



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**FACTORES ASOCIADOS AL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DENGUE EN MÉDICOS DE
LA REGIÓN LAMBAYEQUE**

**PRESENTADA POR
CLAUDIA NATALIA PAICO ROMERO**

**TESIS PARA OPTAR PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

CHICLAYO – PERÚ

2015



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PRE GRADO

**“FACTORES ASOCIADOS AL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DENGUE EN MÉDICOS DE
LA REGIÓN LAMBAYEQUE”**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR

CLAUDIA NATALIA PAICO ROMERO

CHICLAYO - PERÚ

2015



TÍTULO DE LA TESIS

**“FACTORES ASOCIADOS AL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DENGUE EN MÉDICOS DE LA
REGIÓN LAMBAYEQUE”**

ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO

ASESOR METODOLÓGICO Y TEMÁTICO:

- Dr. Cristian Díaz Vélez

CO-ASESOR:

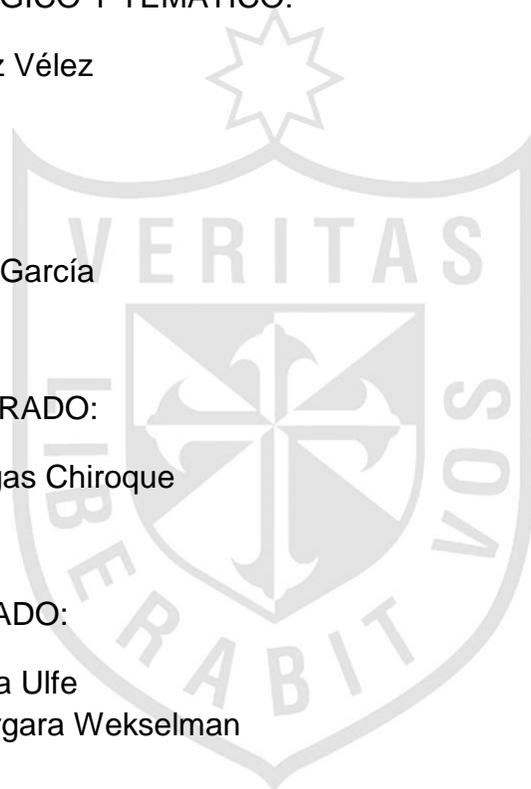
- Dr. Jorge Paico García

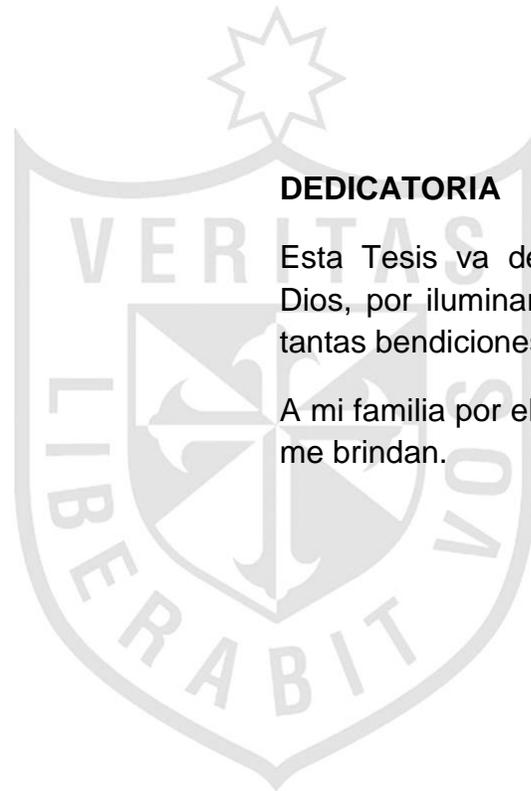
PRESIDENTE DEL JURADO:

- Dr. Miguel Villegas Chiroque

MIEMBROS DEL JURADO:

- Dr. Julio Patazca Ulfe
- Dr. Eduardo Vergara Wekselman





DEDICATORIA

Esta Tesis va dedicada primeramente a Dios, por iluminar mi camino y brindarme tantas bendiciones.

A mi familia por el apoyo incondicional que me brindan.

AGRADECIMIENTO

Manifiestar mi profundo agradecimiento a mi padre el Dr. Jorge Paico García por el apoyo incalculable en la realización de la presente Tesis.

Agradecer a mi asesor el Dr. Cristian Díaz Vélez por brindarme conocimiento y guiarme durante todo el proceso metodológico de la presente tesis.

Agradecer a la Universidad de San Martín de Porres por todo lo aprendido y vivido durante todos estos años.

Agradecer a los 126 médicos que participaron amablemente en este estudio.

INDICE

Portada	i
Título	ii
Asesor y miembros del jurado	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
ÍNDICE	vi
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Descripción de la realidad problemática	1
1.2. Formulación del problema	3
1.3. Objetivos	4
1.4. Justificación de la investigación	5
1.5. Limitaciones del estudio	6
1.6. Viabilidad del estudio	6
1.7. Antecedentes de la investigación	7
1.8. Bases teóricas	9
1.9. Definiciones conceptuales	15

1.10. Hipótesis	17
II. MATERIALES Y MÉTODOS	18
2.1. Tipo de investigación	18
2.2. Población y muestra	19
2.3. Operacionalización de variables	20
2.4. Técnicas de recolección de datos	21
2.5. Técnicas para el procesamiento de la información	22
2.6. Aspectos éticos	22
III. RESULTADOS	23
IV. DISCUSIÓN	28
V. CONCLUSIONES	31
VI. RECOMENDACIONES	33
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34



RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación de factores académicos y laborales con el nivel de conocimiento en diagnóstico y tratamiento de Dengue en médicos del primer nivel de atención de la región Lambayeque.

Método: Estudio Transversal analítico, en el cual se utilizó como instrumento un cuestionario de 16 preguntas previamente validado a una muestra de 126 médicos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de la Región Lambayeque. Para el análisis estadístico utilizamos frecuencias absolutas y relativas, Chi-cuadrado y razón de prevalencia.

Resultados: Tener estudios de post grado es un factor protector para tener un conocimiento bajo en Dengue con una RP= 0,51 (IC95%: 0,27 – 0,95). Se obtuvo una asociación estadísticamente significativa entre la capacitación en Post Grado y el nivel de conocimiento obtenido por los médicos encuestados. ($p=0,03$). Se obtuvo un nivel de conocimiento alto en el 67% de los médicos que participaron en nuestro trabajo de investigación.

Conclusión: El factor académico: estudios de post grado es factor protector de obtener un nivel de conocimiento bajo en Dengue. Existe una asociación entre la capacitación en Post grado con el nivel de conocimiento en Dengue en médicos de atención primaria de la región Lambayeque.

Palabras clave: Dengue, Conocimiento, Médicos. (**Fuente:** DeCS - BIREME)

ABSTRACT

Objective: Determine the association of academic and work factors with the level of knowledge in diagnosis and treatment of Dengue fever in the physicians of the first level care in Lambayeque region.

Methods: This study is analytical transversal type, which was used an instrument a questionnaire of 16 questions previously validated in a sample of 126 physicians of primary care the Ministry of Health of the Lambayeque region. For statistical analysis we used absolute and relative frequencies, Chi- square and prevalence reason.

Results: The post-graduate training is protector factor for have low level of knowledge in dengue with PR=0.51 (CI =0.27 – 0.95). Was found a statistically significant association between post-graduate training and level of knowledge in Dengue gained by physicians surveyed (p= 0.03). A higher level of knowledge was obtained in 67 % of physicians who participated in this research.

Conclusion: The academic factor: post-graduate training is a protector factor for a low level of knowledge in Dengue. There is an association between post-graduate training and level of knowledge in Dengue fever in physicians of primary care in the Lambayeque region.

Keywords: Dengue fever, Knowledge, physicians (**Source:** MeHS-NLM)

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Descripción de la realidad problemática

El dengue o fiebre del dengue es la enfermedad metaxénica viral más extendida del mundo y constituye uno de los mayores problemas de salud pública actualmente. Afecta a más de cien países y podría llegar a amenazar a la mitad de la población mundial (1, 2).

A nivel mundial, la mayor incidencia de casos de Dengue se presenta en el continente asiático en un 70 % aproximadamente y el continente americano reporta aproximadamente el 14 % de los casos mundiales de Dengue (2).

Se estima que existen más de 300 millones de infecciones del virus de dengue por año, donde sólo 96 millones son diagnosticados adecuadamente por su presentación clínica. Este total de casos es más de 3 veces la estimación de casos que maneja la OMS. Los casos no diagnosticados; por su clínica pobre, curso asintomático o error en el diagnóstico; tiene gran importancia ya que esta población actúa como reservorio de la enfermedad, haciendo más difícil el manejo del dengue en el campo de la salud pública (2).

El continente americano vive una enfermedad reemergente, después de que 19 países (incluido el Perú) en la década del 60 del siglo pasado se declarara libre del

vector *Aedes aegypti*, los programas contra el vector se descuidaron, y años después sufrieron nuevo brote epidémico.

Desde entonces, los casos de dengue han ido en aumento, y son justamente los niños los más propensos a las variantes graves de esta enfermedad (3).

Debe reconocerse que factores políticos, socio-económicos y clínicos contribuyen al aumento de los casos de dengue. Las migraciones a las ciudades traen consigo falta de saneamiento y una pobreza extrema, las cuales son condiciones óptimas para la formación de criaderos del vector y epidemias de dengue (4).

En el Perú, las zonas endémicas de dengue se encuentran en la costa norte y selva del país. En el año 2014, la dirección general de epidemiología, reportó 19 043 casos de dengue, con una incidencia nacional de 0,62 por 1 000 habitantes. Son 16 regiones que han reportado casos confirmados de dengue. Los cuatro serotipos están presentes en el país, variando su presencia en cada región.

Lambayeque es la tercera región de la costa norte del país con mayores reportes de casos, después de Piura y Tumbes, respectivamente. Según reporte final del año 2014. Se reportaron 195 casos, de los cuales 138 fueron casos confirmados de dengue (5).

Son 20/38 los distritos infestados por *Aedes aegypti*. El distrito con mayor índice aédico es Jayanca (2,8 – 3,1).

Los distritos con mayor tasa de incidencia son Motupe, Jayanca, Pítipo, Pucalá y Nueva Arica (mayor 30 casos por 100 000 habitantes); Olmos, Motupe, Salas e

Íllimo le siguen con una tasa de incidencia de 10 – 29,9 casos por 100 000 habitantes. Los distritos con una tasa de incidencia de 0,01 – 9,99 casos por 100 000 habitantes son Lambayeque, José Leonardo Ortiz, La Victoria, Chongoyape, Pomalca, Tután, Zaña, Chiclayo y Cayalti (5).

Durante el brote epidémico del año 2010 en nuestra región, se evaluó el nivel de conocimiento en diagnóstico y tratamiento de Dengue en los médicos de atención primaria y servicio de emergencias de la región. En los resultados de dicho estudio se halló que el 50,4% obtuvo un nivel bajo, lo cual puede influir en el diagnóstico de esta enfermedad (6).

1.2. Formulación del problema

¿Los factores académicos y laborales están asociados al nivel de conocimiento en diagnóstico y tratamiento de Dengue en médicos del primer nivel de atención de la región Lambayeque en el período Junio 2014 – Enero 2015?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Identificar la asociación de factores académicos y laborales con el nivel de conocimiento en diagnóstico y tratamiento de Dengue en médicos del primer nivel de atención de la región Lambayeque en el período Junio 2014 – Enero 2015.

1.3.2. Objetivos específicos

- Medir el nivel de conocimiento en diagnóstico y tratamiento de Dengue en médicos de atención primaria de la región Lambayeque.
- Identificar la asociación entre factores laborales del médico y el nivel de conocimiento de dicha enfermedad en los médicos de atención primaria de la región Lambayeque,
- Identificar la asociación entre factores académicos y el nivel de conocimiento en Dengue en médicos de atención primaria de la región Lambayeque.
- Evaluar cambios en el nivel de conocimiento con respecto a la evaluación realizada en un estudio anterior.

1.4. Justificación de la investigación

El tema de la presente Tesis trata de hallar factores que pueden influir en un adecuado diagnóstico y manejo del Dengue en nuestra región.

El Dengue es un problema de salud pública en la región de la costa norte y selva de nuestro país, encontrándose en esta realidad nuestra región.

Un diagnóstico precoz y eficaz de este cuadro clínico es muy importante, tanto para el paciente; mediante control de su evolución e intervención inmediata cuando presente signos de alarma; como para la comunidad, dando alerta de brote epidémico, iniciando programas de prevención como abatización y educación entre los pobladores.

La identificación de los factores que influyen en el correcto diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad con cuadro clínico muy variado en la severidad de un paciente a otro, podrán dar pautas para programas de capacitación al personal médico de atención primaria y poder controlar los casos de Dengue y erradicar los casos fatales, porque un manejo adecuado de un caso de Dengue con signos de alarma será más fácil si dicho paciente ha sido identificado previamente y controlado en busca de complicaciones.

1.5. Limitaciones del estudio

Entre los limitantes del presente estudio se encontró la falta de disposición de parte algunos médicos del primer nivel de atención para realizar el cuestionario, junto con la dificultad en la accesibilidad de algunos centros de salud de distritos alejados. Por lo que, en estos casos, se optó por ubicarlos en eventos de capacitación organizados por la GERESA u otras organizaciones.

1.6. Viabilidad del estudio

La presente tesis fue viable porque se trató de aplicar un instrumento validado de 16 preguntas a médicos en sus respectivos centros de labor o en eventos de capacitación o de otra índole. Dichos médicos son parte de una región que cada año reporta casos de dengue, en algunos distritos alcanza tasas de incidencia de más de 30 casos por 100 mil habitantes.

1.7. Antecedentes de la investigación

Huang H. et al (Taiwán, 2010) realizó un trabajo de investigación descriptivo y transversal, donde se evaluaba el conocimiento de médicos y enfermeras con práctica en Medicina del viajero sobre enfermedades metaxénicas (Malaria, Fiebre Amarilla y Dengue), en Taiwán. Se obtuvo un nivel de conocimiento de malaria promedio del 67,3% con mayor porcentaje de error en el uso profiláctico de Mefloquina y sobre el período de incubación de las variantes *Plasmodium falciparum* y *vivax*. Sobre Fiebre Amarilla se obtuvo un nivel de conocimiento promedio del 65,4% con menor acierto en el intervalo de vacunación. Finalmente, en el nivel de conocimiento de Dengue se obtuvo un promedio de acierto del 74,4% con menor acierto sobre el comportamiento del vector *Aedes aegypti* (7).

Nzayirambaho M. et al (2003) llevó a cabo un estudio descriptivo y transversal, midiendo conocimiento, actitudes y práctica médica en el tratamiento y uso correcto del protocolo terapéutico de Malaria otorgado por el Estado en médicos de Ruanda. Como resultado se obtuvo un cumplimiento del protocolo en un 63,3% de los médicos. Los factores asociados al incumplimiento del protocolo fue: desconocimiento de las terapias recomendadas, la duda en la eficacia de los medicamentos recomendados y su temor a los efectos adversos. Concluyendo en la importancia de una buena promoción de protocolos e información necesaria a los médicos por parte del Estado (8).

Lee L. et al (2011) realizó un trabajo descriptivo sobre conocimiento, actitudes y práctica médica sobre dengue en médicos de atención primaria en Singapur. El resultado fue un nivel de conocimiento del 89,9%. Donde el 50% de los médicos utilizó pruebas diagnósticas en los casos de dengue y el 75% utilizó serología para la confirmación del diagnóstico. Existieron diferencias en el manejo de dengue según institución (pública o privada) y la edad del médico de atención primaria (9).

Gordillo L. (2001) Realizó un estudio descriptivo sobre el nivel de conocimientos en la enfermedad del Dengue en personal médico e internos de medicina en hospitales del Ministerio de Salud del departamento de Lambayeque. Este estudio tuvo como resultado que un 80,5% presentó un nivel de conocimiento medio, el 15,6% un nivel alto y sólo un 3,9% nivel bajo (10).

Paico C. et al (2010) realizó un trabajo descriptivo para la Validación y desarrollo del instrumento: Nivel de conocimientos en diagnóstico y tratamiento sobre Dengue en médicos de la región Lambayeque. Donde se evaluó a médicos de atención primaria y servicio de emergencia. Se utilizó un cuestionario de 16 preguntas de respuesta múltiple, aplicado a 115 médicos. La validación del cuestionario encontró un α de Crombach de 0,804 ($>0,8$). Se encontró que el 50,4% de los médicos encuestados obtuvieron un nivel de conocimiento bajo, 48,7% nivel medio y 0,9% nivel alto. También nos muestra que clasificando el nivel de conocimiento en dos categorías se obtuvo que el 24,3% obtuvo un nivel alto y un 75,7% un nivel de conocimiento bajo (6).

1.8. Bases Teóricas

El Dengue o fiebre del dengue es una enfermedad metaxénica, considerada como la más importante enfermedad viral transmitida por mosquitos, con más de 300 millones de casos al año que afectan continentes como Asia, América y África(4).

Esta enfermedad es producida por 4 serotipos de un virus perteneciente a la familia *Flaviviridae* (DENV-1, DENV-2, DENV-3, DENV-4). Este virus se replica en el citoplasma a las 12 – 16 horas de su ingreso por la picadura del mosquito hembra *Aedes aegypti*. La infección de un serotipo otorga inmunidad de por vida para ese serotipo, pero no para los otros 3 serotipos (11). Se cree que la infección por otro serotipo a una persona ya sensibilizada a otro, puede provocar cuadro con signos de alarma. El Perú alberga a los 4 serotipos, y en la región Lambayeque circulan los serotipos DENV-1 y DENV-3 (12).

El vector *Aedes aegypti* fue detectado por primera vez en el Perú en 1852, y se cree que ingresó por la región norte. En el año 1958 se consideró que este vector se había erradicado en todo el país. Sin embargo, en 1984 se volvió a detectar en Iquitos, desde entonces se distribuye progresivamente a lo largo de la costa norte y la selva peruana (5, 14). Este mosquito vive en zonas domésticas y deposita sus huevos en almacenes de agua limpia, maseteros, llantas, floreros, etc. Generalmente pica a horas tempranas del día y últimas de la tarde. El zancudo se vuelve infectante después de 8 a 12 días de haber picado a una persona enferma con algún serotipo de Dengue, y puede transmitirlo durante toda su vida, aproximadamente 45 días.

El cuadro clínico inicia después de 3 a 14 días después de la picadura de un mosquito infectado. Esta persona puede infectar a los mosquitos con el virus desde un día antes de la fase febril hasta el término de esta fase febril. Así, encontramos un ciclo hombre-*Aedes aegypti*-hombre para la ocurrencia de la enfermedad (5, 11).

Según la Guía simplificada para la detección y atención de casos de Dengue del Ministerio de Salud del año 2010, la clasificación es la siguiente (11):

1. Caso Probable de Dengue: persona con antecedente de fiebre, que vive y procede de zonas donde se ha reportado Dengue y/o infesta con *Aedes aegypti*, presente 2 o más de las siguientes: Cefalea, dolor retro ocular, mialgia, artralgia, erupción cutánea, sangrado tipo petequias o prueba de torniquete positivo.
2. Caso de Dengue con Signos de Alarma: persona dada como caso probable de dengue a la cual después del período febril presenta manifestaciones como: dolor abdominal intenso y sostenido (espontáneo y/o a la palpación), vómitos persistentes, acumulación de fluidos clínicamente demostrable (ascitis, derrame pleural), sangrado de mucosas, letargia, irritabilidad, hepatomegalia ≥ 2 cm, aumento de hematocrito asociado a rápida caída de plaquetas. Estos signos identifican precozmente la extravasación de líquidos, lo cual puede producirse súbitamente y descompensar volémicamente al paciente. Esto marca el inicio de la fase crítica, pudiendo llevar al paciente a un estado de shock, aún con escasas hemorragias o sin evidencias externas de sangrado. Esto obliga al personal de salud a un estricto e intenso monitoreo clínico y laboratorio durante las primeras 72 horas de hospitalización.

3. Caso Dengue Grave: definida por la presencia de extravasación masiva de plasma con un Shock y/o Síndrome de Distres Respiratorio Agudo (SDRA), sangrado grave, daño grave de órganos como Hígado, Miocardio, Encéfalo.
4. Caso de Dengue Confirmado: Toda persona que cumple con el criterio para ser caso de Dengue y da positivo en pruebas de laboratorio: por aislamiento del virus del dengue del suero, el plasma, los leucocitos o las muestras de autopsia; PCR positivo, Antígeno NS1 positivo, detección de anticuerpos IgM para Dengue, evidencia de seroconversión en IgM Y/o IgG en pruebas pareadas.
5. Caso de Dengue por Nexo Epidemiológico: persona que cumpla con la definición de caso probable que reside o proceda de una localidad con presencia del vector *Aedes aegypti* y notifique transmisión confirmada de Dengue en los últimos 15 días.

El manejo de casos de Dengue es fundamentalmente de soporte. En casos no graves de Dengue, se trata de aliviar el dolor y la fiebre con Paracetamol, se aísla con mosquiteros, para evitar que infecte a mosquitos y así se siga transmitiendo la enfermedad, se le recomienda la ingesta de líquidos y realización de hemograma completo cada 48 horas.

Está contraindicado el uso de Antiinflamatorios no Esteroideos (AINEs), ya que podría desencadenar una hemorragia. Si el paciente empieza a presentar hemorragias, debe ser hospitalizado y tratarse como caso de Dengue con Signos de Alarma.

En casos de Dengue con Signos de Alarma, se dispone la hospitalización del paciente y un estricto monitoreo clínico-laboratorial durante las primeras 72 horas, hidratándolo conforme a su estado clínico. El objetivo principal es evitar un posible estado de shock.

En casos graves de Dengue, los pacientes requieren un tratamiento de emergencia para estabilizar el estado de shock, una vez superado este cuadro, mantener un control permanente de signos vitales y de hematocrito del paciente hasta que este hemodinámicamente estable.

No existen vacuna ni medicamentos contra el virus del Dengue así que la mejor forma de combatir esta enfermedad es el control y la prevención.

Como medidas de control, tenemos:

- a. Control vectorial integrado: basado en la participación de la comunidad y autoridades. Combinación de métodos de control con criterios de racionalidad, seguridad, eficacia, adaptabilidad y aceptabilidad.
- b. Control físico: contra las larvas: depósitos de almacenamiento de agua deben estar cubiertos por tapas o mallas. Contra los adultos: mosquiteros, mallas en puertas y ventanas.
- c. Control químico: contra las larvas: Insecticida. Contra los adultos: mosquiteros impregnados, jabones y lociones repelentes.
- d. Control biológico: contra las larvas: *Bacillus thuringiensis* H14 variedad *israeliensis*. Contra los adultos: selección de especies, esterilización.

- e. Saneamiento ambiental: eliminación de criaderos, estos criaderos son: los envases para almacenamiento de agua, llantas o neumáticos constituyen el hábitat predilecto para el *A. aegypti*. Existen recipientes naturales como huecos en árboles y las oquedades o huecos en las rocas.

Como medidas de prevención, tenemos a la vigilancia epidemiológica que debe proveer la información temprana del probable desarrollo de enfermedad, teniendo una alta capacidad predictiva para transmisión epidémica.

La vigilancia del vector: la vigilancia entomológica se emplea para determinar los cambios en la distribución geográfica del vector.

Puede servir para identificar las zonas de alta densidad de infestación o los periodos de aumento de poblaciones. La vigilancia de la susceptibilidad de la población de vectores a los insecticidas también debe ser parte integral de cualquier programa que utilice estos productos.

En nuestro país, se viene proponiendo una vigilancia entomológica según tres escenarios epidemiológicos:

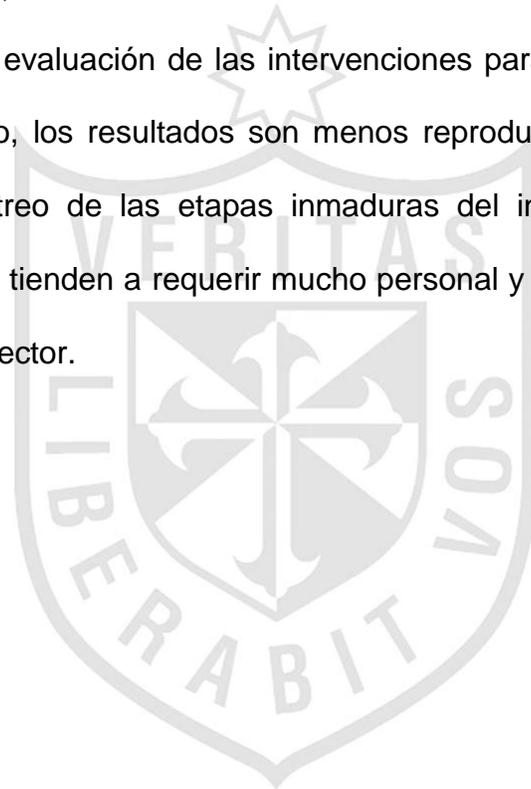
1. Escenario I: Áreas sin el vector y sin casos.
2. Escenario II: Área con el vector y sin casos.
3. Escenarios III: Área con el vector y con casos.

A: Endémico: Casos sin signos de alarma

B: Epidémico: Brote de Dengue con signos de alarma o Dengue grave

El muestreo de la población larvaria: la unidad básica de nuestro es la casa, que se inspecciona para encontrar depósitos o recipientes que contengan agua, en busca de larvas y pupas de mosquito.

La participación de la sociedad y comunicación: participación social. Los procedimientos de muestreo de adultos pueden proporcionar datos valiosos para estudios específicos, como las tendencias estacionales de la población, la dinámica de transmisión o la evaluación de las intervenciones para el control del mosquito adulto. Sin embargo, los resultados son menos reproducibles que los obtenidos mediante el muestreo de las etapas inmaduras del insecto. Los métodos de recolección también tienden a requerir mucho personal y dependen de la destreza y habilidad del recolector.



1.9. Definiciones conceptuales

Abatización: Proceso en el cual se aplican larvicidas químicos (Abate) en lugares donde puedan desarrollarse las larvas de mosquitos como *Aedes* o *Anopheles*. Uso de pequeñas dosis de Abate, con control de larvas de mosquitos, es de bajo costo y baja toxicidad.

AINEs: Antiinflamatorios no esteroideos, fármacos con función antiinflamatoria, analgésica y antipirética. Actúan inhibiendo la acción de la enzima ciclooxigenasa, por lo tanto afectan la formación de prostaglandinas y tromboxanos.

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

Conocimiento: conjunto de información almacenada mediante experiencia o aprendizaje o a través de la introspección, la cual tiene sustentación científica, que se pone en práctica en la vida diaria.

Dolor retro ocular: mialgia que afecta a músculos oculares externos.

Endémico: enfermedad distribuida en una zona geográfica específica, que no se encuentra de forma natural en otra parte.

Fiebre: respuesta adaptativa que consiste en el aumento de la temperatura corporal por encima de lo que se considera normal, y que es causada por un evento fisiopatológico (infección, inflamación).

Fumigación: Rociado espacial, busca eliminar mosquitos adultos infectados con el virus del Dengue. Se realiza en zonas con brote de dengue en situación de emergencia.

Inservibles: referente a objetos que no sirven o no están en condiciones para ser usado. Que pueden actuar como criaderos de mosquitos.

Índice aédico: Indicador que mide el porcentaje de casas positiva con larvas y pupas de *Aedes aegypti* en una localidad

Larva: fase acuática (inmadura) de la metamorfosis del mosquito.

Mialgia: dolores musculares que pueden acompañarse de debilidad y dolor a la palpación. Signo frecuente en casos de dengue.

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

Petequias: extravasación de un pequeño número de eritrocitos por daño capilar o anomalías de las plaquetas. Son pequeños derrames vasculares cutáneos del tamaño de una cabeza de alfiler.

Picadura: punzada que da un mosquito hembra con su trompa, con el fin de captar sangre.

Prevención: medidas para evitar riesgo de enfermedades

Prueba de Lazo: también llamada signo de Rumpel-Leede o de torniquete, es una técnica que ofrece información sobre la fragilidad capilar, usada en la

enfermedad del dengue. Consiste en someter el antebrazo del paciente a una presión intermedia entre la sistólica y la diastólica durante 5 minutos. Tras la retirada del manguito de presión y esperar a que la piel recupere su estado relajado se observa la zona presionada. El conteo de petequias producidas por la rotura capilar en un área de una 1 cm² superior a tres da positivo.

Soporte: medida terapéutica de control de síntomas y estabilidad hemodinámica.

Vector: agente que puede propagar o transmitir una enfermedad de un organismo a otro.

1.10. Hipótesis

Existe una asociación entre los factores académicos y laborales con el nivel de conocimiento sobre diagnóstico y tratamiento de Dengue en médicos del primer nivel de atención de la región Lambayeque.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. Tipo de investigación

2.1.1. Descripción del diseño:

Si tomamos en cuenta la intervención del investigador y secuencia de recolección de información en el cual se desarrolló este estudio, podemos indicar que es de tipo no experimental y transversal.

2.1.2. Tipo – Nivel:

Según el tipo de estudio, la presente tesis es de tipo Observacional, ya que no manipula las variables de estudio.

Según el nivel del estudio que se realizó en la presente tesis, es de tipo Analítico porque se evaluó la asociación entre los factores propuestos con el nivel de conocimiento obtenido en diagnóstico y tratamiento del Dengue.

2.1.2. Enfoque:

El enfoque metodológico a utilizado en la presente Tesis es Cuantitativo

2.2. Población y muestra

2.2.1. Población:

Médicos de atención primaria en los diferentes establecimientos de salud de la región Lambayeque.

El Ministerio de Salud cuenta con 223 médicos que laboran en el primer nivel de atención del Ministerio de Salud.

2.2.2. Muestra:

Utilizando el programa estadístico EPIDAT se obtiene un tamaño de muestra de 125 médicos, con una proporción esperada de nivel de conocimiento adecuado de 24,3% (6), precisión absoluta del 5% y un nivel de confianza de 95%.

Muestreo probabilístico simple, donde se seleccionaba de forma aleatoria los establecimientos de salud, encuestando a los médicos que laboraban en dichas sedes.

- Criterios de inclusión:
 - Médicos generales del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de la Región Lambayeque.
- Criterios de exclusión:
 - Médicos que se nieguen a responder el instrumento.
 - Médicos que entreguen un instrumento incompleto.

2.3. Operacionalización de variables

Variables	Dimensiones	Indicadores	Sub indicadores	Escala de Medición
	Aspecto Demográfico	Edad	Años cumplidos	Razón
		Género	Femenino	Nominal

			Masculino	
			Años	
		Tiempo de ejercicio de profesión	transcurridos desde egreso de Pregrado	Razón
		Práctica Privada	Si No	Nominal Dicotómica
	Aspecto Laboral		I-1 I-2 I-3 I-4	Nominal
Factores asociados		Nivel de Atención		
		Manejo previo de caso de Dengue	Si No	Nominal Dicotómica
		Universidad procedencia	Nacional Particular	Nominal
	Aspecto Académico	Capacitación en Post Grado	Si No	Nominal Dicotómica
		Capacitación sobre Dengue	Si No	Nominal Dicotómica
Nivel de Conocimiento	Diagnóstico y tratamiento	Alto Bajo	9 – 16 respuestas correctas 0 – 8 respuestas correctas	Nominal

2.4. Técnicas de recolección de datos

Se buscó a médicos seleccionados en sus centros de labores o reuniones institucionales, proporcionándoles el instrumento y desarrollado de forma auto

aplicada, con una duración aproximada de 20 minutos para el desarrollo del cuestionario.

2.4.1. Descripción del instrumento

En la presente Tesis se utilizó un instrumento validado tipo cuestionario a médicos en los diferentes establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de la Región Lambayeque. Dicho instrumento contiene dos partes: una de datos del médico (Edad, año de egreso de pregrado, manejo anterior de dengue, capacitación previa sobre dengue, universidad de procedencia) y otra parte de conocimientos con un total de 16 preguntas (9 preguntas de diagnóstico y 7 preguntas de tratamiento preventivo y médico).

2.4.2. Validez y confiabilidad de los instrumentos

El instrumento utilizado se elaboró mediante un trabajo de investigación en el año 2010; pasó revisión de expertos, lo que le dio la validez, fue comprobada en una población piloto para detectar errores y posteriormente ejecutada en un trabajo de investigación con una muestra de 115 médicos, que finalmente obtuvo un α de Crombach de 0,804 (6).

2.5. Técnicas para el procesamiento de la información

En la presente Tesis se utilizó análisis de frecuencia absolutas y relativas para variables categóricas, uso de media, mediana y desviación estándar para variables cuantitativas, razón de prevalencia y Chi cuadrado para la correlación de variables categóricas, con un nivel de confianza del 95%, y un nivel de significancia del 5% usando el programa estadístico SPSS 17.0.

2.6. Aspectos éticos

Se contó con la aprobación por la unidad de tesis de nuestra universidad y la aprobación por la GERESA Lambayeque para el inicio de recolección de información.

Se contó con la participación de médicos que aceptaron completar el cuestionario, dicha aceptación se perpetuó mediante la firma de un consentimiento informado, documento por el cual se asegura la adecuada información sobre la importancia que tiene su participación en el presente estudio de investigación, se aseguró la total confidencialidad en el resultado obtenido por cada médico.

III. RESULTADOS

Se invitó a participar a 136 médicos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de la región Lambayeque, de los cuales 126 aceptaron y llenaron correctamente el instrumento, con una tasa de no respuesta de 7.35%. Con respecto a la distribución por edad, se obtuvo una edad media de 34,2 años (DS= 11,1), teniendo el 55,6% de los encuestados edades entre 24 y 30 años. El 61,1% fueron profesionales de la salud de sexo masculino.

Con respecto a factores laborales; el 58,7% de los médicos encuestados tenían de 0 a 5 años de labor profesional; el 42,9% laboraba en un establecimiento de salud de nivel I-2 y el 33,3% en un establecimiento de salud de nivel I-3. El 60,3% de los médicos encuestados niegan manejo de caso de Dengue. Sobre práctica privada, sólo el 39,7% realiza práctica privada de la profesión.

Sobre factores académicos; el 67,5% egresó de una universidad nacional; sólo el 38,1% ha tenido un post grado; el 37,3% ha presentado capacitación sobre Dengue.

(Ver Tabla N° 01)

Tabla 1. Distribución numérica y porcentual del nivel de conocimiento en diagnóstico y tratamiento de dengue en médicos de la región Lambayeque según antecedentes generales en el periodo junio 2014 – enero 2015.

ANTECEDENTE	NIVEL DE CONOCIMIENTO			
	Bajo		Alto	
	N	%	N	%
Edad				
- 24 a 30	26	20,6	44	34,9
- 31 a 40	5	3,9	21	16,6
- 41 a 50	3	2,3	18	14,2
- 51 a 60	2	1,5	2	1,5
- 61 a 70	3	2,3	2	1,5
Universidad				
- Nacional	22	17,4	63	50,0
- Privada	17	13,4	24	19,0
Post Grado				
- SI	9	7,1	39	30,9
- NO	30	23,8	48	38,0
Capacitación en Dengue				
- SI	11	8,7	36	28,5
- NO	28	22,2	51	40,4
Práctica Privada				
- SI	14	11,1	36	28,5
- NO	25	19,8	51	40,4
Manejo anterior de dengue				
- SI	13	10,3	37	29,3
- NO	26	20,6	50	39,6
Nivel de Atención				
- I – 1	3	2,3	6	4,7
- I – 2	20	15,8	34	26,9
- I – 3	12	9,5	30	23,8
- I – 4	4	3,1	17	13,4
Años de egreso de Pre Grado				
- 0 a 5 años	27	21,4	47	37,3
- 6 a 10 años	4	3,1	15	11,9
- 11 a 15 años	1	0,7	9	7,1
- 16 a 20 años	0	0	6	4,7
- > de 20 años	7	5,5	10	7,9

Con respecto a los factores asociados, se obtuvo asociación significativa con el nivel de conocimiento y la existencia de capacitación de post grado por parte del médico encuestado con un valor $p = 0,03$ ($<0,05$). Además se encontró que este factor; estudio en post grado, es un factor protector con un $RP= 0,51$ ($IC95\%= 0,27 - 0,95$) para la obtención de un nivel bajo de conocimiento en dengue. Los factores de universidad de procedencia, capacitación sobre dengue, manejo de dengue previo, practica privada, años de egreso o establecimiento de labor profesional no tienen relación estadística con el nivel de conocimiento, al obtener un intervalo de confianza de la razón de prevalencia contiene a la unidad. (Ver Tabla N°02).

Sobre el nivel de conocimiento, se identificó que el 69% de los médicos encuestados obtuvieron el rango de conocimiento Alto con 9 a 16 respuestas correctas. Mientras que el 31% restante obtuvieron un rango bajo de conocimiento sobre Dengue con 8 a menos respuestas correctas. La nota máxima fue de 14 preguntas correctas de un total de 16 preguntas, y la nota mínima fue de 4 respuestas correctas. Como se muestra en la tabla N° 03 la pregunta menos acertada fue sobre la definición adecuada de caso probable de dengue con 15,9% de acierto, seguida de la pregunta sobre tiempo adecuado para toma de muestra con 26,2% de acierto. Por otro lado las preguntas con mayor porcentaje de acierto fueron sobre la definición de la prueba de Lazo y tratamiento de caso de Dengue con 95,2% cada una.

Tabla 2. Razón de prevalencia de antecedentes académicos y laborales de médicos de atención primaria de la región Lambayeque sobre el nivel de conocimiento bajo durante el periodo junio 2014 – enero 2015.

ANTECEDENTE	RP*	IC 95%**
Edad		
- 24 a 30	1,31	0,97 – 1,78
- 31 a 40	0,53	0,21 – 1,80
- 41 a 50	0,37	0,11 – 1,18
- 51 a 60	2,23	0,32 – 15,26
- 61 a 70	3,34	0,58 – 19,23
Universidad		
- Nacional	0,77	0,57 – 1,05
- Privada	1,58	0,96 – 2,58
Post Grado		
- SI	0,51	0,27 – 0,95
- NO		
Capacitación en Dengue		
- SI	0,68	0,38 – 1,19
- NO		
Práctica Privada		
- SI	0,86	0,53 – 1,41
- NO		
Manejo anterior de dengue		
- SI	0,78	0,47 – 1,30
- NO		
Nivel de Atención		
- I – 1	1,11	0,29 – 4,23
- I – 2	1,31	0,87 – 1,96
- I – 3	0,89	0,51 – 1,55
- I – 4	0,52	0,18 – 1,45
Años de egreso de Pre Grado		
- 0 a 5 años	1,28	0,96 – 1,70
- 6 a 10 años	0,59	0,21 – 1,67
- 11 a 15 años	0,24	0,03 – 1,88
- 16 a 20 años	0,36	0,04 – 2,91
- > de 20 años	1,56	0,64 – 3,79

*RP: Razón de prevalencia

**IC 95%: Intervalo de confianza al 95%

Tabla 3. Porcentaje de acierto de cada pregunta del cuestionario empleado para medir el nivel de conocimiento en diagnóstico y tratamiento sobre dengue en médicos de la región Lambayeque en el período junio 2014 – enero 2015.

PREGUNTA	% ACIERTO
Tratamiento de Dengue	95,2%
Definición de prueba de lazo	95,2%
Definición de abatización	92,1%
Medidas para control larvario	77,8%
Transmisibilidad del Dengue	72,2%
Prevención en escenario epidemiológico I	65,9%
Definición de caso confirmado de Dengue	62,7%
Realización de muestra pareada	60,3%
Sintomatología del Dengue	57,1%
Realización de toma de 1° muestra	57,1%
Medidas para control de mosquito adulto	50,0%
Tiempo de monitoreo en Dengue con signos de alarma	47,6%
Clasificación de Dengue	46,0%
Examen de laboratorio prioritario en manejo de Dengue	32,5%
Examen de laboratorio en fase virémica	26,2%
Definición caso probable	15,9%

IV. DISCUSIÓN

Al comparar el nivel de conocimiento obtenido en el presente estudio con nuestros antecedentes internacionales y regionales, se presentan datos interesantes como se detallan a continuación.

El estudio de Huang H. (2010) en Taiwán (7), nos mostraba un nivel de acierto en su cuestionario en el 74,4% de los encuestados, lo cual se contrasta con el 69% obtenido en nuestra región. Cabe resaltar que ese estudio se aplicó en profesionales de la salud que se dedicaban a la medicina del viajero, en el cual la fiebre del Dengue es un Tema de suma importancia a nivel internacional y a nivel de Taiwán en el cual se reportan cerca de 10 000 casos por año (17), lo cual justifica el nivel más alto, al obtenido en nuestro medio en el cual se entrevistan médicos de atención primaria sin especialización en Dengue.

Comparando nuestro resultado con el obtenido por Lee L. (2011) en Singapur, en el cual se obtuvo un nivel de conocimiento de acierto en un 89,9% de los encuestados, los cuales fueron médicos del primer nivel de atención, al igual que nuestro trabajo. Se debería tener en cuenta que la probabilidad que enfermar con Dengue y de tener manifestaciones de alarma en dicho país es más alta que el que tiene una persona de contraer la fiebre del dengue en el Perú, siendo un tema de vital importancia en dicho país asiático (9).

Con respecto a nuestros antecedentes regionales. El nivel de conocimiento obtenido en este estudio muestra una clara mejoría con los dos estudios.

Gordillo L. (2001) encontró un nivel de conocimiento alto en sólo el 15,6% de los encuestados y un conocimiento medio en el 80,5% de los encuestados, pero cabe

resaltar que dicho cuestionario no fue validado y contaban con preguntas de respuestas en afirmativo o negativo. No obstante es importante dicho estudio ya que es el primer estudio reportado en el que se valora el conocimiento del médico de la región Lambayeque con respecto a esta enfermedad (10).

El último de los estudios realizado en este rubro en nuestra región fue en el 2010 por Paico C. et al (6), utilizando el mismo instrumento de medición validado que en este trabajo de Tesis, en el cual se encontró un nivel de conocimiento alto en sólo el 24,3% de los 115 médicos encuestados, comparado con 69% de encuestados con nivel alto de conocimiento actual. Esto puede deberse al tiempo transcurrido en el cual la norma técnica actual de Dengue publicada en el año 2010; en la cual se cambia la clasificación y se refuerza sobre medidas terapéuticas adecuadas en cada caso; fue más conocida que durante el estudio anterior. Además que esta región mantiene casos de Dengue en diferentes distritos de la región de forma fluctuante lo cual obliga al profesional de salud a estar actualizado en este tema.

Con respecto a la razón de prevalencia, se encontró que la presencia de estudios de post grado es un factor protector para la obtención de un nivel de conocimiento bajo en Dengue. Como se planteó en la hipótesis. Además, el presente estudio científico muestra relación estadísticamente significativa entre la capacitación en Post grado y el nivel de conocimiento de Dengue, esto debido a que un post Grado indica de forma indirecta la necesidad de estudio de temas de interés e importancia en el ámbito médico, siendo como un factor protector para la obtención de un conocimiento alto en Dengue.



V. CONCLUSIONES

1. Se encontró asociación entre la capacitación de Post Grado y el nivel de conocimiento en Dengue en médicos de la región Lambayeque.
2. Se obtuvo un nivel de conocimiento alto en Dengue en el 69% de los médicos de atención primaria del Ministerio de Salud de la región Lambayeque.
3. Los factores laborales estudiados; como nivel de establecimiento, manejo previo de dengue, años de egreso de pre grado o ejercicio de práctica privada, no tienen asociación con el nivel de conocimiento en Dengue en médicos de atención primaria de la región Lambayeque.
4. El factor académico de estudios en Post grado es un factor protector con respecto a la obtención de un nivel bajo de conocimiento en dengue en médicos del primer nivel de atención de la región Lambayeque. Caso contrario con los restantes factores académicos como capacitación en dengue, universidad de procedencia; los cuales no se asocian al nivel de conocimiento en Dengue.
5. Se encontró una mejoría importante entre el nivel de conocimiento encontrado en el estudio en nuestra región en el 2010 con respecto al actual estudio.

VI. RECOMENDACIONES

El presente estudio demostró una clara mejoría a comparación de lo obtenido años atrás, pero se debe de tener en cuenta que el Dengue es una amenaza latente y que esa cifra de conocimiento alto debe llegar o aproximarse a un cien por cien, por el bien de cada poblador de nuestra región, para ello debería de incrementarse y mejorarse el impacto de las capacitaciones sobre Dengue en los médicos de atención primaria de nuestra región.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez-Torres E. “La prevención de la mortalidad por dengue: un espacio y un reto para la atención primaria de Salud”. RevPanam Salud Publica 2006; 20(1)
2. Bhatt S, Gething W, Brady O, Farrar J, [et al]. “The global distribution and burden of dengue”. RevNature Abril 2013. [Accesado 07 enero 2015]. Disponible en: www.nature.com/nature/journal/vaop/ncurrent/full/nature12060.html
3. Shepard D, Coudeville L, Halasa Y, Zambrano B, Dayan G. “Economic Impact of Dengue Illness in the Americas. Am J Trop Med Hyg.2011; 84(2): 200-7. [Accesado 14 enero 2015]. Disponible en: [Http://www.ajtmh.org/content/84/2/200.long](http://www.ajtmh.org/content/84/2/200.long)
4. Tapia-Conyer R, Betancourt-Cravioto M, Méndez-Galván J. “Dengue: an escalating public health problem in Latin America. Paediatrics and International Child Health. Mayo 2012; 32(1): 14-7. [Accesado 14 enero 2015]. Disponible en: http://www.maneyonline.com/doi/abs/10.1179/2046904712Z.00000000046?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed&
5. Dirección General de Epidemiología [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2015. Sala situacional para el análisis de situación de salud semana epidemiológica N° 53 – 2014; 2015 Jan 15 [citado 20 Ene 2015]; [aprox. 9 pantallas]. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=447
6. Paico-Romero C, Polo-Capuñay A, Díaz-Exebio G, Díaz-Vélez C. “Validación y desarrollo del instrumento: Nivel de conocimientos en diagnóstico y tratamiento

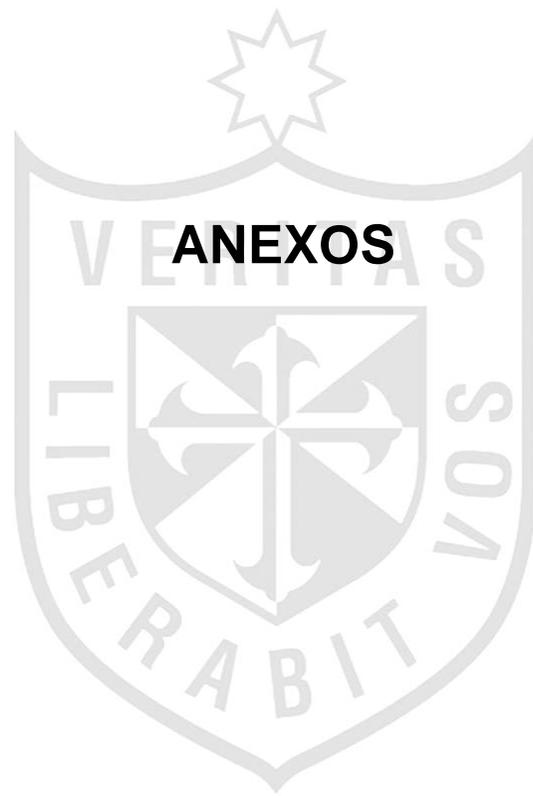
- sobre dengue en médicos de la región Lambayeque”. *Acta Med Per.* 2012; 29(3): 143-7. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v29n3/a03v29n3.pdf>
7. Huang H, Chiu T, Huang K, Cheng S, Yao C, Lee L. “Travel related mosquito – transmitted Disease questionnaire survey among Health professionals in Taiwan”. *Journal of travel medicine.* 2011; 18(1): 34-8 [Accesado 04 Febrero 2015] Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1708-8305.2010.00483.x/pdf>
8. Nzayirambaho M, Freund R, Millet P, Lombrail P, Malvy D, Potel G. “Assessing the application of Rwanda’s national protocol for uncomplicated malaria treatment in healthcare institutions in Kigali city, Rwanda”. *Med Mal Infect.* Marzo 2008; 38(3): 119-24 [Accesado 20 Enero 2015] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18065179>
9. Lee L, Thein T, Kurukularatre C, Gan V, Lye D, Leo Y. “Dengue Knowledge, attitudes and practice among primary care physicians in Singapore”. *Ann Acad Med Singapore.* December 2011; 40(12): 533-8 [Accesado 27 enero 2015] Disponible en: <http://www.annals.edu.sg/pdf/40VolNo12Dec2011/V40N12p533.pdf>
10. Gordillo L. “Nivel de conocimientos sobre la enfermedad de dengue en personal médico o internos de medicina de hospitales del ministerio de salud del departamento de Lambayeque”. [Tesis] UNPRG. 2001.
11. Ministerio de Salud. Guía simplificada para detección y atención de casos de dengue. Dirección General de Salud de las personas. [Accesado 7 enero 2015]

12. Phillips I, Need J, Escamilla J, Colán E, Sánchez S, Rodríguez M, Vásquez L, Sarmiento J. [et al]. "Primer brote de dengue documentado en la Región Amazónica del Perú. Bol of Sanit Panam 1993; 114(6): 513-9 [Accesado 21 Enero 2015]
13. Chávez J, Vargas J, Vargas F. "Resistencia a deltametrina en dos poblaciones de *Aedes aegypti* del Perú. Revperubiol. 2005; 12(1) [Accesado 21 Enero 2015] Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-99332005000100017
14. Chowell G, Torre C, Munayco-Escate C, Suarez-Ognio L, Lopez-Cruz R, Hyman J, Castillo-Chavez C. Spatial and temporal dynamics of dengue fever in Peru: 1994 – 2006. Epidemiol. Infect. 2008; 136:1667-77
15. Mamani E, Álvarez C, García M, Figueroa D, Gatti M, Guio H, Merino S, Valencia P, [et al]. "Circulación de un linaje diferente del virus Dengue 2 genotipo América/Asia en la región Amazónica de Perú, 2010". Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2011; 28(1): 72-7 [Accesado 25 enero 2015] Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v28n1/a11v28n1.pdf>
16. Chia-Jung H, Meng-Jung C. "Epidemiological trends of Dengue infection in Taiwan". European Journal of health. 2013; 2013:5. [Accesado 28 enero 2015] Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971210023416>
17. Dirección General de Epidemiología [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2014. Sala situacional para el análisis de situación de salud semana epidemiológica N° 12 – 2014; 2014 Abr 14 [citado 20 Mayo 2014]; [aprox. 9 pantallas]. Disponible en:

http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=14&Itemid=154

18. Ler T, Ang L, Yap G, Ching L, Tai J, James L, Goh K. Epidemiological characteristics of the 2005 and 2007 dengue epidemics in Singapore – similarities and distinctions. WPSAR. 2011; 2(2). [Accesado 01 febrero 2015] Disponible en: http://www.wpro.who.int/wpsar/volumes/02/2/2010.1.1.011_OR_Ler.EN.pdf





ANEXO 1

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

CONOCIMIENTO EN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DENGUE

Edad: _____

Femenino () Masculino ()

Año de egreso Pregrado: _____

Universidad: Nacional () Privada ()

Nivel de atención: I-1 () I-2 () I-3 () I-4 ()

Capacitación Post Grado: SI () NO ()

Capacitación sobre Dengue: SI () NO ()

Práctica privada: SI () NO ()

Manejo de Dengue anterior: SI () NO ()

Instrucciones: A continuación se le mostrarán preguntas sobre diagnóstico y tratamiento de dengue, para ello le pedimos que responda marcando con aspa (X) una sola respuesta.

1. De las medidas para el control larvario, cual es FALSA:

- Fumigación
- Recojo de inservibles.
- Arena en recipientes de flores.
- Recipientes en donde se almacenen agua mantenerlos con tapa.
- Evitar las llantas en jardines o lugares abiertos, etc.

2. Cuáles son medidas para el control del mosquito adulto:

- Repelentes
- Arena en recipientes de flores
- Fumigación
- Recipientes en donde se almacenen agua mantenerlos con tapa.
- Evitar las llantas en jardines o lugares abiertos, etc.
- Todas
- Ninguna.

3. La fase virémica en el dengue, es ideal para la toma de muestra de:

- Ig M
- Ig G
- Ig M e Ig G
- Aislamiento viral
- PCR

4. La abatización, consiste en:

- Consiste en eliminar el mosquito hembra y así evitar la picadura del mosquito.
- Consiste en la eliminación del mosquito adulto.

- c. Consiste en la eliminación de la fase larvaria del mosquito.
 - d. Son las medidas preventivas educativas para dengue.
 - e. Es la reproducción in Vitro del virus del dengue.
- 5. La mejor definición de caso probable de dengue es:**
- a. Paciente con cuadro febril de inicio agudo, con cefalea y/o dolores osteomusculares generalizados y erupción macular violáceo predominante en tronco.
 - b. Caso con antecedente reciente de fiebre de 2 a 7 días de duración con cefalea y dolor retrocular.
 - c. Toda persona con fiebre, anemia severa e ictericia residente o procedente de zonas endémicas de transmisión.
 - d. Todo paciente con fiebre de inicio súbito 39° C y mialgias, fatiga, postración, síntomas del tracto respiratorio alto: tos, congestión nasal, rinorrea, dolor de garganta.
 - e. A y B son verdaderas.
- 6. Qué exámenes pediría usted en forma prioritaria para manejo de dengue:**
- a. Examen de orina completo.
 - b. Hemograma completo.
 - c. Perfil de coagulación y hematocrito.
 - d. Radiografía de tórax.
 - e. Examen de gota gruesa.
- 7. La prueba de lazo positiva consiste en:**
- a. Demostración de un cambio en el título de IgG o IgM en cuatro veces o más en muestras de suero pareadas.
 - b. Es la prueba rápida para detección serológica del virus del dengue.
 - c. Presencia de más de 3 petequias de un centímetro cuadrado.
 - d. Variación del hematocrito mayor del 20% del basal.
 - e. Presencial arterial diferencial disminuida en 20 mmHg o más.
- 8. Sobre la transmisibilidad del dengue, es cierto:**
- a. Se da de persona a persona en algunos casos (contacto con sangre directo, transfusiones, etc.).
 - b. Sólo puede darse la transmisión a otra persona en los primeros 5 días (fase virémica).
 - c. Sólo se puede dar mediante el vector, los cuales se vuelven infectantes entre los 8 y 12 días después de alimentarse con sangre infectada.
 - d. Sólo se da en zonas endémicas.
 - e. Todas son falsas.
- 9. La toma de muestra se debe realizar:**
- a. Desde el primer día de sintomatología.
 - b. A las dos semanas de la picadura del mosquito.
 - c. Sólo si es sospechoso de dengue hemorrágico.
 - d. Después del 4° o 5° día de inicio de sintomatología.
 - e. En cualquier momento de la viremia.
- 10. La toma de muestra pareada (segunda muestra) se debe tomar:**

- a. Se toma en forma conjunta de la primera muestra.
- b. A las dos semanas de picadura del mosquito.
- c. Sólo si es sospechoso de dengue hemorrágico.
- d. Después del 4° o 5° día de inicio de sintomatología.
- e. A los 15 días de la primera toma.

11. Respecto al tratamiento del dengue, es verdadero:

- a. En caso de dengue clásico usar antivirales.
- b. Se recomienda el uso de aspirina como antipirético.
- c. Se recomienda el uso de corticoides sistémicos.
- d. El paracetamol está contraindicado.
- e. En el caso probable de dengue el tratamiento principal es de soporte.

12. En el escenario epidemiológico I, cual es la medida de prevención más acorde:

- a. Charlas educativas
- b. Fumigación
- c. Abatización
- d. Vacunación
- e. Todas.

13.Cuál de las siguientes alternativas, no corresponde a la clasificación de dengue:

- a. Caso probable de dengue.
- b. Dengue hemorrágico.
- c. Dengue confirmado.
- d. Dengue con signos de alarma.
- e. Dengue grave.

14. Son síntomas o signos en pacientes con dengue, EXCEPTO:

- a. Sangrado de mucosas.
- b. Vómitos frecuentes.
- c. Dolor abdominal.
- d. Disminución de hematocrito.
- e. Disminución de conteo de plaquetas

15. Que se debe hacer si se tiene un paciente con dengue con signos de alarma:

- a. Estricto monitoreo clínico-laboratorial durante las primeras 72 horas.
- b. Estricto monitoreo clínico-laboratorial durante las primeras 24 horas
- c. Monitoreo ambulatorio una vez al día
- d. Estricto monitoreo clínico-laboratorial durante toda la etapa de convalecencia.

16. Se llama caso de dengue confirmado, cuando:

- a. Su hemograma demuestra un aumento de hematocrito asociado a disminución rápida de conteo de plaquetas
- b. Persona que cumple con la definición de caso probable que resida o proceda de una localidad con presencia del vector.
- c. Aumento de IgG al sexto día de la enfermedad
- d. Aislamiento del virus de dengue
- e. Presencia del agente causal en hemocultivo.

ANEXO 2
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento Informado para participantes de la investigación

Estimada(o) médico:

Previo saludo cordial a nombre de la Universidad San Martín de Porres hace llegar la invitación a participar en una investigación titulada “Factores asociados al nivel de conocimiento en diagnóstico y tratamiento de Dengue en médicos de la región Lambayeque”. A usted se le pide que participe en este estudio de investigación debido a que podemos recolectar datos importantes para mejorar estrategias sanitarias en enfermedades metaxénicas.

El objetivo de la investigación es identificar los factores que influyen en el nivel de conocimiento del médico de la región en diagnóstico y tratamiento de Dengue, enfermedad endémica de nuestra región, y así, poder mejorar programas de prevención y manejo de dicha enfermedad, como trabajo para la obtención del grado de Médico cirujano en la Universidad de San Martín de Porres. Esta investigación se incluirá a 125 médicos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud.

Este es un formulario de consentimiento que le brindará información acerca de este estudio, y usted es libre de hacer preguntas sobre este estudio en cualquier momento. Si usted está de acuerdo en participar de este estudio, a usted se le pedirá que firme este formulario de consentimiento. Se le dará una copia para que la guarde.

Si usted decide participar en este estudio, se le pedirá responder a un cuestionario con datos básicos y 16 preguntas de opción múltiple, esto tomará aproximadamente 15 minutos.

La participación en el estudio será estrictamente voluntaria y anónima, asegurándose la confidencialidad del resultado de su cuestionario.

Beneficios: su participación en el estudio permitirá conocer factores asociados al nivel de conocimiento obtenido por los médicos participantes. Los resultados de este estudio podrán servir de base para posteriores investigaciones o para la planificación de mejoras en estrategias sanitarias.

Daños Potenciales: No existen riesgos dañinos.

La información, que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas; Se tomarán las medidas para proteger su información personal y no se incluirá su nombre en ningún formulario, reporte, publicaciones o cualquier futura divulgación.

La decisión de participar en este estudio es suya. Puede decidir no participar o puede abandonar el estudio en cualquier momento. La decisión de no participar o de abandonar el estudio no representará ningún perjuicio para usted.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Si alguna de las preguntas del cuestionario, le parece incómoda usted tiene derecho a no responderla.

No se realizará pago alguno (económico y de alguna otra forma) para que acepten participar en el estudio.

Si tuviera alguna duda acerca de la investigación, deberá comunicarse con el asesor Díaz Vélez Cristian al número celular 978724812 o al correo cristiandiazv@hotmail.com

Se me ha explicado acerca esta investigación y autorizo mi participación.



_____/_____/2014

Nombre y apellidos
del participante

Firma del Participante Fecha

_____/_____/2014

Firma del investigador Fecha Hora