyendo una prioridad de investigación.

En nuestro país, también se han realizado investigaciones en las que se han notificado diversas etiologías para este SFAI; la gran mayoría señalan al dengue y malaria, que tienen gran impacto en la salud pública, pero también existen otras infecciones como leptospirosis, tifus y otras arbovirosis de las cuales se tiene un limitado conocimiento pero se sabe que son capaces de originar gran impacto en la población (8-9-10-11).

Entre mayo del 2000 y diciembre del 2007, se realizó un estudio de vigilancia sindrómico en 13 localidades de 4 países de Sudamérica: Bolivia, Ecuador, Paraguay y Perú con el objetivo de describir los aspectos clínicos y epidemiológicos de los arbovirus asociados con enfermedad febril aguda indiferenciada en los 4 países participantes pero con mayor énfasis en Iquitos. Los resultados obtenidos demostraron que los arbovirus son una causa común de enfermedad febril humana representando más del 30% en los casos de SFAI. Es importante destacar que entre los arbovirus causantes del SFAI, el virus del dengue es el más frecuente, pero otros arbovirus como el virus de la encefalitis equina venezolana, mayaro y oropuche causaron el 8% de este síndrome. (12)

En la región Loreto, dengue y malaria son las dos principales causas del Síndrome Febril Agudo Indiferenciado. De acuerdo al Boletín Epidemiológico de la semana 52 - 2013, se ha notificado 48 382 casos de malaria, con un índice parasitario de 1,59 casos por 1000 habitantes y con respecto al dengue se reportó 14 155 con una Tasa de incidencia acumulada 46 casos por 100 000 habitantes (13-14)

El diagnóstico confirmatorio depende de muchos factores, sin embargo, es importante tener en cuenta que no todos los pacientes con SFAI acuden a un EESS en búsqueda de atención médica o si lo hacen, generalmente es luego de haber transcurrido varios días de fiebre debido a muchos factores que no han sido muy estudiados. Algunos por ejemplo, se automedican, o toman algunas combinaciones de plantas y líquidos, otros acuden a la farmacia preguntando por algún medicamento. Cuando todas estas prácticas no han

tenido éxito, recién buscan atención y acuden a un EESS retrasando de esta manera una atención temprana y adecuada por un profesional de la salud y generando un mayor riesgo de complicaciones y hasta de mayor mortalidad.

Es poca la información con la que contamos en relación a este importante tema para la Salud Pública, algunos estudios realizados en África, han demostrado que la respuesta frente a SFAI asociado a Malaria depende principalmente del acceso a un centro de salud, la calidad de atención recibida, la gravedad percibida de la enfermedad, el conocimiento de los síntomas y las diversas creencias culturales y tradicionales. (15-16) Además se describe que el manejo inicial, por lo general comienza en el hogar y que la búsqueda de atención médica sólo se realiza cuando el tratamiento casero no tuvo éxito (15-17-18), lo cual retrasa un tratamiento adecuado y oportuno. Los pacientes que no buscaron ningún tipo de atención médica fue debido a que consideraron una enfermedad leve, por restricción financiera, la distancia del centro de salud, falta de tiempo por sobrecarga de trabajo y la percepción de que los fármacos requeridos eran caros (19).

Los diversas características tanto epidemiológicos, clínicos, sociales, económicos y culturales juegan un rol importante en la conducta de las personas, pero en nuestra población, se desconoce con exactitud cuáles son; y esta información es muy valiosa, pues nos va a permitir conocer mucho mejor la cosmovisión de nuestra población, las perspectivas de la gente acerca de la etiología, el diagnóstico, el tratamiento y el impacto de diversas enfermedades sobre ellos y sus familias, y de esa manera lograr identificar las barreras que impulsan o retrasan la atención médica del paciente febril y el manejo oportuno en un establecimiento de salud.

En base a esto, surge entonces la siguiente pregunta de investigación:

¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A LA BÚSQUEDA DE UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN UN PACIENTE CON SÍNDROME FEBRIL AGUDO INDIFERENCIADO, EN LA CIUDAD DE IQUITOS DE OCTUBRE A DICIEMBRE DEL 2014?

3. JUSTIFICACIÓN

Iquitos, reporta la mayor cantidad de pacientes con SFAI a nivel nacional, predominando en su gran mayoría dengue, leptospirosis y malaria, las cuales causan gran morbimortalidad.

Sin embargo, muy poco es lo que se conoce acerca de la percepción que tiene la población respecto al SFAI y las posibles causas que ellos consideran que lo ocasionan. Desconocemos cuál es el manejo que inicialmente realizan y cuáles son las características epidemiológicas, clínicas, sociales, económicos y culturales asociados que determinan que acudan a un Establecimiento de Salud o retrasan la búsqueda de atención médica.

Todas estas características juegan un rol importante en la conducta de las personas, sin embargo, no conocemos con exactitud cuáles son, y esta información es muy relevante pues nos va a permitir conocer las barreras que retrasan la atención médica del paciente febril y evitan el manejo oportuno en un Establecimiento de Salud.

En la actualidad, en nuestra región no existen estudios sobre las perspectivas de la población acerca del SFAI, del manejo inicial que consideran, las posibles causas relacionadas a este Síndrome y las características asociadas a la temprana o tardía búsqueda de atención médica cuando lo presentan; por tal motivo, y con el propósito de reconocerlos se realiza el presente Trabajo de Investigación, ya que los resultados y hallazgos encontrados nos permitirán adoptar medidas de intervención apropiadas, aceptables y sostenibles que contribuyan a reducir la morbilidad y mortalidad de nuestra población.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General:

- Determinar las características asociadas a la búsqueda de un establecimiento de salud en un paciente con Síndrome Febril Agudo Indiferenciado (SFAI) en la ciudad de Iquitos de octubre a diciembre del 2014.

4.2. Objetivos Específicos:

- Describir las características sociodemográficas de la población con SFAI en la ciudad de Iquitos de octubre a diciembre del 2014.
- Enunciar las causas asociadas con el SFAI desde la perspectiva del paciente.
- Identificar cuál es el manejo inicial del SFAI por parte de la población antes de acudir a un Establecimiento de Salud.
- Identificar cuál fue el motivo que lo llevó a buscar un Establecimiento de Salud.
- Describir las barreras que retrasan la atención médica del paciente con SFAI e impiden un manejo oportuno.

CAPÍTULO II

5. MARCO TEÓRICO

El Síndrome Febril Agudo Indiferenciado (SFAI), es uno de las principales y más frecuentes motivos de consulta médica en el mundo, y es la presentación más común en el servicio de emergencias en diversos establecimientos de salud, está definido como todo paciente con inicio brusco de fiebre y con menos de siete días de evolución en el cual no se ha identificado signos o síntomas relacionados con un foco infeccioso. (1-2-3-4-5)

En los países en vías de desarrollo, sobre todo en las regiones tropicales, los recursos limitados y la gran diversidad de etiologías de enfermedad febril aguda indiferenciada representan un desafío para el diagnóstico, tratamiento y control de salud pública durante periodos de brote de las enfermedades más representativas, lo que demuestran la importancia del SFAI como un reto diagnóstico y terapéutico para el clínico, así como, una prioridad de investigación. Para los proveedores de salud que carecen de las herramientas de diagnóstico adecuadas, es complicado determinar las etiologías específicas y el diagnóstico definitivo de pacientes, lo cual lo realizan presuntamente basados en características y cuadro clínico en relación con los patógenos circulantes (6). Uno de los principales problemas es el hecho de que la mayoría de los pacientes con este síndrome se presentan con síntomas inespecíficos, por ejemplo, fiebre, malestar general, cefalea, mialgias, artralgias y por lo general ningún punto focal de la infección. Frente a estas limitaciones, se podría afirmar que los métodos serológicos son necesarios para diagnosticar la causa y poder realizar un adecuado manejo de los casos con SFAI, ya que los criterios clínicos por sí solos no son suficientes para identificar la etiología (7)

El diagnóstico diferencial de SFAI incluye enfermedades potencialmente importantes, como la malaria, el dengue, la fiebre tifoidea, leptospirosis, las rickettsiosis, arbovirosis, Hantavirus, y encefalitis japonés, (6-7). A nivel mundial se han realizado diversos estudios tratando de buscar las etiologías probables de este SFAI, por ejemplo según un estudio realizado en una ciudad colombiana altamente endémica para dengue, los casos de SFAI que no obedecen a este agente tienen como principal etiología la infección aguda

por virus de Influenza y en menor grado por *Leptospira* spp.(2). En Vietnam se encontró al Dengue como causa de un tercio de todos los casos de SFAI cuya etiología no estuvo asociada a Malaria (8). La leptospirosis, la malaria, el tifus de los matorrales, el tifus murino, *Rickettsia typhi*, y el dengue han sido identificadas como las principales causas de SFAI en Tailandia, Malasia y Nepal (19-20). En el sudeste (SE) de Asia, un estudio prospectivo de pacientes tailandeses que presentaron SFAI, determinó que la infección por rickettsias, la gripe y la fiebre del dengue son las tres causas conocidas más comunes en un país tropical como Tailandia representando aproximadamente un 40% de SFAI (5). En Karnataka, se llevó a cabo un estudio observacional prospectivo con el objetivo de encontrar la etiología del SFAI de un Hospital Universitario de tercer nivel ubicado al norte de dicho estado. El tifus de los matorrales fue identificado como la causa más común del SFAI, seguido por Dengue (1).

En el Perú, también se han realizado investigaciones en las que se han notificado diversas probables etiologías para este SFAI; sin embargo, en casi un 50% de los casos se desconoce la etiología (Forshey 2011) (12). Las etiologías más prevalente y que además, son de gran importancia para la salud pública del país son el dengue o la malaria, pero también existen otras infecciones como leptospirosis, tifus y otros arbovirus (Oropuche, Mayaro, encefalitis equina venezolana) cuyo conocimiento aún es limitado y se conoce poco de su magnitud en la población (9-10-11-21).

Es en la Amazonía Peruana, sin embargo, donde es más frecuente recibir a pacientes con SFAI en un establecimiento de salud, ya que convergen factores ambientales y epidemiológicos que contribuyen a la mayor prevalencia de estas patologías tropicales que son causa de los SFAI. Por ejemplo, entre mayo del 2000 y Julio del 2001, en un estudio longitudinal en Loreto y Piura, realizado en cuatro establecimientos de salud, el virus del dengue fue causa más frecuente en relación a otras etiologías, y en segundo lugar se ubicó leptospirosis (10). Pero, además un análisis de los datos de un sistema de vigilancia de arbovirus en pacientes con SFAI en 13 localidades de Bolivia, Ecuador, Paraguay y Perú entre mayo del 2000 y diciembre del 2007, pero en los que Iquitos tenía el mayor número de muestras, demostró que los

arbovirus son una causa común de SFAI en estos sitios en América del Sur (30%), pero este porcentaje es mucho mayor en Iquitos. Entre los arbovirus encontrados, el virus del dengue es el más frecuente, pero otros arbovirus como el virus de la encefalitis equina venezolana, Mayaro y Oropuche, explicaban aproximadamente el 8% de la etiología de este síndrome. (12)

En la región Loreto, dengue y malaria son las dos principales causas del Síndrome Febril Agudo Indiferenciado. De acuerdo al Boletín Epidemiológico de la semana 52 - 2013, se ha notificado 48 382 casos de malaria, con un índice parasitario de 1, 59 casos por 1000 habitantes y con respecto al dengue se reportó 14 155 con una Tasa de incidencia acumulada 46 casos por 100 000 habitantes (13-14)

Un aspecto muy importante para definir la etiología al 100% sería tener muestras pareadas de los pacientes y disponibilidad de laboratorio para muchos patógenos, algo difícil en todas las áreas de la amazonia. Sin embargo el sistema de vigilancia epidemiológica funciona para identificar a las enfermedades más prevalentes de nuestra región que son causa de SFAI como dengue, leptospirosis y malaria, pero el problema radica en que no todos los pacientes acuden para buscar atención médica o profesional, y muchas veces, el paciente acude tardíamente, y severamente comprometido (20-21)

Frente a esto, surge entonces la pregunta, en los pacientes con síndrome febril agudo indiferenciado que acudieron precozmente a un establecimiento de salud para buscar atención médica, cuándo y porque decidieron hacerlo? Esta pregunta es importante, pues nos va a permitir determinar cuáles son los factores epidemiológicos, clínicos, sociales, económicos y culturales asociados a la búsqueda de atención médica o profesional y así identificar las barreras que limitan el encuentro oportuno médico - paciente, pudiendo evitar retrasos en la atención, evitar complicaciones y hasta la muerte. Así mismo, nos permitirá saber en qué patologías sospechó inicialmente el paciente, cual fue el manejo inicial, porqué lo hizo? Y si este manejo determinó que buscara atención médica o de algún personal de salud.

Son pocos los estudios realizados referentes a este tema tan importante, ya que sólo se cuenta con investigaciones acerca de las perspectivas en el diagnóstico, manejo y búsqueda de atención médica del SFAI relacionado a Malaria y Dengue por parte de la población. Por ejemplo, en África, los estudios han demostrado que la respuesta frente a SFAI asociado a Malaria depende principalmente del acceso a un Centro de Salud, la calidad de atención recibida, la gravedad percibida de la enfermedad, el conocimiento de los síntomas y las diversas creencias culturales y tradicionales. (15-16) Además se describe que el manejo inicial, por lo general comienza en el hogar y que la búsqueda de atención médica sólo se realiza cuando el tratamiento casero no tuvo éxito (15-17-18), lo cual retrasa un tratamiento adecuado y oportuno. Se documenta también cómo las mujeres tratan a niños con hierbas caseras, cloroquina y antipiréticos, que son comprados en pequeñas cantidades en las farmacias, donde comerciantes informales en pequeña escala o utilizan fármacos de las recetas anteriores; sólo cuando las primeras medidas son ineficaces o si la condición del niño se deteriora, acuden a un establecimiento de salud o un proveedor de salud privado para el asesoramiento y la atención médica (22-23-24). En aquellos pacientes que buscaron tratamiento, sólo un pequeño porcentaje lo hizo en las primeras 24 horas de iniciada la enfermedad, la mayoría esperó hasta el segundo día de iniciada la fiebre. Los pacientes que no buscaron ningún tipo de atención médica fue debido a que consideraron una enfermedad leve, por restricción financiera, la distancia del centro de salud, falta de tiempo por sobrecarga de trabajo y la percepción de que los fármacos requeridos eran caros. Algunas madres y otros cuidadores a menudo asumen que la fiebre es "normal" o una dolencia menor en bebés y niños o minimizan la gravedad de la fiebre (25-26). En Tanzania, cuando un paciente presenta SFAI auto diagnosticado como Malaria, la disponibilidad de medicamentos antimaláricos en tiendas pequeñas, centros de salud públicos y privados les permite proporcionar un tratamiento sintomático (27), pero el tratamiento es a menudo inadecuado y la tasa de mortalidad sigue siendo elevada por retrasos en la búsqueda de atención y la falta de personal médico para completar los regímenes de tratamiento (28 - 29).

En cuanto a Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el SFAI asociados al Dengue, en Bucaramanga - Colombia, el estudio reportó que cuando alguien presenta esta enfermedad, dos de cada tres respondieron que asisten a consulta médica, mientras que al menos uno de cada diez se automedica (30). Otro estudio realizado en Pakistán refiere que el 90% de pacientes que pertenecen a un nivel socioeconómico alto buscan atención médica al presentar SFAI como síntoma inicial de Dengue, mientras que en el grupo del nivel socioeconómico bajo lo realizan sólo en un 68.2% (31). En Nepal, se encontró un bajo nivel de conocimiento de la población sobre los síntomas asociados al Dengue, por lo cual, cuando un paciente presenta SFAI es fácilmente confundido con otras causas comunes como la gripe, fiebre tifoidea, etc (32). Se realizó un estudio descriptivo en un Policlínico de Yazd en Irán con las madres que llevaron a sus hijos que presentaron SFAI, teniendo como instrumento un cuestionario de 12 preguntas que era realizada a su llegada al Policlínico. Las preguntas fueron diseñadas para determinar sus conocimientos, percepción, manejo y temores referentes a la fiebre que presentaban sus hijos. Obteniéndose como resultados que la mayoría considera que el termómetro es el método más preciso para detectar la fiebre versus la sensibilidad de la mano y consideran fiebre a una temperatura mayor de 38°C. En cuanto al manejo, el 31.7% de la madres no dieron ningún tratamiento para la fiebre, el 32.9% trató la fiebre sólo con antipiréticos, siendo el Paracetamol (37.9%) el más medicado seguido por el Ibuprofeno (8.8%); el 17.9% utilizó frescos como remedios a base de hierbas, y el 17.5% trató a sus hijos con antipiréticos y frescos. Además, la mayoría de madres considera que las convulsiones y el daño cerebral (83%) podrían ser las principales complicaciones de una fiebre no tratada seguida del fallecimiento (5%). Y en lo referente a la búsqueda de atención médica, el 77.5% de madres consideran que un niño con fiebre siempre debe ser visto por un médico y el 67.9% cree que un niño con fiebre alta debe ser hospitalizado para manejo adecuado de ella (33).

6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS				
Variable	Tipo de Variable	Definición Operacional	Escala de Medición	Indicadores y Valores
Establecimiento de Salud	Cualitativa	Institución destinada a brindar atención sanitaria a la Población	Nominal	-
Edad	Cuantitativa	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento del paciente	Numérica	En años
Sexo	Cualitativa	Condición orgánica que diferencia al hombre y mujer	Nominal	- Femenino - Masculino
Ocupación	Cualitativa	Conjunto de funciones y tareas que desempeña el paciente en su trabajo, oficio o puesto de trabajo	Nominal	-
Grado de Instrucción	Cualitativa	Es el nivel de estudios más elevado que ha conseguido el paciente	Ordinal	- Analfabeto - Inicial - Primaria - Secundaria - Superior
Lugar de Residencia	Cualitativa	Lugar donde el paciente habita actualmente	Nominal	- Dirección actual - Distrito - Provincia - Departamento

ANTECEDENTES				
Co - morbilidad	Cualitativa	Enfermedad crónica asociada que presenta el paciente	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Hipertensión Arterial - Diabetes Mellitus - Asma Bronquial - Artritis Reumatoide - VIH-SIDA - Cáncer - Otros
VARIABLES DEL EPISODIO DE SFAI				
Fecha del SFAI	Cualitativa	Mes en el que el paciente presentó SFAI	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Octubre - Noviembre - Diciembre
Sensibilidad del SFAI	Cualitativa	Mecanismo que utilizó el paciente para determinar que tenía SFAI	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Lo palpó con sus manos - Midió la temperatura con un termómetro - Cambio de comportamiento como astenia, aflicción - Hiporexia - Ojos rojos - Otros
Días previos a acudir a un Establecimiento de Salud	Cualitativa	Días que tardó el paciente en acudir a un Establecimiento de Salud presentando SFAI	Numérico	-
Síntomas que acompañaron al SFAI	Cualitativa	Síntomas que presentó el paciente conjuntamente con el SFAI	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Cefalea - Escalofríos - Náuseas - Vómitos - Mialgias/Artralgias - Dolor retro ocular - Otros

<p>Causas del SFAI</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Posibles causas que el paciente asoció con su SFAI</p>	<p>Nominal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gripe - Faringoamigdalitis - Infección Urinaria - Abscesos - Herida Infectada - Dengue - Malaria - Leptospirosis - Sobreparto
<p>Justificación de la Causa del SFAI</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Motivos por los cuales el paciente pensó que tenía dicha enfermedad causante de su SFAI</p>	<p>Nominal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Por los síntomas que presentó - Por que anteriormente tuvo la misma enfermedad - Porque un familiar o vecino tuvo lo mismo - Porque lo vio / leyó en Internet - Porque lo vio en televisión - Porque lo escuchó en la radio - Porque lo leyó en periódicos/afiches
<p>Manejo inicial del SFAI</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Manejo que realizó el paciente el primer día que presentó SFAI</p>	<p>Nominal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizó alguna Planta medicinal - Utilizó Frescos - Utilizó Medios Físicos - Se automedicó - Acudió a la Farmacia - Acudió a un Establecimiento de Salud - Acudió a un curandero/chamán/brujo/

<p>Orden de manejo de SFAI</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Orden de importancia que el paciente atribuye al manejo del SFAI</p>	<p>Ordinal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Planta Medicinal - Frescos - Medios Físicos - Automedicación - Acudir a una Farmacia - Acudir a un Establecimiento de Salud - Acudir a un curandero/chamán/brujo/curioso
<p>Búsqueda de un Establecimiento de Salud</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Motivos por los cuáles el paciente busca un Establecimiento de Salud para recibir atención médica</p>	<p>Nominal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Persistencia de síntomas - Me preocupaba que podría ser algo más grave - Estaba empeorando - Experiencias de fallecimiento de algún familiar o conocido por llevarlo muy tarde - Un familiar o vecino me lo recomendó - Quería que le hagan exámenes de Laboratorio - Quería que le examine un médico - Quería que le dieran medicamentos diferentes a los que estaba usando - Quería que le pongan suero - Lo leí en Internet - Lo escuché en la radio - Lo vi en la Televisión - Lo leí en periódicos/ afiches

7. HIPÓTESIS

7.1. Hipótesis General

Los pacientes con Síndrome Febril Agudo Indiferenciado no acuden precozmente a un establecimiento de salud en búsqueda de atención médica.

7.2. Hipótesis específicas

H1: Los pacientes con Síndrome Febril Agudo Indiferenciado no acuden precozmente a un establecimiento de salud porque asocian la fiebre con enfermedades de menor gravedad.

H2: Los pacientes con Síndrome Febril Agudo Indiferenciado no acuden precozmente a un establecimiento de salud porque presentan síntomas inespecíficos que generan confusión al determinar la verdadera causa del SFAI.

H3: Los pacientes con Síndrome Febril Agudo Indiferenciado no acuden precozmente a un establecimiento de salud porque adoptan como manejo inicial la automedicación y sólo acuden cuando no evidencian mejoría.

CAPÍTULO III

8. METODOLOGÍA

La Población estará constituida por pacientes con Síndrome Febril Agudo Indiferenciado que acudieron a un Establecimiento de Salud y formaron parte de un Proyecto de Vigilancia del NAMRU y tienen un resultado positivo o negativo a RT-PCR o cultivo viral a la muestra aguda o son positivas por Serología ELISA IGM en las muestras convalecientes pareadas o diagnóstico en la muestra aguda. Se recolectó información de los últimos 3 meses del año 2014, temporada asociada al incremento de casos con SFAI.

8.1. Tipo y diseño general del estudio

Se realizará un estudio descriptivo transversal con pacientes con Síndrome Febril Agudo Indiferenciado pertenecientes a un Proyecto de Vigilancia Epidemiológica durante el último trimestre del año 2014.

8.2. Universo de estudio, unidad de análisis

El presente estudio se realizará con los pacientes diagnosticados con Síndrome Febril Agudo Indiferenciado que fueron enrolados en el Proyecto de Vigilancia “Caracterización de las causas infecciosas de la enfermedad febril aguda en Latinoamérica” durante el último trimestre del año 2014, según la información que consta en la base de Datos del Naval Medical Research Unit № 6 (NAMRU-6) ubicado en la ciudad de Iquitos, departamento de Loreto – Perú.

- a) La población del estudio está constituida por todos los pacientes con SFAI durante el periodo Octubre-Diciembre 2014 que no tuvieron ningún foco probable causante de la Fiebre.

8.3. La Unidad de análisis

Se basa en Encuestas a los pacientes que tuvieron Síndrome Febril Agudo Indiferenciado en el último trimestre del año 2014, y que acudieron a un Establecimiento de Salud donde fueron enrolados en el Proyecto de Vigilancia del NAMRU-6.

8.4. Criterios de inclusión

Pacientes con Síndrome Febril Agudo Indiferenciado en el último trimestre del año 2014 que acudieron a un Establecimiento de Salud y formaron parte del Proyecto de Vigilancia del NAMRU-6 y cuentan con un resultado positivo o negativo a RT-PCR o cultivo viral a la muestra aguda o son positivas o negativas por Serología ELISA IGM en las muestras convalecientes pareadas o diagnóstico en la muestra aguda.

8.5. Criterios de exclusión

Pacientes con Síndrome Febril del último trimestre del año 2014 que no pertenezcan al Proyecto de Vigilancia Epidemiológica del NAMRU-6 o que tenga algún foco infeccioso, ya sea del tipo respiratorio o gastrointestinal.

8.6. Instrumento a utilizar

Entrevistas estructuradas a la población mediante un cuestionario validado por grupos focales y en un piloto previo, la cual será llenada por alumnos de medicina pertenecientes a la Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana que han sido debidamente entrenados.

8.7. Aspectos éticos

El estudio pasará por la aprobación del Comité de Ética del NAMRU-6. Este trabajo protegerá a las personas de las encuestas según las normas éticas vigentes (como base del reporte Belmont), protegiendo su identidad, usando códigos para las Encuestas, y sólo los autores tendrán acceso a la base de datos.

CAPÍTULO IV

9. RESULTADOS

DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO

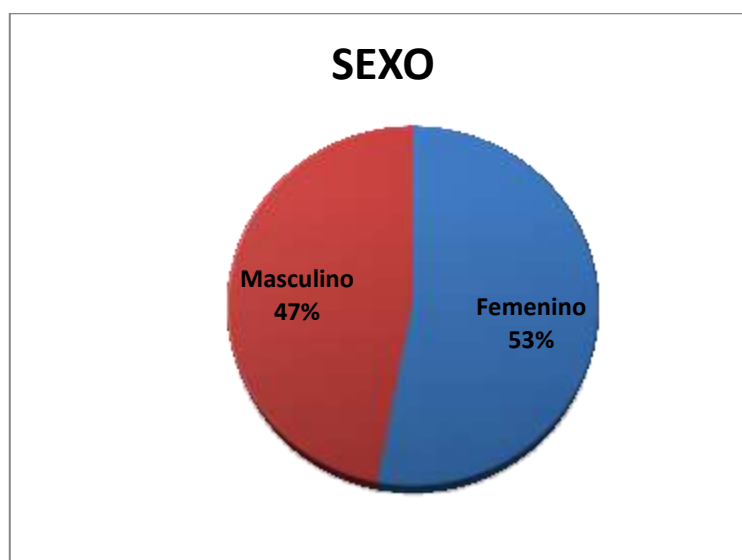
De acuerdo a las características sociodemográficas de la población estudiada, se obtuvo un total de 121 participantes, de los cuales 64 fueron del sexo femenino que equivalen al 53% del total y 57 del sexo masculino que equivalen al 47% del total. El rango de edad que predominó en la muestra fue el de 15 a 29 años que equivalen al 45% de la población, con un total de 55 personas siendo 26 del sexo femenino y 29 del sexo masculino.

TABLA N° 01: Distribución de los participantes por sexo

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	64	53%
Masculino	57	47%
Total general	121	100.00%

Fuente: Elaboración propia (2015)

GRÁFICO N° 01: Distribución de los participantes por sexo



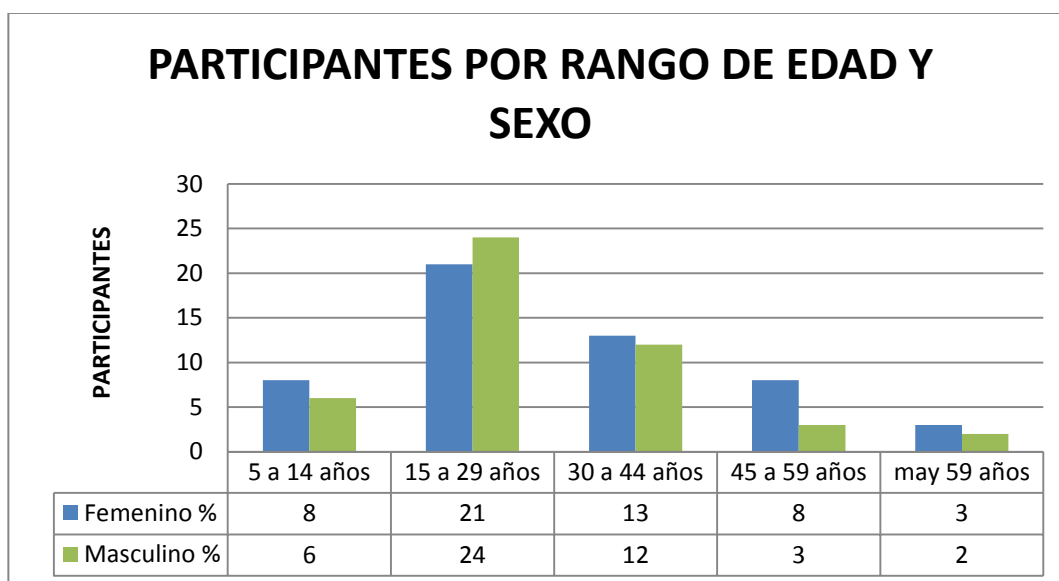
Fuente: Elaboración propia (2015)

TABLA N° 02: Distribución de los participantes por rango de edad y sexo

RANGO DE EDAD Y SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5 a 14 años	17	14
Femenino	10	8
Masculino	7	6
15 a 29 años	55	45
Femenino	26	21
Masculino	29	24
30 a 44 años	30	25
Femenino	16	13
Masculino	14	12
45 a 59 años	13	11
Femenino	9	8
Masculino	4	3
Mayor de 59 años	6	5
Femenino	4	3
Masculino	2	2
Total general	121	100.00%

Fuente: Elaboración propia (2015)

GRÁFICO N° 02: Distribución de los participantes por rango de edad y sexo



Fuente: Elaboración propia (2015)

DISTRIBUCIÓN POR OCUPACIÓN

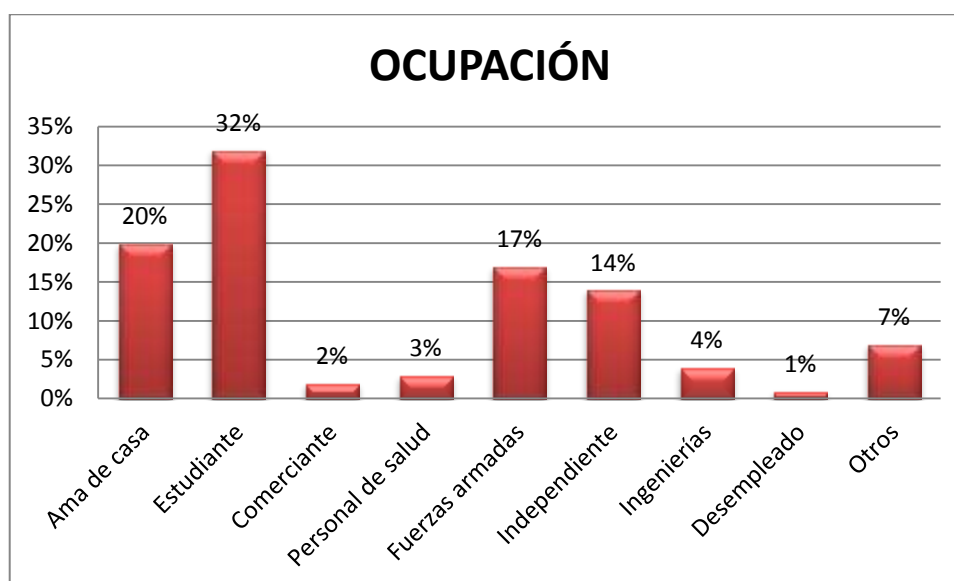
En cuanto a la ocupación de los participantes se encontró que “estudiante, ama de casa y fuerzas armadas” representan el mayor porcentaje de la muestra siendo el 32%, 24% y 20% respectivamente; las demás ocupaciones están por debajo del 16%, como se detalla en el cuadro y gráfico siguientes:

TABLA N° 03: Distribución de los participantes por Ocupación

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ama de casa	24	20%
Estudiante	39	32%
Comerciante	3	2%
Personal de salud	4	3%
Fuerzas armadas	20	17%
Independiente	16	14%
Ingenierías	5	4%
Desempleado	1	1%
Otros	9	7%
Total general	121	100.00%

Fuente: Elaboración propia (2015)

GRÁFICO N° 03: Distribución de los participantes por Ocupación



Fuente: Elaboración propia (2015)

DISTRIBUCIÓN POR GRADO DE INSTRUCCIÓN

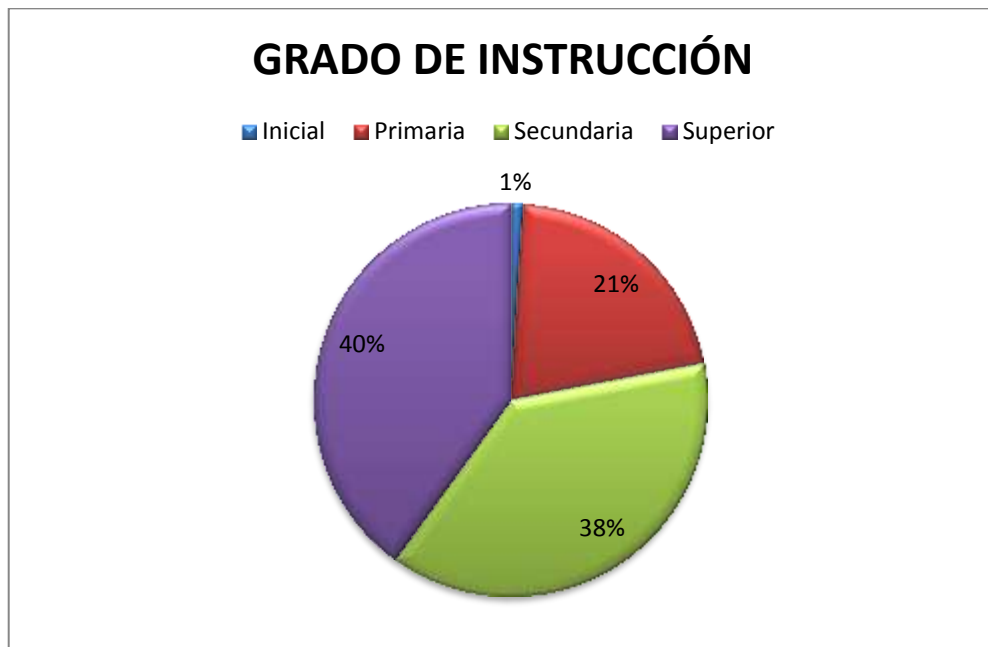
Con referencia al grado de instrucción, se encontró que la mayor parte de la población se ubica en el nivel superior con un 40% (49 participantes), seguido del nivel secundario con un 38% (46 participantes), el nivel primario abarca el 21% (25 participantes) y el nivel inicial sólo el 1% (1 participante), como se detalla en el cuadro y gráfico siguientes:

TABLA N° 04: Distribución de los participantes por Grado de Instrucción

GRADO DE INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Inicial	1	1%
Primaria	25	21%
Secundaria	46	38%
Superior	49	40%
Total general	121	100%

Fuente: Elaboración propia (2015)

GRÁFICO N° 04: Distribución de los participantes por Grado de Instrucción



Fuente: Elaboración propia (2015)

DISTRIBUCIÓN POR DISTRITO

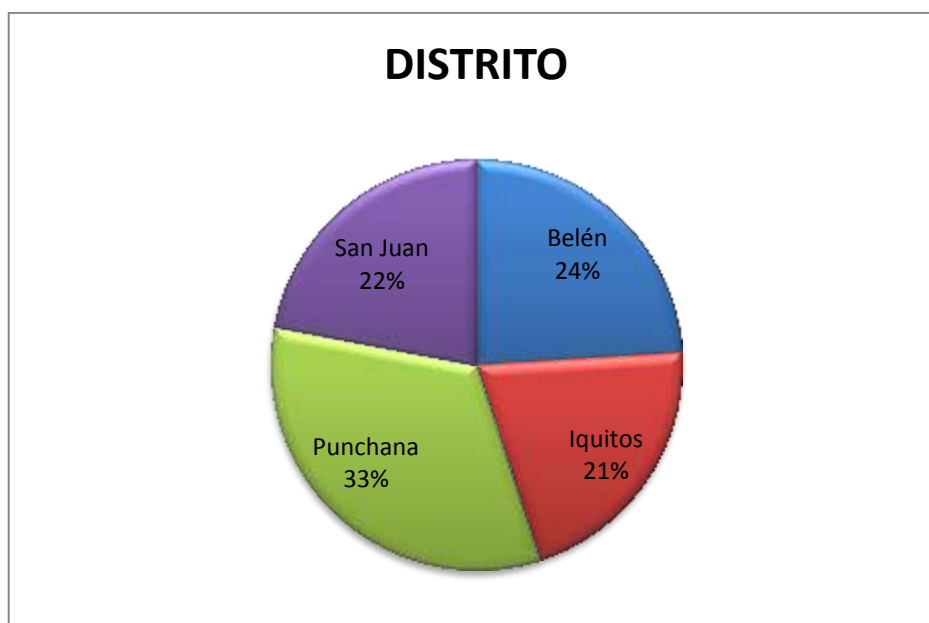
De acuerdo al distrito al cual pertenecen los participantes de la muestra, se encontró que el mayor porcentaje está ubicado en el distrito de Punchana con un 33% (40 participantes), los otros tres distritos Belén, San Juan, Iquitos, albergan a cantidades similares con 24% (29 participantes), 22% (27 participantes) y 21% (25 participantes) respectivamente, como se detalla en el cuadro y gráfico siguientes:

TABLA N° 05: Distribución de los participantes por Distrito

DISTRITO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Belén	29	24%
Iquitos	25	21%
Punchana	40	33%
San Juan	27	22%
Total General	121	100.00%

Fuente: Elaboración propia (2015)

GRÁFICO N° 05: Distribución de los participantes por Distrito



Fuente: Elaboración propia (2015)

DISTRIBUCIÓN POR ESTABLECIMIENTO DE SALUD

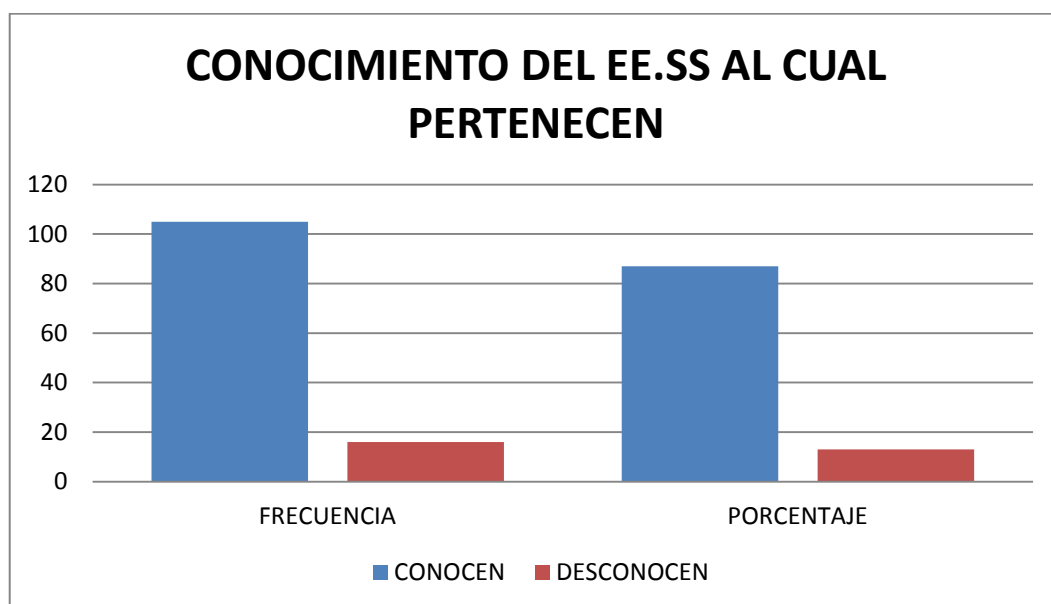
En relación al establecimiento de salud al cual los participantes tienen el conocimiento de pertenecer, se encontró que la gran mayoría 87% (105 participantes) lo conocen y el 13% (16 participantes) aún no lo ha identificado, como se detalla en el cuadro y gráfico siguientes:

TABLA N° 06: Distribución de los participantes por Conocimiento del Establecimiento de Salud al cual pertenecen

CONOCIMIENTO DEL EE.SS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Conocen	105	87%
Desconocen	16	13%
Total general	121	100.00%

Fuente: Elaboración propia (2015)

GRÁFICO N° 06: Distribución de los participantes por Conocimiento del Establecimiento de Salud al cual pertenecen



Fuente: Elaboración propia (2015)

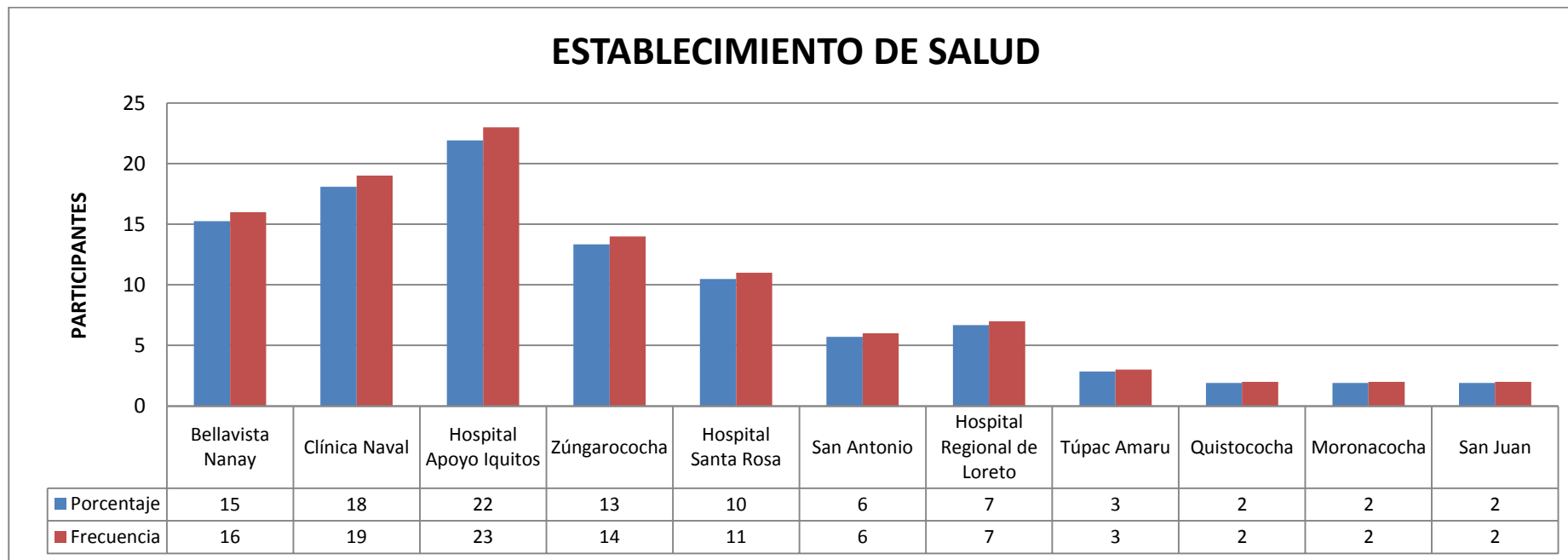
Considerando el número de participantes que si conocen el establecimiento de salud al cual pertenecen, que es el 87% (105 participantes), se identificó que fueron 11 los establecimientos de salud en los cuales se atendieron nuestra población, encontrándose que más del 50% corresponden a 5 de ellos, como son Hospital Apoyo Iquitos 19% (23 participantes), Clínica Naval 16% (19 participantes), Bellavista Nanay 13% (16 participantes), Zúngarococha 12% (14 participantes) y Hospital Santa Rosa 9% (11 participantes), los demás establecimientos de salud se encuentran por debajo del 5%, como se detalla en el cuadro y gráfico siguientes:

TABLA N° 07: Distribución de los participantes por Establecimiento de Salud

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bellavista Nanay	16	13%
Clínica Naval	19	16%
Hospital Apoyo Iquitos	23	19%
Zúngarococha	14	12%
Hospital Santa Rosa	11	9%
San Antonio	6	4%
Hospital Regional de Loreto	7	5%
Túpac Amaru	3	3%
Quistococha	2	2%
Moronacocha	2	2%
San Juan	2	2%
Total general	105	100.00%

Fuente: Elaboración propia (2015)

GRÁFICO N° 07: Distribución de los participantes por Establecimiento de Salud



Fuente: Elaboración propia (2015)

DISTRIBUCIÓN POR CO-MORBILIDAD

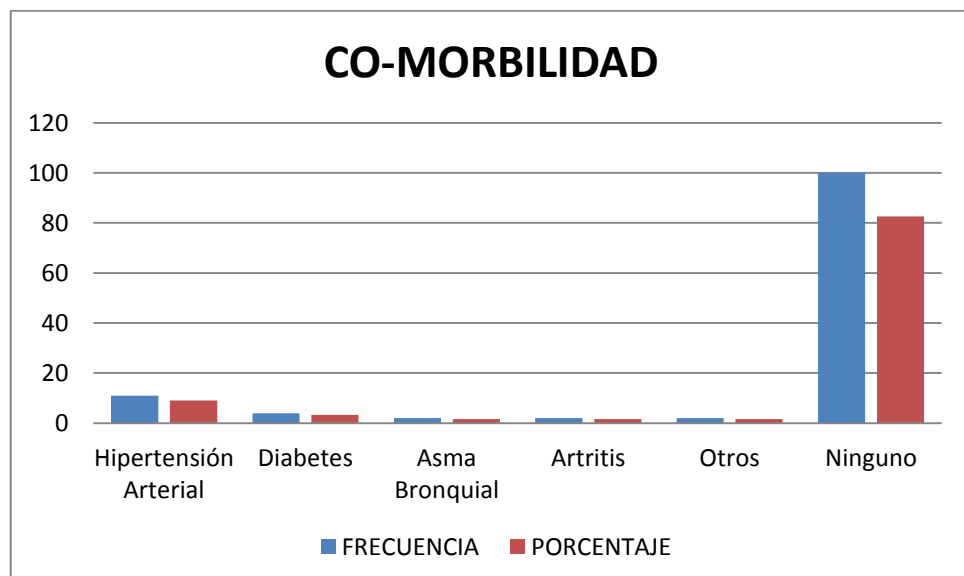
En referencia a la co-morbilidad que tienen los participantes, se encontró que el mayor porcentaje 83% (100 participantes), no presenta ninguna co-morbilidad, y en aquellos que si la poseen, la hipertensión arterial fue la más frecuentemente encontrada con un 9% (11 participantes), seguida de diabetes mellitus tipo 2 con un 3% (4 participantes), como se detalla en el cuadro y gráfico siguientes:

TABLA N° 08: Distribución de los participantes por Co-morbilidad

CO - MORBILIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hipertensión Arterial	11	9%
Diabetes	4	3%
Asma Bronquial	2	2%
Artritis	2	2%
Otros	2	2%
Ninguno	100	83%
Total general	121	100.00%

Fuente: Elaboración propia (2015)

GRÁFICO N° 08: Distribución de los participantes por Co - morbilidad



Fuente: Elaboración propia (2015)

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL MES QUE PRESENTÓ LA FIEBRE

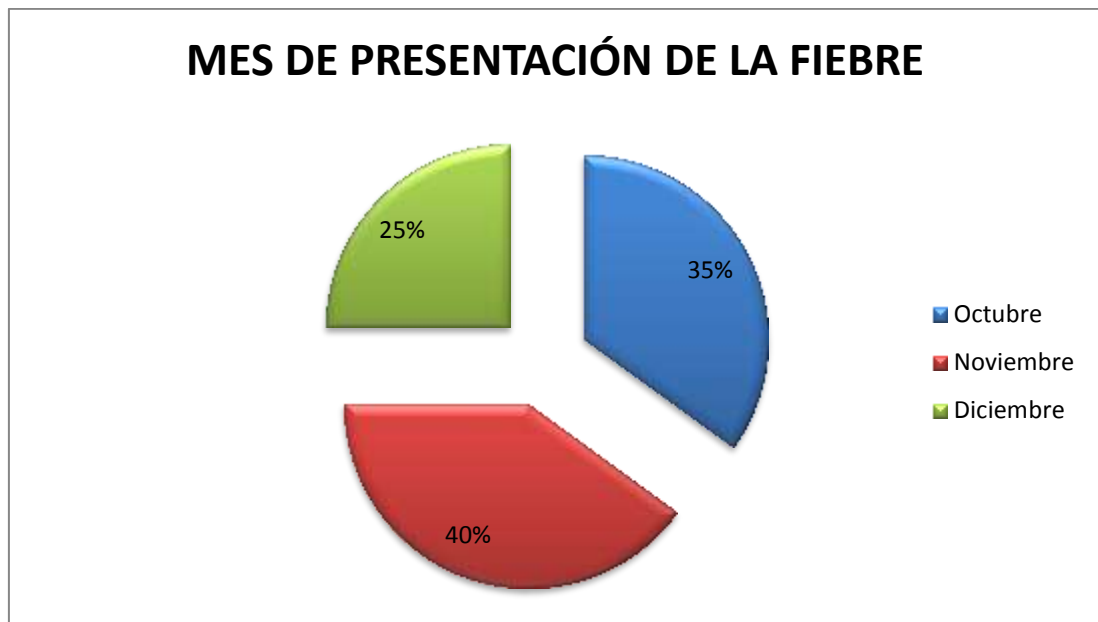
Con relación al mes en el que los participantes presentaron la fiebre, se encontró que el mes que albergó a la mayor cantidad de población fue noviembre con un 40% (48 participantes) seguido de octubre 35% (43 participantes) y diciembre 25% (30 participantes), como se detalla en el cuadro y gráfico siguientes:

TABLA N° 09: Distribución de los participantes según el mes que presentó la Fiebre

MES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Octubre	43	35%
Noviembre	48	40%
Diciembre	30	25%
Total general	121	100.00%

Fuente: Elaboración propia (2015)

GRÁFICO N° 09: Distribución de los participantes según el mes que presentó la Fiebre



Fuente: Elaboración propia (2015)

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A SU SENSIBILIDAD FEBRIL

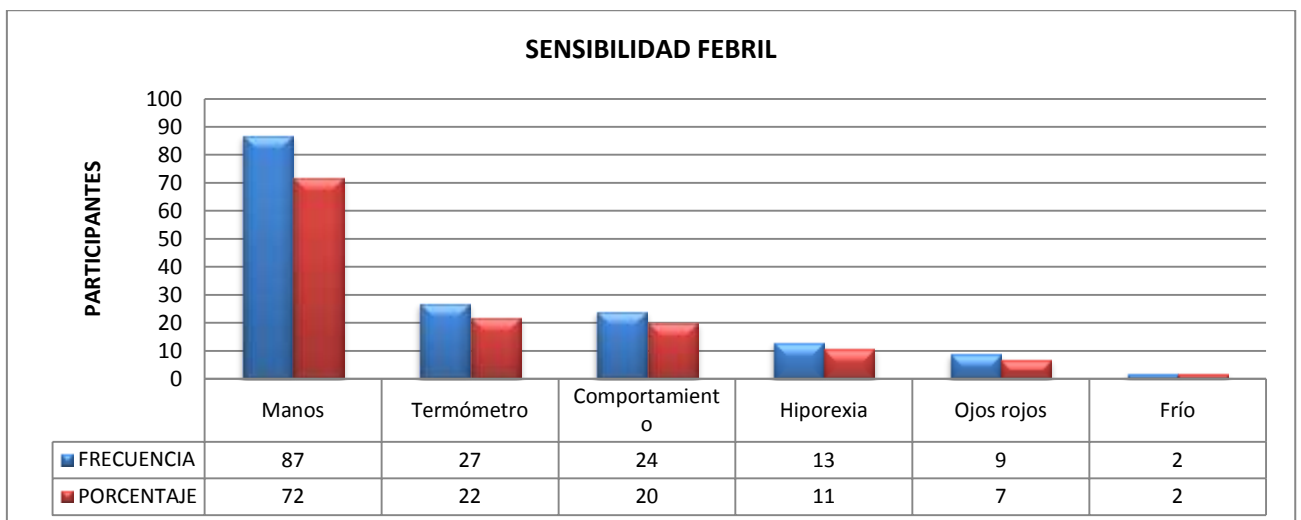
De acuerdo a la sensibilidad febril de los participantes, quienes manifestaron las diversas formas en las que identificaron que tenían fiebre (respuesta múltiple), se encontró que el 72% (87participantes) lo supo al "palparse con sus manos", seguido de haberse "medido la temperatura con un termómetro" 22% (27participantes) y luego de haber notado algún "cambio en su comportamiento" como por ejemplo astenia y/o aflicción 20% (24 participantes), como se detalla en el cuadro y gráfico siguientes:

TABLA N° 10: Distribución de los participantes de acuerdo a su sensibilidad febril

SENSIBILIDAD FEBRIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Manos	87	72
Termómetro	27	22
Comportamiento	24	20
Hiporexia	13	11
Ojos rojos	9	7
Frío	2	2

Fuente: Elaboración propia (2015)

GRÁFICO N° 10: Distribución de los participantes de acuerdo a su sensibilidad febril



Fuente: Elaboración propia (2015)

DISTRIBUCIÓN SEGÚN LOS SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES DE LA FIEBRE

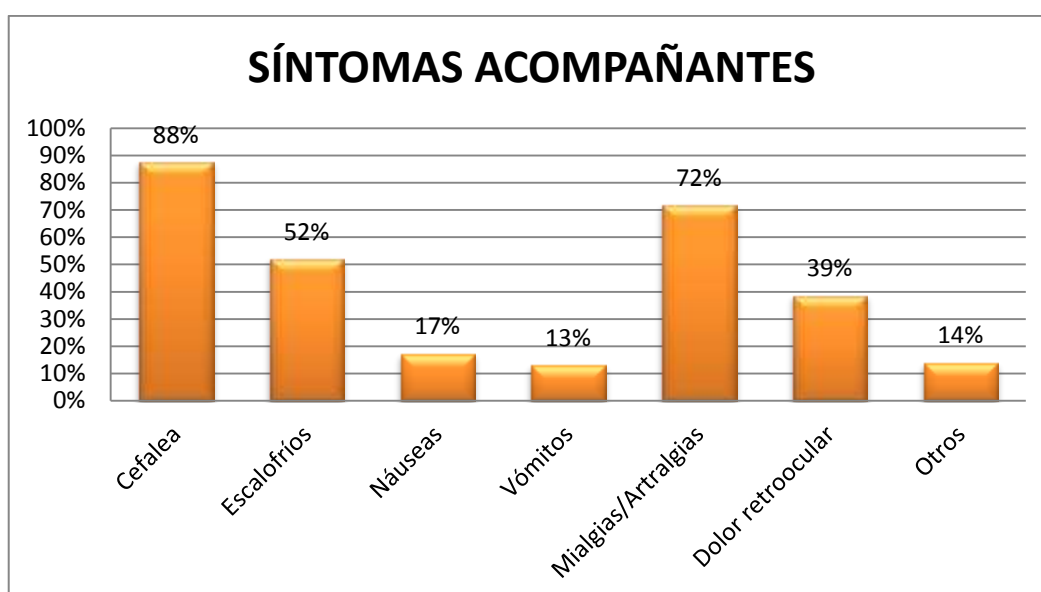
Con relación a los síntomas que acompañaron a la fiebre (respuesta múltiple), el principal síntoma fue cefalea 88% (106 participantes), seguido de mialgias/artralgias 72% (87 participantes) y escalofríos 52% (63 participantes), como se detalla en el cuadro y gráfico siguientes:

TABLA N° 11: Distribución de los participantes según los síntomas que acompañaron a la fiebre

SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cefalea	106	88%
Escalofríos	63	52%
Náuseas	21	17%
Vómitos	16	13%
Mialgias/Artralgias	87	72%
Dolor retroocular	47	39%
Otros	17	14%

Fuente: Elaboración propia (2015)

GRÁFICO N° 11: Distribución de los participantes según los síntomas que acompañaron a la fiebre



Fuente: Elaboración propia (2015)

DISTRIBUCIÓN SEGÚN LOS DÍAS DE FIEBRE ANTES DE IR A UN EE.SS

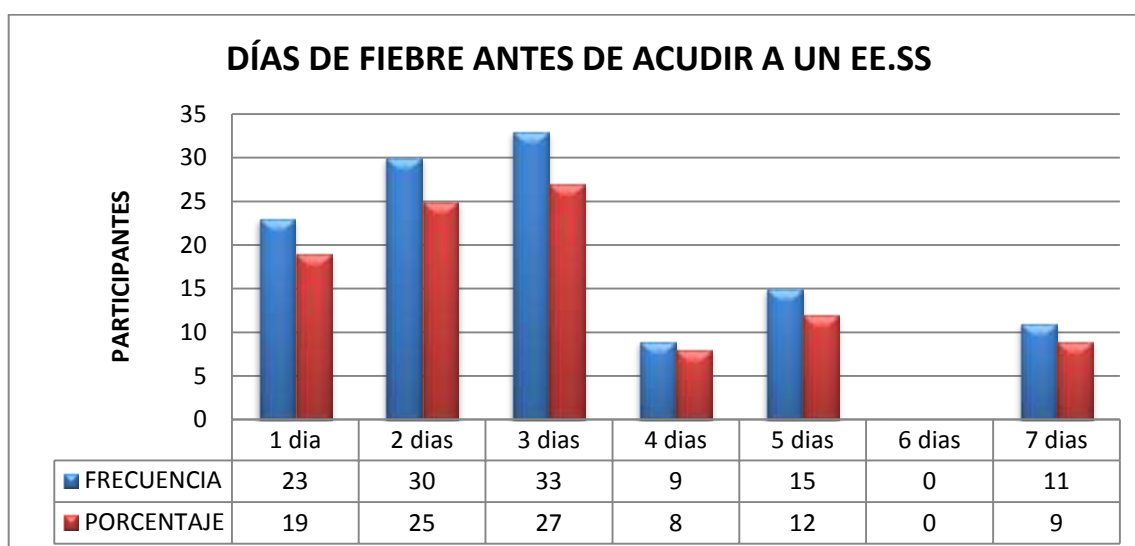
Según los días de fiebre que tuvo la población antes de acudir a un establecimiento de salud, se encontró que la mayor cantidad acude luego de 2 ó 3 tres días de fiebre con un 25% (30 participantes) y 27% (33 participantes) respectivamente, el 19% (23 participantes) acuden luego de 1 día de fiebre y el resto de la muestra acuden de 4 a 7 días después, como se detalla en el cuadro y gráfico siguientes:

TABLA N° 12: Distribución de los participantes según los días de fiebre antes de ir a un EE.SS

DÍAS PREVIOS DE FIEBRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 día	23	19%
2 días	30	25%
3 días	33	27%
4 días	9	8%
5 días	15	12%
6 días	0	0%
7 días	11	9%
Total general	121	100.00%

Fuente: Elaboración propia (2015)

GRÁFICO N° 12: Distribución de los participantes según los días de fiebre antes de ir a un EE.SS



Fuente: Elaboración propia (2015)

DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA BÚSQUEDA PRECOZ DE UN EE.SS

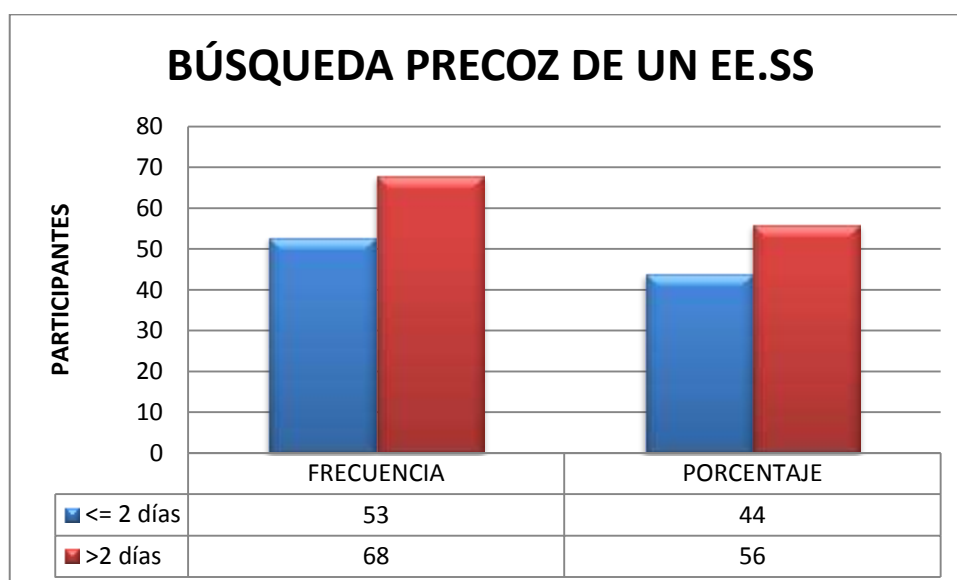
Al dividir la muestra con relación a la búsqueda precoz de un establecimiento de salud, es decir, ≤ 2 días de fiebre, se obtuvo que el 44% (53 participantes) lo hizo en este periodo de tiempo, sin embargo, el mayor porcentaje de participantes 56% (68 participantes) lo hicieron de 3 a 7 días después de haber presentado la fiebre, como se detalla en el cuadro y gráfico siguientes:

TABLA N° 13: Distribución de los participantes de acuerdo a la búsqueda precoz de un EE.SS

BÚSQUEDA PRECOZ	FRECUENCIA	PORCENTAJE
≤ 2 días	53	44%
>2 días	68	56%
Total general	121	100.00%

Fuente: Elaboración propia (2015)

GRÁFICO N° 13: Distribución de los participantes de acuerdo a la búsqueda precoz de un EE.SS



Fuente: Elaboración propia (2015)

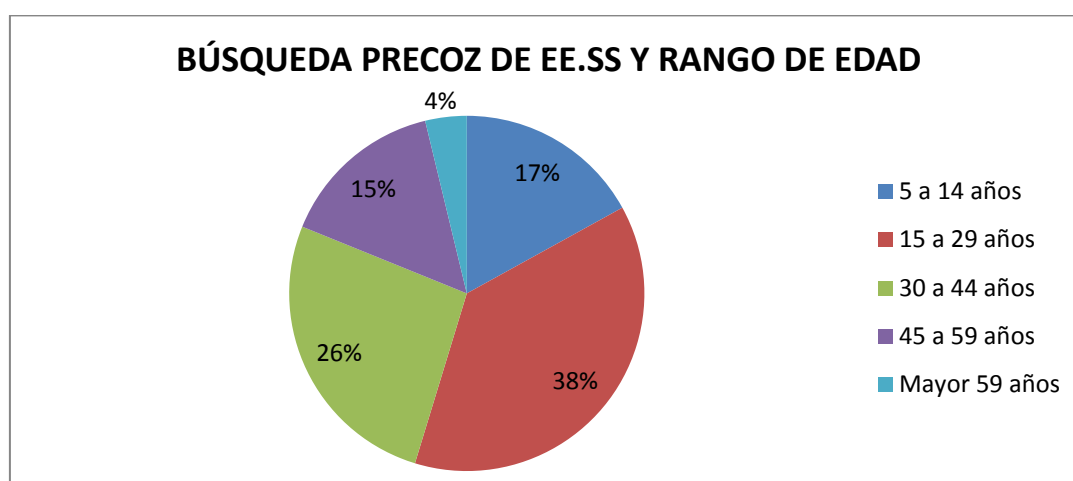
Con respecto a aquellos participantes que buscaron precozmente un establecimiento de salud 44% (53 participantes), en relación al rango de edad, se encontró que el de mayor porcentaje es el de 15 a 24 años 38% (20 participantes), seguido de 30 a 44 años 26% (14 participantes), los otros tres rangos de edad 5 a 14 años, 45 a 59 años y mayor de 59 años, varían desde 17% (9 participantes), 15% (8 participantes) hasta 4% (2 participantes) respectivamente, como se detalla en el cuadro y gráfico siguientes:

TABLA N° 14: Distribución de los participantes de acuerdo a la búsqueda precoz de un EE.SS en relación al rango de edad

EDAD Y BÚSQUEDA PRECOZ	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5 a 14 años	9	17%
15 a 29 años	20	38%
30 a 44 años	14	26%
45 a 59 años	8	15%
Mayor 59 años	2	4%
Total general	53	100.00%

Fuente: Elaboración propia (2015)

GRÁFICO N° 14: Distribución de los participantes de acuerdo a la búsqueda precoz de un EE.SS en relación al rango de edad



Fuente: Elaboración propia (2015)

DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA CAUSA ASOCIADA DE LA FIEBRE

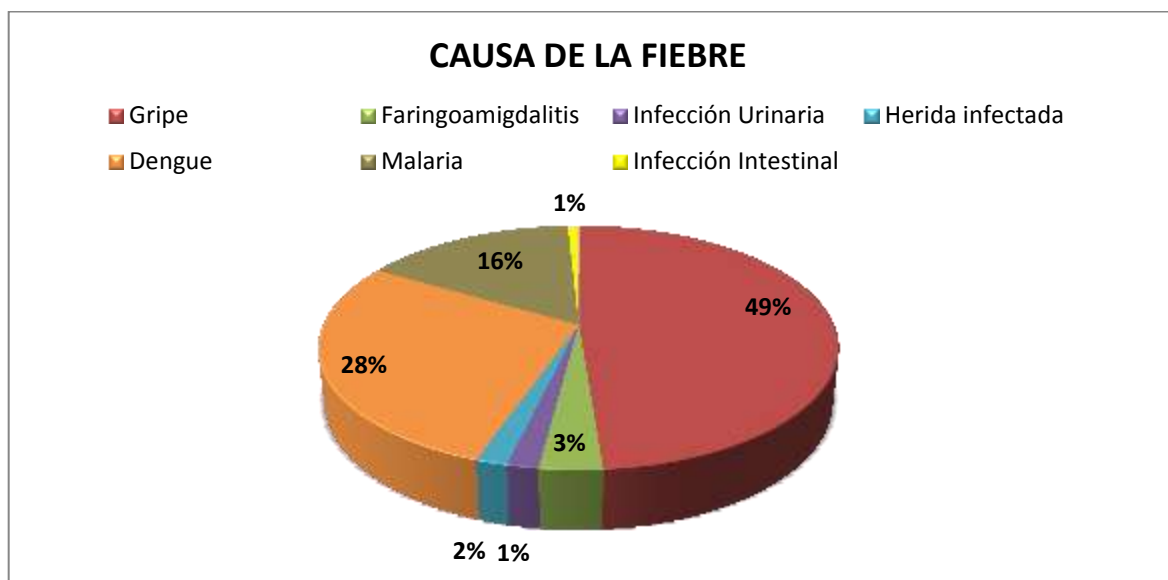
En referencia a la causa asociada de la fiebre desde la perspectiva de la población, se obtuvo a la gripe como la principal causante con un 49% (59 participantes) seguido del dengue 28% (34 participantes) y la malaria 15% (19 participantes), las otras causas asociadas oscilan entre el 1% y 3%, como se detalla en el cuadro y gráfico siguientes:

TABLA N° 15: Distribución de los participantes según la causa asociada de la fiebre

CAUSA DE LA FIEBRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Gripe	59	49%
Faringoamigdalitis	4	3%
Infección Urinaria	2	2%
Herida infectada	2	2%
Dengue	34	28%
Malaria	19	15%
Infección Intestinal	1	1%
Total general	121	100.00%

Fuente: Elaboración propia (2015)

GRÁFICO N° 15: Distribución de los participantes según la causa asociada de la fiebre



Fuente: Elaboración propia (2015)

DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA CAUSA ASOCIADA DE LA FIEBRE POR DISTRITO

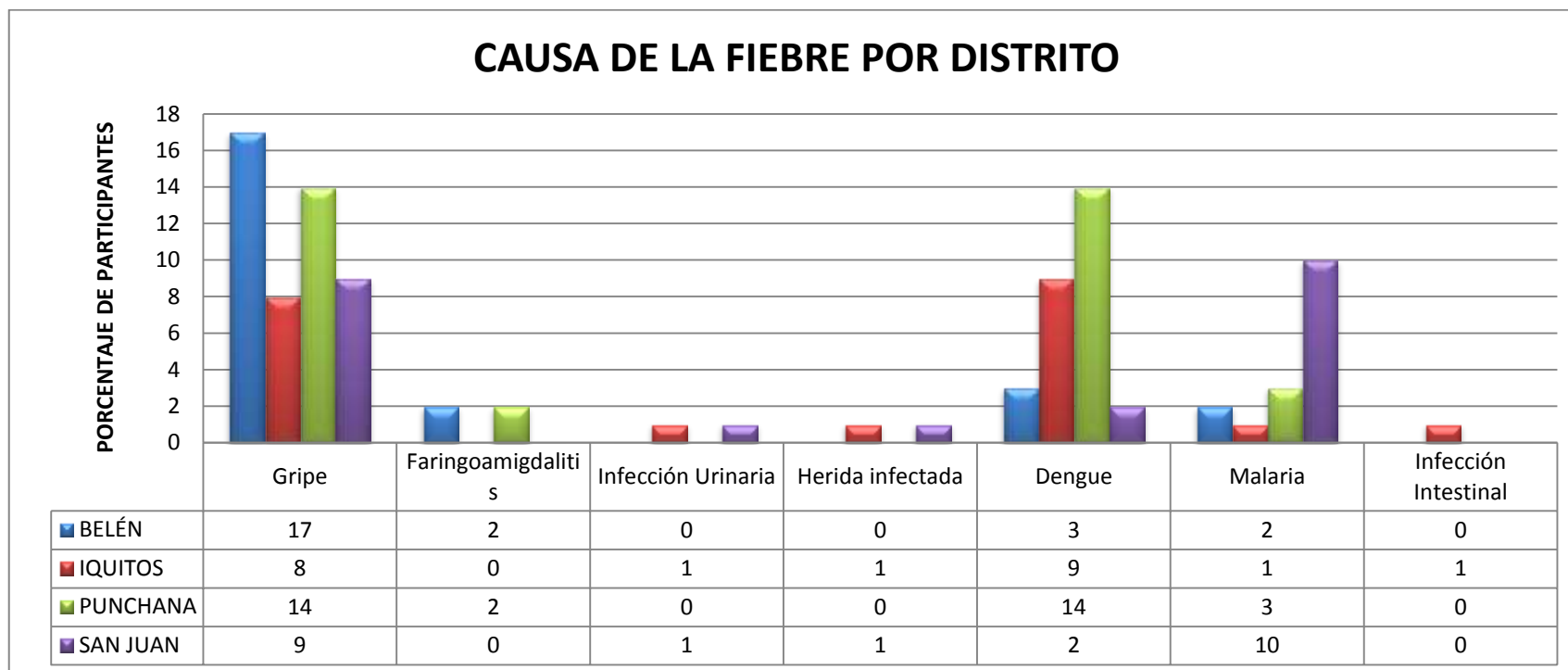
Según la causa asociada de la fiebre de acuerdo al distrito que perteneció cada participante, se encontró que la gripe fue la mayor causante según los pobladores del distrito de Belén con un 17% (21 participantes); con respecto al dengue, éste fue el mayor causante según la población del distrito de Punchana con 14% (17 participantes) y en referencia a la malaria, fue principalmente asociada como causante de la fiebre en el distrito de San Juan con un 10% (12 participantes), como se detalla en el cuadro y gráfico siguientes:

TABLA N° 16: Distribución de los participantes según la causa de la fiebre por distrito

Causa Fiebre	Belén		Iquitos		Punchana		San Juan		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Gripe	21	17	10	8	17	14	11	9	59	48%
Faringoamigdalitis	2	2	0	0	2	2	0	0	4	4%
Infección Urinaria	0	0	1	1	0	0	1	1	2	2%
Herida infectada	0	0	1	1	0	0	1	1	2	2%
Dengue	4	3	11	9	17	14	2	2	34	28%
Malaria	2	2	1	1	4	3	12	10	19	16%
Infección Intestinal	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1%
Total	29	24%	25	21%	40	33%	27	22%	121	100%

Fuente: Elaboración propia (2015)

GRÁFICO N° 16: Distribución de los participantes según la causa de la fiebre por distrito



Fuente: Elaboración propia (2015)

DISTRIBUCIÓN DE ASOCIACIÓN DE FIEBRE CON ENFERMEDAD

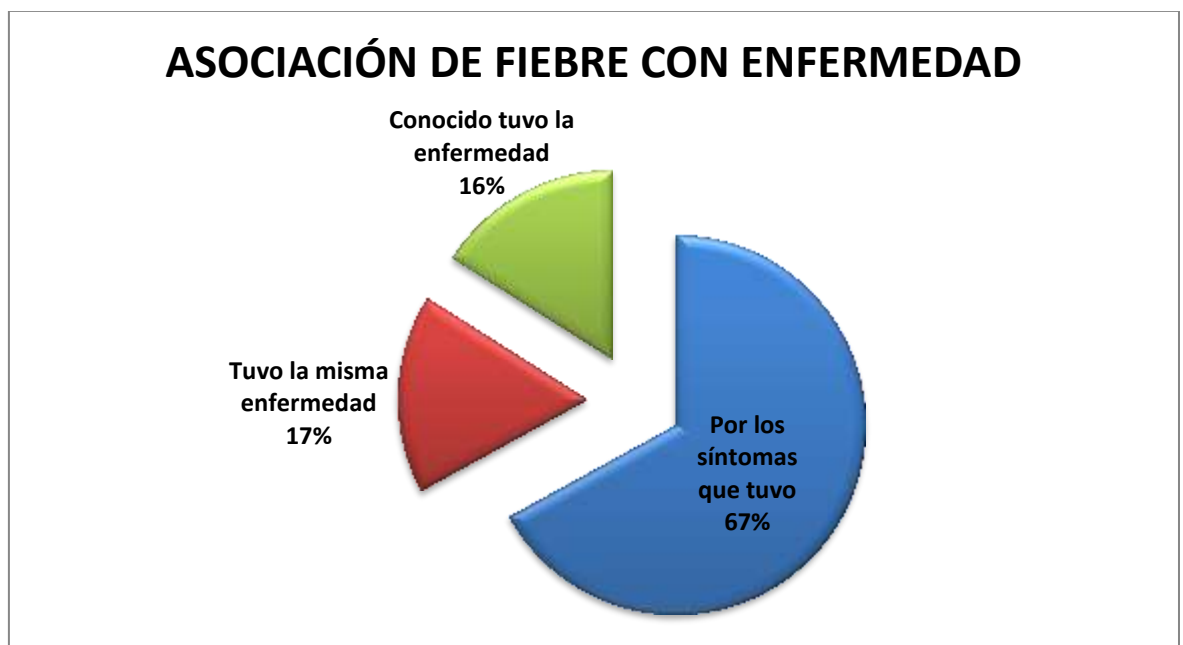
Respecto al motivo por el cual el participante pensó que su fiebre se asociaba con dicha enfermedad, se encontró que la población lo relacionó principalmente “por los síntomas” que tuvo, ocupando un 67% (81 participantes) de la muestra, mientras que en un porcentaje menor lo asociaron porque “tuvo la misma enfermedad” y porque un “conocido tuvo la enfermedad” ocupando un 17% y 16% respectivamente, como se detalla en el cuadro y gráfico siguientes:

TABLA N° 17: Distribución de asociación de fiebre con enfermedad

POR QUÉ PENSÓ EN DICHA ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Por los síntomas que tuvo	81	67%
Tuvo la misma enfermedad	21	17%
Conocido tuvo la enfermedad	19	16%
Total general	121	100.00%

Fuente: Elaboración propia (2015)

GRÁFICO N° 17: Distribución de asociación de fiebre con enfermedad



Fuente: Elaboración propia (2015)

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL MANEJO INICIAL

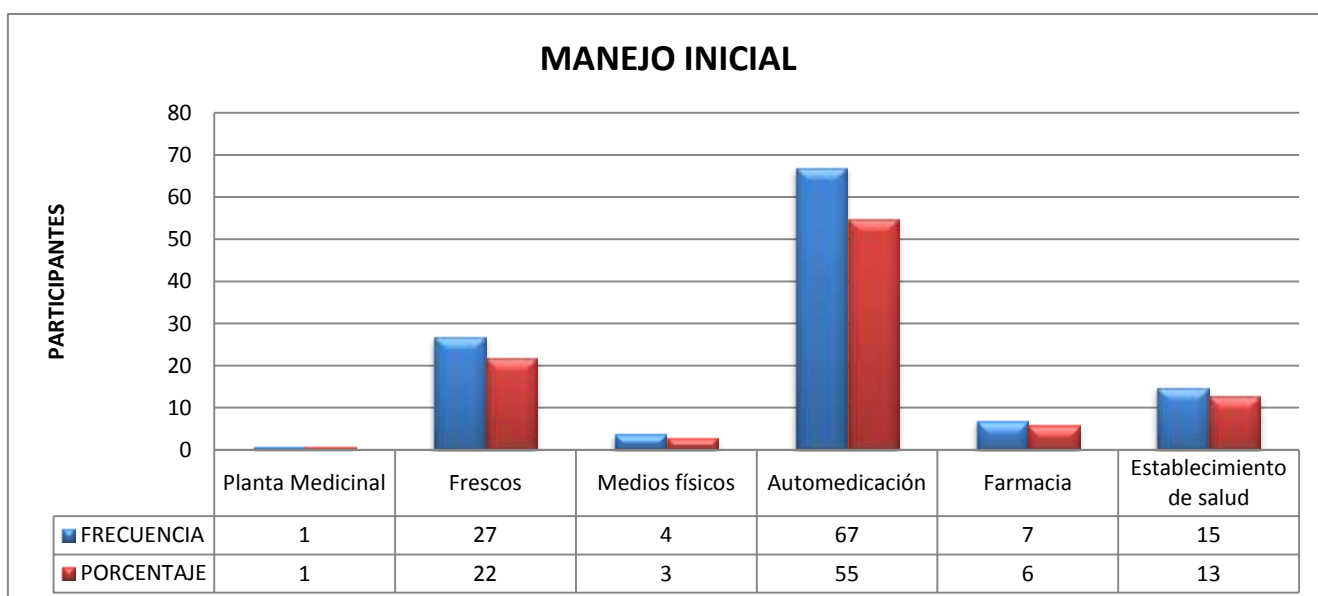
De acuerdo al manejo inicial de la población, se encontró que lo primero que hicieron al presentar fiebre fue “automedicarse” en un 55% (67 participantes), seguido de “tomar frescos” en un 22% (27 participantes); en menor porcentaje fueron a “un establecimiento de salud” que obtuvo un 13% (15 personas) además de otras medidas de manejo que se encuentran entre 1% a 6%, como se detalla en el cuadro y grafico siguientes:

TABLA N° 18: Distribución de los participantes de acuerdo a su manejo inicial

MANEJO INICIAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Planta Medicinal	1	1%
Frescos	27	22%
Medios físicos	4	3%
Automedicación	67	55%
Farmacia	7	6%
Establecimiento de salud	15	13%
Total general	121	100.00%

Fuente: Elaboración propia (2015)

GRÁFICO N° 18: Distribución de los participantes de acuerdo a su manejo inicial



Fuente: Elaboración propia (2015)

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL TIPO DE MEDICAMENTO UTILIZADO

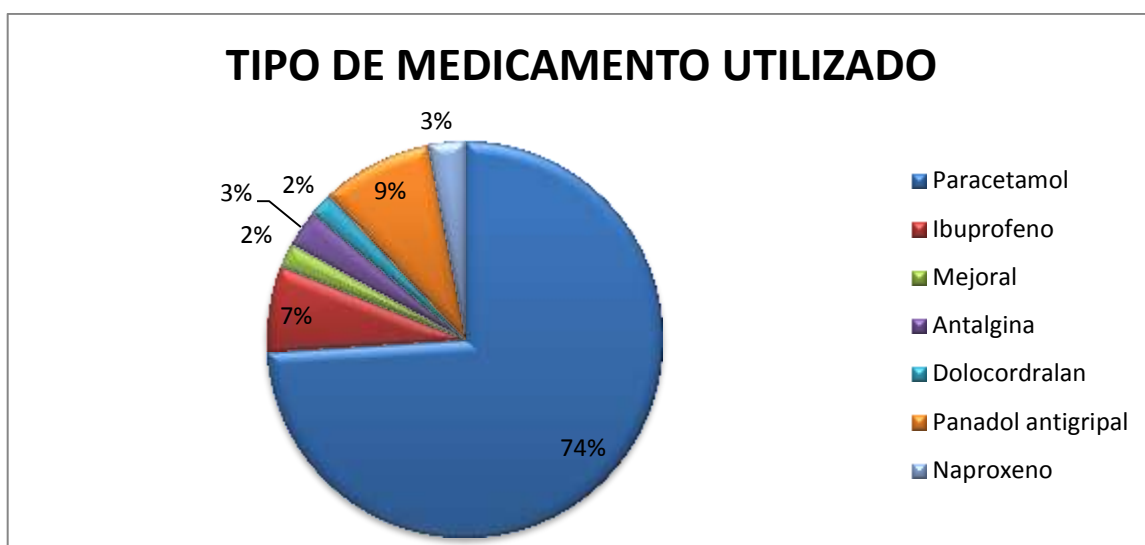
Con relación al tipo de medicamento que la población utilizó, se encontró que el “Paracetamol” ocupó el mayor porcentaje con un 74% (50 participantes), seguido en un porcentaje menor por el “Panadol antigripal” e “Ibuprofeno” con un 9% (6 participantes) y 7% (5 participantes) respectivamente. Otros medicamentos representan el 2% a 3%. Como se detalla en el cuadro y grafico siguientes:

TABLA N° 19: Distribución de los participantes de acuerdo al tipo de medicamento utilizado

TIPO DE MEDICAMENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Paracetamol	50	74%
Ibuprofeno	5	7%
Mejoral	1	2%
Antalgina	2	3%
Dolocordralan	1	2%
Panadol antigripal	6	9%
Naproxeno	2	3%
Total general	121	100.00%

Fuente: Elaboración propia (2015)

GRÁFICO N° 19: Distribución de los participantes de acuerdo al tipo de medicamento utilizado



Fuente: Elaboración propia (2015)

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA DOSIFICACIÓN DEL MEDICAMENTO

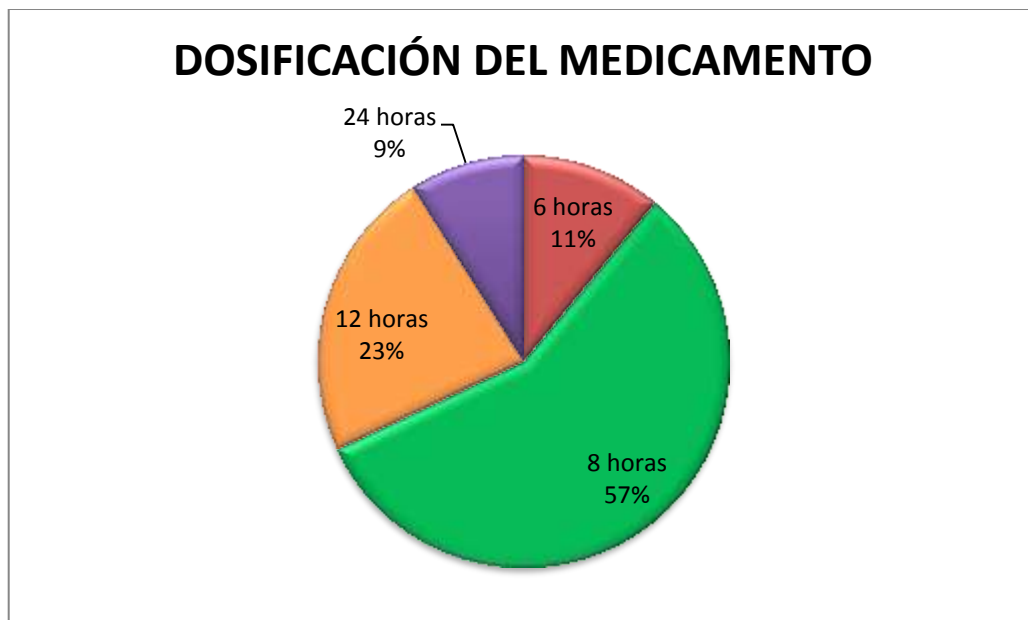
Con respecto a la dosificación del medicamento, la población tomó sus medicamentos en mayor porcentaje “cada 8 horas” con un 57% (38 participantes) del total, seguido de “cada 12 horas” con un 23% (15 participantes); mientras que “cada 6 horas” y “cada 24 horas” ocupan un 11% (7 participantes) y 9% (6 participantes) respectivamente, como se detalla en el cuadro y gráfico siguientes:

TABLA N° 20: Distribución de los participantes de acuerdo a la dosificación de medicamento

DOSIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
6 horas	7	11
8 horas	38	57
12 horas	15	23
24 horas	6	9
Total general	121	100.00%

Fuente: Elaboración propia (2015)

GRÁFICO N° 20: Distribución de los participantes de acuerdo a la dosificación de medicamento



Fuente: Elaboración propia (2015)

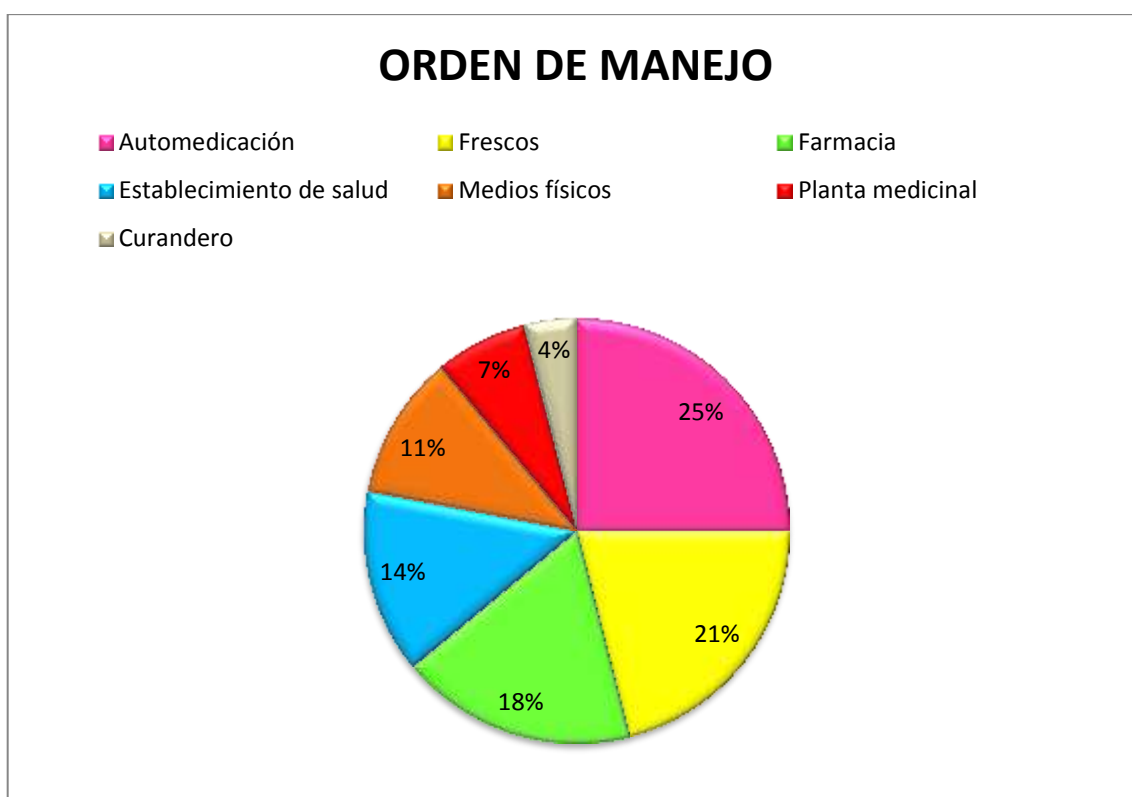
TABLA N° 21: Distribución de los participantes según el orden de manejo de la fiebre

Con respecto al orden de manejo de la fiebre por los participantes, los cinco primeros lugares lo ocuparon automedicación 25%, beber frescos 21%, acudir a una farmacia 18%, acudir a un establecimiento de salud 14% y medios físicos 11% respectivamente.

ORDEN DE MANEJO	UBICACIÓN	PORCENTAJE
Automedicación	1	25%
Frescos	2	21%
Farmacia	3	18%
Establecimiento de salud	4	14%
Medios físicos	5	11%
Planta medicinal	6	7%
Curandero	7	4%

Fuente: Elaboración propia (2015)

GRÁFICO N° 21: Distribución de los participantes según el orden de manejo de la fiebre



Fuente: Elaboración propia (2015)

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL MOTIVO POR EL CUAL ACUDIÓ A UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD

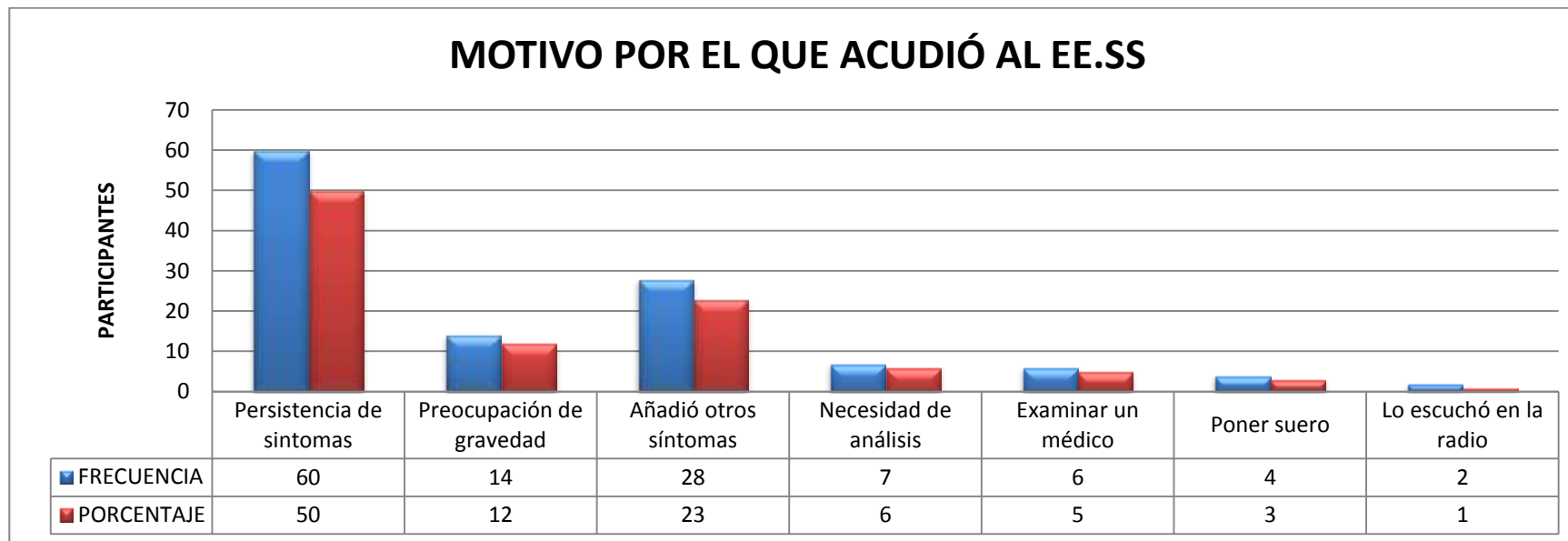
En referencia al motivo por el cual la población decidió acudir a un establecimiento de salud, se encontró que el 50% (60 participantes) fue por la “persistencia de síntomas”, seguido por que se “añadió otros síntomas” con un 23% (28 participantes); mientras que por “preocupación de gravedad” registra un 12% (14 participantes) y los otros motivos representan del 1% al 6%, como se detalla en el cuadro y gráfico siguientes:

TABLA N° 22: Distribución de los participantes de acuerdo al motivo por el cual acudió al EE.SS

MOTIVO POR EL CUAL ACUDIÓ AL EE.SS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Persistencia de síntomas	60	50
Preocupación de gravedad	14	12
Añadió otros síntomas	28	23
Necesidad de análisis	7	6
Examinar un médico	6	5
Poner suero	4	3
Lo escuchó en la radio	2	1
Total general	121	100.00%

Fuente: Elaboración propia (2015)

GRÁFICO N° 22: Distribución de los participantes de acuerdo al motivo por el cual acudió al EE.SS



Fuente: Elaboración propia (2015)

DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTE DE SÍNDROME FEBRIL AGUDO INDIFERENCIADO (SFAI)

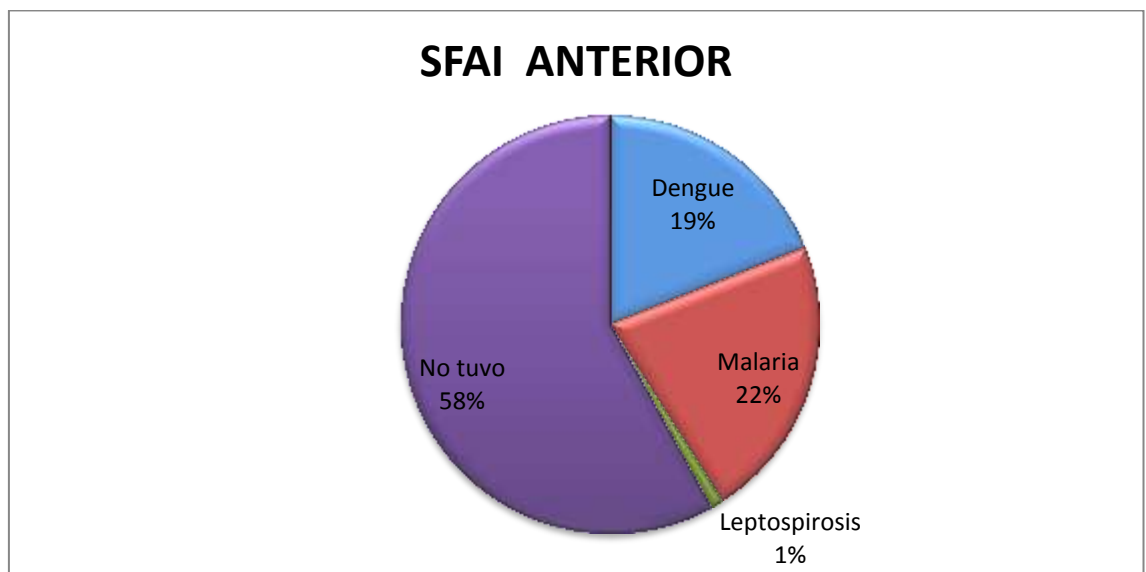
De acuerdo al antecedente de haber presentado síndrome febril agudo indiferenciado, se encontró en la muestra que el 58% (69 participantes) “no lo tuvo”, mientras que un 22% (27 participantes) si tuvo “malaria”, seguido de “dengue” con un 19% (23 pacientes) y en menor porcentaje “Leptospirosis” con sólo 1% (2 participantes), como se detalla en el cuadro y gráfico siguientes:

TABLA N° 23: Distribución de los participantes de acuerdo a haber presentado SFAI

SFAI ANTERIOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Dengue	23	19%
Malaria	27	22%
Leptospirosis	2	1%
No tuvo	69	58%
Total general	121	100.00%

Fuente: Elaboración propia (2015)

GRÁFICO N° 23: Distribución de los participantes de acuerdo a haber presentado SFAI



Fuente: Elaboración propia (2015)

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL ANTECEDENTE DE SFAI Y CAUSA ASOCIADA DE LA FIEBRE

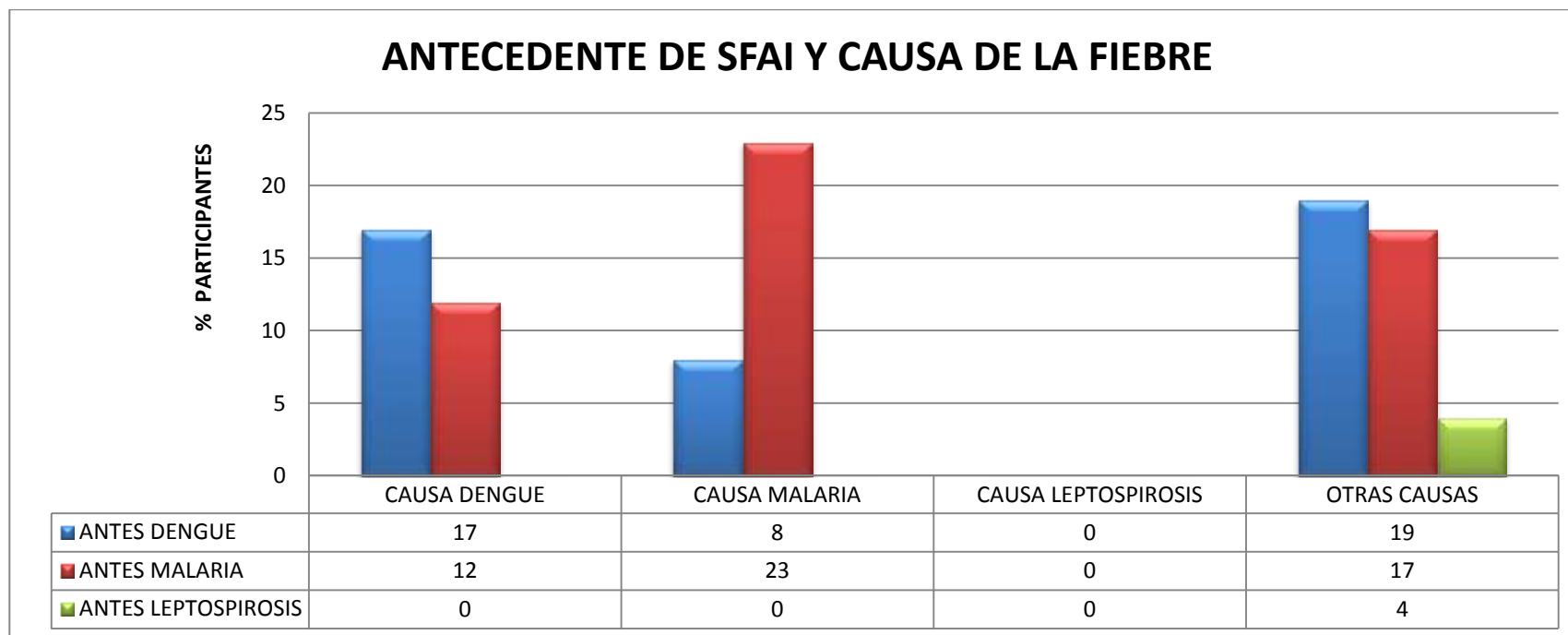
Considerando a los participantes que tuvieron antecedente de SFAI 42% (52 participantes), con la causa que actualmente asociaron a su fiebre (Causas de SFAI), se encontró que el 17% (9 participantes) relaciona el haber tenido dengue con la posibilidad de que sea el mismo causante de su fiebre actual, en aquellos que tuvieron malaria, el 23% (12 participantes) lo ha relacionado con su fiebre actual, sin embargo en el caso de leptospirosis, no se encontró ninguna asociación, como se detalla en el cuadro y gráfico siguientes:

Tabla N° 24: Distribución de los participantes según el antecedente de SFAI y la causa asociada de la fiebre

ANTECEDENTE SFAI	CAUSA DENGUE		CAUSA MALARIA		CAUSA LEPTOSPIROSIS		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
ANTES DENGUE	9	17	4	8	0	0	10	19	23	44
ANTES MALARIA	6	12	12	23	0	0	9	17	27	52
ANTES LEPTOSPIROSIS	0	0	0	0	0	0	2	4	2	4
TOTAL	15	29	16	31	0	0	21	40	52	100

Fuente: Elaboración propia (2015)

Gráfico N° 24: Distribución de los participantes según el antecedente de SFAI y la causa asociada de la fiebre



Fuente: Elaboración propia (2015)

10. DISCUSIÓN

El presente estudio de investigación fue realizado con los pacientes diagnosticados de Síndrome Febril Agudo Indiferenciado (SFAI) que fueron enrolados en el Proyecto de Vigilancia "Caracterización de las causas infecciosas de la enfermedad febril aguda en Latinoamérica" durante el último trimestre del año 2014, según la información que consta en la base de datos del Naval Medical Research Unit № 6 (NAMRU-6). Los resultados fueron obtenidos a través de la aplicación de una encuesta a la población en estudio, donde además de las características generales y sociodemográficas, se buscó recolectar la información necesaria que nos ayude a determinar cuáles son las características asociadas a la búsqueda precoz de un establecimiento de salud en un paciente con SFAI en la ciudad de Iquitos. Esto a su vez refleja las barreras que retrasan la atención médica oportuna, el manejo inicial de los pacientes antes de acudir a un establecimiento, las principales causas asociadas a la fiebre desde sus perspectivas y finalmente cuál fue el motivo que lo llevó a buscar un establecimiento de salud.

De acuerdo a las características sociodemográficas de la población estudiada, se obtuvo un total de 121 participantes, de los cuales 64 fueron del sexo femenino que equivalen al 53% del total y 57 del sexo masculino que equivalen al 47% del total. El rango de edad que predominó en la muestra fue el de 15 a 29 años que equivalen al 45% de la población, con un total de 55 personas; En cuanto a la ocupación, se encontró que "estudiante" prevaleció con un 32% (39 participantes), con referencia al grado de instrucción, se encontró que la mayor parte de la población se ubica en el nivel superior con un 40% (49 participantes), seguido del nivel secundario con un 38% (46 participantes). El mayor porcentaje de la población está ubicada en el distrito de Punchana con un 33% (40 participantes).

Fueron 11 los establecimientos de salud en los que se atendieron nuestra población, la gran mayoría 87% (105 participantes) reconocen el establecimiento al que pertenecen, sin embargo el 13% (16 participantes) aún no lo ha identificado. De los establecimientos de salud reconocidos, el

Hospital Apoyo Iquitos fue el que atendió a la mayor cantidad 19% (23 participantes).

La mayor cantidad de población 40% (48 participantes) presentó la fiebre en el mes de noviembre, además, se encontró que la forma más común y precisa de identificar la presencia de fiebre (sensibilidad febril) fue al "palparse con sus manos" en un 72% (87 participantes), seguido de "medir la temperatura con un termómetro" 22% (27 participantes) y notar algún "cambio en el comportamiento" como astenia y/o aflicción 20% (24 participantes); lo cual difiere de un estudio descriptivo realizado por Balafama Alex- (2011) (33) en un Policlínico de Yazd en Irán con las madres que llevaron a sus hijos que presentaron SFAI, donde la mayoría consideró que el termómetro es el método más preciso para detectar la fiebre versus la sensibilidad de la mano y consideran fiebre a una temperatura mayor de 38°C.

Los síntomas poco específicos que principalmente acompañaron a la fiebre fueron "cefalea" 88% (106 participantes), seguido de "mialgias/artralgias" 72% (87 participantes) y "escalofríos" 52% (63 participantes), tal como lo mencionan Anthony DR. y Chrispal A. (2007 - 2010) (8-9), que uno de los principales confusores para diagnosticar un SFAI, es el hecho de que la mayoría de los pacientes se presentan con síntomas no definidos, por ejemplo, fiebre, malestar general, cefalea, mialgias, artralgias y por lo general ningún punto focal de la infección. Frente a lo cual Amorn Leelarasamee (6) en su estudio "Etiologías del Síndrome Febril Agudo Indiferenciado en Tailandia" refiere que los métodos serológicos son obligatorios para diagnosticar la causa y poder realizar un adecuado manejo de los casos con SFAI, ya que los criterios clínicos por sí solos no son suficientes para identificar la etiología.

El mayor porcentaje de la población acude a un establecimiento de salud luego de 2 ó 3 tres días de fiebre en un 25% (30 participantes) y 27% (33 participantes) respectivamente, sólo el 19% (23 participantes) acuden luego de 1 día de fiebre. Un hallazgo similar encontró el departamento de salud comunitaria y la facultad de medicina de Etiopía (2007) (18) donde describen que de todos los pacientes que buscaron tratamiento, sólo un pequeño

porcentaje lo hizo en las primeras 24 horas de iniciada la enfermedad, la mayoría esperó hasta el segundo día de iniciada la fiebre.

Los que acudieron precozmente (≤ 2 días), fueron el 44% (53 participantes) prevaleciendo el rango de edad entre 15 a 24 años 38% (20 participantes); sin embargo, la mayoría de participantes 56% (68 participantes) acudieron luego de 3 a 7 días aduciendo que podría tratarse de una simple gripe, que tenían mucho trabajo, que no tenían tiempo para ir al establecimiento de salud y en menor cantidad, que no sabían a cuál establecimiento pertenecían. De la misma manera lo señalaron en un estudio en Etiopía (18) al describir que los pacientes que no buscaron ningún tipo de atención médica o lo hicieron luego de 3 días, fue debido a que consideraron una enfermedad leve, por restricción financiera, la distancia del centro de salud, falta de tiempo por sobrecarga de trabajo y la percepción de que los fármacos requeridos eran caros. Lo cual retrasa la atención médica oportuna. Otros estudio realizados por Agyepong IA. y Nam VS. (25-26) señalaron que algunas madres y otros cuidadores a menudo asumen que la fiebre es "normal" o una dolencia menor en bebés y niños o minimizan la gravedad de la fiebre.

La principal causa asociada de la fiebre desde la perspectiva de la población, fue la gripe con un 49% (59 participantes) del total, en segundo lugar el dengue con 28% (34 participantes) del total, y en tercer lugar la malaria con un 15% (19 participantes) del total. En el sudeste (SE) de Asia, un estudio prospectivo de pacientes tailandeses que presentaron SFAI, realizó una descripción similar, donde determinó que las tres causas asociadas más comunes fueron infecciones por rickettsias, la gripe y la fiebre del dengue representando aproximadamente un 40% de SAFI (6). En los países en vías de desarrollo, sobre todo en las regiones tropicales, los recursos limitados y la gran diversidad de etiologías de síndrome febril agudo indiferenciado desafían el diagnóstico, tratamiento y respuestas de salud pública a las enfermedades endémicas y epidémicas.

Con respecto a las tres principales causas asociadas de la fiebre distribuidas de acuerdo a los distritos, se obtuvo que la gripe fue la principal causa asociada en el distrito de Belén con un 17% (21 participantes) de la población, el dengue lo fue en el distrito de Punchana con el 14% (17 participantes) del

total y la malaria fue principalmente asociada en el distrito de San Juan con un 10% (12 participantes) de la población. Para la población que carece de las herramientas de diagnóstico adecuadas, es complicado determinar las etiologías específicas y el diagnóstico definitivo de las enfermedades, lo cual lo realizan presuntamente basados en características y cuadro clínico en relación con los patógenos circulantes en el entorno donde se desenvuelven Kashinkunti MD (2013) (3)

El motivo por el cual la población asoció su fiebre a una determinada causa, fue principalmente “por los síntomas” que tuvo, ocupando un 67% (81 participantes) de la muestra, y en menor porcentaje porque “antes tuvo la misma enfermedad” y porque un “conocido tuvo la enfermedad” ocupando un 17% y 16% respectivamente. Sin embargo la mayoría de estos auto diagnósticos son equivocados, así también lo describe Meghnath Dhimal (2014) (32) en su estudio realizado en Nepal, donde encontró un bajo nivel de conocimiento de la población sobre los síntomas asociados al Dengue, por lo cual, cuando un paciente presenta SFAI es fácilmente confundido con otras causas comunes como la gripe, fiebre tifoidea, etc, lo cual indica que se requiere fortalecer las medidas de promoción y prevención de la Salud en la comunidad.

Con respecto al manejo inicial de la población frente a la fiebre, se encontró que lo primero que la mayoría realizó fue “automedicarse” en un 55% (67 participantes) del total con medicamentos que lo consiguen en las farmacias o de recetas anteriores, seguido de “tomar frescos” en un 22% (27 participantes) y en menor porcentaje acudir a “un establecimiento de salud” que obtuvo un 13% (15 personas). Diversas revisiones acerca del manejo del SFAI (18-20-21), describen que el manejo inicial, por lo general comienza en el hogar y que la búsqueda de atención médica sólo se realiza cuando el tratamiento casero no tuvo éxito lo cual retrasa un tratamiento adecuado y oportuno. Sokrin Khun (22) en un estudio con niños con sospecha de Dengue en Cambodia documenta también cómo las mujeres tratan a niños con hierbas caseras y antipiréticos, que son comprados en pequeñas cantidades en las farmacias o utilizan fármacos de las recetas anteriores. Sin embargo, un mejor panorama se describe en Bucaramanga - Colombia,

donde si alguien presenta SFAI, dos de cada tres respondieron que asisten a consulta médica, mientras que al menos uno de cada diez se automedica (30). En Tanzania, cuando un paciente presenta SFAI auto diagnosticado como Malaria, la disponibilidad de medicamentos antimaláricos en tiendas pequeñas, les permite proporcionar un tratamiento sintomático (27), pero el tratamiento es a menudo inadecuado y la tasa de mortalidad sigue siendo elevada por retrasos en la búsqueda de atención y la falta de personal médico para completar los regímenes de tratamiento (28 - 29).

El medicamento más utilizado por la población fue el “Paracetamol” con un 74% (50 participantes) del total dosificándolo en su mayoría 57% (38 participantes) “cada 8 horas” y en un porcentaje menor se utilizó el “Panadol antigripal” e “Ibuprofeno” con un 9% (6 participantes) y 7% (5 participantes) respectivamente.

De igual forma lo describió Balafama Alex- (2011) (31) donde el 32.9% trató la fiebre sólo con antipiréticos, siendo el Paracetamol (37.9%) el más medicado seguido por el Ibuprofeno (8.8%); el 17.9% utilizó frescos como remedios a base de hierbas, y el 17.5% trató a sus hijos con antipiréticos y frescos.

En referencia al motivo por el cual la población decidió acudir a un establecimiento de salud, se encontró que el 50% (60 participantes) fue por la “persistencia de síntomas”, es decir, que no mejoraba con el tratamiento inicial, seguido de "porque se añadieron otros síntomas" con un 23% (28 participantes); mientras que por “preocupación de algo más grave” como por ejemplo miedo a patologías infecciosas como Dengue o Malaria, e incluso el fallecimiento registra un 12% (14 participantes) del total. Así también lo describieron Sokrin Khun, Muller O, Nyamongo (22-23-24) en sus estudios sobre tipos de tratamiento y búsqueda de un establecimiento de salud en pacientes con dengue y malaria, donde señalan que sólo cuando las primeras medidas son ineficaces, el tratamiento inicial no tuvo éxito o si la condición del niño se deteriora, los pobladores acuden a un Establecimiento de Salud o a un proveedor de salud privado para el asesoramiento y la atención médica. Además, la mayoría de madres considera que las convulsiones y el daño cerebral (83%) podrían ser las principales complicaciones de una fiebre no tratada seguida del fallecimiento (5%). En África, los estudios han demostrado

que la respuesta frente a SFAI asociado a Malaria depende principalmente del acceso a un Centro de Salud, la calidad de atención recibida, la gravedad percibida de la enfermedad, el conocimiento de los síntomas y las diversas creencias culturales y tradicionales. (18-19)

Con respecto al antecedente de haber presentado síndrome febril agudo indiferenciado hace menos de 6 meses, se encontró que el 58% (69 participantes) de la muestra "no lo tuvo", mientras que el 42% (52 participantes) restante "si lo tuvo" y estuvo repartido en un 22% (27 participantes) los que tuvieron "malaria", seguido de "dengue" con un 19% (23 pacientes) y en menor porcentaje "Leptospirosis" con sólo 1% (2 participantes).

De los participantes que sí tuvieron SFAI 42% (52 participantes) del total, el 17% (9 participantes) relaciona haber tenido dengue con la posibilidad de que sea el mismo causante de su fiebre actual, en aquellos que tuvieron malaria, el 23% (12 participantes) lo ha relacionado con su fiebre actual, sin embargo en el caso de leptospirosis, no se encontró ninguna asociación, el resto del porcentaje lo asoció con otras causas que no abarcan el SFAI. Anthony DR y Chrispal A en sus investigaciones sobre SFAI, mencionan que el diagnóstico diferencial de SFAI incluye enfermedades potencialmente importantes, como la malaria, el dengue, la fiebre tifoidea, leptospirosis, las rickettsiosis, arbovirosis, Hantavirus, y encefalitis japonés (8-9) y Forshey BM (12) realizó un estudio en América del Sur donde se incluyó a la ciudad de Iquitos, demostrando que los arbovirus son una causa común de SFAI y destacó que el SFAI no se limita sólo a Dengue, sino que además se deben incluir Virus encefalitis equina venezolana, Mayaro y Oropuche, los cuales se asociaron con aproximadamente el 8% de los episodios febriles.

11. CONCLUSIONES

- De acuerdo a las características sociodemográficas de la población, se obtuvo un total de 121 participantes, predominando el sexo femenino, el rango de edad que prevaleció fue el de 15 a 29 años. Con respecto a ocupación y grado de instrucción predominaron los estudiantes y el nivel superior respectivamente.
- El mayor porcentaje de la población se encuentra ubicada en el distrito de Punchana y el establecimiento de salud que atendió a la mayoría de los pacientes fue el Hospital Apoyo Iquitos. Existe un pequeño porcentaje de la población que no acude precozmente al establecimiento de salud porque desconoce a cuál pertenece.
- La mayoría de la población presentó fiebre en el mes de noviembre, logrando identificarlo de forma más común y precisa al palpase con sus manos, seguido de medirse la temperatura con un termómetro.
- Dengue es la enfermedad más frecuentemente diagnosticada en la Vigilancia, sin embargo, la población no lo ha considerado de este modo, sino que por lo contrario la mayoría de pacientes con SFAI no acuden precozmente a un establecimiento de salud, por que asocia su fiebre con una simple gripe.
- La mayor parte de la población asocia su fiebre con una determinada causa por los síntomas que tuvo, sin embargo, éstos síntomas son poco específicos y crean una mayor confusión al momento de reconocer la verdadera causa del SFAI, lo cual retrasa la búsqueda de un establecimiento de salud.
- La mayoría de la población al presentar la fiebre se automedica, seguido de utilizar frescos y sólo un pequeño porcentaje acude inicialmente a un establecimiento de salud. El principal medicamento utilizado es el paracetamol dosificándolo por cada 8 horas.

- El mayor porcentaje de la población buscó un establecimiento de salud por la persistencia de los síntomas, es decir, al no evidenciar mejoría con el manejo inicial, seguido de porque se añadieron otros síntomas de mayor compromiso general, y un porcentaje más pequeño acudió precozmente por la preocupación de que se tratara de una enfermedad de mayor gravedad o por miedo al éxito letal.
- Con respecto al antecedente de SFAI hace menos de seis meses, el 42% de pacientes lo presentó, siendo la de mayor prevalencia la malaria, seguido del dengue y en mínimo porcentaje leptospirosis. El mayor porcentaje de los pacientes con antecedentes de dengue y malaria, asociaron la posibilidad de que la causa actual de la fiebre, sea la misma enfermedad.

12.RECOMENDACIONES

- Mayor énfasis en la promoción de la salud educando a la población a través de charlas, campañas, visitas domiciliarias, así como haciendo uso de los diversos medios de comunicación, cuñando mejor nuestros mensajes educativos acerca de los síntomas más comunes de las principales enfermedades que se encuentran dentro del diagnóstico diferencial del Síndrome Febril Agudo Indiferenciado, como lo son dengue, malaria y leptospirosis.
- Informar a la población la importancia del manejo adecuado y oportuno frente a un Síndrome Febril Agudo Indiferenciado en un establecimiento de salud, así como las posibles complicaciones de no ser tratado a tiempo poniendo en peligro hasta su propia vida. Además debemos enseñarles el uso correcto (es decir, las dosis máxima y precauciones), del Paracetamol y otros medicamentos utilizados, resaltando siempre los efectos adversos de la automedicación y así poder evitarlo.
- Tomar muestra de sangre a los pacientes con Síndrome Febril Agudo Indiferenciado y así poder definir el diagnóstico.
- Capacitaciones y talleres actualizados para el personal de Salud, acerca del reconocimiento y manejo de las enfermedades que forman parte del Síndrome Febril Agudo Indiferenciado, principalmente a los que trabajan en el primer nivel de atención, ya que son ellos, los que están en contacto continuo y directo con la población.
- Incentivar en los estudiantes de medicina el interés a continuar realizando este tipo de trabajos de Investigación en la salud pública, los cuales son sumamente importantes pues aportan datos reales y actualizados acerca de los conocimientos de nuestra población, los cuales van a permitir desarrollar intervenciones apropiadas, aceptables y sostenibles.

CAPÍTULO V

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kashinkunti MD, Gundikeri SK, Dhananjaya M. Acute undifferentiated febrile illness- clinical spectrum and outcome from a tertiary care teaching hospital of north Karnataka. *Int J Biol Med Res.* 2013; 4(2) :3399- 3402
2. Etiología y caracterización clínica del síndrome febril agudo inespecífico en un área urbana colombiana endémica de dengue. Bucaramanga, Mayo de 2010. Centro de Investigaciones Epidemiológica (CIE)
3. Fredi A. Díaz-Quijano, Andrés L. González-Rangel, Andrea Gómez-Capacho, Reinaldo Espíndola-Gómez, Ruth A. Martínez-Vega y Luis A. Villar-Centeno. Pluviosidad como Predictor de Consulta por Síndrome Febril Agudo en un Área Endémica de Dengue. *Rev, Salud Pública* 10 (2): 250-259, 2008
4. Amorn Leelarasamee MD, Chanpen Chupaprawan MD, Mongkol Chenchittikul MSc, Suthipon Udompanthurat MSc. Etiologies of Acute Undifferentiated Febrile Illness in Thailand. *J Med Assoc Thai* 2004; 87(5): 464-72
5. Lucinda Troyes R1, Luis Fuentes T1, Mario Troyes R1, Luis Canelo D1, María García M2, Elizabeth Anaya R2, et al. Rafael Tapia L2. Etiología del Síndrome Febril Agudo en la Provincia de Jaén, Perú 2004-2005. *Rev. Perú Med Exp Salud Publica* 23(1), 200
6. Anthony DR, Balsari S, Clark S, Straff DJ, Rajavelu P, Rajagopalan A: EMcounter-charting the epidemiology of medical emergencies in India: a status report. *Int. J Emerg Med.* 2008 Apr; 1(1): 55–58
7. Chrispal A, Boorugu H, Gopinath KG, Chandy S, Prakash JA, Thomas EM et al. Acute undifferentiated febrile illness in adult hospitalized patients: the disease spectrum and diagnostic predictors - an experience from a tertiary care hospital in South India. *Trop Doct* 2010; 40: 230-4

8. Hoang Lan Phuong, Peter J de Vries, Tran TT Nga, Phan T Giao, Le Q Hung, Tran Q Binh, et al. Dengue as a cause of acute undifferentiated fever in Vietnam. *BMC Infectious Diseases* 2006, 6:123
9. Costa L, Estévez J, Monsalve F, Callejas D, Echevarría J. Diagnóstico etiológico de pacientes con exantemas o cuadros febriles atendidos en 1998. Estado Zulia, Venezuela. *Rev Méd Chile* 2004;132:1078-1084
10. Perfil etiológico del Síndrome Febril en áreas de alto riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas de impacto en salud pública en el Perú, 2000-2001. Estudio interinstitucional desarrollado por las instituciones del Ministerio de Salud del Perú. *Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública* 22(3), 2005
11. Celis J, Montenegro R, Castillo A, Che E, Muñoz A. Evaluación de la Malaria en la región Loreto. *An Fac Med* 2003; 64(4): 261-66.
12. Forshey BM, Guevara C, Laguna-Torres VA, Cespedes M, Vargas J, Gianella A, et al. Arboviral etiologies of acute febrile illnesses in Western South America, 2000-2007. *PLoS Negl Trop Dis*. 2010 Aug 10;4(8):e787.
13. Dirección general de Epidemiología. Boletín epidemiológico Lima 22 – Semana 52. Situación epidemiológica de la malaria en el Perú 2013: 1088-1089.
14. Dirección general de Epidemiología. Boletín epidemiológico Lima 23 – Semana 06. Situación epidemiológica del dengue en el Perú: 95-96.
15. Department of Community Health, Faculty of Medicine, Addis Ababa University, Addis Ababa, Ethiopia. Treatment-seeking Behaviour for febrile illness in an area of seasonal malaria transmission in rural Ethiopia. *Malaria Journal* 2007, 6:49
16. McCombie SC. Treatment seeking for malaria: a review of recent research. *Soc Sci Med* 1996, 43:933-945

17. Deming MS, Gayibor A, Murphy K, Jones TS, Karsa T: Home treatment of febrile children with antimalarial drugs in Togo. *Bull World Health Organ* 1999, 67:695-700.
18. Ruebush TK, Kern MK, Campbell CC, Oloo AJ: Self-treatment of malaria in rural areas of western Kenya. *Bull World Health Organ* 1995, 73:229-236
19. Pradutkanchana J, Pradutkanchana S, Kemapanmanus M, Wuthipum N, Silpapojakul K. The etiology of acute pyrexia of unknown origin in children after a flood. *Southeast Asian J. Trop Med Public Health* 2003; 34: 175–78
20. Sripanidkulchai R, Lumbiganon P. Etiology of obscure fever in children at a university hospital in northeast Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2005; 36:1243–46
21. Jaramillo K, Torres R, Romero O, Lucero J, Anaya E. Rickettsiosis y Leptospirosis en pacientes con diagnóstico clínico probable de Bartonelosis. Huaraz-Ancash 2000. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 2002; 19(Supl): S21.
22. Sokrin Khun, Lenore Manderson. Health seeking and access to care for children with suspected dengue in Cambodia: An ethnographic study. *BMC Public Health* 2007, 7:262
23. Muller O, Traore C, Becher H, Kouyate B: Malaria morbidity, treatment-seeking behaviour, and mortality in a cohort of young children in rural Burkina Faso. *Tropical Medicine & International Health* 2003, 8(4):290-296
24. Nyamongo I: Health care switching behavior of malaria patients in a Kenyan rural community. *Social Science & Medicine* 2002, 54(3):377-386
25. Agyepong IA, Manderson L: Diagnosis and Management of Fever at Household Level in the Greater Accra Region, Ghana. *Acta Tropica* 1994, 58
26. Nam VS, Yen NT, Phong TV, Ninh TU, Mai LQ, Lo LV, Nghia LT, Bektas A, Briscoombe A, Aaskov JG, Ryan PA, Kay BH: Elimination of dengue by

community programs using *Mesocyclops* (copepoda) against *Aedes aegypti* in central Vietnam. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 2005, 72(1):67-73

27. Savigny D, Mayombana C, Mwageni E, Masanja H, Minhaj A: Careseeking patterns for fatal malaria in Tanzania. *Malaria Journal* 2004, 3(27).

28. Baume C, Helitzer D, Kachur S: Patterns of care for childhood malaria in Zambia. *Social Science & Medicine* 2000, 50(10):1491-1503.

29. Nshakira N, Kristensen M, Ssali F, Whyte SR: Appropriate treatment of malaria? Use of antimalarial drugs for children's fevers in district medical units, drug shops and homes in eastern Uganda. *Tropical Medicine & International Health* 2002, 7(4):309-316.

30. Flor de María Cáceres-Manrique, Celmira Vesga-Gómez, Xiomara Perea-Florez, Mónica Ruitort, Yves Talbot. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Dengue en Dos Barrios de Bucaramanga, Colombia. *Rev. Salud Pública*. 11 (1): 27-38, 2009

31. Madiha Syed, Taimur Saleem, Umme-Rubab Syeda, Manal Habib, Rehan Zahid, Atif Bashir, et al. Knowledge, attitudes and practices regarding dengue fever among adults of high and low socioeconomic groups. *J Pak Med. Assoc.* 60:243; 2010

32. Meghnath Dhimal , Krishna Kumar Aryal , Mandira Lamichhane Dhimal , Ishan Gautam , Shanker Pratap Singh , Chop Lal Bhusal, et al. Knowledge, Attitude and Practice Regarding Dengue Fever among the Healthy Population of Highland and Lowland Communities in Central Nepal. *PLoS One*. 2014; 9 (7)

33. Balafama A. Alex-Hart, Angela I. Frank-Briggs. Mothers' Perception of Fever Management in Children. *The Nigerian Health Journal*, Vol. 11, No 2, April - June 2011

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
"RAFAEL DONAYRE ROJAS"



**CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A LA BÚSQUEDA DE UN ESTABLECIMIENTO
DE SALUD DE PACIENTES CON SINDROME FEBRIL AGUDO
INDIFERENCIADO EN LA CIUDAD DE IQUITOS DE OCTUBRE A DICIEMBRE
DEL 2014**

1. Establecimiento de Salud al que pertenece:

2. Edad:

3. Sexo:

Femenino

Masculino

4. Ocupación:

5. Grado de Instrucción:

Inicial

Primaria

Secundaria

Superior

6. Dirección actual

Distrito:

Provincia

Departamento:

7. ¿Tiene alguna enfermedad de base?

Hipertensión Arterial

Otros _____

Diabetes Mellitus Ninguno

Asma Bronquial

Artritis Reumatoide

VIH-SIDA

Cáncer

8. Mes en el que presentó la Fiebre:

Octubre

Noviembre

Diciembre

9. ¿Cómo supo que tenía Fiebre?

Lo palpó con sus manos

Midió la Temperatura con un Termómetro

Cambio de comportamiento: Astenia, Aflicción

Hiporexia

Ojos rojos

Otros _____

10. ¿Qué otros síntomas acompañaban a la fiebre?

Cefalea

Otros _____

Escalofríos

Náuseas

Vómitos

Mialgias/Artralgias

Dolor retro ocular

11. ¿Cuántos días antes de acudir al Establecimiento de Salud tuvo Fiebre? ____ días

12. Cuando usted tuvo fiebre, ¿Qué pensó que tenía?

Gripe	<input type="checkbox"/>	Dengue	<input type="checkbox"/>
Faringoamigdalitis	<input type="checkbox"/>	Malaria	<input type="checkbox"/>
Infección Urinaria	<input type="checkbox"/>	Leptospirosis	<input type="checkbox"/>
Abscesos	<input type="checkbox"/>	Sobrepeso	<input type="checkbox"/>
Herida infectada	<input type="checkbox"/>	Otros_____	

13. ¿Por qué pensó que tenía esa enfermedad?

- Por los síntomas que tuve

¿Cuál o Cuáles? _____

¿Cuánto tiempo? _____/días

- Por qué anteriormente tuve la misma enfermedad

¿Hace cuánto tiempo? _____

- Porque un familiar o vecino tuvo la misma enfermedad

¿Quién? _____

¿Hace cuánto tiempo? _____

¿Se hospitalizó? _____

- Porque lo vi / leí en Internet

- Porque lo vi en televisión

- Porque lo escuché en la radio

- Porque lo leí en periódicos/afiches

14. ¿Qué fue lo primero que hizo en este episodio que tuvo fiebre?

- Utilizó alguna Planta medicinal ¿cuáles?

Hojas de Malva machacada ()

Rajas de Toronja ()

Ruda machacada ()

Romero machacado ()

Lancetilla machacada ()

Hoja de achiote machacado ()

- Utilizó Frescos ¿cuáles?

Agua de coco ()

Limonada ()

Agua pura ()

Sal de Andrews ()

Malva chapeada ()

Malva chapeada con limón ()

Malva chapeada con toronja ()

Sal de Andrews con Paracetamol ()

Sal de Andrews con Malva ()

Sal de Frutas con Paracetamol ()

Gaseosa Lima-limón con Paracetamol ()

Agua con jugo de limón ()

Lancetilla chapeada ()

Hojas de achiote chapeada ()

Suero de la Farmacia ()

- Utilizó Medios Físicos como:

Paños de agua fría ()

Paños de agua y alcohol ()

Paños de agua y Maravilla curativa ()

- Paños de agua y aguardiente ()
- Panós de agua y agua de azar ()
- Paño de agua y toronja ()
- Paños de agua y vinagre blanco ()
- Paños de agua y alcanfor ()
- Paños de aguardiente y ruda ()
- Paños de agua con vinagre bullí ()
- Paños de agua con timolina ()
- Bañarse ()

- Se automedicó:

- ¿Cuál o Cuáles medicamento(s) utilizó?

Paracetamol () Ibuprofeno () Aspirina () Mejoral () Antalgina ()
 Dolocordralan () Panadol Antigripal () Naproxeno ()

- ¿En qué presentación lo utilizó?

- Comprimidos ()
- Jarabes ()
- Inyectables ()

- ¿Cómo lo uso?

_____/día por ____ días y con qué lo tomó: _____

- ¿Quién le indicó o recomendó que los usara?

Yo solo ()

Padres ()

Otros familiares: _____ ()

Vecinos ()

El que vende en la farmacia ()

Recetado anteriormente por un médico ()

Lo vi en Internet ()

Lo vi en la televisión ()

Lo escuché en la radio ()

Lo leí en un periódico/afiche ()

• Acudió a una Farmacia

○ ¿Por qué lo hizo?

- Siempre voy allí ()

- Es mi primera opción ()

- Me atienden más rápido ()

- Gasto menos dinero ()

- Me lo recomendaron () ¿Quién? _____

- Tiene mejores medicinas ()

• Acudió a un Establecimiento de Salud :

○ ¿Cuál? Hospital () Centro de salud () Posta de Salud ()

○ ¿Queda cerca a su casa? Si () No ()

○ ¿Por qué decidió ir a ese EESS?

- Me atienden mejor ()

¿Quién le atiende mejor? el médico () enfermera (), el técnico ()

No precisa () Otro: _____

- Me atienden más rápido ()

- Atendieron muy bien a un familiar ()

- Tienen las medicinas que me recetan ()
- En el otro EEES más cercano se murió un familiar o conocido ()
- Saben más sobre las enfermedades que tenemos ()
- Hay más especialistas ()
- Hacen exámenes de sangre ()
- Atienden todo el día ()
- Puedo ir por Emergencia y no tengo que sacar cita ()
- Porque desconozco el trabajo que realiza el otro EE.SS ()
- Acudió a un curandero/chamán/brujo/curioso
 - ¿Por qué decidió ir allí?
 - Porque me recomendó un familiar o vecino ()
 - Porque siempre voy donde esa persona ()
 - Porque ya me ha curado antes ()
 - Porque pensé que era un mal de aire ()

15. ¿Cuál es el orden de opciones de tratamientos que utiliza en un SFAI?

- Planta Medicinal
- Frescos
- Medios Físicos
- Automedicación
- Acudir a una Farmacia
- Acudir a un Establecimiento de Salud
- Acudir donde un curandero/chamán/brujo/curioso

16. ¿Qué fue lo que lo llevó a buscar un Establecimiento de Salud?

- Persistencia de síntomas: No mejora las molestias con el manejo inicial ()

- ¿Que síntoma o síntomas? _____

- ¿Cuántos días estuvo con esos síntomas? ____/días

- Me preocupaba que podría ser algo más grave

- ¿Que significa algo más grave? _____

- Estaba empeorando

- ¿Qué otros síntomas se añadieron? _____

- Experiencias de fallecimiento de algún familiar o conocido por llevarlo muy tarde
- Un familiar o vecino me lo recomendó
- Quería que le hagan exámenes de Laboratorio

¿Qué exámenes? Sangre () Heces () Orina () Rx () Ecografía () TEM ()

- Quería que le examine un médico
- Quería que le dieran medicamentos diferentes a los que estaba usando
- Quería que le pongan suero
- Lo leí en Internet
- Lo escuché en la radio
- Lo vi en la Televisión
- Lo leí en periódicos/ afiches

17. Antes de este episodio del que hablamos, ¿ha tenido antes dengue? (Si) (No)

¿Cuándo fue?

¿Estuvo hospitalizado? (Si) (No)

18. Antes de este episodio del que hablamos, ¿ha tenido antes malaria? (Si) (No)

¿Cuántas veces? 1, 2, 3 o más de 3

¿Cuándo fue la última vez?

¿Estuvo hospitalizado? (Si) (No)

19. Antes de este episodio del que hablamos, ha tenido antes leptospirosis?

(Si) (No) ¿Cuándo fue?

¿Estuvo hospitalizado? (Si) (No)