

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA.
FACULTAD DE MEDICINA.



Monografía para optar al título
de Doctor en Medicina y Cirugía.

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE
DENGUE EN LOS CONSEJOS I Y III, SUTIAVA-LEÓN.
MAYO – SEPTIEMBRE.
2003.**

AUTORES: *Bra. ALLISON CHÁVEZ ROJAS*

Bra. BELKYS MARINA MASÍS GARCIA

Bra. ELIA MARÍA MORENO REYES

TUTORA: *Msc. JOSEFINA VALLADARES VALLEJOS*
Docente de la Facultad de Medicina

LEÓN, OCTUBRE, 2003

RESUMEN

Se realizó un estudio de Corte Transversal Analítico en los consejos I y III de Sutiava del Municipio de León, con el fin de identificar los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Dengue durante el período de mayo a septiembre del año 2003 y comparar con el estudio realizado en el año 2000 en la población descrita.

La población estudiada fue de 1474 viviendas de las cuales se obtuvo una muestra de 300 casas. Se recolectó la información a través de encuestas dirigidas a personas mayores de 12 años. Una vez obtenida la información fue analizada y procesada en el paquete estadístico SPSS 10.0 para Windows, realizándose distribución de frecuencia y porcentaje, aplicando para su análisis valores de P, Chi cuadrado y OR.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: la población tiene conocimientos deficientes sobre dengue, no sabe diferenciarlo de la malaria, no conocen el nombre del mosquito, ni los signos de alarma.

Se encontraron actitudes positivas ya que ante un enfermo de dengue la mayoría de las personas buscarían ayuda médica y le administrarían acetaminofén en caso necesario.

Presentaron buenas prácticas para el control de la enfermedad, hacen buen control de criaderos, buen uso del abate y toman medidas para evitar el piquete del mosquito.

Al hacer la comparación con el estudio del año 2000, se observó que los conocimientos a pesar de seguir siendo deficientes han tenido una notable mejoría.

AGRADECIMIENTO

A Dios Nuestro Señor porque nos permite el don de la vida y la sabiduría para finalizar nuestro estudio.

A nuestros padres por su apoyo incondicional en todos los momentos de nuestra vida y por su estímulo constante para lograr las metas propuestas.

Muy especialmente a nuestra tutora Lic. Josefina Valladares por su disposición y apoyo incondicional, el tiempo sin límites que nos brindó y el aporte de sus conocimientos que fueron fundamentales para la realización de este estudio.

A nuestra población de estudio por su colaboración desinteresada y su tiempo.

Al Programa de Control de Vectores del SILAIS, León por brindarnos la información necesaria para nuestro estudio.

DEDICATORIA

A nuestros Padres por el gran sacrificio que han hecho durante estos años, su ayuda incondicional y sus palabras de aliento para salir adelante.

- Arlene Rojas Noguera y Azarías Chávez Fajardo.
- Cnelia García Fonseca y Gilberto Masís Salinas.
- Yadira Reyes Méndez y Juan José Moreno Rayo.

A mi hijo Kevin Eduardo Moreno y mi hermana Ana Luisa Rayo Reyes por darme fuerzas para seguir adelante.

A mis tíos Noa Luz Otero y Fernando Delgado por brindarme su hospitalidad durante mis años universitarios.

A mi novio Marlon Mayorga por su apoyo incondicional y sus palabras que me incentivan a seguir adelante.

Allison, Belkys, Elia.

INDICE

CONTENIDO	PÁGINAS
INTRODUCCIÓN.....	1
ANTECEDENTES.....	4
JUSTIFICACIÓN.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
OBJETIVOS.....	7
MARCO TEÓRICO.....	8
DISEÑO METODOLÓGICO.....	27
RESULTADOS.....	32
DISCUSIÓN.....	47
CONCLUSIONES.....	52
RECOMENDACIONES.....	54
BIBLIOGRAFÍA.....	56
ANEXOS.....	59

INTRODUCCIÓN.

El dengue es una de las enfermedades virales más distribuidas en el mundo, con una doble clasificación, dengue clásico como la enfermedad re-emergente más importante en las Américas y el dengue hemorrágico como la nueva enfermedad de mayor trascendencia de la América tropical. La Organización Mundial de la Salud estimó que para 1994 estaban expuestos a su contagio alrededor de 2,000 millones de personas en todo el mundo y más de 100 países han sido afectados por epidemias de dengue o dengue hemorrágico. Además estima que anualmente ocurren más de 50 millones de casos de dengue y dengue hemorrágico con 500,000 casos hospitalizados y 200,000 defunciones. Un alto porcentaje de los casos son niños (6,8).

Muchas enfermedades de transmisión vectorial se han venido notificando desde hace muchos años en los países de América Latina y el Caribe, no escapando Nicaragua como país en vías de desarrollo a este problema. Dentro de estas, el dengue es una de las de mayor trascendencia, sobre todo en nuestro medio donde existen condiciones favorables que permiten el desarrollo de epidemias que se tornan cada vez más graves para nuestra población.

Es una enfermedad endémica con numerosos brotes epidémicos graves, que han incidido en la morbilidad y mortalidad en Nicaragua. Esta enfermedad es una de las que presenta mayor incidencia y prevalencia desde hace algunos años en nuestro país, a pesar de las acciones realizadas por el personal del programa de enfermedades de transmisión vectorial como son: limpieza, eliminación de criaderos, destrucción de depósitos y abatización. Estas estrategias han ayudado a disminuir un poco los casos de dengue, sin embargo todavía este problema está afectando mucho a nuestra población.

La emergencia del dengue y dengue hemorrágico como un mayor problema de salud pública ha sido más dramática en las Américas. Entre 1950 y 1960 la Organización Panamericana de la salud organizó una campaña de erradicación contra el *A. aegypti* en la mayoría de los países de Centro y Sudamérica, para prevenir la fiebre amarilla urbana. Como resultado, las epidemias de dengue ocurrieron sólo esporádicamente en algunas islas del Caribe durante este período (26).

El drástico deterioro socioeconómico posterior a 1960 obligó a reducir en gran medida el gasto público destinado a la salud, incluyendo la vigilancia de vectores, lo que provocó la reinfestación de casi todos los países en América. El programa de erradicación del *A. aegypti* fue descontinuado oficialmente en Estados Unidos en 1970, por lo que esta especie comenzó a reinfestar países en los cuales ya había sido erradicada. Para 1997 la distribución del *A. aegypti* fue mucho más amplia que la existente antes de la eliminación del programa (10, 26).

Existen muchos factores importantes que pueden influir en la transmisión del dengue. En primer lugar no existe un efectivo control del mosquito en la mayoría de los países donde el dengue es endémico. Debe considerarse que en los últimos 20 años se han utilizado insecticidas para el control del mosquito adulto, lo cual es realmente inefectivo para controlar al *A. aegypti*, ya que lo más importante es el control larvario y el saneamiento del medio. Además han ocurrido grandes cambios demográficos: el más importante ha sido la urbanización descontrolada y el crecimiento demográfico. Estos cambios demográficos han resultado en un inadecuado abastecimiento de los servicios básicos y del sistema de manejo de los desechos, lo cual incrementó la densidad poblacional del mosquito y facilitó la transmisión de la enfermedad. Otro factor ha sido el incremento de los viajes en avión lo que provee un mecanismo ideal para el transporte de virus del dengue entre un país y otro, lo cual resulta en un constante intercambio de los diferentes serotipos del dengue. Por último, en la mayoría de los países las infraestructuras de la salud pública se han deteriorado, con limitado financiamiento y recursos humanos, lo que no permite realizar acciones preventivas antes que ocurran los brotes (26).

El rápido crecimiento en las poblaciones urbanas trae a un mayor número de personas en contacto con el mosquito vector, mientras que los malos servicios de saneamiento en muchos centros urbanos, la falta de recursos adecuados para el almacenamiento de agua y los desechos de basura, proveen más oportunidades para la propagación del mosquito, así como la falta de medidas contra el desarrollo del mismo en tiempo y forma. Además la poca disposición de recursos humanos y capital económico, hacen improbable la erradicación del *A. aegypti* con los medios tradicionales, obviando algo tan importante como es transferir y desarrollar los conocimientos, actitudes y prácticas que la población necesita mediante la educación sanitaria (10, 22).

En lo que se refiere a control del dengue se puede concluir que la enfermedad sigue avanzando pese a los esfuerzos que se realiza y a no ser que se incrementen las acciones, se mejoren los conocimientos, actitudes y prácticas o se integren nuevas estrategias de control, es posible que se establezcan epidemias de mayores consecuencias de dengue y dengue hemorrágico en el futuro (29).

El éxito en el control del dengue está en encontrar maneras efectivas de transmitir a la comunidad la responsabilidad, capacidad y motivación para prevenir y controlar esta enfermedad (10).

ANTECEDENTES

En Honduras se realizó el estudio “Proyecto de Control Integral del Dengue” en la Colonia El Progreso, Caracol #3, en 1996. En dicho estudio se valoraron conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue en general. Los resultados encontrados fueron que la población tiene buenos conocimientos sobre dengue (64%), pero malas prácticas para su prevención (36%); además, conocen su tratamiento, reconocen los criaderos, pero no hacen buen control sobre estos y a la mayoría, se les dificulta diferenciar el dengue de la malaria (80%) (21).

Se encontró además, un estudio realizado en México llamado “Proyecto de Prevención y Control del Dengue”, en La Colonia Mercedes Barrera en la ciudad de Mérida, en el año de 1996, con el objetivo de recaudar información sociodemográfica, conocimientos y prácticas sobre medidas preventivas así como el por qué de su comportamiento ante la enfermedad. Se obtuvieron como resultados los siguientes: el conocimiento de la población está basado fundamentalmente en acciones de control (80% de los encuestados) y se pudo captar que la población sabe qué hacer ante la enfermedad (20%), pero no lo practica (22).

En la ciudad de León se realizó el estudio denominado “Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Dengue en la población de los consejos I y III Sutiava – León. Febrero a Septiembre 2000”. En éste, los resultados obtenidos fueron los siguientes: la mayoría de la población encuestada tiene malos conocimientos sobre el dengue en general (78.15%), pero la mayoría de las personas presentan buenas actitudes ante el enfermo, aunque malas prácticas para la localización de los criaderos.

Hasta el momento no se han encontrado otros estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas de dengue en Nicaragua (25).

JUSTIFICACIÓN

A pesar de las acciones realizadas por el Ministerio de Salud, donde el personal de enfermedades de transmisión vectorial ha ejecutado actividades como abatización, fumigación, jornadas de limpieza y eliminación de criaderos para disminuir la morbilidad por dengue, éste continúa afectando mucho a nuestra población. Por tanto, es necesario ensayar otras estrategias que permitan la participación activa de la comunidad, y que cada persona a nivel domiciliario realice acciones conjuntas para disminuir la morbilidad por dengue y mejorar el saneamiento ambiental.

Los esfuerzos de educación para la salud han logrado grandes éxitos en aumentar el interés y los conocimientos de las personas sobre el *A. Aegypti* y el dengue, pero en general, han sido infructuosos para cambiar el comportamiento con el propósito de obtener reducciones prácticas en las densidades de vectores, sin el apoyo complementario de las estrategias de participación comunitaria.

De allí que, nuestro estudio sirve para valorar los conocimientos, actitudes y prácticas en nuestra población blanco, a fin de compararlo con los resultados encontrados en el estudio realizado en el 2000, ya que consideramos importante si existe alguna modificación en cuanto a éstos. Además, contribuimos a disminuir el problema e incentivamos al MINSA para que desarrolle acciones de intervención educativa y así evitar la enfermedad, con lo que la población sale beneficiada.

Además para el Ministerio de Salud es importante saber cómo están los conocimientos, actitudes y prácticas de la población de tal manera que se realicen acciones de intervención educativa, sobre conocimientos generales y de prevención del dengue, que le ayudará a disminuir la morbi-mortalidad por dicha enfermedad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿CÓMO ESTÁN LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE DENGUE DE LA POBLACIÓN DE LOS CONSEJOS I Y III DE SUTIAVA EN EL 2003, EN COMPARACIÓN CON LOS CONOCIMIENTOS ENCONTRADOS EN EL ESTUDIO DE C.A.P. REALIZADO EN EL 2000?

OBJETIVOS.

Objetivo General

Identificar algunas características sociodemográficas, conocimientos, actitudes y prácticas sobre el dengue, que tiene la comunidad de los consejos I y III de Sutiava en el 2003, valorando si existe modificación en los conocimientos encontrados en el estudio realizado en el 2000.

Objetivos Específicos

1. Describir características sociodemográficas como edad, escolaridad, y ocupación de la población objeto de estudio.
2. Identificar los conocimientos que tiene la comunidad en cuanto a: concepto, tipo de vector, criaderos, signos y síntomas y signos de alarma.
3. Determinar las actitudes que tiene la comunidad ante el problema del dengue.
4. Identificar las medidas preventivas que pone en práctica la comunidad para evitar enfermarse de dengue.
5. Comparar el diagnóstico situacional de los Conocimientos, Actitudes y Prácticas (C.A.P), sobre el dengue en el 2003, con los conocimientos en los Consejos I y III encontrados en el 2000, para valorar si existe modificación.

MARCO TEÓRICO.

DEFINICIÓN:

Es una enfermedad vírica, febril, sistémica y autolimitada, de aparición y elevación brusca y difásica, con una duración de 3 a 7 días, transmitida por el mosquito *Aedes aegypti*. Es llamada también Quebradora o Quebrantahuesos, fiebre de polea o fiebre de Dandy. Presenta una tríada clásica que consiste en fiebre, erupción y cefalea (13, 16).

AGENTE ETIOLÓGICO Y MECANISMO DE TRANSMISIÓN:

El agente infeccioso es un virus RNA, familia de los flavivirus, que incluye cuatro tipos inmunológicos: DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4, los mismos que causan el dengue hemorrágico. Poseen hemaglutinina activa para los glóbulos rojos. Comparten antígenos con el virus de la fiebre amarilla (13, 15).

Estos virus se multiplican en el intestino medio y glándulas salivales del mosquito sin producir alteraciones anatomopatológicas. También se replican en aparato genital del mosquito hembra y pueden penetrar en los huevos pudiendo ocurrir transmisión vertical (transovárica) (5).

Los reservorios son el hombre y el mosquito. El mosquito *Aedes Aegypti* es el vector más importante. Es una especie sinantrópica típica (adaptada para vivir en las viviendas humanas) y realiza sus desoves en recipientes muy diversos construidos por el hombre. Se originó probablemente en África donde hay forma selvática y doméstica, mientras que en América existe sólo la forma doméstica (5, 6).

El mosquito generalmente no se encuentra por encima de 100 metros; la hembra es la que pica de día y de noche, pero especialmente las dos primeras horas después de la puesta del sol y las dos primeras horas antes del amanecer. Es un mosquito antropófilo que necesita temperaturas templadas o tibias y aguas estancadas para el desarrollo del huevecillo (13).

Como en todos los mosquitos se suceden cuatro estadios larvales progresivamente más grandes, el último de los cuales se transforma en pupa. Esta no se alimenta, y en su interior se produce la metamorfosis para convertirse en adulto. Cada hembra deposita un reducido número de huevos en distintos recipientes, los cuales durante períodos prolongados, pueden permanecer viables hasta que las condiciones de temperatura y humedad les sean propicias, momento en el cual se hidratan y rápidamente eclosionan; es decir, salen del huevo larvas pequeñas que evolucionan en los recipientes que las contienen (6).

No se conoce transmisión directa de hombre a hombre. El ciclo de transmisión del virus comienza con una persona infectada por el dengue. Esta presenta una viremia que dura aproximadamente cinco días y durante este período el mosquito pica a la persona e ingiere sangre que contiene dicho virus. Los enfermos son infectantes desde el día anterior a la fiebre, hasta el final del período febril (quinto día). El mosquito se vuelve infectante 8 a 13 días después de alimentarse con la sangre del enfermo (período de incubación extrínseca) y continúa así el resto de su vida. Luego el mosquito pica a una persona susceptible y le transmite el virus también a ésta. El virus se replica en la segunda persona y le produce síntomas, los cuales comienzan a aparecer de 3 a 14 días, con un promedio de 7 días (período de incubación intrínseca) (5, 13, 15, 29).

Existen factores determinantes en la transmisión del dengue:

En el huésped:

- Edad
- Sexo
- Estado inmunológico
- Estado nutricional
- Ocupación
- Susceptibilidad genética

En el agente:

- Nivel de viremia
- Serotipo

En el vector:

- Abundancia y foco de proliferación del mosquito
- Densidad de hembras adultas
- Frecuencia de la alimentación
- Disponibilidad de huéspedes (10)

Otros factores que intervienen en la transmisión del dengue:

- Porcentaje de población con hacinamiento.
- Población urbana con agua potable en la vivienda.
- Población rural con agua potable y saneamiento.
- Alcantarillado sanitario urbano.
- Recolección de basura urbana(20).

El dengue clásico afecta más frecuentemente a los adultos, pero en éstos son raros los cuadros graves, mientras que en los niños menores de 10 años se ha manifestado más el dengue hemorrágico. Afecta más a mujeres que a hombres; mujeres y niños bien nutridos son más susceptibles por lo que quizás la competencia inmunológica pueda intervenir en la aparición de la variante hemorrágica del dengue. La primoinfección del dengue se produce después del primer año de vida, quizás por acción de los anticuerpos maternos y menor exposición al mosquito (1, 13, 23).

La susceptibilidad es universal, pero en los niños el curso de la enfermedad es más benigno. La primera vez que una persona es contagiada por cualquiera de los cuatro serotipos, adquiere el dengue clásico, lo que genera inmunidad para ese tipo; si vuelve a ser infectada por uno de los serotipos restantes puede sufrir el dengue hemorrágico. Por eso popularmente se dice que *“el dengue la primera vez golpea, la segunda vez puede matar”* (5, 26).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Criterios diagnósticos del dengue clásico:

1. Fiebre alta que puede evolucionar de 3 a 7 días.
2. Cefalea.
3. Dolor retroocular.
4. Artralgias.
5. Adenopatías cervicales.
6. Exantema.
7. En lactantes pueden predominar síntomas respiratorios.
8. Prueba del torniquete positiva (un 20% de la población normal presenta prueba de torniquete positiva) ⁽¹⁷⁾.

Dentro de los signos de alarma más importantes tenemos:

- Signo del lazo o torquinete positivo.
- Hipotensión, la presión diferencial igual o menor de 20 mmHg.
- Dolor abdominal, continuo e intenso.
- Vómitos persistentes y diarrea profusa.
- Oliguria.
- Agitación o letargia.
- Hipotermia.
- Taquicardia.
- Pulso débil.
- Trombocitopenia menor o igual de 100,000 x mm³.
- Hemoconcentración de más del 20% con relación a uno realizado en la semana previa.
- Disminución de las albúminas y transaminasas ⁽⁸⁾.

Criterios diagnósticos de dengue clásico con manifestaciones hemorrágicas:

1. Fiebre alta que puede evolucionar de 3 a 7 días.
2. Cefalea.
3. Dolor retroocular.
4. Artralgias.
5. Adenopatías cervicales.
6. Exantema.
7. Prueba del torniquete positiva.
8. Petequias, púrpuras, epistaxis, metrorragia y sangrado gingival (17).

Criterios diagnósticos de dengue hemorrágico:

1. Reinicio de la fiebre entre el 4to. al 7mo. día de evolución. Hay signos de fallo circulatorio y manifestaciones hemorrágicas en la denominada etapa crítica, que se presenta 24 horas antes o después que la temperatura ha descendido a lo normal.
2. Escalofríos, irritabilidad, hepatomegalia y dolor abdominal.
3. Manifestaciones hemorrágicas: petequias, púrpuras, equimosis, hematemesis, melenas y otras menos frecuentes. Un 10% de los casos presenta sangrado masivo.
4. La hemoconcentración (aumento del 20% del hematocrito con relación al basal) y la trombocitopenia ($< 100,000$ plaquetas \times mm^3) diferencian al dengue hemorrágico del dengue clásico con manifestaciones hemorrágicas (17).

De acuerdo a estos criterios de la OMS, el dengue hemorrágico puede ser clasificado en cuatro grados:

- Grado I: Síntomas inespecíficos y prueba del torniquete positiva.
- Grado II: Hemorragia espontánea más las manifestaciones del grado I.

- Grado III: Insuficiencia circulatoria que se manifiesta por pulso rápido y débil, tensión diferencial disminuida (20 mm Hg o menos) o hipotensión, con piel fría y húmeda y agitación.
- Grado IV: Choque profundo, con presión arterial y pulso imperceptibles (14).

“El mayor cambio fisiopatológico que determina la severidad de la enfermedad en el dengue hemorrágico y lo diferencia del dengue clásico con manifestaciones hemorrágicas, es la extravasación del plasma, que se manifiesta por una elevación del hematocrito (hemoconcentración), una efusión serosa (derrame pleural, ascitis) o hipoproteinemia.”(14)

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS:

1. Hemograma completo.
2. Aislamiento viral las primeras 72 horas de iniciada la fiebre.
3. Serología (determinar “IgM” en aquellos casos que la fiebre tenga 5 días o más de evolución).
4. Hemoglobina, hematocrito y plaquetas seriadas.
5. Nitrógeno ureico, creatinina, STGO, STGP y electrolitos.
6. Radiografía de tórax (muestra derrame pleural, principalmente en el lado derecho) (17).

La determinación de anticuerpos IgM debe indicarse después del quinto día de evolución de la fiebre (fase convaleciente). Una prueba positiva indica una infección activa o reciente (17).

El aislamiento viral se indica en las primeras 72 horas de evolución de la fiebre (fase virémica). Una prueba positiva indica la presencia de partículas virales en el suero del paciente y además, permite determinar el serotipo (17).

TRATAMIENTO

Tratamiento del dengue clásico:

1. Manejo ambulatorio.
2. Acetaminofén 500 mg cada 6 horas.
3. Hidratación oral.
4. Evitar la aspirina.
5. Orientar a los familiares sobre los signos de alarma.
6. Notificación del caso (8).

En pacientes con dengue clásico que presenten recuento plaquetario $> 100,000$, presenten o no manifestaciones hemorrágicas, pueden ser manejados ambulatoriamente. Deben ser citados a las 24 horas para valoración, con previa explicación sobre los datos de alarma (14).

Si se decide hospitalizar al paciente, debe procederse de la siguiente manera:

Tratamiento del dengue clásico con datos de alarma, dengue hemorrágico grado I y II:

1. Ingreso a observación.
2. Líquidos endovenosos: (solución salina normal y lactato de Ringer), dependiendo del grado de deshidratación, como promedio 2000 cc en 24 horas.
3. Signos vitales y diuresis cada 2 horas.
4. Evitar aspirina.
5. Acetaminofén 500 mg PO cada 6 horas.
6. Recuento de hematocrito y de plaquetas dos veces al día en pacientes con plaquetas $< 20,000$. En pacientes con recuentos $> 20,000$ realizar exámenes una vez al día.
7. Signos de alarma.
8. Notificación del caso (14, 17).

Tratamiento del dengue hemorrágico grado III y IV:

1. Ingresar en UCI.
2. Restablecer el volumen plasmático: solución de lactato de Ringer o salina al 0.9%, de 20 a 40 ml/kg de peso, en 30 a 60 minutos. En caso de choque profundo administrar 40 ml/kg en 30 minutos. Si persiste el choque colocar catéter venoso central.
3. Si la PVC es menor de 8 cmH₂O, administrar una segunda carga de cristaloides de 20 ml/kg en 2 horas. Si no mejora, administrar vasopresores como dopamina (2 a 5 ug/kg/min).
4. Balance hídrico cada 6 horas.
5. Signos vitales y hematócrito cada 2 horas por 48 horas.
6. Si persiste el choque, valorar la administración de dextrán 70 (20 ml/kg en una hora).
7. Líquidos de mantenimiento: 2000 ml/m² de soluciones cristaloides, la mitad en las primeras 8 horas y lo restante en las siguientes 16 horas.
8. La transfusión de sangre fresca total (20ml/kg) debe considerarse en caso de que el hematocrito esté bajo, no haya mejoría de los signos vitales o el sangrado sea tan profuso que comprometa la vida del paciente.
9. Los concentrados de plaquetas (1 unidad por cada 10 kg de peso corporal) solamente están indicados en caso de existir una coagulación intravascular diseminada.
10. Los electrolitos (Na⁺, K⁺, Ca⁺, Mg⁺) y gases arteriales deben determinarse en casos severos y choque refractario (ausencia de respuesta a la administración de tres cargas volumétricas consecutivas).
11. En caso de presentarse dolor abdominal, debe practicarse ultrasonido abdominal, aminotransferasa, bilirrubinas y amilasas, para descartar abdomen agudo.
12. No están indicados el uso de esteroides, inmunoglobulinas, antivirales y vitaminas (14, 17).

Criterios de alta.

1. 72 horas después de la recuperación del choque.
2. Afebril por más de 24 horas.
3. Hematócrito estable.
4. Plaquetas por encima de 50,000 x mm³.
5. Diuresis adecuada.
6. Mejoría clínica visible (8).

VACUNACIÓN

Brasil podría ser el pionero en el descubrimiento de una vacuna contra el dengue. El desarrollo de la misma es muy difícil debido a que cualquiera de los cuatro diferentes serotipos pueden causar la enfermedad y la protección contra sólo uno o dos serotipos podría aumentar el riesgo de presentar una enfermedad más grave (3, 30).

El problema está en que si una persona contrae uno de los tipos de dengue, no está excluida de sufrir las otras tres variantes, por lo que la vacuna debe de ser eficaz contra las cuatro versiones existentes de la infección. Sin embargo se han obtenido importantes avances en el desarrollo de vacunas que protejan contra los cuatro serotipos, las que podrán estar disponibles comercialmente en algunos años (30).

MÉTODOS DE CONTROL:

A. Medidas preventivas:

1. Educación de la población respecto a destrucción de los criaderos y protección contra la picadura de mosquitos de actividad diurna (empleo de mosquiteros, ropas protectoras y repelentes).
2. Encuestas entomológicas para precisar la densidad de mosquitos.

B. Control del paciente, de los contactos y del ambiente inmediato:

1. Notificación obligatoria a las autoridades de salud.
2. Toma de muestra sanguínea en los pacientes que han presentado cuadro clínico sospechoso de dengue, para detección de anticuerpos y serotipos del virus.
3. Aislamiento: evitar el acceso de los mosquitos de actividad diurna a los pacientes, hasta que ceda la fiebre, colocando una tela metálica en la alcoba del enfermo, o rociando los alojamientos con algún insecticida que sea activo contra las formas adultas o que tenga acción residual, o colocando un mosquitero alrededor de la cama, de preferencia impregnado con insecticida.
4. Investigación de los contactos y de la fuente de infección: identificación del sitio de residencia del paciente durante la quincena anterior al comienzo de la enfermedad, y búsqueda de casos no notificados o no diagnosticados.
5. Tratamiento sintomático.

C. Medidas en caso de epidemia:

1. Búsqueda y destrucción del vector en las viviendas y eliminación de los criaderos, así como abatización en todos los posibles sitios de proliferación del mosquito y siembra de peces larvíboros en depósitos de agua que no puedan ser abatizados.
2. Empleo de repelente contra mosquitos, por persona que en razón de su ocupación estén expuestas a la picadura de los vectores.
3. La dispersión de insecticidas apropiados puede ser útil para interrumpir epidemias.

D. Repercusiones en caso de desastre:

Las epidemias pueden ser extensas, en especial como consecuencia de huracanes o tormentas tropicales.

E. Medidas internacionales:

Cumplimiento de los acuerdos internacionales destinados a evitar la propagación de la enfermedad por personas, monos y mosquitos, y su traslado por barcos, aviones o medios de transportes terrestre desde las zonas donde existe infección. Centros Colaboradores de la OMS (13, 29).

Acciones realizadas por el Ministerio de Salud:

Combatir el mosquito *Aedes aegypti* es una tarea fundamental. Ella no requiere de equipos sofisticados pero sí de acciones coherentes e integradoras que prioricen eficiencia y eficacia, lo cual requiere un trabajo sostenido en el tiempo, del cual participen todos los sectores sociales. (6).

Actualmente se utilizan varios índices para vigilar las poblaciones de *Aedes aegypti* en lo que se refiere a transmisión del dengue, por medio de las denominadas encuestas entomológicas, en las que se realiza muestreo larval. Las mismas se asocian con el control de brotes epidémicos y programas de erradicación. Los resultados de las encuestas se toman en cuenta para decidir acciones preventivas y dirigirlas a lugares donde puedan producir resultados favorables en la lucha contra el vector. Además es una herramienta obligada para seleccionar los plaguicidas a utilizar, racionalizar su uso y disminuir los costos de operaciones (10).

El Ministerio de Salud realiza visitas domiciliarias, donde el trabajador de la salud deposita abate (temephos) en todos aquellos recipientes que acumulen agua. Además el personal de salud brinda educación sanitaria a la población haciendo énfasis en no botar el abate, que éste no es tóxico y su efecto larvicida dura dos meses (4).

Las fumigaciones resultan inadecuadas para eliminar al *A. aegypti*, porque con ésta estrategia tan sólo se está combatiendo la densidad de los mosquitos adultos y a los cinco días siguientes se tendrá la misma cantidad de mosquitos.

La eliminación de criaderos es la única forma de evitar las epidemias de dengue, no con fumigaciones, que además de poco efectivas para atacar la raíz del problema, son esporádicas (22)

Cabe destacar la importancia de la reducción de la dependencia de plaguicidas (DDT) en el manejo integrado de vectores. Por ello se dan recomendaciones de importancia como:

1. El uso del DDT debe eliminarse y finalmente prohibirse a más tardar en el año 2007, tomando en consideración el impacto que esta sustancia tiene sobre el ser humano y en la diversidad biológica y así identifiquen nuevas alternativas.
2. Las autoridades nacionales de salud pública deben desarrollar programas dirigidos a promover el manejo integrado de vectores y de enfermedades, que refuercen una dependencia menor de plaguicidas y una mejor protección ambiental en colaboración con la OMS, el Banco Mundial, PNUMA y otros organismos de asistencia (2, 24).

Estrategias para el control del dengue:

Es de suma importancia el desarrollo de una estrategia global para el control del dengue en la cual contenga cuatro componentes técnicos básicos:

- Diagnóstico temprano que permita aislar al enfermo y evitar la diseminación.
- Planeación de medidas preventivas selectivas sustentadas que incluyan el control de vectores.
- La detección temprana, el confinamiento o prevención de epidemias.
- El fortalecimiento de las capacidades locales para la investigación básica y aplicada (24).

LO QUE DEBE SABER LA POBLACIÓN SOBRE EL DENGUE.

El dengue o quebradora es una enfermedad peligrosa producida por un virus que entra a nuestro cuerpo cuando nos pica un mosquito durante el día. El virus no se ve, pero el mosquito sí. El nombre del mosquito es *Aedes aegypti* (4).

Una persona enferma de dengue presenta: calentura bien fuerte, que dura hasta una semana; dolor en los ojos, huesos y músculos. Aparece una especie de salpullido en la piel, dolores de barriga y vómitos al tercer o cuarto día de la enfermedad, cansancio, tristeza e intranquilidad. El dengue hemorrágico es una “quebradora” más peligrosa porque da sangrado en diferentes partes del cuerpo y puede ser mortal (4).

¿Qué hacer cuando una persona tiene dengue?

- Llevarla al centro de salud.
- Beba abundante líquido o suero oral, especialmente si hay vómitos o diarrea.
- Mantenga reposo.
- Tome analgésicos que no contengan aspirina, porque puede favorecer las hemorragias (26).

¿Cómo reconocer los signos de alarma o de peligro?

- Sangrado
- Dificultades en la respiración
- Fuerte dolor abdominal
- Vómitos o diarreas
- Alteraciones en la presión
- Palidez
- Sudoración
- Somnolencia (26)

Los virus no tienen tratamiento. La manera de atacarlos es eliminando y controlando al mosquito, que nace y crece en nuestras propias casas. Los criaderos más comunes son:

- Barriles
- Pilas
- Llantas
- Floreros
- Tinajas
- Chatarra
- Baldes, potes plásticos
- Botellas, latas
- Chagüites
- Huecos en los árboles y otros depósitos que contienen agua (4).

Para controlar o eliminar al mosquito se deben destruir todos los lugares donde se encuentren las larvas para que no lleguen a mosquito adulto, siguiendo las medidas preventivas, tales como:

- Cepillar una vez a la semana los barriles y pilas con el fin de destruir los huevos del mosquito que se pueden estar desarrollando.
- Tapar todos aquellos recipientes que se mantengan con agua (tanques, barriles cántaros, pilas).
- Mantener boca abajo todos los recipientes que no estén en uso (baldes, frascos, botellas).
- Recoger los recipientes que puedan coleccionar agua como: llantas, latas, chatarra, cáscaras, tapas de gaseosa, cajas de baterías, zapatos viejos y otros.
- Perforar y enterrar objetos inservibles o depositarlos en sitios para la recolección por el tren de aseo.
- Organizar mecanismos para la recolección en sitios donde no hay tren de aseo y por ningún motivo tirar la basura en cauces.
- Sustituir el agua de los floreros por arena o cambiar el agua cada cinco días.
- Eliminar la maleza que crece alrededor de las viviendas.

- Revisar diario para detectar y destruir los criaderos, dejar abatizar los depósitos de agua y no botarlos.
- Si hay enfermos en la vivienda, llevarlos al centro de salud más cercano (17).

“La participación y la educación comunitaria son dos pilares importantes para la lucha contra el DENGUE”

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS.

Los conocimientos, la actitud y el comportamiento de la comunidad son aspectos fundamentales para controlar el problema del dengue.

El concepto de actitud a lo largo de la historia ha sido definido de forma muy diversa por distintos autores y escuelas, por lo que a menudo se busca un único concepto con el que identificarla (12).

La primera definición que se conoce sobre el concepto de actitud fue enunciada en el año 1918 por Thomas y Znaniecki considerándola como: “El estado de ánimo de un individuo orientado hacia un valor” (12).

Los valores son creencias referidas a actividades cuyo objetivo principal es conseguir el bienestar de una comunidad (12).

Allport (1935), realizó un amplio estudio sobre las actitudes, efectuó una aproximación al concepto formulando unas cien definiciones, siendo la más representativa la siguiente: “La actitud es un estado mental y neurológico de atención, organizado a través de la experiencia, capaz de ejercer una influencia sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con los que está relacionado (12).

En la actualidad, nos encontramos con una gran variedad de definiciones sobre el concepto de actitud según el autor que la emita, pero sin existir acuerdo entre ellos (12).

Algunas consecuencias que podemos deducir de las anteriores definiciones son las siguientes:

- La actitud es un concepto que se combina con una serie de variables y cuyo resultado es un estado de ánimo de la persona.
- La actitud es el resultado de un proceso organizado.
- La actitud se desarrolla a partir de experiencias adquiridas por lo que se genera a través del aprendizaje (12).

Según Krech, Crutchfield y Ballachey la actitud está formada por tres componentes:

1. **Cognoscitivo** o de representación del conocimiento que el sujeto posee del objeto o tema en cuestión.
2. **Afecto-emocional** o conjunto de afectos, sentimientos y emociones que impregnan las ideas, conceptos y creencias.
3. **Conductual o de tendencia** es la reacción frente a un tema u objeto. En teoría puede predecir la conducta del sujeto, aunque en la práctica se comprueba que aquella casi nunca es predecible (12).

Los tres componentes de las actitudes dependen de cómo se percibe y se organiza la información recibida y de la experiencia vivida. Asimismo las actitudes se encuentran determinadas por el sistema sociocultural en que vive el individuo, partiendo de la familia, los valores y los prejuicios que se transmiten de esta hacia cada uno de sus miembros. Existen tantas actitudes como individuos, teniendo un gran parecido las actitudes de los individuos de una misma sociedad (12).

Una actitud es una organización de creencias interrelacionadas, relativamente duradera, que describe, evalúa y recomienda una determinada acción, respecto a un objeto o situación. Si queremos cambiar la actitud de un individuo o de una comunidad debemos tomar en cuenta las necesidades y el conocimiento; por lo tanto, si actuamos en el sistema de necesidades o en el de conocimiento se podrá influir en el cambio de actitudes (12).

Antes de cambiar actitudes las personas se toman tiempo, analizan las ventajas que el cambio supone para ellos. En este proceso interviene la familia, amigos, el entorno laboral y la sociedad en general (12).

Epidemiología:

La primera epidemia de dengue ocurrió entre 1779-1780 en Asia, África y Norteamérica. La ocurrencia cercana en los tres continentes indicó que el virus y su vector tuvieron una amplia distribución en el mundo (27).

Una pandemia global de dengue comenzó en el Sudeste de Asia después de la Segunda Guerra Mundial y se fue intensificando durante los últimos 15 años (27).

Las epidemias causadas por múltiples serotipos (hiperendemicidad) son más frecuentes. La distribución geográfica del virus del dengue y su mosquito vector se expandieron y el dengue hemorrágico emergió en la región del Pacífico y las Américas. En el Sudeste de Asia, la primera epidemia de dengue hemorrágico apareció en 1950, pero para 1975 se había convertido en una de las principales causas de hospitalización y muerte infantil en muchos países de la región (27).

En 1969 ocurrieron brotes en el Caribe incluyendo Puerto Rico e Islas Vírgenes y se identificaron nuevos brotes en América e islas aledañas (23).

A partir de 1977 los países de América se han visto afectados por numerosas epidemias o pandemias. Esto ha empeorado sobretodo por el deterioro de las campañas de erradicación del mosquito durante 1970 y 1980 (27).

Luego de su introducción y de aparición sucesiva de los cuatro serotipos en la zona del Caribe y América Central. Posteriormente se extendió a Texas- México en 1980. Más alarmante resultó la emergencia del dengue hemorrágico (DH) a partir de 1981, cuando se produjo la primera gran epidemia que afectó a Cuba. A partir de ese año, se notifican anualmente un alto número de casos, incluso de modo epidémico (11, 23).

En el período de 1981 a 1998, veintiséis países habían notificado 67.372 casos de DH, con 853 defunciones. De ellos, 13.235 casos fueron notificados entre 1981-1990 y 54.137 entre 1990-1998, lo que significa un incremento de casi cuatro veces en diecisiete años (11, 23).

La primera epidemia de dengue en Nicaragua se declaró en 1985 donde se aislaron los serotipos 1 y 2, el número de casos superó los 17,000, de los cuales 7 diagnosticados de dengue hemorrágico fallecieron. La segunda fue en 1990 donde se presentaron 4137 casos. En 1992 ascendieron a 4936, principalmente en León, donde se aislaron los serotipos 2 y 4, y en 1993 ascendió a 8938. En julio de 1994 aumentó en León el número de casos hasta 1680⁽⁷⁾.

Según datos del Ministerio de Salud en el 2001 se reportaron a nivel nacional 2215 casos confirmados de dengue clásico y 446 de dengue hemorrágico; para el año 2002 se reportaron 2103 casos de dengue clásico y 147 de dengue hemorrágico (28).

En el departamento de León en el 2001 se reportaron 197 casos confirmados de dengue clásico y 46 casos de dengue hemorrágico y en el 2002 fueron reportados 313 casos de dengue clásico y 23 casos de dengue hemorrágico (28).

Durante el 2001 se reportaron en el municipio de León un total de 955 casos sospechosos de dengue, de los cuales 186 resultaron positivos, tanto para dengue clásico (124), como dengue hemorrágico (62). En el 2002 se presentaron 1678 casos sospechosos, de los que resultaron positivos un total de 258 casos: 148 dengue clásico y 20 de dengue hemorrágico. Hasta mayo del 2003 se han reportado un total de 183 casos sospechosos, 55 resultaron positivos para dengue clásico y 3 para dengue hemorrágico (25).

En el territorio de Sutiava durante el año 2001 se presentaron un total de 31 casos confirmados de dengue, de los cuales 16 eran dengue clásico y 15 dengue hemorrágico. En el 2002 se reportaron 69 casos confirmados, 62 dengue clásico y 7 dengue hemorrágico. Hasta el mes de mayo del 2003 se han reportado 23 casos confirmados, 21 corresponden a dengue clásico y 2 a dengue hemorrágico (25).

DISEÑO METODOLÓGICO.

Tipo de estudio: Corte transversal analítico.

Área de estudio: corresponde a los consejos I y III de Sutiava, León.

Límites del Consejo I:

- Norte – Providencia
- Sur – Consejo III
- Este – Mántica
- Oeste – Consejo II

Límites del Consejo III:

- Norte – Consejo I
- Sur – Río chiquito
- Este – Perla María
- Oeste – Consejo IV

Los dos Consejos constan con una población de 7865 habitantes en 1474 viviendas en una extensión de 31 manzanas, de las cuales el 100% poseen sistema de alcantarillado.

Cuenta con 9 calles, de las cuales el 90% son asfaltadas. El 100% tiene agua potable, luz eléctrica y tren de aseo.

Existen tres centros de estudio (INPRO, Colegio Adventista y Primeros Pasos), dos iglesias, una católica y una adventista y una gasolinera.

UNIVERSO

La población total de nuestro estudio es de 7865 habitantes de los cuales corresponden 3102 al consejo I y 4763 al consejo III, en 1474 viviendas correspondiendo 701 al consejo I y 773 al consejo III.

MUESTRA

Consideramos que la mejor unidad de análisis son las casas donde habitan, se escogió una muestra total de las mismas. Se calculó la muestra para estimar proporciones con un nivel de confiabilidad del 95%, dando un valor estimado del dengue en un 50% y un error estimado de 0.05%, obteniéndose una muestra de 300 casas.

La fórmula que se aplicó para determinar la muestra fue la siguiente:

$$n = \frac{N Z^2 P (1-P)}{(N-1) e^2 + Z^2 P (1-P)}$$

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

Para recolectar la información se aplicó un formulario que contenía preguntas sobre conocimientos, actitudes y prácticas que tiene la comunidad sobre el dengue, dicho formulario fue previamente probado por los investigadores, a través de una prueba piloto, haciendo posteriormente los ajustes necesarios antes de su aplicación.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información se recogió a través de una encuesta, utilizando para ello a encuestadores, los cuales fueron previamente capacitados a fin de estandarizar la forma del llenado del instrumento de recolección de datos.

La encuesta se aplicó en los conglomerados habitacionales realizando una entrevista al jefe de familia o a personas mayores de 12 años que se encontraban al momento de la visita.

Antes de aplicar la encuesta se le solicitó al entrevistado su autorización para realizar la entrevista explicando los objetivos de la misma.

Las casas encuestadas se organizaron en conglomerados habitacionales y para su selección se procedió a realizar un listado de las mismas. Posteriormente de forma aleatoria se escogió el número de casa según la muestra.

PROCESAMIENTO, ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se procesaron los datos a través del paquete estadístico SPSS 10.0 para Windows. Se analizó la información realizando distribución de frecuencia, porcentaje, valor de P y chi cuadrado para obtener la significancia estadística y para obtener la relación entre variables se utilizó el OR. Se presenta la información por medio de tablas y gráficos.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Edad: Años cumplidos por el entrevistado desde su nacimiento hasta el momento de la entrevista. Las escalas utilizadas son las siguientes:

- 12-15
- 16-20
- 21-25
- 26-36
- 37-47
- 48 a más

Escolaridad: Nivel académico alcanzado por el entrevistado al momento de la entrevista.

- Analfabeto.
- Alfabetizado.
- Primaria incompleta.
- Primaria completa.
- Secundaria incompleta.
- Secundaria completa.

- Técnico superior.
- Universitaria.

Ocupación: Acción y efecto de ocupar. Trabajo. Empleo, oficio, dignidad. Fue medido de la siguiente manera:

- Profesional
- Técnico superior
- Jornalero
- Oficios domésticos
- Ama de casa
- Estudiante
- Otros

Conocimientos: Acción y efecto de conocer. Implica tener datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir lo que debe hacer en una situación determinada (9).

Actitudes: Disposición de ánimo manifestada exteriormente. Es una organización relativamente duradera de creencia, entorno a un objeto o situación que se dispone a reaccionar de una manera determinada. Conociendo las actitudes y creencias de una persona es posible predecir más fácilmente su práctica (12).

Prácticas: Acción de ejercer o realizar un trabajo, facultad o habilidad. Destreza o habilidad que se adquiere con la repetición o continuidad de este ejercicio. Uso, costumbre, manera que se tiene de hacer una cosa (12).

El método que se utilizará para medir conocimiento, actitudes y practica será a través de la escala de Likert, valorándolos como excelente, bueno, malo.

Utilizando las preguntas del formulario, los conocimientos se evaluaron con una escala cero a cinco respuestas correctas, donde excelente equivalía a 5 respuestas correctas, bueno de 3 a 4 y malo 2 ó menos.

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue en los consejos I y III Sutiava, León

Las actitudes fueron valoradas con una escala de cero a dos respuestas correctas, donde excelente se le otorgaba a 2 respuestas correctas, bueno a 1 y malo a cero respuestas.

En cuanto a la práctica se utilizaron de cero a tres respuestas correctas para evaluarlas, en esta se consideraba excelente con 3 respuestas correctas, bueno 1 a 2 y malo cero respuestas.

RESULTADOS

Los resultados encontrados en nuestro estudio en lo que respecta a características sociodemográficas fueron las siguientes:

De un total de 300 personas encuestadas, la mayoría (96) 32%, pertenecen al grupo de 48 años o más y la minoría (16) 5.3% la conformó el grupo de 12 a 15 años. Con respecto a la escolaridad el grupo más frecuentemente encontrado, fue el de secundaria incompleta (84) correspondiendo a un 28% y el menos frecuente fue el grupo de los alfabetizados (8), que corresponde a 2.7%. En cuanto a ocupación la que más predominó (108) 36%, fueron las amas de casa y los jornaleros la menos predominante (2) para un porcentaje de 0.7%. (Cuadro 1)

CUADRO 1. Características Sociodemográficas de la población de los Consejos I y III. Sutiava – León. Mayo a Septiembre 2003.

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Rango de edades		
12 – 15	16	5,3
16 – 20	40	13,3
21 – 25	33	11
26 – 36	70	23,3
37 – 47	45	15
48 o más	96	32
Total	300	100
Escolaridad		
Analfabeta	18	6
Alfabetizado	8	2,7
Primaria Incompleta	43	14,3
Primaria Completa	45	15
Secundaria Incompleta	84	28
Secundaria Completa	67	22,3
Técnico Superior	9	3
Universitario	26	8,7
Total	300	100
Ocupación		
Profesional	14	4,7
Técnico Superior	6	2
Jornalero	2	0,7
Doméstica	8	2,7
Ama de casa	108	36
Estudiante	60	20
Otros	102	34
Total	300	100

Fuente Primaria.

En cuanto a los conocimientos que tiene la población sobre dengue se encontró que la mayoría (105) 35% de los encuestados, dieron múltiples respuestas en cuanto al concepto de dengue, entre las que destacan: enfermedad viral transmitida por mosquitos, enfermedad producida por mosquitos, enfermedad que produce fiebre, cefalea y dolor de cuerpo, entre otras y la minoría de la población (4) 1.3% no saben el concepto de dengue. En relación al tipo de vector, 203 (67.7%) no conocen el nombre del mismo y 96 (32%), sí lo conocen. Al preguntar si sabe los lugares donde se cría el vector se encontró que la mayoría 216 (72%) sabe donde localizar los criaderos y solamente 4 (1.3%) que corresponde a la minoría no lo saben. (Cuadro 2)

CUADRO 2. Conocimiento sobre concepto de dengue, tipo de vector y criaderos del mosquito de la población de los consejos I y III. Sutiava – León. Mayo a Septiembre 2003.

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Concepto de dengue		
Enfermedad viral transmitida por mosquito	53	17,7
Enfermedad producida por mosquito	79	26,3
Produce fiebre y dolor corporal	19	6,3
Causa la muerte	6	2
Hay dos tipos, clásico y hemorrágico	5	1,7
Múltiples	105	35
Otros	29	9,7
No sabe	4	1,3
Total	300	100
Tipo de Vector		
Aedes Aegypti	96	32
Anopheles	1	0,3
No sabe	203	67,7
Total	300	100
Lugar donde se cría el vector		
Depósitos de agua para uso doméstico	5	1,7
Recipientes viejos que acumulen agua	27	9
Múltiples	216	72
Otros	48	16
No sabe	4	1,3
Total	300	100

Fuente Primaria.

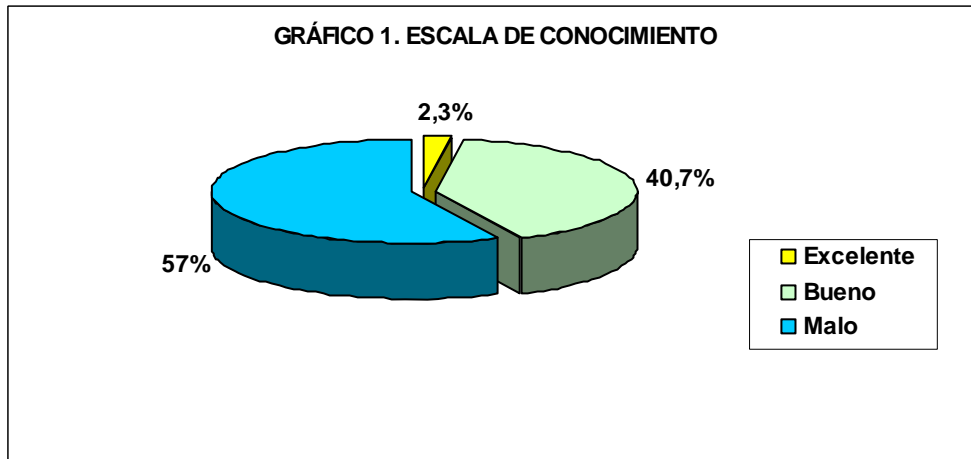
Acerca de los principales signos y síntomas, con mayor frecuencia se encontró que 248 (82.7%) de los encuestados mencionaron múltiples signos y síntomas entre los cuales tenemos fiebre, cefalea, dolor de cuerpo y erupción cutánea, encontrando que solamente 6 (2%) no saben. Sobre los signos de alarma se observó que 161 (53.7%) de la población no los conocen, siendo estos la mayoría y 4 (1.3%), que representa a la minoría de los encuestados mencionaron sangrado gingival y genital. (Cuadro 3)

CUADRO 3. Conocimientos sobre signos y síntomas y signos de alarma del dengue de la población de los consejos I y III. Sutiava – León. Mayo a Septiembre 2003.

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Principales signos y síntomas		
Fiebre con escalofríos	23	7,7
Fiebre sin escalofríos	6	2
Cefalea	1	0,3
Erupción cutánea	1	0,3
Múltiples	248	82,7
Otros	15	5
No sabe	6	2
Total	300	100
Signos de alarma		
Sangrado nasal	45	15
Sangrado gingival	3	1
Sangrado genital	1	0,3
Múltiples	79	26,3
Otros	11	3,7
No sabe	161	53,7
Total	300	100

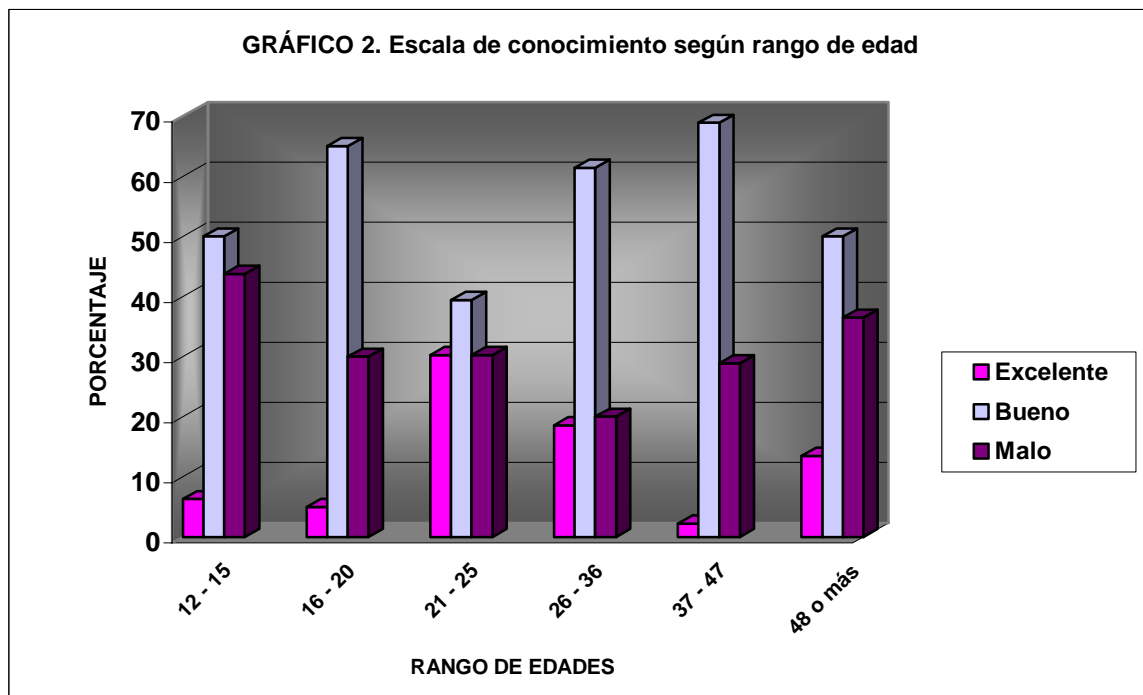
Fuente Primaria.

En general la población encuestada presentó según la escala de conocimientos, un 57% de malos conocimientos, 40.7% de buenos conocimientos y 2.3% de excelentes conocimientos. (Gráfico1)



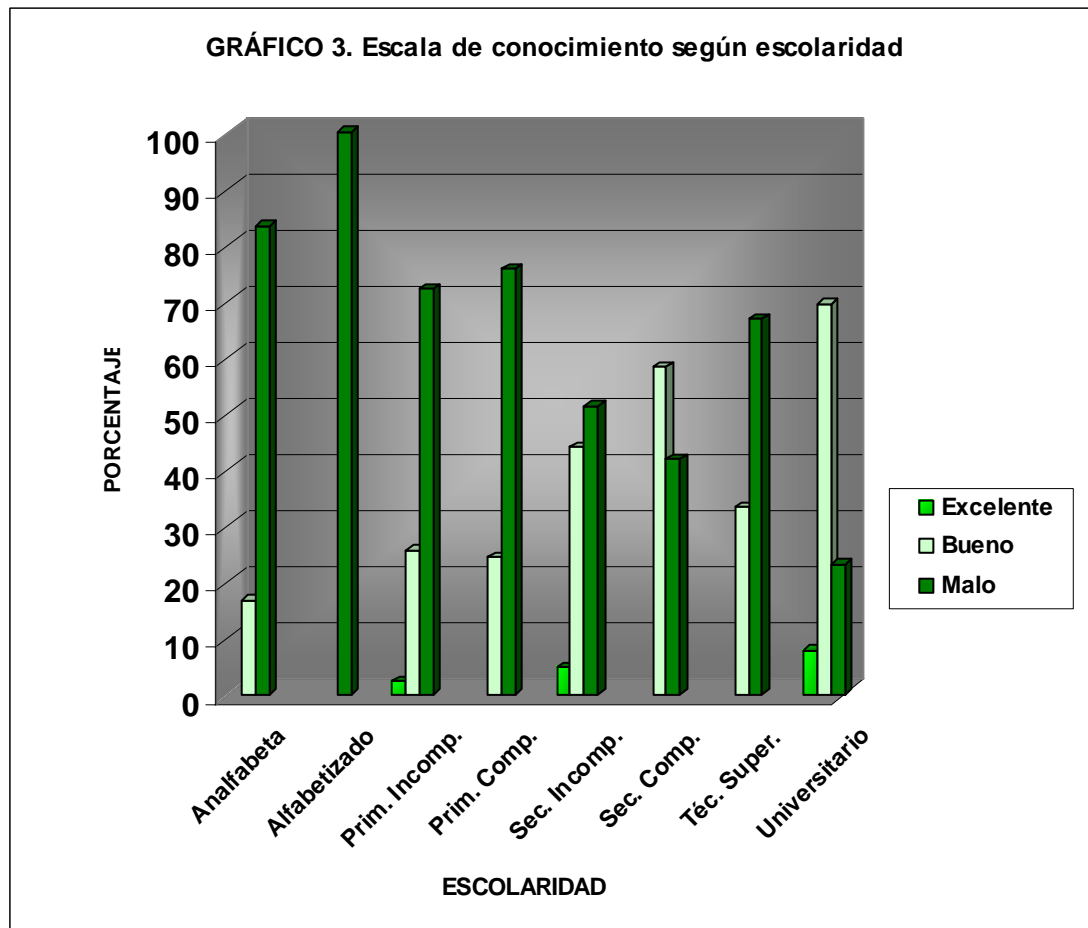
Fuente Primaria.

Al asociar las variables de rango de edad con escala de conocimiento se encontró, que en el grupo de excelentes conocimientos el porcentaje más alto lo presentó el rango de 21 a 25 años con un 30.3% y el más bajo fue el rango de 37 a 47 años con 2.2%. En cuanto a buenos conocimientos, la frecuencia más alta la obtuvo el rango de 37 a 47 años con 68.9% y la más baja correspondió al rango de 21 a 25 años con 39.4%. En lo que respecta a malos conocimientos el rango de 12 a 15 años fue el que obtuvo el mayor porcentaje con 43.8% y el más bajo fue el de 26 a 36 años con 20%. (Gráfico 2)



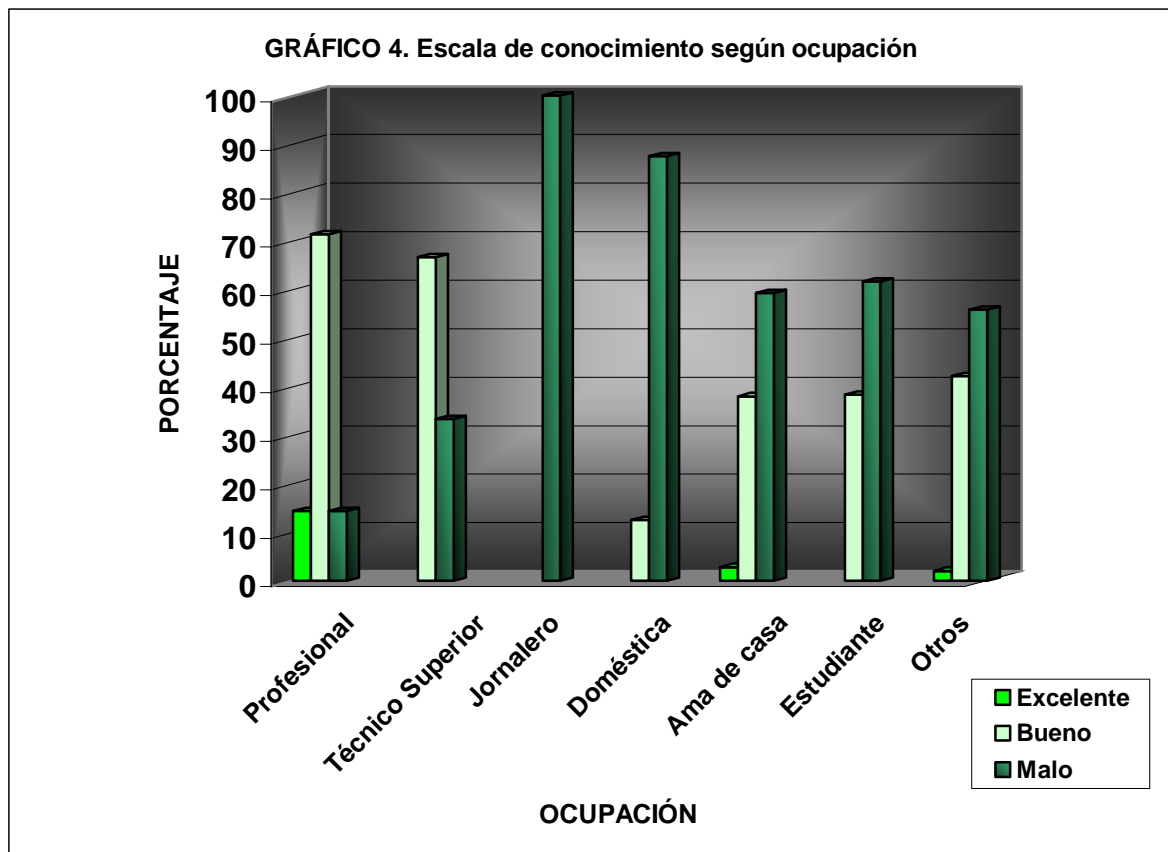
Fuente Primaria.

Al relacionar la escolaridad con escala de conocimientos se encontró que el grupo que obtuvo el mayor porcentaje (7.7%), en excelentes conocimientos fue el de los universitarios, seguido por el grupo de secundaria incompleta con 4.8%, primaria incompleta con 2.3% y el resto de grupos presentó 0% en la misma escala. En lo que respecta a la escala de buenos conocimientos fue el grupo más alto el de los universitarios con 69.3%, seguido por el de secundaria completa con 58.2% y el porcentaje más bajo fue el grupo de los alfabetizados con 0%. En la escala de malos conocimientos el grupo más alto fueron el 100% de los alfabetizados, seguido de los analfabetas con un 83.3% y el más bajo fueron los universitarios con 23.1%. (Gráfico 3)



Fuente Primaria.

Con referencia a la ocupación con escala de conocimientos, el grupo de profesionales obtuvo el 14.3% de excelentes conocimientos, seguidos de las amas de casa y otros con 2.8% y 2% respectivamente y el resto de grupos 0%. En lo que respecta a los buenos conocimientos el grupo de los profesionales obtuvo 71.4%, seguido del técnico superior con 66.7% y el más bajo el grupo de jornaleros con 0%. En la escala de conocimientos el grupo de los jornaleros obtuvo el 100%, seguido de las domésticas con 87.5% y el más bajo fue el grupo de los profesionales con 14.3%. (Gráfico 4)



Fuente Primaria.

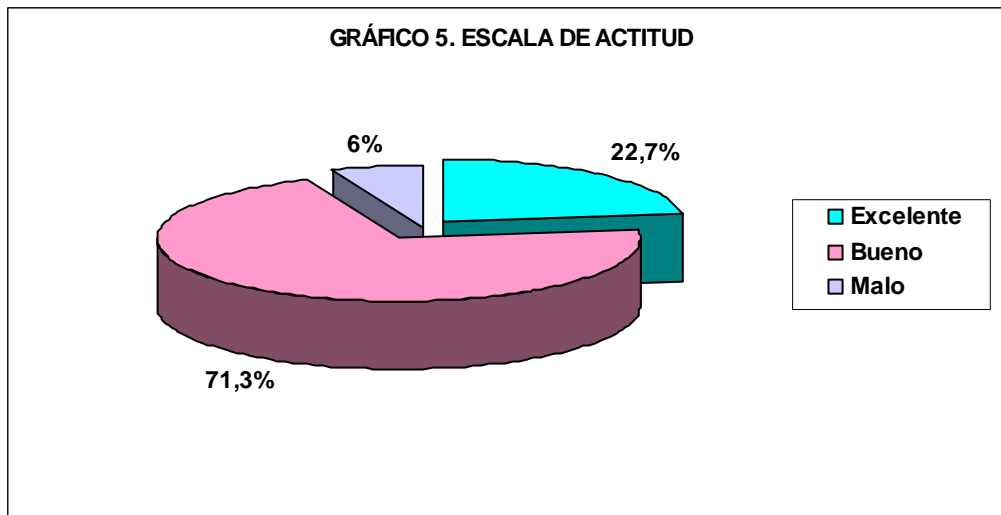
Con respecto a la actitud ante el enfermo con dengue se encontró que el mayor porcentaje 88% que corresponde a 264 de los encuestados acuden al centro de salud y en menor porcentaje 0.3% (1) no sabe que actitud tomar. En cuanto al tratamiento lo más frecuente 119 (39.7%) fue la administración de acetaminofén, mientras que 2 (0.7%) optan por solamente guardar reposo. Cabe señalar que 8 (2.7%) de los entrevistados usan aspirina. (Cuadro 4)

CUADRO 4. Actitud ante el enfermo con dengue de la población de los consejos I y III. Sutiava – León. Mayo a Septiembre 2003.

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Actitud ante el enfermo		
Llevar al Centro de salud	264	88
Dar remedio casero	4	1,3
Dar medicamentos	16	5,3
Múltiples	15	5
No sabe	1	0,3
Total	300	100
Actitud ante el tratamiento		
Acetaminofen	119	39,7
Aspirina	8	2,7
Líquidos	10	3,3
Reposo	2	0,7
Múltiples	104	34,7
Otros	11	3,7
No sabe	46	15,3
Total	300	100

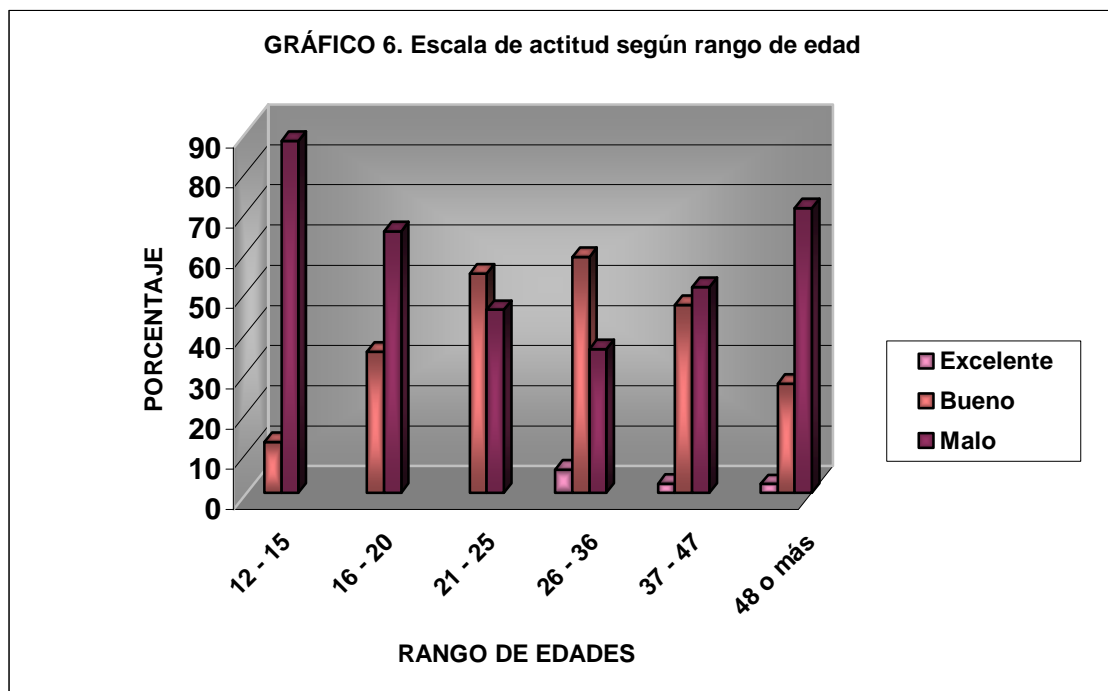
Fuente Primaria.

En la escala de actitud se encontró en el grupo de buena actitud 71.3%, en el de excelente 22.7% y en el de mala actitud 6%. (Gráfico5)



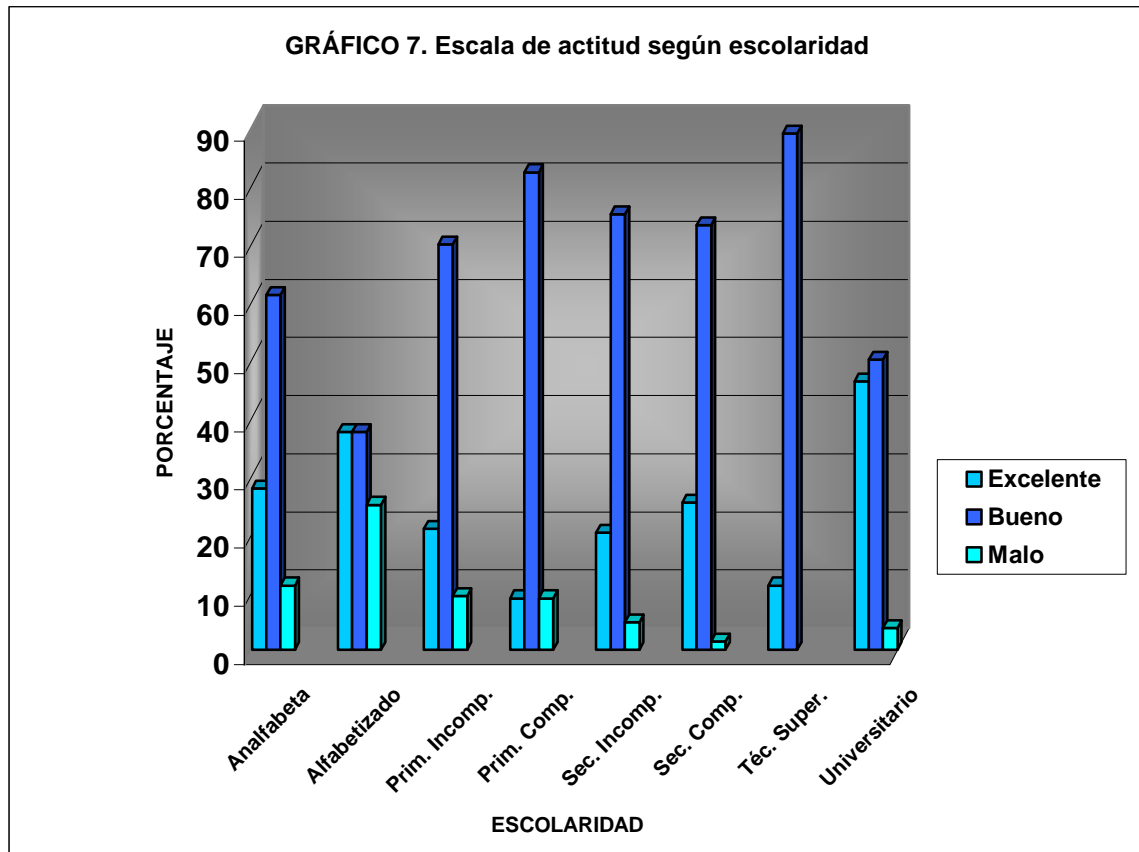
Fuente Primaria.

En el cruce entre rango de edad con escala de actitud se obtuvo que en el grupo de excelente actitud el porcentaje más alto fue de 5.7%, para el grupo de edad de 26 a 36 años y el más bajo con 0% fueron los rangos menores de 25 años. En cuanto a buena actitud el porcentaje más alto fue 58.6% y lo obtuvo el grupo de 26 a 36 años y el porcentaje más bajo fue de 12.5% para el grupo de 12 a 15 años. En lo que respecta a las malas actitudes el porcentaje más alto lo obtuvo el grupo de 12 a 15 años con 87.5%, seguido por el grupo de 48 a más con 70.8% y el más bajo fue de 35.7% para el grupo de 26 a 36 años. (Gráfico 6)



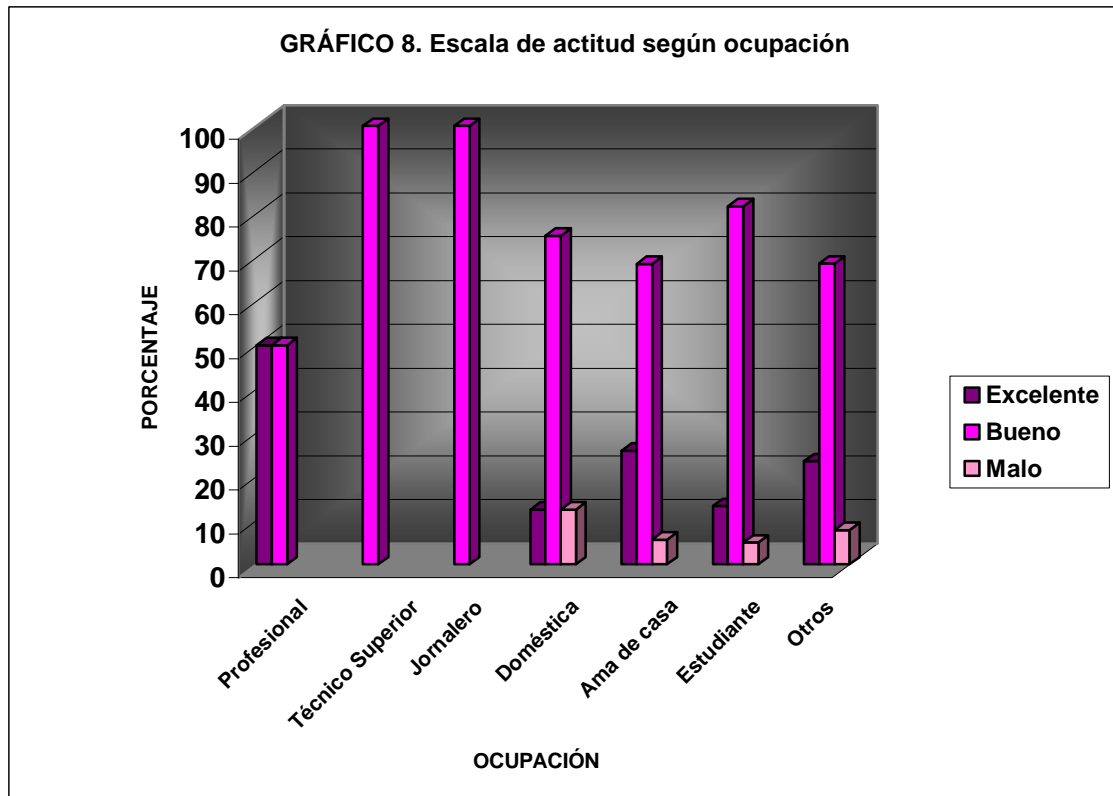
Fuente Primaria.

Con respecto a la asociación entre escolaridad con escala de actitud el grupo más alto fue el de los universitarios con 46.2% de excelente actitud y el más bajo fue el de primaria completa con 8.9%. En la escala de buena actitud el porcentaje más alto fue el de Técnico superior con 88.9%, seguido por el grupo de primaria completa con 82.2% y el porcentaje más bajo fue el de los alfabetizados con 37.5%. En lo que respecta a mala actitud el más alto fue el de los alfabetizados con 25% y el más bajo fue el de técnico superior con 0%. (Gráfico 7)



Fuente Primaria.

En cuanto a la ocupación con escala de actitud el grupo de los profesionales obtuvo el más alto porcentaje con 50% de excelente actitud y los grupos de Técnico superior y jornalero fueron los más bajos con 0%. En las buenas actitudes los grupos más altos con el 100% fueron los de Técnico superior y los jornaleros y el más bajo fue de los profesionales con 50%. En relación a malas actitudes el grupo más alto fue el de las domésticas con 12.5% y el más bajo fueron los grupos de profesionales, técnico superior y jornaleros con 0%. (Gráfico 8)



Fuente Primaria.

Según las prácticas se obtuvo que las medidas que más toma la población para evitar los criaderos son múltiples: cepillar las pilas, abatizar el agua y desechar los utensilios viejos que corresponde a un 88.3% (265) y la minoría 1.7% (5) solamente cepillan las pilas. Para evitar los piquetes de mosquitos el 31.7% (95) usan múltiples medidas como el abanico, mosquitero y quema de materiales humeantes lo que representa la mayoría y la minoría 1% (3) usan repelente. Ante un brote de dengue se encontró que la población en un 25.3% (76) reporta al MINSA y en igual porcentaje no saben que hacer. En menor cantidad 3 (1%) aíslan al enfermo. (Cuadro 5)

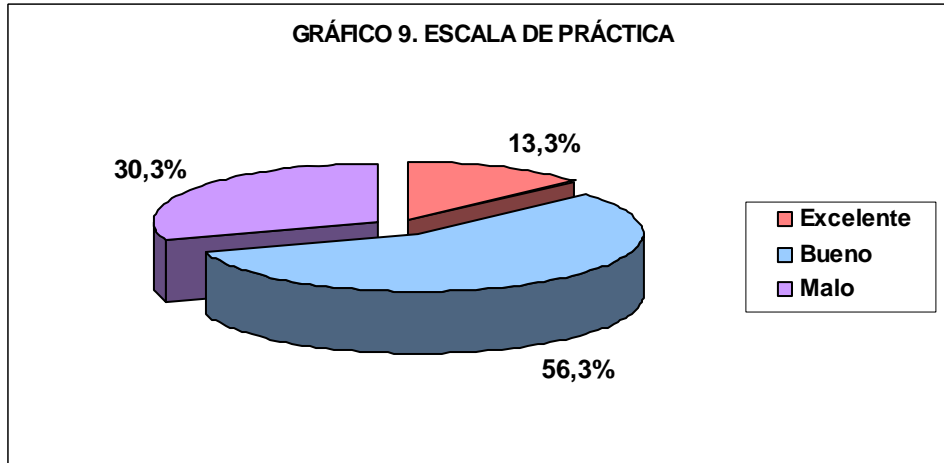
CUADRO 5. Prácticas de la población ante el dengue, en los consejos I y III.

Sutiava – León. Mayo a Septiembre 2003.

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Medidas para evitar criaderos		
Cepillar las pilas	5	1,7
Abatizar el agua	6	2
Desechar utensilios viejos que recolectan agua	7	2,3
Limpiar el patio	17	5,7
Múltiples	265	88,3
Total	300	100
Como evitar los piquetes		
Uso de abanico	83	27,7
Uso de mosquitero	23	7,7
Uso de repelente	3	1
Fumigar	13	4,3
Materiales humeantes	54	18
Múltiples	95	31,7
Otros	12	4
Nada	17	5,7
Total	300	100
Medidas en caso de dengue comunitario		
Reportarlo al MINSA	76	25,3
Buscar asistencia de brigadista	6	2
Limpiar casa y sus alrededores	44	14,7
Limpieza comunitaria	32	10,7
Aislar al enfermo	3	1
Recomendar asistencia médica	9	3
Múltiples	11	3,7
Otros	24	8
No sabe	76	25,3
Nada	19	6,3
Total	300	100

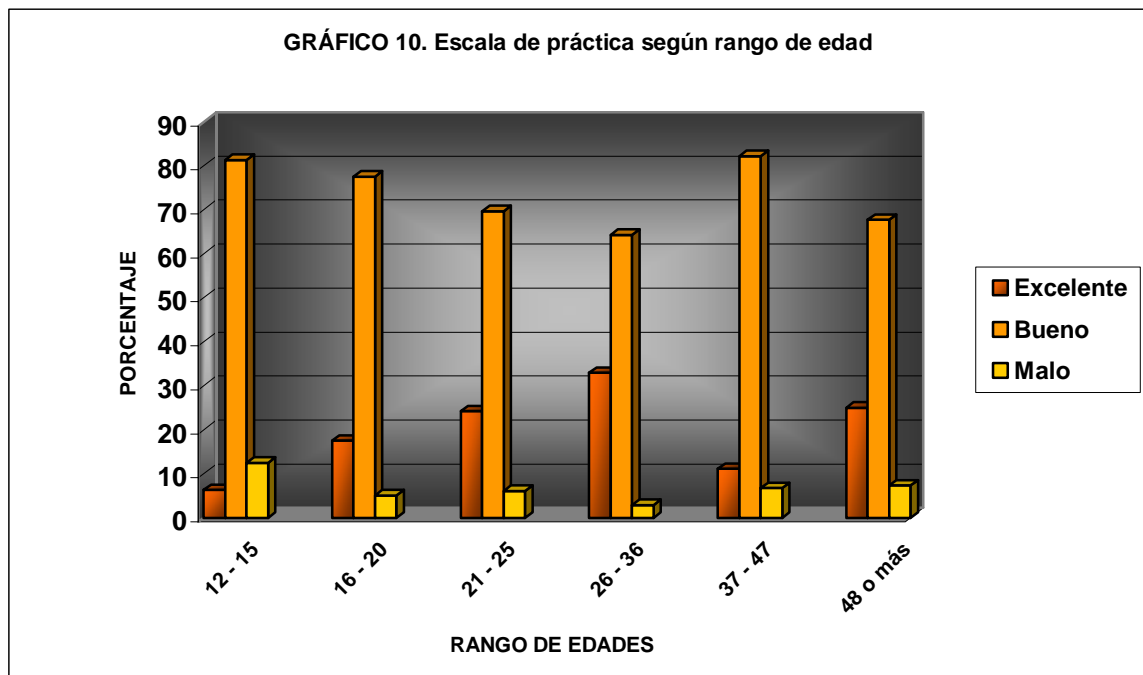
Fuente Primaria.

En la escala de práctica se obtuvo un 56.3% (169) de buenas prácticas, 30.3% (91) de malas prácticas y 13.3% (40) de excelentes prácticas. (Gráfico 9)



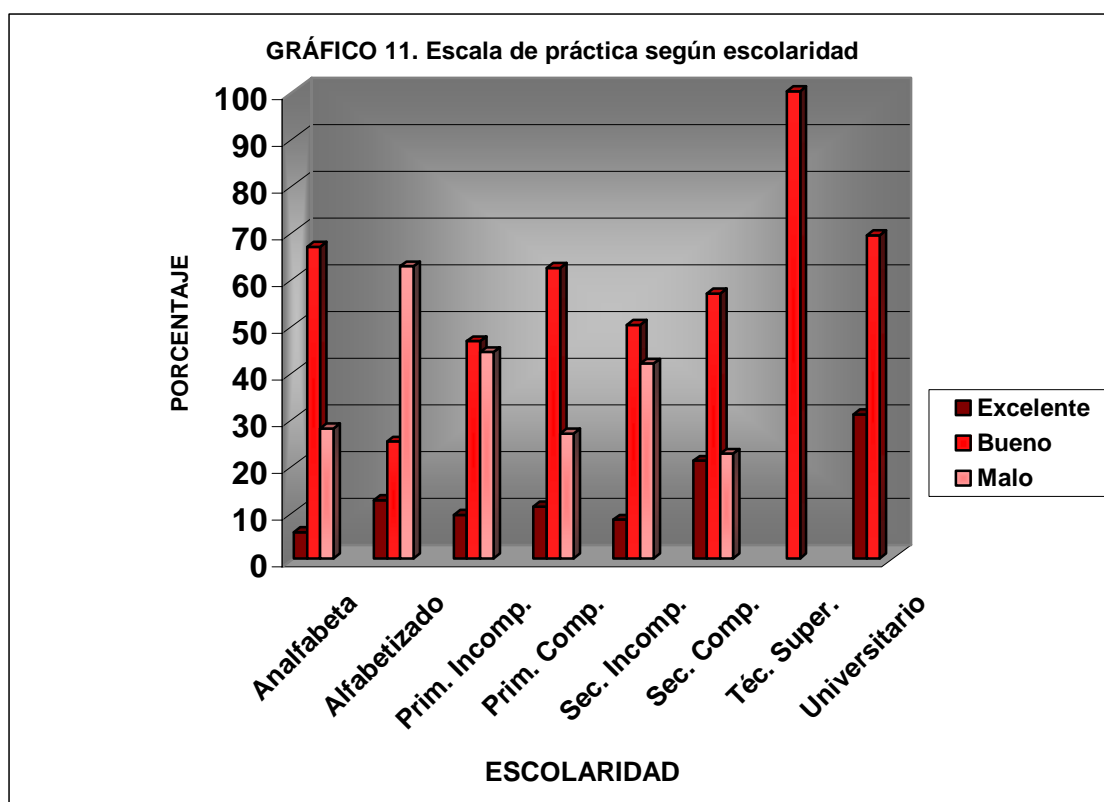
Fuente Primaria.

En relación al rango de edad con escala de práctica se observó que en el grupo de excelentes prácticas el porcentaje más alto lo presentó el rango de 26 a 36 con un 32.9% y el más bajo fue el de 12 a 15 años con 6.3%. En cuanto a buenas prácticas, el grupo de 37 a 47 años obtuvo el más alto porcentaje con 82.2% y el más bajo fue el grupo de 26 a 36 años con un 64.3%. En lo que respecta a malas prácticas el mayor porcentaje lo obtuvo el grupo de 12 a 15 años con 12.5% y el menor fue el grupo de 26 a 36 años con 2.9%. (Gráfico 10)



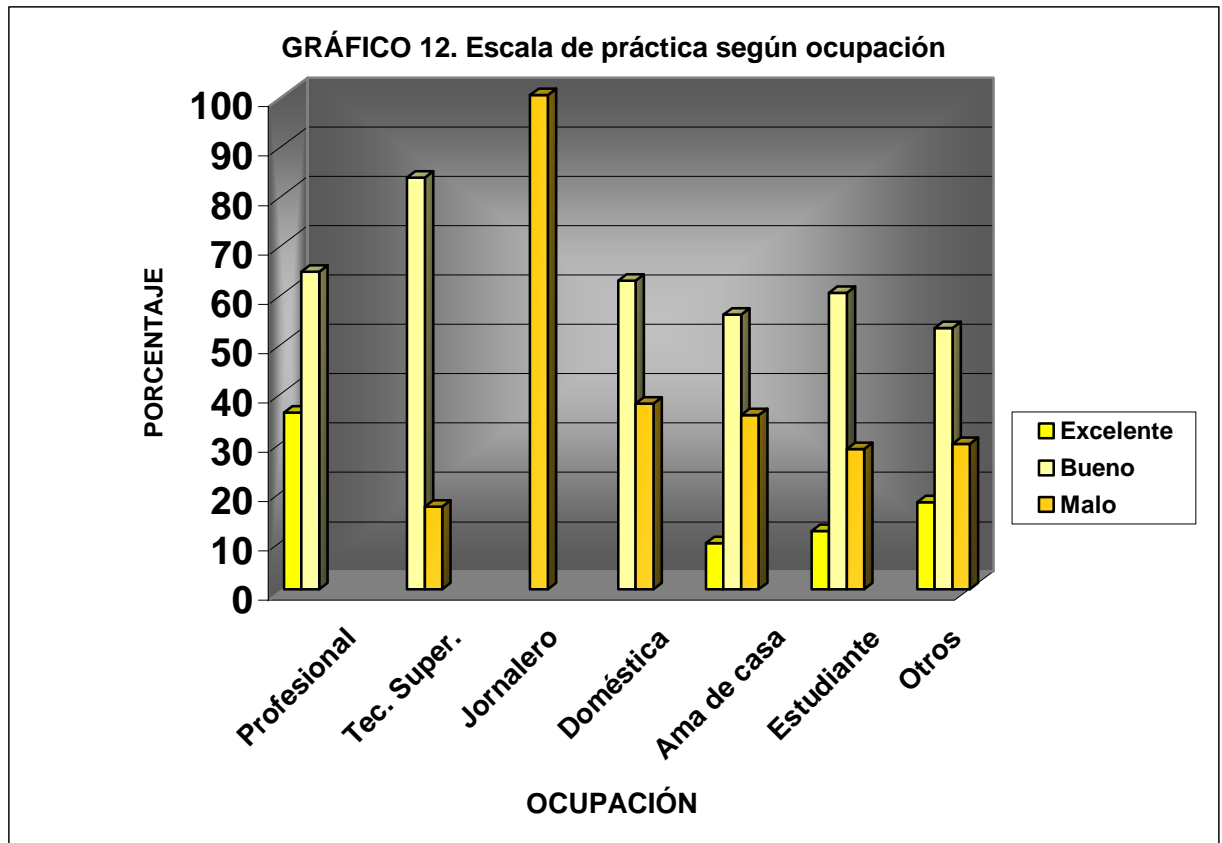
Fuente Primaria.

Asociando escolaridad con escala de práctica, el mayor porcentaje lo obtuvieron los universitarios en un 30.8% de excelentes prácticas, seguido por el grupo de secundaria completa con 20.9% y el menor porcentaje fue el Técnico superior con 0%. En la escala de buena práctica el más alto porcentaje fue el de Técnico superior con 100%, seguido por el grupo de los universitarios con 69.2% y el más bajo fue el de los alfabetizados con un 25%. En lo que respecta a mala práctica el más alto fueron los alfabetizados con 62.5% y los más bajos fueron los Técnico superior y universitarios con 0%.(Gráfico 11)



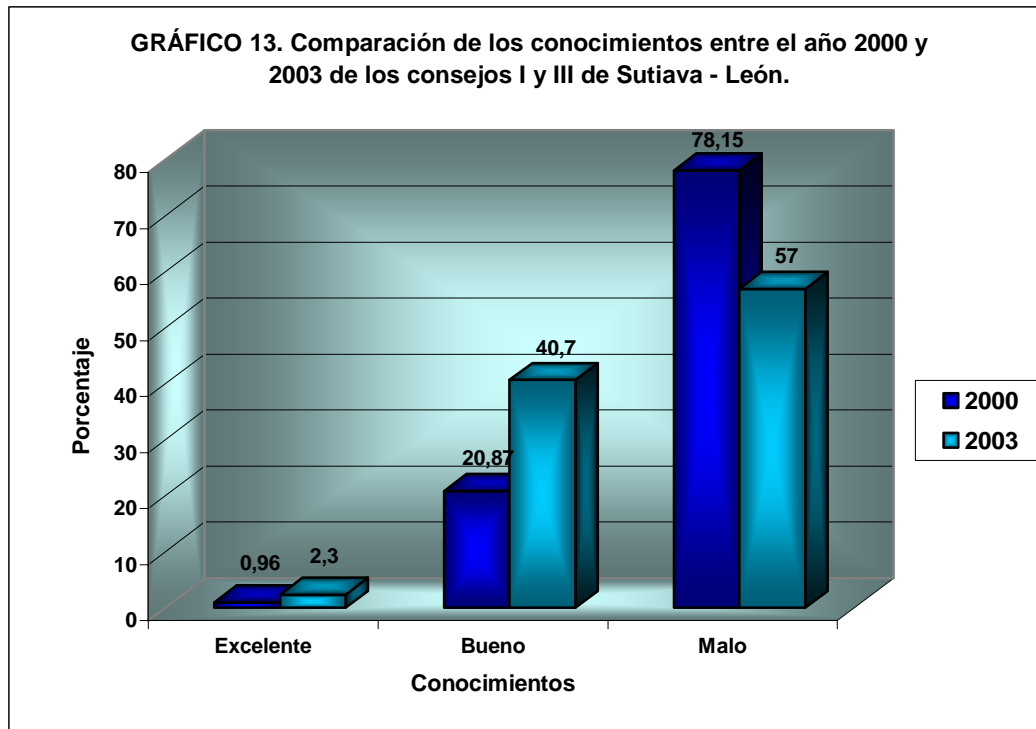
Fuente Primaria.

En cuanto al cruce entre ocupación con escala de práctica el grupo de profesionales obtuvo el más alto porcentaje con 35.7% en excelentes prácticas y el más bajo fueron los grupos de Técnico superior, jornalero y doméstica con 0%. En la escala de buenas prácticas el grupo técnico superior obtuvo el más alto porcentaje con 83.3%, seguido del grupo de profesionales con 64.3% y el más bajo fueron los jornaleros con 0%. En malas prácticas el grupo de jornaleros fueron el más alto con 100% y el más bajo fueron el grupo de profesionales con 0%. (Gráfico12)



Fuente Primaria.

Al hacer la comparación entre los conocimientos generales obtenidos en el estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Dengue en la población de los consejos I y III de Sutiava – León. Febrero a Septiembre 2000 con los resultados obtenidos en nuestro estudio, se encontró que para el año 2000, sólo 0.96% de la población total tenían excelentes conocimientos sobre dengue mientras que en el 2003 presentaron excelentes conocimientos el 2.3% de la población. En la escala de buenos conocimientos para el año 2000 se obtuvo 20.8% a diferencia del año 2003 donde aumentó esta cifra a 40.7% en la misma escala. En cuanto a malos conocimientos en el año 2000 se obtuvieron 78.15% mientras que en el año 2003 fueron de 57%. (Gráfico13)



Fuente Primaria.

Al asociar escolaridad con conocimientos se encontró que existe significancia estadística con un valor de P de 0.00001 y una fuerte asociación con un OR de 3.03; mientras que al asociar escolaridad con actitud se observó que no existe significancia con un valor de P de 0.06319, pero sí existe una fuerte relación con un OR de 4.40; al asociar escolaridad con las prácticas que tiene la población se encontró que sí hay significancia estadística con un valor de P de 0.00004 y un OR de 3.61, lo que significa que hay asociación.(Cuadro 6)

Cuadro 6. Escolaridad relacionada con conocimientos, actitudes y prácticas.

Variabes	Chi cuadrado	Valor de P	Intervalo de confianza	Odds Ratio
Conocimientos	18.86	0.0000141	1.80	3.03
Actitudes	3.45	0.0631986	0.94	4.40
Prácticas	16.76	0.0000425	1.88	3.61

DISCUSIÓN

1.- Características sociodemográficas

Entre las características sociodemográficas de la población de estudio el grupo etáreo predominante fue de 48 o más años, siendo este grupo el que permanece más tiempo en el hogar, ya que la población económicamente activa se encuentra en actividades laborales y los más jóvenes están en la escuela o en la calle realizando algún tipo de actividad. El nivel escolar más frecuente fue secundaria incompleta, esto es un reflejo de la situación socioeconómica precaria en que se encuentra el país desde hace muchos años, y las oportunidades de prepararse son cada día mas difíciles por la escasez de trabajo. La ocupación u oficio más encontrado fueron las amas de casa, ya que por lo general son las mujeres las que tiene que realizar las labores del hogar, teniendo menos oportunidades para prepararse y encontrar trabajo, siendo siempre marginadas igual que en épocas pasadas, debiendo prepararse para los quehaceres del hogar. Estos resultados son similares al estudio realizado sobre conocimientos, actitudes y prácticas en el año 2000.

2.- Conocimientos.

En los conocimientos generales que tiene la población acerca del dengue, más de la mitad son deficientes, no logran diferenciar el dengue de la malaria, ni identificar el nombre del vector que produce el dengue, ya que no se brinda suficiente información por parte del personal de salud, la cual esta dirigida más que todo a la prevención, no existiendo preocupación por parte del MINSA por brindar educación adecuada a la población. Asimismo no existe un programa sistemático de divulgación que permita educar e informar a la comunidad sobre el dengue. La escolaridad de la mayoría es baja con secundaria incompleta existiendo significancia estadística y relación con los conocimientos sobre el dengue, o sea que existe una íntima relación entre la escolaridad con los conocimientos.

En relación al cuadro clínico del dengue, la mayoría conoce los signos y síntomas ya que el encuestado o algún familiar habían presentado esta enfermedad, siendo entonces el conocimiento adquirido por experiencia propia en su mayoría. Más de la mitad no conocen los signos de alarma, a pesar de haber padecido la enfermedad y de asistir al Centro de salud, ya que no han recibido del personal de salud la información adecuada sobre estos.

Al relacionar los conocimientos con los grupos etáreos se observó que las edades extremas son las que presentaron los conocimientos más deficientes dado a que estas personas son los que presentan menor nivel académico. Siendo los jóvenes y personas adultas las que tienen mejores los conocimientos sobre el dengue debido a que el nivel de escolaridad es más alto en estos grupos. No se encontraron estudios con los cuales comparar estos resultados.

Comparando los conocimientos con la escolaridad se observó que los universitarios son los que tienen mejores conocimientos en relación a los diferentes grados de escolaridad, siendo los analfabetos y alfabetizados los que tienen peores conocimientos, existiendo una relación directa entre el grado de escolaridad y los conocimientos.

Al asociar conocimiento con ocupación se encontró que los profesionales y los técnicos superiores son los que presentaron mejores conocimientos en comparación con el resto de las ocupaciones u oficios, existiendo una relación de los conocimientos del dengue con la preparación académica.

Estos resultados son diferentes al estudio realizado sobre control integral del dengue en Honduras en febrero de 1996, donde la población presentó buenos conocimientos. En otro estudio realizado en México sobre prevención y control del dengue en 1996, los resultados son similares a los del presente estudio. Al comparar los resultados de conocimientos sobre el dengue del estudio realizado en Nicaragua, León con la misma población en el año 2000, se observó que estos continúan siendo deficientes, sin embargo han mejorado los resultados obtenidos actualmente.

3.- Actitudes.

En cuanto a las actitudes que la comunidad tiene ante un enfermo de dengue, casi en su totalidad, las personas expresaron que lo llevarían al Centro de Salud en busca de ayuda médica, lo cual nos indica que la población actuaría de manera correcta ante tal situación. De igual manera si tuvieran que tratar al enfermo en casa administrarían el fármaco adecuado (acetaminofén), de forma que así podrían disminuir los riesgos de complicación de esta enfermedad al administrar un fármaco inadecuado como la aspirina. Esta actitud se ha adquirido a través de las experiencias vividas en la familia, de las costumbres y recomendaciones ante tal situación. Como el territorio de Sutiava ha presentado una alta incidencia y prevalencia de dengue, la población ha estado viviendo esta experiencia desde hace muchos años, por lo que ha aprendido que debe asistir al centro de salud al presentar algún síntoma y a tener buena actitud ante el dengue.

Al comparar las actitudes con la edad se observa que en los extremos de la vida o sea los adolescentes y las personas de mayor edad presentan malas actitudes, en cambio los adultos jóvenes y adultos son los que presentan mejores actitudes. Los adolescentes debido a su edad no tienen mucha experiencia para tomar decisiones adecuadas ante el problema del dengue y las personas de mayor edad no han cambiado su cultura y sus costumbres, predominando actitudes negativas.

Relacionando la actitud con la escolaridad, en general se observan buenas actitudes, no observando relación entre la escolaridad con la actitud, igual situación se presentó al asociar las actitudes con la ocupación, porque la actitud se adquiere por experiencias vividas, por influencias del medio social en que nos desenvolvemos, no dependiendo del grado de escolaridad ni de la ocupación. Sin embargo el nivel académico más alto es el que presenta mejor actitud.

4.- Prácticas.

Las prácticas de la mayoría de la población son buenas, hacen uso de múltiples medidas preventivas, ya que el personal de salud y los diferentes medios de comunicación hacen énfasis sobre las prácticas para prevenir el dengue por la alta incidencia y prevalencia de esta enfermedad en el Municipio de León. Además se ha visto una mayor aceptación sobre el uso del abate, ya que lo mantienen con mayor tiempo en los recipientes de recolección de agua, no considerándolo como tóxico para la salud.

A pesar de tener buenas prácticas, en caso de presentarse un brote de dengue en la comunidad, la población no tiene iniciativa propia para resolver tal situación, ya que muchos mencionaron que es el MINSA que debe buscar soluciones a la misma. Otra parte de la población no toma ninguna medida que puede ser por falta de conocimiento o actitud negativa ante el problema.

Al comparar la práctica con la edad, se observó que en general estas son buenas sin ningún distingo de edad, no encontrándose ninguna relación entre estas variables.

Al relacionar las prácticas con la escolaridad se encontró que los técnicos superiores presentaron las mejores prácticas y el de los alfabetizados las peores prácticas, existiendo relación entre las prácticas y el grado de escolaridad, con una significancia estadística de 0.00004 y un OR de 3.61.

Al asociar la práctica con la ocupación podemos decir que la mayoría presentó buenas prácticas a excepción de los jornaleros que en su totalidad presentaron malas prácticas, a pesar que presentan buena actitud no existe significancia estadística 0.28065 y un OR de 1.27, sin embargo existe una mínima relación entre la actitud con la práctica. Muchas veces lo que la población decide no es lo que hace, o sea que puede existir una buena actitud pero malas prácticas.

Al realizar la comparación de nuestros resultados con los obtenidos en el año 2000, se logra ver que en general los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el dengue en la población han mejorado significativamente.

CONCLUSIONES.

- El grupo etáreo predominante fue el de 48 a más años, el nivel de escolaridad más frecuente fue secundaria incompleta, y la ocupación u oficio más encontrado fue ama de casa.

- La población no sabe diferenciar el dengue de la malaria en cuanto a tipo de vector, criaderos y cuadro clínico.

- En general la población desconoce el nombre del mosquito del Dengue.

- La mayoría de la población conoce los signos y síntomas del Dengue, adquiridos sobretodo por experiencia propia, pero más de la mitad no conoce los signos de alarma.

- Los conocimientos más deficientes se presentaron en las edades extremas. A medida que aumenta el nivel académico mejoran los conocimientos, por lo que existe una relación directa entre ambos y en cuanto a la ocupación son los profesionales los que tienen mejores conocimientos.

- La mayor parte de la población mostró buenas actitudes ante el enfermo con Dengue, lo llevaría al Centro de Salud y en caso de tratamiento domiciliar le administraría acetaminofén.

- En su mayoría la población en estudio presentó buenas prácticas para prevenir la enfermedad, ya que hacen buen control de los criaderos, hacen mejor uso del abate y toman medidas directas e indirectas para evitar los piquetes del mosquito.

- Ante un brote de dengue comunitario la población no tiene iniciativa propia para resolver el problema ya que esperan que el MINSA les busque la solución.

- En comparación a los resultados del año 2000, los conocimientos, actitudes y prácticas encontrados en nuestro estudio han mejorado notablemente.

RECOMENDACIONES

1. Mejorar los conocimientos de la comunidad en cuanto a concepto de dengue, tipo de vector, criaderos, signos y síntomas y signos de alarma, mediante diferentes estrategias educativas.
2. La educación sanitaria debe llevarse a cabo con regularidad, empezando en las escuelas y continuando toda la vida con información sencilla, utilizando los medios disponibles.
3. El personal de Programa de control de vectores no se limite sólo a abatizar, sino también a educar a la comunidad sobre medidas preventivas, conocimientos generales de dengue y a diferenciar al Dengue de la Malaria.
4. Promover la participación comunitaria en actividades de prevención y control con el personal del MINSA según sus programaciones, haciendo que asuman con responsabilidad personal la eliminación de los sitios de proliferación del mosquito no sólo en su propiedad.
5. Que las autoridades hagan cumplir las leyes que obliguen a dueños de inmuebles a mantener limpio su patio libre de desechos que sean focos potenciales de proliferación del mosquito, bajo amenaza de multa o sanción.

6. Dar a conocer a la población por parte del MINSA los datos sobre el comportamiento epidemiológico de la enfermedad en la zona para motivarlos a realizar un saneamiento adecuado.
7. Informar al MINSA sobre los resultados del presente estudio para que este realice intervenciones dirigidas a mejorar los conocimientos de la población sobre el dengue.
8. Que las Universidades estimulen a los estudiantes la realización de estudios de C.A.P. sobre dengue y se les dé seguimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abraham S. Beneson, El control de las enfermedades transmisibles en el hombre, 15va Edición, 1992.
2. Boletín del Ministerio de Salud, Managua, Nicaragua: Reducción de la dependencia y uso de plaguicidas en el MIV.
3. Brasil puede ser pionero en vacunación contra el Dengue. 16 de enero del 2003, Río de Janeiro, Brasil. Agencia de Información Frei Tito para América Latina.
www.ADITAL.org.br/admentor/admentor/admentorredir.asp.
4. Cartilla del Brigadista para la LUCHA CONTRA EL DENGUE. Managua, Septiembre del 2000, OPS/OMS, MINSA, Dirección de Enfermedades Transmitidas por Vectores.
5. Cecil, Tratado de Medicina Interna, 19 Edición, volumen 2, Nueva Editorial Interamericana, pág 831, James B. Wygaarden Smith.
6. Conocimientos y Prevención. Dengue: Lo que se debe saber. Alicia Guidoti, Ciencia y técnica UNL – EL LITORAL.
www.unl.edu.ar/artcyt/200399.htm
7. Dengue en Nicaragua, 1994. Reintroducción del serotipo 3 en las Américas.
8. Diagnóstico y tratamiento del dengue y dengue hemorrágico. MINSA. Managua, Nicaragua, Abril 2001.

9. Diccionario El Pequeño LAROUSSE Ilustrado, 1998 Tercera Edición, Agrupación Editorial, S.A.
10. Dirección General de Salud Ambiental y Epidemiología. Normas de Prevención y Control del Dengue. Febrero 2000, MINSA – Republica de Nicaragua.
11. El agravamiento de la situación del dengue y dengue hemorrágico en las Américas. 1996 – 1998. Organización panamericana de la Salud.
www.paho.org/spanish/HCP/HCT/VBD/dengue.htm
12. Gestión de Marketing social. Antonio Leal Jiménez. Serie McGraw – Hill. Interamericana, España.
13. Guía de diagnóstico y tratamiento del dengue, 2da Edición: León, Nicaragua, enero 1998, Dr. Ricardo Cuadra Solórzano, Profesor de medicina interna UNAN - León y Julio C. Rocha, Oficina de epidemiología, HEODRA, SILAIS – León.
14. Guía práctica para la atención del paciente con dengue. MINSA, octubre 2002, Ministerio de Salud, Dirección General de Servicios de Salud, Dirección II nivel de atención.
15. Harrison, Principios de Medicina Interna 14va Edición, volumen 1, Editorial McGraw – Hill, Interamericana, pág 1305.
16. López Francesca Cadelloch Coard; Manual Merck. Diagnóstico Terapéutico, 9na Edición Española.
17. Manual de control y prevención del dengue. Recopilado por el técnico Sergio Juárez Altamirano, SILAIS León.

18. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud, 2da. Edición. F. H. de Canales, E. L. Alvarado, E. B. Pineda.
19. Metodología de la investigación. 2da. Edición. Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado, Pilar Baptista Lucio.
20. Periodismo científico – Dengue: Epidemia que podría prevenirse.
www.asovac.org.ve/av_242_percient_000-index.htm.
21. Proyecto de control integral de dengue, Honduras, 1995 – 1996. Dr. Eduardo A. Fernández.
22. Proyecto de prevención y control del dengue, México, 1995 – 1996. Dr. Jorge F. Méndez.
23. Publicación científica 548, OPS. Dengue y Dengue Hemorrágico en las Américas: Guía para su prevención y control.
24. Revista Nica – Entomol: Centro Nacional de Higiene y Epidemiología, MINSAL, Managua.
25. SILAIS, León, Sistema de información estadística, Programa de enfermedades de transmisión vectorial, 1998-2003.
26. Tipos de Dengue y Reproducción. www.msp.gub.uy/dengue/tipos.html-7k
27. www.cdc.gov/ncidod/dvbid/dengue.htm. Dengue/ Dengue Hemorrhagic Fever: The Emergence of a Global Health Problem.

28. www.MINSA.gob.ni/vigepi/htm/boletín/2002/sem52 Boletín Epidemiológico, semana epidemiológica 52, del 22 al 28 de diciembre del 2002. Ministerio de Salud, Nicaragua. Dirección General de Salud Ambiental y Epidemiológica.
29. www.ops.org.ni/info-pub/centenario/conferencias/dengue/06Dr-AcevedoEpidem.AmbDengue.pdf Situación del Dengue y Dengue Hemorrágico, Dr. Acevedo, II Conferencia, Tema: Epidemiología y Ambiente del Dengue, 18 de abril del 2002.
30. www.paho.org/spanish/hcp/hct/vbd/dengue.htm 1997: Número de casos reportados de Dengue y Fiebre Hemorrágica del Dengue (DHF), Región de las Américas.

ANEXOS

ENCUESTA.**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE DENGUE.**

Nombre del Reparto:_____ Fecha:_____

Código de la manzana:_____ No. De la casa:_____

1) Ocupación:_____ 2) Escolaridad:_____

3) Edad:_____

CONOCIMIENTOS.

5) ¿Qué es el dengue?

6) ¿Cómo se llama el mosquito que transmite el dengue?

Aedes Aegypti____ Anopheles____

No sé____

7) ¿Dónde se cría el mosquito del dengue?

Depósitos de agua para uso doméstico____

Recipientes viejos que acumulen agua____

Huecos de árboles____

Floreros____

Otros____

No sé____

8) ¿Cuáles son los signos y síntomas que presenta una persona que tiene dengue?

Fiebre con escalofríos____

Fiebre sin escalofríos____

Dolor de cuerpo____

Dolor retroorbital____

Cefalea____

Erupción cutánea____

Otros____

No sé____

9) ¿Conoce los signos de alarma del dengue?

Dolor abdominal____ Taquicardia____

Sangrado: Nariz____ Encías____ Genitales____

Otros____

No sé____

ACTITUDES.

10) Si una persona se enferma de dengue ¿Qué haría?

Lo lleva al centro de salud____

Le da remedio casero____

Le da medicamentos____

No sé____

11) ¿Qué tratamiento utilizaría ante un enfermo con dengue?

Acetaminofén_____ Reposo_____

Aspirina_____ Líquidos_____ Otros_____

No sé_____

PRÁCTICAS.

12) ¿Qué hace para evitar que se críen los zancudos?

Cepillar las pilas_____ Cambiar el agua de los floreros_____

Tapar los depósitos de agua_____ Abatizar el agua_____

Desechar utensilios viejos que recolectan agua_____ Limpiar el patio_____

13) ¿Qué hace para evitar que le piquen los zancudos?

Uso abanico_____ Uso mosquitero_____

Uso repelente_____ Fumigo los cuartos_____

Quemo plagatox, incienso, aserrín, etc._____

Otros_____

14) ¿Qué medidas tomaría en caso de presentarse casos de dengue en su comunidad?

15) ¿A través de qué o quién obtuvo información sobre el dengue?

Televisión_____ MINSA_____

Radio_____ Escuela_____

Periódico_____ Otros_____

Nombre del encuestador: _____