



**UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES
AUTONOMAS DE LA COSTA
CARIBE NICARAGUENSE
URACCAN**

MONOGRAFIA

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y
PRACTICAS DE LOS POBLADORES DEL
BARRIO NUEVA JERUSALÉN DE
PUERTO CABEZAS ACERCA DEL DENGUE
EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE
MARZO -AGOSTO DEL 2002**

**PARA OPTAR AL TITULO DE ENFERMERIA
PROFESIONAL**

AUTOR (AS):

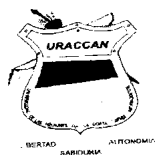
**BRA. MARLENE BROWN MONCADA
BR. SALOMÓN LAGOS CASTELLON
BRA. MARTHA SAMBOLA KUATMAS**

**TUTORA: DRA. KARLA PATRICIA MORALES OCON
Md. MS EPIDEMIOLOGIA**

**ASESORA : LIC. MARCIA LACAYO FOX
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

PUERTO CABEZAS, SEPTIEMBRE 2002

8.242
717



**Universidad de las Regiones Autónomas
de la Costa Caribe Nicaragüense**

URACCAN

MONOGRAFIA

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS
POBLADORES DEL BARRIO NUEVA JERUSALÉN DE
PUERTO CABEZAS ACERCA DEL DENGUE EN EL
PERIODO COMPRENDIDO DE
MARZO- AGOSTO DEL 2002.**

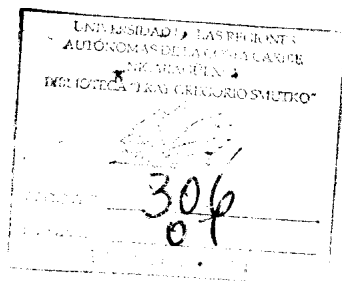
**PARA OPTAR AL TÍTULO DE ENFERMERÍA
PROFESIONAL**

AUTOR(AS): Bra. Marlene Brown Moncada
Br. Salomón Lagos Castellón
Bra. Martha Sambola Kumatmas

Tutora: Dra. Karla Patricia Morales Ocón
Md. MS Epidemiología

Asesora : Lic. Marcia Lacayo Fox
Licenciada en Enfermería

erto Cabezas, Septiembre 2,002



Carta de Tutora	
Agradecimiento	
Dedicatoria	
I. Introducción.....	1-2
II. Planteamiento del problema.....	3
III. Antecedente.....	4-10
IV. Justificación.....	11-12
V. Objetivos.....	13
VI. Marco teórico.....	14-29
VII. Diseño metodológico.....	30-33
VIII. Resultados.....	34-40
IX. Análisis de resultados.....	41-51
X. Conclusiones.....	52-53
XI. Recomendaciones.....	54-55
XII. Bibliografías.....	56
XIII. Anexos	
1. Tablas	
2. Gráficas	
3. Mapa	
4. Instrumento	
5. Operación de variables	
6. Glosario	

Carta de Tutora

El dengue es un problema de salud pública que necesita de la integración de la comunidad para su control, es importante mencionar que los autores con este estudio están dando un aporte sustancial al interiorizarse en los conocimientos de los pobladores del barrio Nueva Jerusalén y por supuesto al tomar actitudes y prácticas de la comunidad.

Es para mi satisfactorio haber colaborado en la formación de tres recursos en salud, apoyándolos y dirigiéndoles en el desarrollo de su estudio y conociendo las necesidades de personal capacitado que tiene esta región para el desarrollo y la puesta en práctica de conocimientos que permitan el **ejercicio de la labor de enfermería**.

Atentamente,

Dra. Karla Morales Ocón

Medica, Epidemióloga

Tutora.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar a **Dios**, por darnos Salud y vida para poder finalizar nuestros estudios de enfermería.

A la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense **URACCAN Recinto Bilwi**, por darnos la oportunidad de seguir adelante en la superación.

A Nuestra Tutora. Dra. **Karla Patricia Morales Ocón**, por brindarnos su gran apoyo durante todo su tiempo dedicado en la elaboración de la Monografía.

De igual forma deseamos agradecer a la Asesora **Lic. Marcia Lacayo Fox** por las orientaciones que nos brindo para llevar a cabo el presente estudio.

A todas las personas que de alguna manera nos apoyaron y permitieron la conclusión de este estudio.

Salomón Martha y Marlene

DEDICATORIA

A Dios, por guiar mis pasos en el camino de la sabiduría,
y permitirme concluir mi Carrera de Enfermería

A mis queridos padres y Hermanos por el gran apoyo
brindado durante todo este periodo de estudio.

Al Ministerio de Salud por darme la oportunidad para
seguir en la superación.

A los Docentes por haber compartido juntos sus
conocimientos durante los tres años de enseñanza.

Salomón Lagos Castellón
Auxiliar de Enfermería.

DEDICATORIA

En especial a Dios, todo poderoso por encaminarme en poder concluir mis estudios, a mi querido hijo **Jorge Luis Salgado** por saberme comprender durante los momentos de mi ausencia.

Al equipo de Dirección del Ministerio de Salud Policlínico por haberme brindado su apoyo en asistir en mis clases de enfermería.

Marlene Brown Moncada.
Enfermera Auxiliar.

DEDICATORIA

***Al creador
Mis hijos y esposo
Ministerio de Salud***

En primer lugar se lo dedico al gran creador del universo omnipotente, por darme la vida. Tan maravillosa, tan linda, así como hoy en día la culminación de mis estudios.

Mi conocimiento que tengo es porque tu me haz dado la sabiduría sirvan a Jehová con temor y estén gozosos con temblor. Dios y mi persona fue testigo en los momentos de sacrificio, mis tiempos difíciles y mis hijos, mi esposo me brindaron apoyo emocional y económico me dieron su comprensión durante estos tres largos años para alcanzar mis sueños hoy en día.

Así también le doy gracias al Ministerio de Salud por haberme dado la oportunidad de salir adelante de mi superación y los docentes por intercambiar su sabiduría en mi y poder culminar mi carrera.

Martha Sambola Kuatmas

Enfermera Auxiliar

Resumen

El presente estudio es descriptivo de corte transversal y prospectivo, se realizó en el Barrio Nueva Jerusalén durante el período comprendido de Marzo – Agosto 2002.

El universo de estudio correspondió a un total de 686 viviendas, del Barrio Nueva Jerusalén encuestado a jefes de familias sean hombres o mujeres mayores de 18 años que habitan en el barrio en un período no menor de 1 año.

La muestra correspondió al 20% del universo equivalente a 137 viviendas.

El objetivo del estudio fue determinar el grado de Conocimientos, Actitudes y Prácticas que tienen los pobladores acerca del dengue.

Las principales conclusiones a que se llegó fueron el poco conocimiento de los pobladores acerca del dengue, no hay un manejo adecuado del mecanismo de transmisión de la enfermedad, solamente identifican síntomas cardinales de la enfermedad que pueden ser similares a otros procesos infecciosos y las que más conocen son las mujeres.

La mayor parte de la población conocen e implementa alguna medidas de control siendo la más frecuente la eliminación de basuras sin embargo no la realizan simultáneamente.

Un porcentaje importante de la población bota el abate por que aseguran que le da mal olor al agua.

Se recomendó la realización de un plan de Información, educación y Comunicación para cambiar las actitudes de los pobladores del Barrio Nueva Jerusalén y fomentar los hábitos higiénicos sanitarios que son tan necesarios para el abordaje del dengue con una visión integral.

I. Introducción

El dengue es un grave problema de salud pública en muchas partes de América, Y puede afectar negativamente a las economías nacionales de la Región. Las epidemias originan grandes costos de hospitalización, asistencia de enfermos y campañas de emergencias para el control de los vectores. La situación epidemiológica en las Américas se encuentra en transición, en donde las enfermedades emergentes y reemergentes se encuentran con las enfermedades endémicas.

El dengue, al igual que el mosquito que lo transmite, afecta a todas las regiones tropicales del mundo, se ha señalado su presencia en mas 100 países, y unos 2000 millones de seres humanos están expuestos en el continente. Cada año se registran millones de infecciones y a veces, decenas de miles de muertes, el dengue se ha convertido en la principal virosis transmitida por mosquitos en el mundo y ataca por igual a jóvenes y viejos, ricos y pobres, especialmente en las zonas densamente pobladas.

La campaña continental contra el *Aedes aegypti* tuvo éxito en erradicar este vector del dengue en la mayor parte de América Latina durante las décadas de los años de 1,950 y 1,960 sin embargo en la actualidad debido a la participación de muchos factores el dengue vuelve a ser un problema de salud pública a nivel mundial. Conocemos que el dengue esta ligado básicamente a un problema de saneamiento domestico en donde poco o ningún gasto los miembros de cada familia pueden eliminar fácilmente el mosquito transmisor con medios físicos y sin utilizar productos químicos. En América los países que han sufrido más estragos por este problema de salud han sido Cuba en la epidemia de 1981, Puerto Rico con la epidemia de 1,997 y Nicaragua a partir de 1,985 que se detecta la aparición de las primeras formas graves y mortales de la enfermedad. La costa caribe del Atlántico Norte sufre desde hace 3 años las consecuencias de la interacción de macro factores y micro factores determinantes en la transmisión de la enfermedad con un carácter epidémico. Sin embargo lo difícil ha sido encontrar maneras de transferirle a la comunidad la responsabilidad, capacidad y la motivación para prevenir y controlar el dengue de manera conjunta viendo este problema con una visión integral y como un problema de todos.

II. Planteamiento del Problema

La Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN), es una región tropical que presenta características propicias para la transmisión de enfermedades vectoriales tales como Malaria , Leishmaniasis y en los últimos años el dengue. El problema del dengue ha demostrado lo vulnerables que somos los seres humanos a este virus y la importancia de conocer lo relacionado a la enfermedad para poder incidir en la reducción del riesgo, esto nos motivo a realizar este estudio, conduciendonos a plantear la siguiente pregunta.

- **Cuales son los Conocimientos, Actitudes y Prácticas que tienen los pobladores del Barrio Nueva Jerusalén sobre el Dengue en el periodo Comprendido de Marzo- Agosto del 2002**

III. Antecedentes

Desde hace mas de 200 años se han venido notificando enfermedades como el dengue en las Américas. Hasta la década de 1,960 casi todos los brotes de la enfermedad se habían producido a intervalos de uno o más decenios, aunque posteriormente los espacios se han cortado. La primera epidemia de dengue clásico de las Américas documentada en laboratorios estaba relacionada con el serotipo 3 y afecto a la cuenca del caribe y a Venezuela en 1.963 – 1.964.

En 1,970, Colombia se vio afectada por extensos brotes asociados con los serotipos 2 y 3; durante ese periodo estos serotipos se hicieron endémicos en el caribe. En 1,977 sé reintrodujo en la Américas, después de su detección inicial en Jamaica se propago a la mayoría de las islas del caribe causando brotes explosivos y se observaron brotes similares en Sudamérica Septentrional.

Los países afectados notificaron cerca de 702.000 casos de dengue durante el periodo 1,977 - 1,980 en el cual el dengue serotipo 1 fue el principal circulante en las Américas.

En 1981 se introdujo el tipo 2 del virus del dengue en Cuba ocasionando un intenso brote que originó 344,203

casos registrados, la mayoría durante un periodo de tres meses. Se hospitalizaron en total 116,143 personas enfermas, estimándose que 24,000 tenían dengue hemorrágico. Se presentaron 10,000 casos de choque y 158 defunciones. La epidemia cubana fue el primer brote de dengue hemorrágico registrado fuera de las regiones de Asia Suboriental y del pacifico occidental.

El primer caso de dengue hemorrágico en las Américas se confirmo en Puerto Rico en 1.975 a pesar de una vigilancia activa y de la aparición de una epidemia de dengue hemorrágico, durante el desarrollo de la epidemia se realizo un estudio para realizar la detección e identificación con rapidez del virus de dengue en donde se sometieron directamente a RCP-T1 un total de 27 muestras obtenidas

de pacientes con fiebre de dengue y fiebre hemorrágica de dengue procedentes de Colombia, Nicaragua y Panamá. El ADN de cadena doble obtenido con la RCP-T1 se identifico mediante una segunda amplificación RCP anidación utilizando cebadores específicos para cada tipo de virus, aislamiento vírico e inmunofluorescencia indirecta y electroinmuno ensayo enzimático para detección de anticuerpos IGM contra el virus del dengue, con el genoma vírico ampliado se detectó e identificó en

un máximo de 8 horas. Los parámetros calculados para hacer el diagnóstico por RCP- T usando el aislamiento vírico y la 1 FI como estándar de oro fueron una sensibilidad de 100% con una especificidad de 78%. un valor predictivo positivo de 79% y con un valor predictivo negativo de 100% . Los resultados de RCP- T1 en general mostraron una estrecha concordancia

Con los de aislamiento vírico lo cual sugiere que la RCP es un procedimiento que facilita enormemente el diagnóstico rápido del dengue.

El primer brote de dengue en **Nicaragua** documentado ocurrió en 1,985 con 14,483 casos notificados. Esta epidemia fue asociada a síntomas graves y pocos casos mortales de dengue hemorrágico. Para finales de 1,994 y en 1,995 se registraron 20,469 y 19,260 casos respectivamente. En el año 2000 el número de casos aumentó en forma sostenida después de la semana 21 con un pico máximo en la semana 26 con 289 casos. Hasta la semana 42 del 2,000 en **Nicaragua** se habían notificado 5,233 casos.

Los serotipos 1 y 2 fueron causantes de la primera epidemia reportada en Nicaragua en 1,985. Posterior a 1993 circulaban 2 o 3 serotipos en el país conjuntamente,

además del virus del dengue tipo 3 que fue aislado por primera vez en 1994 y durante la epidemia de 1,995.

En la ciudad de León fueron aislados los serotipos 2 y 4. Para Julio de 1994 se comenzó a elevar el reporte de casos de dengue y dengue hemorrágico en León para un total de 1,680.

En las Américas existen otras zonas donde los virus del dengue se transmitió en forma endémica se documentaron algunos brotes de dengue hemorrágicos en Venezuela en 1,989 con 5,990 casos y setenta defunciones en Colombia. En Nicaragua y Panamá se aisló el serotipo 3 en 1,994 ocasionando el brote de dengue hemorrágico en 1,994.

En un estudio sobre conocimientos de la población sobre la transmisión del dengue que fue realizado en agosto de 1998 (*Loásiga F.*), en los distritos I y III de **Managua en Ciudad Sandino y Edgar Lang**. Se entrevistaron a 512 personas siendo el mayor porcentaje en edades comprendidas de 30-39 años y del sexo femenino. El 77.7% de los entrevistados tenían conocimiento sobre mecanismos de transmisión del dengue. Así mismo el 75.6% conocía algún método de control del dengue y asistían al centro de salud. La mayoría de los entrevistados eran amas de casa y contestaron que una

de las formas de control era la quema de basura además de la abatización y mantener el agua tapada. Del total de personas el 19.5% habían enfermado de dengue. El estudio concluyó que hay buena aceptación de la población hacia los trabajadores de la salud (sobre todo de los inspectores de enfermedades transmitidas por vectores) sin embargo, la población no interioriza las campañas de saneamiento como prioridad para el dengue; no dominan en su totalidad como se transmite el dengue. La participación comunitaria es muy pobre y sólo se involucran los estudiantes y amas de casa. A pesar que un buen porcentaje de la población hacía uso de los servicios de salud estatal hay otra parte que no es captado por el sistema de salud y se va al sector privado lo que conlleva a subregistro de los casos de dengue.

En un estudio prospectivo de dengue realizado en niños escolares de la escuela Rubén Darío ubicada en el distrito IV de Managua en el 2001 se estudiaron un universo de 1038 niños de 5 a 14 años con la autorización de sus padres. Se utilizó una muestra de 671 niños a los cuales se le brindó asistencia médica y se les practicó la toma de muestras de sangre para detección de anticuerpos IGM que demostraran infección reciente y o pasada de dengue en los niños.

Los principales resultados encontrados fueron que el grupo de edad mas afectado lo constituyeron los de 10 años con 84, del total de los niños que se revisaron 20 fueron normales y 14 salieron con dengue en las pruebas serológicas a pesar de haber pasado desapercibido el cuadro.

En la Región Autónoma del Atlántico Norte a partir de 1999 se inicia la notificación de forma esporádica de casos de dengue en sus diferentes formas clínicas, diagnosticados sólo por criterios clínicos. El abordaje de los pacientes se realizó de acuerdo a normas existentes tomando criterios clínicos y de laboratorio para el ingreso de los pacientes. Debido a que el 100% de los casos notificados eran clínicamente dengue clásico el tratamiento fue básicamente de antipiréticos y educativo. En el año 2000 se presentó un brote registrado a partir de la semana 23 en donde se notificaron un total de 968 casos presuntivos, de los cuales 682 fueron clásicos y 286 hemorrágicos confirmados por laboratorio, se aisló el virus del dengue tipo 2 y una persona falleció. En el año 2001 Puerto Cabezas es azotado por un brote de gran magnitud notificándose un total de 2,220 casos presuntivos de dengue en toda la región predominando la

forma clínica del dengue clásico pero se aumentaron las formas de choque con datos de sangramiento presentándose un total de 5 fatalidades para una letalidad de 0.3 por 10,000 habitantes. En el año 2,002 el dengue ha mantenido un comportamiento por debajo de lo esperado en la región debido principalmente a un fortalecimiento de las actividades sistemáticas de control del vector y al fortalecimiento de la coordinación interinstitucional así como al componente educativo dirigido a la población.

IV. Justificación

Es conocido que el dengue debe verse como un problema de todos conociendo que la participación comunitaria es el elemento clave para lograr el éxito del control del vector transmisor del dengue, sin embargo se ha visualizado que este elemento es muy deficiente en Puerto Cabezas lo que puede estar condicionado por el pobre conocimiento que tienen los pobladores de este problema de salud pública así como de las medidas de control. El barrio Nueva Jerusalén presento la tasa de ataque más alta de todo Puerto Cabezas en el último brote notificado en el 2,001 estando esto relacionado con los altos índices de infestación larvario que permitieron la transmisión del dengue entre los pobladores en donde se detectó una pobre integración de la comunidad.

Haciendo referencia a la debilidad encontrada en la participación comunitaria y al poco empoderamiento de la población del desarrollo de actividades de saneamiento se consideró oportuno realizar un estudio para determinar el grado de conocimiento, actitudes y prácticas que tienen los pobladores del Barrio Nueva Jerusalén sobre el dengue, y así identificar las necesidades de educación sanitaria que tiene la población como una forma de

fomentar hábitos higiénicos sanitarios adecuados y saludables que permitan un involucramiento de la comunidad en las actividades de saneamiento básico con el fin de reducir el riesgo en los pobladores del Barrio en estudio a adquirir la enfermedad del dengue con sus respectivas formas clínicas.

V. Objetivos

Objetivo General:

1. Determinar el grado de conocimiento, actitudes y practicas que tienen los pobladores del barrio Nueva Jerusalén acerca del dengue en el periodo comprendido de Marzo- Agosto del 2002.

Objetivo Específicos:

1. Identificar las características socio demográficas de la población en estudio.
2. Identificar los conocimientos que tienen los pobladores del barrio Nueva Jerusalén sobre la enfermedad del dengue.
3. Conocer la actitud de los pobladores del barrio Nueva Jerusalén frente a la enfermedad del dengue.
4. Describir las principales prácticas sanitarias que realizan los pobladores del barrio Nueva Jerusalén sobre la enfermedad del dengue.

VI. Marco Teórico

El dengue es una enfermedad viral aguda cuyo agente etiológico es un flavivirus de la familia flaviviridae, es transmitida a través de la picadura del mosquito hembra del género *Aedes aegypti* y se caracteriza por presentar signos y síntomas como fiebre con mialgias generalizadas muy intensas, cefalalgias, dolor retroocular, y puede aparecer rash cutáneo y diarrea, en algunos casos pueden presentarse manifestaciones de sangrados menores como de nariz y encías. Puede cursar además con debilidad general y anorexia que puede persistir por dos o más semanas.

Agente etiológico: Los virus del dengue incluyen los tipos inmunológicos 1,2,3,4 que son flavivirus de la familia flaviviridae. Los mismos son los responsables de producir el dengue hemorrágico.

Distribución: El *Aedes aegypti* se originó en África es una especie de las regiones tropicales y subtropicales del globo dentro de los límites 35° latitud norte y 35° de latitud sur. Su distribución está limitada por la altitud. Se ha registrado la presencia de *Aedes* a 2,100 y a 2,200 metros sobre el nivel del mar.

En el nuevo mundo el *Aedes Aegypti* es una especie predominante domestica, que infesta recipientes naturales o artificiales que se encuentran en las viviendas y en sus alrededores. Es raro encontrar mosquitos a mas de 100 metros de las casas de donde se origino; debido a su estrecha relación con el hombre el *Aedes aegypti* es un mosquito urbano, que se encuentra en mayor abundancia en poblados y las ciudades.

En la actualidad los virus de l dengue son endémicos en muchos países tropicales tales como Asia, China, Vietnam, Laos Camboya, Tailandia, India, Sirlanka,Indonesia, Filipinas, Malasia, Singapur en menos grado. Nueva Guinea,

Bangla Desh, Nepal, Taiwán y gran parte de Polinesia, en el Norte de Australia, en África en las Zonas occidental y la costa oriental desde Mozambique hasta Somalia. Las Américas presentan altos índices de infestación en las cabeceras de las diferentes urbanidades teniendo un riesgo potencial de brotes explosivos de dengue.

Reservorio: El ciclo se mantiene del hombre - *Aedes Aegypti* - hombre lo cual compone el complejo del reservorio y la transmisión.

Mecanismo de transmisión: se transmite por la picadura de mosquitos infectantes, principalmente *Aedes Aegypti*, esta es una especie hematófaga diurna. Las dos especies *Ae. Aegypti* y *Ae. Albopictus* son transmisores del dengue en el sudeste asiático. Pero en América no hay evidencias al momento de la participación y transmisión del dengue por el *Ae Albopictus*. El mosquito pica aun

hombre enfermo y después de 8 a 10 días pica a un hombre sano y le transmite la enfermedad.

El vector del dengue virus es el mosquito hembra del genero *Aedes* el cual puede identificarse en sus diferentes estadios siendo estos huevos, larvas en sus cuatro estadios , pupas y la fase adulta, es importante mencionar que la disponibilidad de estas fases en las viviendas es lo que garantiza la transmisión y la circulación viral.

Entre los factores determinantes de la transmisión están las zonas geográficas donde el vector se desarrolla y entran en contacto con la población del huésped. Las latitudes entre 35° y 35° norte y sur habiéndose encontrado hasta los 45° de altitud tanto norte como sur, altitud hasta 2200mts sobre el nivel del mar y temperaturas que oscilan entre los 15 y 40 °C siendo

estas condiciones favorables para la reproducción viral en el vector. Estos parámetros geográficos y climatológicos pueden usarse para estratificar las zonas donde la transmisión previsible puede ser endémica, epidémica o esporádica. También hay factores sociales que determinan la transmisión del dengue el dengue es una enfermedad urbana por lo tanto su transmisión esta relacionada con densidades de población de moderada o altas, una urbanización no planificada y densidades habitacionales muy elevadas así como viviendas sin medios de protección en puertas y ventanas que facilitan la entrada de vectores a la vivienda. Estos factores pueden ser macro o microfactores determinantes en la transmisión del dengue. Los macrofactores están constituidos por factores ambientales y sociales y los microfactores son los factores de riesgo del huésped, agente y vector.

Factores Ambientales:

- Latitud: 35° Norte a 35° Sur
- Altitud: < 2200mts
- Temperatura ambiente: 15 a 40°C
- Humedad relativa: moderada a alta

Factores Sociales:

- Densidad de la población de moderada a alta
- Patrones de asentamiento: Urbanización no planificada
- Canales de drenajes obstruidos
- Aprovechamiento de agua: Ausencia de abastecimiento de agua
- Agua almacenada por mas de 7 días en envases de almacenamiento inadecuados y disponibilidad intermitente así como el uso de barriles y otros depósitos.
- Recolección de desechos sólidos principalmente llantas y automóviles abandonados
- Situación socioeconómica
- Factores de riesgo del huésped
- Factores de riesgo del agente
- Factores de riesgo del vector

Factores de riesgo del huésped:

- Sexo, edad, grado inmunitario, condiciones de salud específica, ocupación

Factores de riesgo del agente:

- Nivel de viremia

Factores de los vectores:

- Abundancia y focos de proliferación de mosquitos
- Densidad de hembras adultas
- Frecuencia de alimentación
- Preferencia de huéspedes
- Susceptibilidad innata a la infección

Período de incubación:

De 3 a 14 días, por lo general de 7 a 10 días y de 7 días.

Período de transmisibilidad:

Generalmente no se transmite de personas a personas los enfermos suelen infectar a los mosquitos en los primeros cinco días de aparecidos los síntomas de la enfermedad.

El mosquito hembra se vuelve a infectar de 8 – 12 días de incubación extrínseca, después de haber ingerido la sangre y así persiste por toda su vida 4 a 6 semanas. Las hembras se alimentan de sangre de la mayoría de los vertebrados pero muestran una marcada por el hombre.

Inmunidad:

Después de contraída la enfermedad por primera vez la persona que da inmune al serotipo que le ocasiono la

enfermedad y susceptible de contraer la enfermedad en su forma secundaria al exponerse a otros serotipos diferentes. Las mujeres y los niños que pasan largos periodos de tiempos en el hogar con actividades mínimas durante el día lo que hace que puedan experimentar exposiciones más largas a mosquitos potencialmente infestados que las personas que están fuera del hogar o activas.

Los conocimientos de las familias sobre el dengue sus causas y los medios de como prevenirlos o controlarlo influyen en el nivel de saneamiento del ambiente domestico que determina la disponibilidad de lugares de producción de larvas en el entrono domiciliario. La distribución y la densidad geográficas, las creencias en relación con el dengue el estado socioeconómico, la disponibilidad de los servicios Públicos y las condiciones habitacionales pueden influir en el riesgo de la transmisión.

Las manifestaciones vírales por dengue causan un aspecto de enfermedades que varían desde el proceso asintomático a la fiebre indiferenciada o al dengue clásico y de este a la fiebre hemorrágica.

Las características clínicas de la fiebre del dengue dependen a menudo de la edad del paciente. Los lactantes y preescolares pueden sufrir una enfermedad febril indiferenciada con erupción maculo papular. Los niños mayores y los adultos pueden tener una enfermedad febril leve o bien la clásica enfermedad incapacitante de inicio abrupto con fiebre alta, cefalea intensa, dolor retro ocular, dolores musculares, articulares y erupción cutánea.

Se pueden presentar hemorragias de la piel con prueba del torniquete positivo que origina petequias. Es frecuente la leucopenia y en ocasiones se observa trombocitopenia. Muchas epidemias de fiebres del dengue se asocian a complicaciones hemorrágicas tales como epistaxis, hemorragia gingival, hemorragia intestinal, hematuria grave e hipermenorrea.

En raras ocasiones, una hemorragia grave ha causado la muerte. Es importante diferenciar los casos de dengue con hemorragia inusual de las de dengue hemorrágicos.

Dengue Hemorrágico:

El dengue hemorrágico se adquiere por lo general al contraer en forma secundaria la enfermedad y consiste en los síntomas anotados anteriormente mas manifestaciones hemorrágicas que puedan llegar a ser

importantes y ocasionar la forma grave de la enfermedad que muchas veces es mortal. Como también es una enfermedad viral aguda producida por los cuatro serotipos del virus del dengue se caracteriza por permeabilidad vascular anormal, hipovolemia y anormalidades en los mecanismos de coagulación. Los casos típicos de dengue Hemorrágico se caracterizan por 4 manifestaciones clínicas fundamentales: fiebre alta, fenómenos hemorrágicos, hepatomegalia y a menudo insuficiencia circulatoria. El cambio fisiopatológico principal que determina la gravedad de la enfermedad en el dengue hemorrágico y lo distingue del dengue clásico es la extravasación de plasma, puesta de manifiesto por un aumento del hematócrito y una hemoconcentración ascendente.

Dengue Hemorrágico sin choque:

La enfermedad suele comenzar con aumento súbito de la temperatura, que viene acompañado de rubor facial y otros síntomas constitucionales no específicos que asemejan al dengue, como anorexia, vómitos, cefalea y dolores musculares o de las articulaciones. El malestar epigástrico, sensibilidad en el reborde costal derecho y el dolor abdominal generalizado son comunes. La temperatura es típicamente alta durante 2-7 días y luego

baja a un nivel normal o subnormal; ocasionalmente puede subir hasta 40-41°C y puede presentarse convulsiones febriles.

La manifestación hemorrágica más común es una prueba del torniquete positiva. Durante la fase febril inicial puede observarse petequias finas diseminadas en las extremidades, las axilas, la cara y el paladar blando. En ocasiones se produce una hemorragia gastrointestinal leve. Por lo general el hígado puede palparse a principios de la fase febril, la hepatomegalia se observa con mas frecuencia en casos de choque. La esplenomegalia es poco común en los lactantes pequeños.

La lisis de la fiebre puede ir acompañada de sudoración profusa y de cambios leves en la frecuencia del pulso y en la presión arterial, junto con frialdad en las extremidades y congestión de la piel. Estos cambios reflejan los trastornos circulatorios leves y transitorios resultantes de cierto grado de extravasación de plasma.

Síndrome de choque por Dengue:

En casos graves, el estado del paciente se deteriora en forma súbita luego de una fiebre de pocos días de duración. En el momento en que baja la temperatura o

poco más tarde, entre 3 y 7 días después de inicio, aparecen los signos de insuficiencia circulatoria. El dolor abdominal agudo es una molestia frecuente poco antes de sobrevenir el choque. El choque se caracteriza por un pulso acelerado y débil con reducción de la presión del pulso (20 mmHg o inferior, independientemente de los niveles de presión, por ejemplo 100/90 mmHg. Lo característico de esta forma clínica es que si no se trata adecuadamente puede conllevar a muerte en pocas horas.

Diagnostico:

Se realiza por toma de sueros pareados a las personas enfermas y el primer suero se extrae en los 5 días iniciales de la enfermedad y el segundo 2 semanas después. Se realizan dos tipos de pruebas de confirmación Aislamiento Viral y Serología para la detección de IGM. El aislamiento se realiza con sueros extraídos de los pacientes en los primeros 5 días de la enfermedad y nos revela el serotipo del virus circulante y la Serología se realiza después de 5 días de iniciada la enfermedad con un periodo optimo entre el quinto y séptimo día.

Susceptibilidad y resistencia:

La susceptibilidad: parece universal, pero los niños suelen tener una enfermedad más benigna que los adultos.

El establecimiento de la infección por un serotipo genera inmunidad de larga duración, pero no protege contra otros serotipos.

Con relación al tratamiento del dengue clásico se recomiendan las soluciones de hidratación oral para reponer los electrolitos del tipo usado en el tratamiento de la diarrea, se deben evitar los salicilatos como la aspirina, ya que pueden favorecer hemorragias y acidosis, es preferible el paracetamol (acetaminofen), en caso de dengue hemorrágico se recomienda ingreso a la unidad de salud más cercana con un importante soporte de líquidos y electrolitos, deben de vigilarse la aparición de los signos de alarma siendo los más comunes el vómito y el dolor abdominal que advierten de un estado de descompensación hemodinámica y de choque.

Medidas de control y prevención:

Para controlar los mosquitos transmisores de enfermedades se han puesto en practicas diferentes métodos de control los cuales aplicados de forma simultanea producen mejores resultados.

1. Control químico: Es aquel método que utiliza productos químicos para eliminar el mosquito en cualquier de sus fases. Ejemplo el uso de abate o temephos al 1 %, insecticidas, larvicida.
2. Control Biológico: Es aquel en el cual intervienen otros organismos vivos o productos de los mismos bacterias, peces depredadores como la gambusia utilizada en los SILAIS de León y Chinandega.
3. Control físico: Consiste en la destrucción de criaderos, interposición de barreras físicas, drenajes, aterramiento y limpieza de vegetación acuática.
4. Control Cultural: El que va dirigido a modificar las costumbres, de la población y propiciar cambios en los aspectos sanitarios del pueblo.
5. Control Legal: El que se apoya en leyes, como medida de presión para hacer cumplir y prevalecer las medidas de control en la lucha contra la enfermedad y el mosquito.
6. Control Natural: Es el que se realiza en la naturaleza y que son ajenos a la mano del hombre.
7. Control Integral: Resulta de una adecuada combinación de los métodos anteriores.

La participación comunitaria:

La participación comunitaria en las actividades de prevención y control del dengue puede mejorar los resultados de las actividades propias del programa de control de vectores ya que permite realizar cambios en los índices larvarios en la comunidad. La Participación comunitaria consiste casi siempre en la integración de la comunidad en las actividades realizadas para controlar los hábitos larvales del vector lo que puede ir desde la remoción o destrucción de latas, botellas y otros objetos diversos hasta el descarte de los mismos, el almacenamiento de los recipientes de tal modo que no contengan agua, la participación colectiva no es algo que se cubre o se descubre, yace y se activa cuando hace falta. Es sobre todo una opción, una actitud cuyos resortes y elementos se conquistan continuamente. Necesita de decisiones y riesgos, y requiere ante todo una actitud de diálogo y confianza en uno mismo, pero sobre todo en los demás.

La participación es un proceso de aprendizaje en el cual por un lado hay personas que aprenden a descubrir sus propias capacidades y a ganar autonomía, y por el otro lado hay personas que aprenden a aceptar otros puntos de vista y a entregar responsabilidad.

El objetivo e indicador último de la participación debe ser el grado en que a través de ella se tiene acceso al poder, se comparte el poder en un grupo social.

- Algunos aspectos a tener en cuenta frente a la mística de la participación.
- No todas las actividades y procesos han de hacerse participativamente. Ni todo el mundo quiere -ni tiene por qué- participar, ni participar en todo.
- Por lo general las comunidades no comparten las creencias en la importancia de participar.
- Los individuos ya tienen una fuerte carga de funciones sociales.
- Se va en contra de fuertes tendencias sociales de especialización y fragmentación al pedir a los ciudadanos que asuman responsabilidades.
- El significado y alcance último de la participación dependerá por tanto de la relevancia de la actividad o proceso en el sistema social y la vida comunitaria.
- Grados de participación de la comunidad:
- Participación en la discusión.
- Participación en decisiones tomadas a diferentes niveles, desde la definición de los mecanismos de

participación de la comunidad al manejo de los recursos

- Participación en el entrenamiento.
- Participación en la ejecución de tareas.
- Participación en la evaluación.
- La participación no es inocente, es intencionada, hay que educarla.
- No hay dudas de que en los últimos 5 años, las publicaciones sanitarias, se han visto cada vez más influidas por el concepto de participación, pero se sigue pensando que esto es un mero ejercicio literario y es importante destacar que para el control del dengue se necesita una fuerte participación comunitaria en simultaneidad a la realización de las actividades de control de vectores.
 - Si no se practica extensamente la intervención comunitaria en salud, será difícil reunir datos avalados por la experiencia.

VII. Diseño Metodológico

Este estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas que tienen los pobladores, acerca del dengue. Se realizó en el barrio Nueva Jerusalén de la Ciudad de Bilwi Puerto Cabezas, Región Autónoma Del Atlántico Norte.

Tipo de estudio: El presente estudio es descriptivo de corte transversal y prospectivo.

Periodo de Ejecución: El estudio se realizó durante el período comprendido entre Marzo- Agosto del año 2002.

Universo: El universo de estudio esta comprendido por un total de 686 viviendas

Muestra: la muestra esta constituida por un total de 137 viviendas del barrio Nueva Jerusalén, en donde se elaboró un listado de las unidades del universo y se calculo el intervalo para tomar cada elemento de la muestra utilizando la siguiente formula:

$$K = N/ n = 686/137 = 5$$

Donde k es un cociente que indica cada cuanto se obtienen las unidades de análisis. N es el universo y n es el número de unidades de muestra.

De Cada cinco casas se tomó una unidad para la muestra, lo que permite escoger sistemáticamente las unidades de análisis de todo el conjunto del universo determinándose así una muestra de 137 viviendas.

Criterios de Inclusión:

- ✓ Que sean jefes de familia sea hombre o mujeres
- ✓ Mayores de 18 años
- ✓ Que tengan de habitar en el barrio Nueva Jerusalén en un periodo no menor de 1 año.

Criterios de Exclusión:

- ✓ Que no sean jefes de familia sea hombre o mujeres
- ✓ Menores de 18 años
- ✓ Que tengan de habitar en el barrio Nueva Jerusalén en un periodo menor de 1 año.

Métodos y técnicas de recolección de los datos:

Para determinar los aspectos presentados en los objetivos específicos se hizo uso de la elaboración de un instrumento que contenía las variables de estudio según los objetivos planteados el cual se aplicó a los jefes de familia del barrio Nueva Jerusalén previo pilotaje del mismo.

Variables de estudio:

Las variables de estudio por objetivo se presentan a continuación:

Objetivo 1: Características sociodemográficas de los pobladores del barrio nueva Jerusalén

- Edad
- Sexo
- Grupo étnico
- Ocupación

- Escolaridad
- Religión

Objetivo 2: Conocimientos de los pobladores del barrio Nueva Jerusalén sobre Dengue

- Que entiende por dengue
- Conocimiento sobre el mosquito
- Signos y síntomas del dengue
- Hábitat del mosquito
- Sitio de reproducción de formas inmaduras
- Medio de información
- Uso de abate
- Que le produce el abate al agua

Objetivo 3: Actitudes de los pobladores del barrio Nueva Jerusalén sobre Dengue

- Enfermedad de familiares cercanos y/o hijo
- Donde acudiría en caso de enfermar
- Enfermos en el barrio
- Frecuencia de eliminación de basura
- Trato al personal de salud
- Perfil del personal de salud

Objetivo 4: Prácticas de los pobladores del barrio Nueva Jerusalén sobre Dengue Medidas de prevención

- Medicación
- Búsqueda de ayuda
- Utilización del abate
- Medio de tratamiento a criaderos

Procesamiento y Análisis de los datos

Para la presentación de los resultados se hizo uso de análisis y cruce de variables elaborándose tablas y gráficos en ambiente Windows (Word y Excel, Se utilizó para el procesamiento de la información el programa de Epi-info 6.04, en donde se construyó la base de datos en EPED, y se hizo uso de los programas Enter X, CHECK y Análisis. Se realizó el análisis de los resultados y se utilizaron porcentajes, medidas de riesgo (OR), Chi cuadrado y *p* *valúe*.

Plan de Análisis

Grupo etáreo / sexo

Grupo étnico / sexo

Escolaridad / Sexo

Conocimiento / Practicas

Conocimiento / Actitud

Operacionalización de las variables (ver en anexo)

VIII. Resultados

Se realizó un estudio en el Barrio Nueva Jerusalén sobre conocimientos, actitudes y prácticas acerca del dengue en el período de Marzo a Agosto del presente año encontrándose los siguientes resultados.

Con relación al grupo etáreo se encontró un predominio de la edad de 18 a 49 años en un 97.8%(134) de los entrevistados y de 50 y más el 2.2%(3). (Ver tabla N°1)

En relación al sexo se encontró que un predominio del sexo femenino en los entrevistados en un 64.9%(89) seguido de los varones que representó el 35.1%(48). (Ver Tabla N°2)

Con relación a la escolaridad de los pobladores encuestados se encontró que un 32%(44) tienen un nivel académico secundario, y el 30% un nivel primario(41) de igual forma se encontró que un 23%(31) son Analfabetas, un 9% son estudiantes universitarios(12), y solo el 6% técnico(9) (Ver Tabla N°3)

En cuanto a la ocupación de los pobladores encuestados se encontró que un 54% son Amas de casa(74). En otras profesiones un 8.7%(12), comerciantes y maestros con un 5.1%(7) respectivamente, los conductores, las secretarias y los albañiles con un 3.6% (5)

respectivamente, los estudiantes el 4.4%(6) se encontraron desempleados 4.4%(6) , CPF un 2.2%(3) contadores 2.2%(3) (Ver Tabla N°4)

En relación con los grupos étnicos se encontró que el 78.1%(107) pertenecen al grupo Miskitos, el 16.1%(22) son mestizos y el 5.8%(8) criollos (Ver Tabla N°5)

Se identificó que un 56.2%(77) de los entrevistados son de la religión morava, seguido de un 23.4%(32) católicos, el 9.48%(13) son evangélicos, el 4.37%(6) pertenecen a la religión Maranata, el 3.6%(5) son Adventista, en otras religiones el 2.18%(3) y un 0.73%(1) Mormones. (Ver Tabla N°6)

Relacionando los grupos étnicos con el sexo se encontró que el 54%(74) son miskitos de sexo femenino y del masculino un 24%(33), los mestizos del sexo femenino representan el 6.5% y el sexo masculino 9.4(13) , los criollos del sexo femenino representan un 4.7% y masculino 1.4%(2) (Ver Tabla N°7)

Relacionado la escolaridad con el sexo se encontró que el 26.2%(36) tienen educación primaria del sexo femenino, y el 8.03% Sexo Masculino(11) la Secundaria en el sexo femenino es de 14.6%(20) y en el masculino de 16.1%(23), las analfabetas corresponden al 20.4%(28) del sexo femenino y del sexo masculino 2.2%(3) los

técnico de sexo femenino representan el 0.73%(1) y el sexo masculino el 2.2%(3) los universitario el 2.2%(3) del sexo femenino y el sexo masculino el 6.6%(9) (Ver Tabla N°8).

Relacionando el grupo etáreos con el sexo se encontró que en el grupo de 18 a 49 el sexo femenino predominó con un 63.5%(87) en relación masculino con 32.8%(45) y en el grupo de 50 el sexo masculino representó el 2.18%(3) y el femenino el 1.4 %(2) (Ver Tabla N°9)

Con relación al conocimiento sobre el dengue se encontró que un 37%(51) dieron otras respuestas al preguntar sobre dengue, el 36% (49) no sabe nada, el 14% (19) respondieron que el dengue es enfermedad mortal y el 8%(11) que el dengue es una enfermedad transmitidas por zancudos,el 2%(3) enfermedad transmitida por zancudos infectados, el 1.5%(2) que es una enfermedad virulenta, el 1.5%(2) que es una enfermedad que da calentura (Ver Tabla N°10)

En cuanto al conocimiento sobre el dengue y el tipo de mosquito transmisor el 67% respondieron que no conocen (92) y el 33% que si conocen (45) y con relación a conocimientos sobre los tipos de zancudos el 17.5% (24) respondió que el mosquito transmisor es el Aedes en

un 17.5 % (24) Anopheles en un 10.9%(15) y Culex 4.3% (6). (Ver Tabla N°11)

En cuanto a los conocimientos que tienen sobre los signos y síntomas del dengue se encontró que el 66%(91) respondió que el dengue cursa con fiebre, el 30%(41) con Vómitos, el 29.1% (40) con artralgias, el 21.8 (30) con mareos, el sangrado representó un 11.6%(16) , la diarrea el 9.4%(13), el mal estado general el 7.2%(10), el 5.8% (8), el frío en un 5.1%(7) . (Ver Tabla N°12).

En relación con los conocimientos sobre el hábitat del mosquito transmisor del dengue el 56.9%(78) contestaron que si conocen y un 43%(59) no la conocen. (Ver Tabla N°13).

Con relación a los habitat de alimentación del mosquito del dengue un 35%(48) no sabían, un 28%(39) respondieron de noche, de tarde el 23%(31) y de día el 14%(19) (Ver Tabla N°14)

En relación a los conocimientos que tienen los pobladores sobre la reproducción de la larvas del mosquito transmisor del dengue el 47.4% (65) contestaron que no saben, el 13.1% (18) en charcas, un 10.2%(14) en basuras seguido de un 10.2%(14) en el monte, en letrinas el 5.8%(8), en Aguas sucias el 3.6%(5) en aguas limpias y botellas en un 2.9%(4)

respectivamente , el 1.5%(2) llantas, el 0.73% (1) agua, en pozo el 0.73%(1) y en zanjas 0.73% (1). (Ver Tabla N°15).

Con relación a las formas de obtención de conocimiento sobre el dengue se encontró que el 47% (64) fue a través de charlas educativas, otros medios el 25%(34) , a través de enfermeras el 7% (10), ignoran el 7% (10), a través de amigos el 6%(8), a través de personal médico el 3% (4), familiares el 3% (4) el y a través de revistas el 2%(3). (Ver Tabla N°16).

En relación a las actitudes se encontró que el 40%(55) de los pobladores encuestados buscan atención medica al hospital al tener enfermos de dengue, de igual forma un 29%(40) asisten al centro de salud y un 15.3%(21) no sabe a donde acudir, el 4.3%(6) acude al medico, un 4%(5) recurre a la automedicación, el 2.2%(3) bañan a sus hijos el 1.4%(2) quieren buscar una clínica privada y el 1.4 %(2) mejor decide tratarlo en casa (Ver Tabla N°17)

Si el entrevistado o algún familiar se enferma por dengue que el 54.7%(75) toman la actitud de acudir al hospital, el 36.4%(50) al Centro de salud. un 5.10%(7) sé automedican , el 2.2%((3) en otros, y el 1.4%(2) asistirían a clínicas privada. (Ver Tabla N°18)

En relación a las actitudes que toman los pobladores al tener enfermos en el barrio, el 54.4%(76) son indiferentes, un 36.4%(50) acuden al Centro de Salud, el 3.6%(5) solicitan fumigación, el 2.2%(3) toman iniciativas para limpiar el barrio, seguido de un 2.2%(3) que sugieren que el personal del CEMA les llegue a limpiar su casa y el barrio. (Ver Tabla N°19)

Se observa que un 58%(79) eliminan la basura semanal, el 26%(36) diario el 13%(18). mensual, quincenal el 1.5%(2) y otros un 1.5%(2). (Ver Tabla N°20).

Con relación a la forma en que los pobladores reciben al personal de salud, el 81%(111) refieren tratarlos bien, el 6.5%(9) muy bien, un 4.3%(6) con amabilidad y el 3%(4) con alegría, así mismo un 3%(4) respondió que los trabajadores del CEMA no llegan del todo, y el 0.73%(1) los aceptan solo cuando tienen tiempo (Ver Tabla N°21)

En relación a las medidas preventivas ante la enfermedad del dengue el 60.5%(83) contestaron que queman la basura, el 52.5%(72) usan mosquitero, un 20.4%(28) cambian el agua de su recipiente, un 17.5%(24) eliminan las charcas, y el 16.7%(23) permiten abatizar, un 13%(18) eliminan las basuras el 8.7%(12)

usan repelente y el 5.8%(8) entierran la basura. (Ver Tabla N°22)

Los medicamentos que usan más frecuente al momento de la enfermedad de dengue es acetominofen con 94.8%(130), un 18.9%(26) toman agua, el 7.2%(10) toman aspirina, el 2.1%(3) suero oral y el 4.3%(6) usan otros medicamentos. (Ver Tabla N°23)

El 64.2%(88) Acuden en búsqueda de ayuda cuando se enferme del dengue al centro de salud, el 23%(31) al hospital, un 5%(7) a clínicas privadas, el 5%(7) consultan con los familiares, el 1.4%(2) llegan a médicos particulares y un 1.4%(2) realiza otras practicas. (Ver Tabla N°24)

Un cuanto al uso del abate el 52% (72) de los entrevistados respondieron que lo dejan en el recipiente, un 43%(16) no sabe que pasa con el abate, el 32%(45) cambian el agua y un 10.2%(14) lo botan. (Ver Tabla N°25)

Con respecto al efecto que hace el abate al ser puesto en agua contestaron que han observado en un 75.1%(103) que le da mal olor al agua, un 22%(30) dice no haber observado ningún efecto, el 2.15(3) que el abate ensucia el agua y el 0.73(1) sabe. (Ver Tabla N°26)

IX. Análisis de Resultados

Al analizar los resultados sobre el estudio realizado en el Barrio Nueva Jerusalén sobre conocimientos, actitudes y practicas acerca del dengue en el período de Marzo a Agosto del presente año encontramos:

- **Características Sociodemográficas de la población en estudio**

Con relación al grupo etáreo predominio de la edad de 18 a 49 años de los entrevistados lo cual guarda una relación con la estructura por edades en el barrio estudiado y además con la aplicación de los criterios de inclusión del estudio. Sin embargo en Puerto cabezas existe un predominio de la población económicamente dependiente principalmente de menores de 5 años y la tercera edad.

En relación con el sexo se encontró que un predominio en el sexo femenino entre los entrevistados, esto esta condicionado el mayor porcentaje de mujeres en la estructura por sexo del barrio Nueva Jerusalén. A su vez la literatura describe que son las mujeres las que permanecen la mayor parte del tiempo en el hogar a

cuidado de los niños por lo que tienen un mayor riesgo de adquirir dengue al estar por mayor tiempo expuestas a la picadura del mosquito transmisor.

Con relación a la escolaridad de los pobladores del barrio se encontró que la mayoría tienen un nivel de educación aceptable sin embargo llama la atención un alto porcentaje de analfabetas, lo cual puede influir negativamente en las actitudes y prácticas ante un problema de tal importancia como lo es el dengue. La literatura describe fielmente que el dengue es un problema de saneamiento básico que depende de la puesta en práctica de los conocimientos de los pobladores con la finalidad de revertir los factores de riesgo presentes en la comunidad y reducir la población aedica a niveles que no representen peligro en la población.

En cuanto a la ocupación se encontró un predominio de las amas de casa, lo que guarda relación lo encontrado en estudio realizado en Managua en el centro de salud Edgar Lang en donde prevalecieron las amas de casa y con lo descrito en el marco teórico siendo las mujeres las que permanecen la mayor parte de tiempo en las viviendas.

En relación con los grupos étnicos se encontró un predominio de los miskitos seguido de Mestizos y criollos esto esta estrechamente relacionado a la estructura por raza en donde los miskitos representan el 85 % del total de la población del barrio Nueva Jerusalén.

En relación con la religión se encontró un predominio de los moravos lo cual se corresponde con el mayor número de feligreses que pertenecen a este credo religioso en el barrio en estudio en igual correspondencia con toda la población de Puerto Cabezas.

Al hacer una relación entre los grupos étnicos con el sexo se encontró igualmente predominio de los miskitos y del sexo femenino dado en parte a la estructura por edad y sexo del barrio en estudio.

Relacionado la escolaridad con el sexo se encontró que el sexo femenino tiene un mayor nivel de capacitación en relación con el sexo masculino entre los que asistieron a la escuela sin embargo hay un mayor porcentaje en las mujeres de analfabetas y poco acceso de las mujeres a estudios universitarios. Esto puede deberse que las mujeres una vez que se casan dejan la escuela en

primaria y o secundaria dedicándose a las labores del hogar dándosele el derecho únicamente a los varones a acceder a estudios universitarios.

Relacionando el grupo etáreo con el sexo se encontró predominio en los entrevistados de 18 a 49 y del sexo femenino en correspondencia a la estructura por edades y sexo del barrio Nueva Jerusalén.

- **Conocimiento de la población acerca del dengue**

Con relación al conocimiento sobre el dengue llama la atención que los pobladores conocen algunos elementos de la enfermedad del dengue como una enfermedad mortal, que se transmite por zancudos o bien por zancudos infectados, que es una enfermedad virulenta, o la definen por algunos de sus síntomas como la calentura sin embargo no conocen adecuadamente cual es el impacto de esta enfermedad y la mortalidad que realmente produce. El dengue se define como una enfermedad viral transmitida a través de la picadura infectante del mosquito hembra y que puede ser potencialmente mortal. Fue notorio en la población las dudas que tienen al contestar que entienden o que conocen del dengue.

En cuanto al conocimiento sobre el dengue y el tipo de mosquito transmisor la mayor parte de la población aduce el dengue a la picadura de mosquitos sin embargo lo relacionan mucho más con la presencia de charcas y no con los recipientes en el intra domicilio, es importante establecer la relación que existe entre la densidad de mosquitos Aedes y la aparición de casos de dengue en sus diferentes formas clínicas y que esta relación debe de conocerla la comunidad y los pobladores para que puedan ayudar en la lucha contra el dengue.

En cuanto a los conocimientos que tienen sobre los signos y síntomas del dengue se evidenció que la población reconoce más de alguno de los signos cardinales de la enfermedad como fiebre, dolores musculares y o articulares sin embargo llama la atención que la población hace poca referencia de las manifestaciones hemorrágicas que pueden ser fatales y que se considera como uno de los factores que falta para sensibilizar sobre el aspecto clínico que puede desarrollar con la enfermedad hasta producir la muerte.

Los conocimientos sobre el hábitat del mosquito transmisor del dengue en la población son pocos, la población que dice realmente conocer el mosquito desconocen los hábitos de alimentación del mismo, solo

un mínimo número de los encuestados contesto que los mosquitos pican de día, esto evidencia un desconocimiento en cuanto a los hábitos del vector que de cambiarse sería crucial para el desarrollo de medidas de protección en el periodo de mayor frecuencia de picadura del mosquito. Las normas describen que el mosquito se alimenta preferiblemente durante el día y que el horario de mayor alimentación es de 6am a 8 am y de 5 a 8pm, durante este periodo se recomienda el uso de ropa de vestir que cubran todas las partes expuestas del cuerpo, el cierre de puertas y ventanas y el uso de sustancias repelentes aplicadas en la piel que actúan como barrera física evitando las picaduras de los mosquitos.

En relación a los conocimientos que tienen los pobladores sobre la reproducción de la larvas del mosquito transmisor del dengue la mayor parte de los entrevistados lo desconocen a pesar que aseguran haber visto larvas en diferentes recipientes, algunos lo relacionan con las aguas sucias, sin embargo debe considerarse que las larvas del *Aedes* prefieren el agua limpia y el intra domicilio y que la acumulación de grandes cantidades de agua en los hogares facilita la creación de criaderos en cada vivienda que contribuyen a

la diseminación de la enfermedad, por lo tanto el desconocimiento de la población hace que de manera indirecta contribuyan a la diseminación de la forma inmadura del vector y que se mantenga la transmisión.

Con relación a las formas de obtención de conocimiento sobre el dengue se evidenció un predominio de las charlas educativas, llama mucho la atención que los médicos y las enfermeras no se mencionan en un porcentaje importante cuando la principal fuente de información debería ser el personal de salud, lo cual es debido a la poca visión en salud pública que tiene la mayor parte del personal y que en las diferentes universidades predomina la formación clínica y se le da poca importancia a las actividades complementarias como la educación continua que es una estrategia fundamental para abordar con integralidad el dengue.

En términos generales en relación al conocimiento la población no maneja muchos aspectos que son cruciales para el control de la enfermedad como son la forma de transmisión y la identificación temprana en el hogar de la enfermedad lo que se relaciona a estudio realizado en Managua donde la población no domina completamente

la transmisión de la enfermedad y el papel que juegan la presencia de criaderos en cada una de las viviendas.

- **Actitudes de la población acerca del dengue**

Con relación a las actitudes se encontró que los pobladores toman la actitud de recurrir al hospital y al centro de salud en su mayoría, sin embargo un porcentaje importante prefiere quedarse en casa o automedicarse lo que permite que de presentarse una forma grave de la enfermedad el estado del paciente se deteriore y que llegue en estado terminal a las unidades de salud lo que incrementa la letalidad. La literatura demuestra que el pronóstico depende de un diagnóstico precoz y de un tratamiento oportuno.

Es importante mencionar que si el entrevistado es el enfermo una buena parte decide visitar el hospital y el Centro de salud sin embargo un buen número se medican o asisten a clínicas privadas. Es importante mencionar que el ministerio de salud trabaja sobre la base de normativas definidas en el ámbito nacional y que estas no se cumplen en otros establecimientos de salud.

En relación con las actitudes que toman los pobladores al tener enfermos en el barrio, es importante mencionar que la mayoría son indiferentes, y una parte mencionan

que hay que llamar al personal del CEMA para que les llegue a limpiar su casa y el barrio. Esto pone de manifiesto el poco involucramiento que tienen en las actividades de saneamiento básico de su comunidad. Esta demostrado que la participación de la comunidad es crucial para lograr el control del mosquito del dengue ya que este se aloja en las viviendas, esta en constante interacción con el humano y es un ***huésped desagradecido*** que nos produce la muerte. Los pobladores mencionan algún tipo de medida de control pero no con la periodicidad requerida.

El estudio demostró que la población recibe adecuadamente a los trabajadores al realizar las actividades, pero algunas personas respondieron el problema de la disponibilidad del tiempo para la atención de los hombres del CEMA. Es importante mencionar que al mosquito no le interesa mucho el tiempo y que si es cierto se alimenta de día también lo hace cuando tiene hambre y puede transmitir la enfermedad si se infecta.

- **Prácticas de la población acerca del dengue**

Con relación a las medidas preventivas ante la enfermedad del dengue la mayor parte de los entrevistados contestaron que queman la basura, lo

cual guarda relación a estudio realizado en el distrito IV en Managua, además usan mosquitero, cambian el agua de su recipiente, eliminan las charcas, llama la atención que un porcentaje mínimo permite la Abatización, cuando esta debería ser una de las actividades a la que deberían dar mayor importancia.

Los medicamentos que usan más frecuente al momento de la enfermedad del dengue es acetaminofen lo cual se corresponde con lo indicado en las normas sin embargo algunos usan aspirina lo que puede potenciar el riesgo de sangramiento y o acidosis sobre todo en niños menores de 5 años. La mayor parte de los entrevistados visitan el hospital y el centro de salud pero una proporción importante visita clínicas privadas y o médicos particulares, los cuales no trabajan con definición operacional de casos de dengue y refieren tardíamente al paciente o cuando no pueden darle ninguna respuesta y en franco deterioro de su salud.

Un cuanto al uso del abate el mayor número de los entrevistados respondieron que lo dejan en el recipiente, sin embargo una parte importante desconocen que hace el abate y lo botan por desconocimiento. El abate o temephos al 1 % es un potente larvicida específico contra larvas de *Aedes Aegypti* que produce una parálisis

intestinal en la larva produciendo la muerte de la misma, tiene una vida media de 60 día una vez aplicado en el recipiente por lo que se recomienda que la población le deje en el recipiente y que no lo bote. La principal razón de botar el abate es que le da mal olor al agua o la ensucia sin embargo educando a la población esto puede cambiarse enseñándoles a que cuiden el larvicida y que comprendan su importancia y la protección que nos deja.

En términos generales el estudio demostró un pobre conocimiento de los pobladores lo que es directamente proporcional a sus actitudes y las practicas han variado dado por la sensibilización que la población tiene al conocer que ocurrieron muertes por este problema de salud pública.

X. Conclusiones

1. Se encontró un predominio en los entrevistados del grupo de edades comprendidas entre los 18 y 49 años del sexo femenino con un nivel de educación secundario y pertenecientes al grupo étnico Miskitos y religión morava.
2. La ocupación más frecuente encontrada fueron las amas de casa
3. La población del Barrio Nueva Jerusalén tiene poco conocimiento acerca del dengue, no hay un manejo adecuado del mecanismo de transmisión de la enfermedad, solamente identifica síntomas cardinales de la enfermedad que pueden ser similares a otros procesos infecciosos y las que más conocen son las mujeres.
4. La indiferencia es la actitud más frecuente entre los pobladores del barrio Nueva Jerusalén acerca de la problemática del dengue.
5. La mayor parte de la población conoce e implementa alguna de las medidas de control siendo la más frecuente la eliminación de basuras sin embargo no la realizan simultáneamente.
6. Un porcentaje importante de la población bota el abate por que aseguran que le da mal olor al agua.

7. La falta de conocimiento permite que los pobladores tengan una actitud indiferente al problema del dengue al no verlo como un problema de todos.

XI. Recomendaciones

1. Que el Ministerio de Salud del Municipio desarrollen una estrategia de IEC (Información, Educación y Comunicación) entre los pobladores del barrio Nueva Jerusalén tomando como referencia las limitantes del conocimiento encontradas en este estudio y priorizando a las amas de casas.
2. Involucrar al personal médico, de enfermería y a los diferentes medios de comunicación (radio, TV. en el desarrollo del plan de Información, Educación y Comunicación.
3. Fomentar la participación comunitaria en el barrio a través de la realización de encuentros y/o reuniones con los pobladores organizada por el ministerio de salud en conjunto de la sociedad civil y la alcaldía Municipal.
4. Que el Policlínico en conjunto con el Silais, Alcaldía, ONG~S y la Sociedad Civil Organicen y desarrollen jornadas de saneamiento ambiental dirigidas a la disminución de los índices de infestación del vector transmisor del dengue.
5. Que el Departamento de Epidemiología del Policlínico sea responsable de realizar encuentros prácticos dirigidos a la población con la participación de los

trabajadores de control de vectores para demostrar las actividades a realizar así como la forma de aplicación y efecto del abate.

Bibliografía.

1. Benenson, Abram. Manual para el control de las enfermedades transmisibles. 16 edición. 1997.
2. Nicaragua, Ministerio de salud. Normas de prevención y control de dengue 1993.
3. Nicaragua Ministerio de salud. Normas de prevención y control del dengue Febrero 2000.
4. Nicaragua. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológica de S. A y epidemiología RAAN Julio 2001.
5. Organización panamericana de la salud. Boletín de Oficina Sanitaria Panamericana. Volumen 75. 121. Washington De EE.UU. 1996.
6. Organización panamericana de la salud. Boletín lucha contra el dengue. Septiembre 1996.
7. Organización Panamericana de la Salud. Revista Panamericana, Volumen 6. Junio 1997.
8. Organización Panamericana de la Salud. Dengue y Dengue Hemorrágico en las Américas: Quia para su prevención y control. Washington DC Publicación Científica N° 548, 20037. 1995.

Tabla 1

**Grupos Etáreos de los pobladores del Barrio Nueva
Jerusalén
Conocimientos Actitudes y Practicas sobre Dengue
Marzo – Agosto 2002.**

Grupo etáreo	N°	%
18- 49	134	97.8%
50 Y +	3	2.2%
Total	137	100%

**Fuente: Encuesta CAP sobre dengue en pobladores
del Barrio Nueva Jerusalén.**

Tabla 2

**Sexo de los pobladores del Barrio Nueva Jerusalén
Conocimientos Actitudes y Practicas sobre Dengue
Marzo – Agosto 2002.**

Sexo	N°	%
F	89	64.9%
M	48	35.1%
Total	137	100%

**Fuente: Encuesta CAP sobre dengue en pobladores
del Barrio Nueva Jerusalén**

Tabla 3

**Escolaridad de los pobladores del Barrio Nueva
Jerusalén
Conocimientos Actitudes y Practicas sobre Dengue
Marzo – Agosto 2002.**

Nivel de Escolaridad	N°	%
Analfabeta	31	23%
Primaria	41	30%
Secundaria	44	32%
Técnico	9	6%
Universitario	12	9%
Total	137	100%

**Fuente: Encuesta CAP sobre dengue en pobladores del
Barrio Nueva Jerusalén**

Tabla 4

**Ocupación de los pobladores del Barrio Nueva
Jerusalén
Conocimientos Actitudes y Practicas sobre Dengue
Marzo – Agosto 2002.**

Ocupación	N°	%
Ama de Casa	74	54%
Buzo	4	2.9%
Comerciante	7	5.1%
Conductor	5	3.6%
Estudiante	6	4.4%
Maestros	7	5.2%
Secretaria	5	3.6%
Albañil	5	3.6%
C.P.F	3	2.2%
Contador	3	2.2%
Otras Profesiones	12	8.7%
Desempleados	6	4.4%
Total	137	100%

**Fuente: Encuesta CAP sobre dengue en pobladores del
Barrio Nueva Jerusalén**

Tabla 5
Diversidad étnica de los pobladores del Barrio Nueva
Jerusalén
Conocimientos Actitudes y Practicas sobre Dengue
Marzo – Agosto 2002.

Grupo Étnico	N°	%
Criolles	8	5.8%
Mestizos	22	16.1%
Miskitos	107	78.1%
Total	137	100%

Fuente: Encuesta CAP sobre dengue en pobladores del Barrio Nueva Jerusalén

Tabla 6
Religión de los pobladores del Barrio Nueva Jerusalén
Conocimientos Actitudes y Practicas sobre Dengue
Marzo – Agosto 2002.

Religión	N°	%
Católicos	32	23.4%
Adventistas	5	3.64%
Evangélicos	13	9.48%
Maranata	6	4.37%
Moravo	77	56.2%
Mormones	1	0.72%
Otros	3	2.18%
Total	137	100%

Fuente: Encuesta CAP sobre dengue en pobladores del Barrio Nueva Jerusalén

Tabla 7

**Diversidad étnica según Sexo en pobladores del
Barrio Nueva Jerusalén
Conocimientos Actitudes y Practicas sobre Dengue
Marzo – Agosto 2002.**

Grupo Étnicos	Sexo				Totales	
	F	%	M	%	N°	%
Criollo	6	4.7%	2	1.45 %	8	5.83 %
Mestiza	9	6.5%	13	9.4 %	22	16.0%
Miskitos	74	54.0%	33	24.0%	107	78%
Total	89	65%	48	34.85%	137	100%

Chi Cuadrado 6.63, Grados de Libertad 2, p valué
0.03632538

**Fuente: Encuesta CAP sobre dengue en pobladores del
Barrio Nueva Jerusalén**

Tabla 8

**Escolaridad según Sexo en pobladores del Barrio
Nueva Jerusalén
Conocimientos Actitudes y Practicas sobre Dengue
Marzo – Agosto 2002.**

Escolaridad	SEXO				Totales	
	M	%	F	%	N°	%
Analfabeto	3	2.2%	28	20.4	31	22.6 %
Primaria	11	8.03%	36	26.2	47	34.3%
Secundaria	23	16.0%	20	14.6	43	31.3%
Técnico	3	2.2%	1	0.72	4	2.9%
Universitario	9	6.6%	3	2.2	12	8.7%
Total	49	35.6%	88	64.2	137	100%

Chi Cuadrado 29.89, Grados de Libertad 4, p valúe
0.0000516

**Fuente: Encuesta CAP sobre dengue en pobladores
del Barrio Nueva Jerusalén**

Tabla 9

**Edad según Sexo en pobladores del Barrio Nueva
Jerusalén
Conocimientos Actitudes y Practicas sobre Dengue
Marzo – Agosto 2002.**

Grupos Etáreos	Sexo				Totales	
	F	%	M	%	N°	%
18- 49	87	63.5%	45	32.8%	132	96.3 %
50 Y +	2	1.4%	3	2.18%	5	3.64 %
Total	89	64.9%	48	34.98%	137	100%

**Fuente: Encuesta CAP sobre dengue en pobladores de
Barrio Nueva Jerusalén**

Tabla 10

**Conocimiento sobre dengue en pobladores del Barrio
Nueva Jerusalén
Marzo – Agosto 2002.**

Respuestas	N°	%
No saben	49	36%
Enfermedad transmitido por zancudos	11	8%
Enfermedad transmitida por zancudo infectado	3	2%
Enfermedad virulenta	2	1.5%
Enfermedad mortal	19	14%
Enfermedad queda calentura	2	1.5%
Otros	51	37%
Total	137	100%

**Fuente: Encuesta CAP sobre dengue en pobladores del
Barrio Nueva Jerusalén**

Tabla 11

**Conocimiento sobre dengue y Tipo de mosquito
transmisor en pobladores del Barrio Nueva Jerusalén
Marzo – Agosto 2002.**

Conocen	N°	%
Sí	45	33%
No	92	67%
Total	137	100%

Tipos de Zancudo	N°	%
Anohfeles	15	10.9%
Aedes	24	17.5%
Culex	6	4.3%

**Fuente: Encuesta CAP sobre dengue en pobladores
del Barrio Nueva Jerusalén**

Tabla 12
Conocimiento sobre Signos y Síntomas de dengue
pobladores del Barrio Nueva Jerusalén Marzo –
Agosto 2002.

Signo o síntoma	N°	%
Fiebre	91	66%
Cefalea	37	27%
Mialgias	32	23%
Vómitos	41.1	30%
Rash	7	5.1%
Anorexia	4	2.9%
Náuseas	5	3.6%
Frío	7	5.1%
Artralgias	40	29.1%
Sangrado	16	11.6%
Diarrea	13	9.4%
Mareos	30	21.8%
Malestar General	10	7.2%
Prurito	2	1.4%
Escalofríos	8	5.8%

**Fuente: Encuesta CAP sobre dengue en pobladores
del Barrio Nueva Jerusalén**

Tabla 13

**Conocimiento sobre hábitat del mosquito transmisor del dengue en pobladores del Barrio Nueva Jerusalén
Marzo – Agosto 2002.**

Conocen	N°	%
Sí	78	56.9 %
No	59	43.1 %
Total	137	100 %

Fuente: Encuesta CAP sobre dengue en pobladores del Barrio Nueva Jerusalén

Tabla 14

Conocimiento sobre hábitos de alimentación del mosquito transmisor del dengue en pobladores del Barrio Nueva Jerusalén Marzo – Agosto 2002.

Horas	N°	%
Día	19	14%
Noche	39	28.%
Tarde	31	23%
No sabe	48	35%
Total	137	100%

Fuente: Encuesta CAP sobre dengue en pobladores del Barrio Nueva Jerusalén

Tabla 15

**Conocimiento sobre reproducción de estadio larvario
del mosquito transmisor del dengue en pobladores
del Barrio Nueva Jerusalén
Marzo – Agosto 2002.**

Sitios de Reproducción	N°	%
Aguas sucias	5	3.6%
Agua	1	0.73%
Agua limpia	4	2.9%
Basuras	14	10.2%
Botellas	4	2.9%
Charcas	18	13.1%
Letrinas	8	5.8%
Llantas	2	1.5%
Monte	14	10.2%
Pozo	1	0.72%
Zanjas	1	0.72%
No sabe	65	47.4%
Total	137	100 %

**Fuente: Encuesta CAP sobre dengue en pobladores del
Barrio Nueva Jerusalén**

Tabla 16

**Forma de obtención de Conocimiento en pobladores
del Barrio Nueva Jerusalén sobre dengue Marzo –
Agosto 2002.**

Medio de Información	N°	%
Amigos	8	6 %
Charlas educativas	64	47 %
Enfermera	10	7 %
Medico	4	3 %
Familiares	4	3 %
Revista	3	2 %
Otros	34	25 %
Ignorado	10	7 %
Total	137	100 %

**Fuente: Encuesta CAP sobre dengue en pobladores del
Barrio Nueva Jerusalén**

Tabla 17

**Búsqueda de atención al tener un hijo o un familiar enfermo con dengue por parte de los pobladores del Barrio Nueva Jerusalén.
Marzo- Agosto 2002.**

Busca de atención	N°	%
Hospital	55	40%
Acudir al medico	6	4.3%
Clínica Privada	2	4.3%
Tratarlo casa	2	1.4%
No sabe	21	15.3%
Nada	3	2%
Automedicación	5	3.6%
Bañarlo	3	2.1%
Centro Salud	40	29.1%

Fuente: Encuesta CAP sobre dengue en pobladores del Barrio Nueva Jerusalén

Tabla 18

Lugar donde acudirían si el entrevistado se enferma de dengue
Conocimiento actitudes y practicas que tienen los pobladores del Barrio Nueva Jerusalén sobre la enfermedad del dengue.
Marzo- Agosto 2002.

Lugar	N°	%
Centro Salud	50	36.4%
Hospital	75	54.7%
Clínica Privada	2	1.4%
Automedicación	7	5.10%
Otros	3	2.2%
Total	137	100%

Fuente: Encuesta CAP sobre dengue en pobladores del Barrio Nueva Jerusalén

Tabla 19

**Actitudes que toman los pobladores de tener
enfermos de dengue en el barrio según los
pobladores del Barrio Nueva Jerusalén sobre la
enfermedad del dengue.
Marzo – Agosto 2002.**

Tipo de Actitud	N°	%
Centro de salud	50	36.4%
Solicitud de fumigación	5	3.6%
Limpia Barrio	3	2.2%
Que CEMA llegue limpiar	3	2.2%
Indiferente	76	55.4%
Total	137	100%

**Fuente: Encuesta CAP sobre dengue en pobladores del
Barrio Nueva Jerusalén**

Tabla 20

**Frecuencia con que eliminan la basura los
pobladores del Barrio Nueva Jerusalén Marzo –
Agosto 2002.**

Eliminación	N°	%
Diario	36	26%
Mensual	18	13%
Quincenal	2	1.5%
Semanal	79	58%
Otros	2	1.5%
Total	137	100%

**Fuente: Encuesta CAP sobre dengue en pobladores del
Barrio Nueva Jerusalén**

Tabla 21

Formas en que reciben al personal de salud los pobladores del Barrio Nueva Jerusalén Marzo-Agosto 2002.

Tipo de respuesta	N°	%
Acepta cuando tiene tiempo	1	0.73%
Con alegría	4	3%
Con amabilidad	6	4.3%
Tratan bien	111	81.%
Muy bien	9	6.5%
No llegan del todo	4	3%

Fuente: Encuesta CAP sobre dengue en pobladores del Barrio Nueva Jerusalén

Tabla 22

Medidas preventivas que tienen los pobladores del Barrio Nueva Jerusalén para el control del dengue Marzo – Agosto 2002.

Medidas Preventiva	N°	%
Eliminar Basura	18	13.%
Eliminar Charcas	24	17.5%
Cambiar el agua	28	20.4%
Quemar basura	83	60.5%
Enterarla	8	5.8%
Usar mosquitero	72	52.5%
Usar repelente	12	8.7%
Abatizar	23	16.7%

Fuente: Encuesta CAP sobre dengue en pobladores del Barrio Nueva Jerusalén

Tabla 23

**Tipos de Medicamentos que toman los pobladores del barrio nueva Jerusalén al enfermarse por dengue
Marzo – Agosto 2002.**

Tipos de tratamiento	N°	%
Aspirina	10	7.2%
agua	26	18.9%
Acetominofen	130	94.8%
SRO	3	2.2%
Otros	6	4.3%

Fuente: Encuesta CAP sobre dengue en pobladores del Barrio Nueva Jerusalén

Tabla 24

Búsqueda de ayuda al estar enfermo por dengue en pobladores del barrio Nueva Jerusalén Marzo – Agosto 2002.

Búsqueda atención	N°	%
Centro de salud	88	64.2%
Clínica privada	7	5%
Familiares	7	5%
Hospital	31	23%
Medico Particular	2	1.4%
Otros	2	1.4%
Total	137	100%

Fuente: Encuesta CAP sobre dengue en pobladores del Barrio Nueva Jerusalén

Tabla 25

**Que hacen con el abate los pobladores del Barrio
Nueva Jerusalén
Marzo – Agosto 2002.**

Tratamiento abate	N°	%
botarlo	14	10.2%
Cambiar el agua	45	33.%
Dejar en recipiente	72	52.5%
No sabe	6	4.3%
Total	137	100%

**Fuente: Encuesta CAP sobre dengue en pobladores del
Barrio Nueva Jerusalén**

Tabla 26

**Que hacen con el recipiente cuando tienen larvas
los pobladores del barrio Nueva Jerusalén
Marzo – Agosto 2002.**

Tipos de practica	N°	%
Lo limpia	38	27.7%
Le dan vuelta	19	13.8%
Lo tapan	28	20.4%
Lo cepillan	2	1.4%
Lo abatizan	2	1.4%
nada	55	40%

**Fuente: Encuesta CAP sobre dengue en pobladores del
Barrio Nueva Jerusalén**

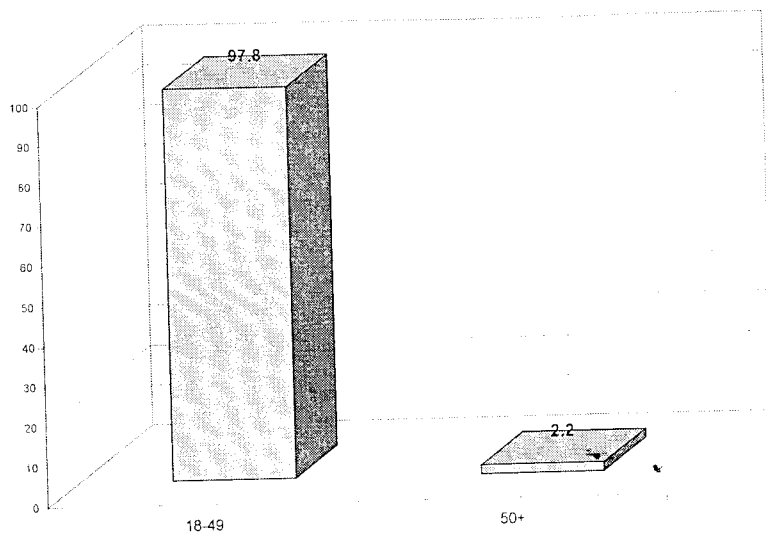
Tabla 27

Que le produce el abate al agua según los pobladores del barrio Nuevo Jerusalén Marzo – Agosto 2002.

Que produce agua	N°	%
Le da mal olor	103	75%
ensucia	3	3%
Ningún efecto	30	21.8
No sabe	1	0.73%
Total	137	100%

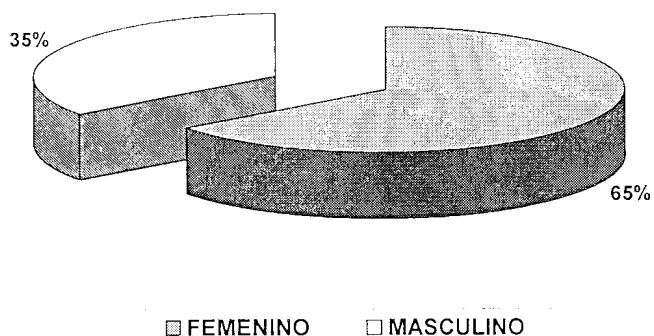
Fuente: Encuesta CAP sobre dengue en pobladores del Barrio Nueva Jerusalén

Grupo Etareo de los pobladores del Barrio Nueva Jerusalem
Marzo -Agosto 2002



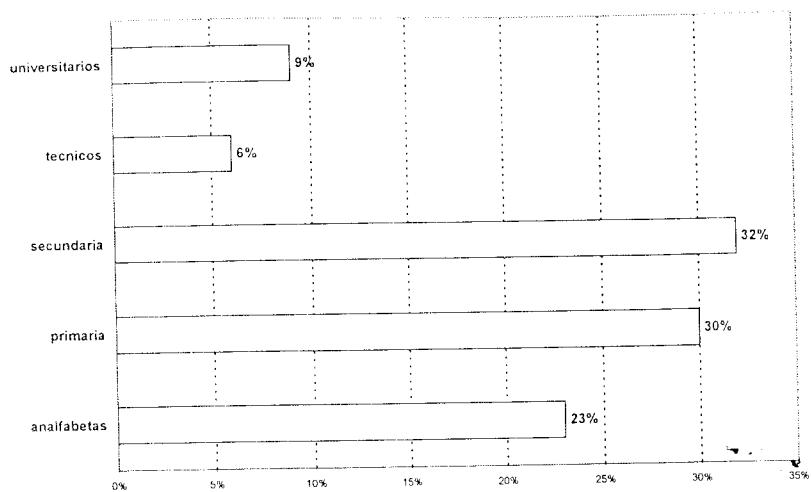
Fuente: Encuesta CAP en pobladores del Barrio Nueva Jerusalem

Sexo de los pobladores del Barrio Nueva Jerusalen
Marzo-Agosto 2002



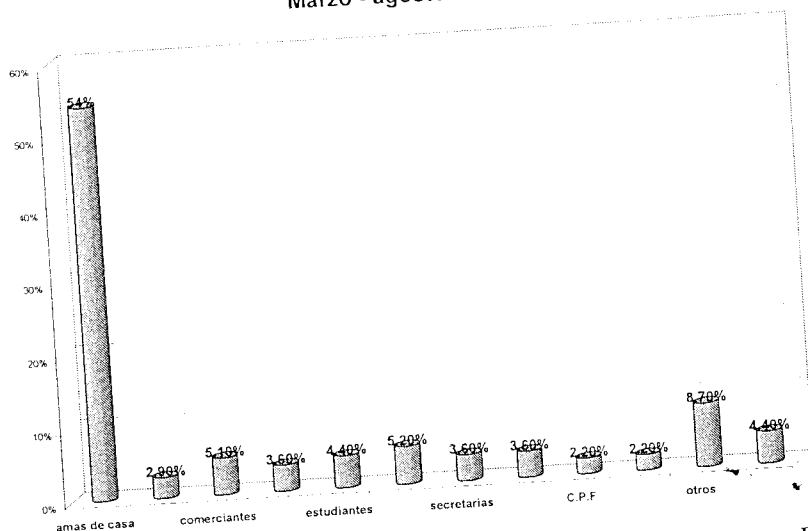
Fuente: Encuesta CAP en pobladores del Barrio Nueva Jerusalen

**Escolaridad de los pobladores del Barrio Nueva Jerusalem
Marzo-Agsoto 2002**



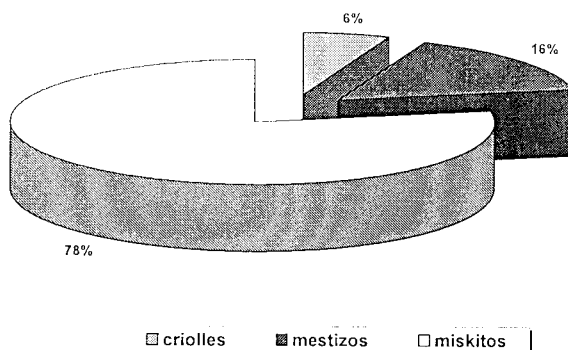
Fuente: Encuesta CAP en pobladores del Barrio Nueva Jerusalem

Ocupación de los pobladores del Barrio Nueva Jerusalén Marzo - agosto 2002



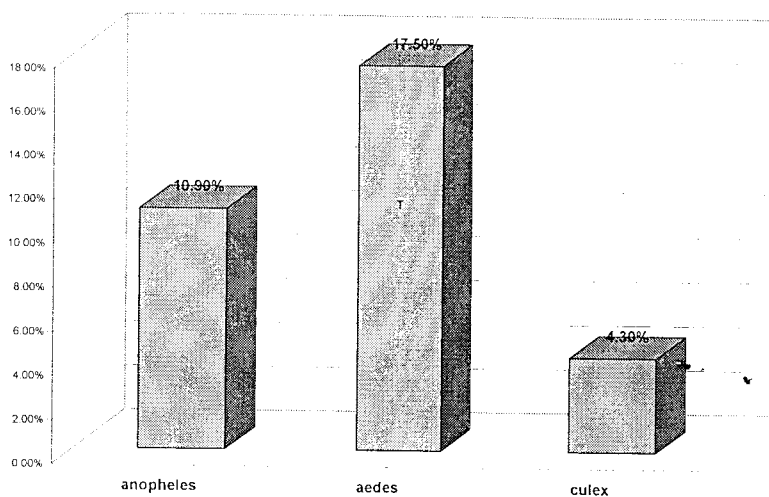
Fuente: Encuesta CAP en pobladores del Barrio Nueva Jerusale

Diversidad Étnica de los Pobladores del Barrio Nueva
Jerusalén
Marzo-Agosto 2002



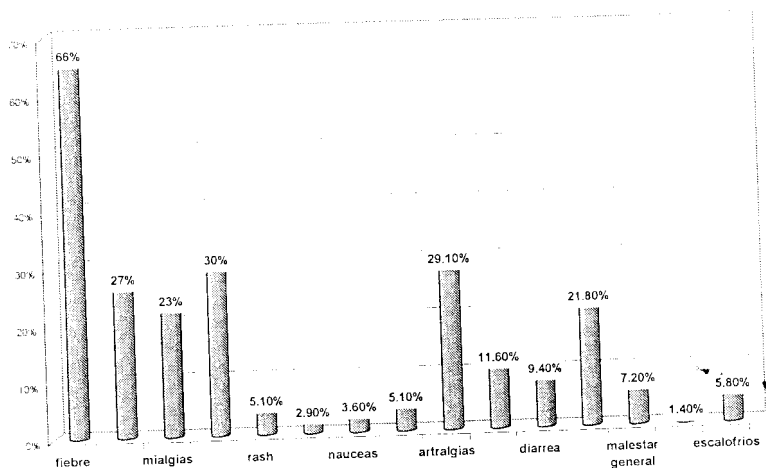
Fuente: Encuesta CAP en pobladores del Barrio Nueva Jerusalén

Tipo de mosquito transmisor del dengue según
pobladores del barrio Nueva Jerusalen Marzo -Agosto
2002



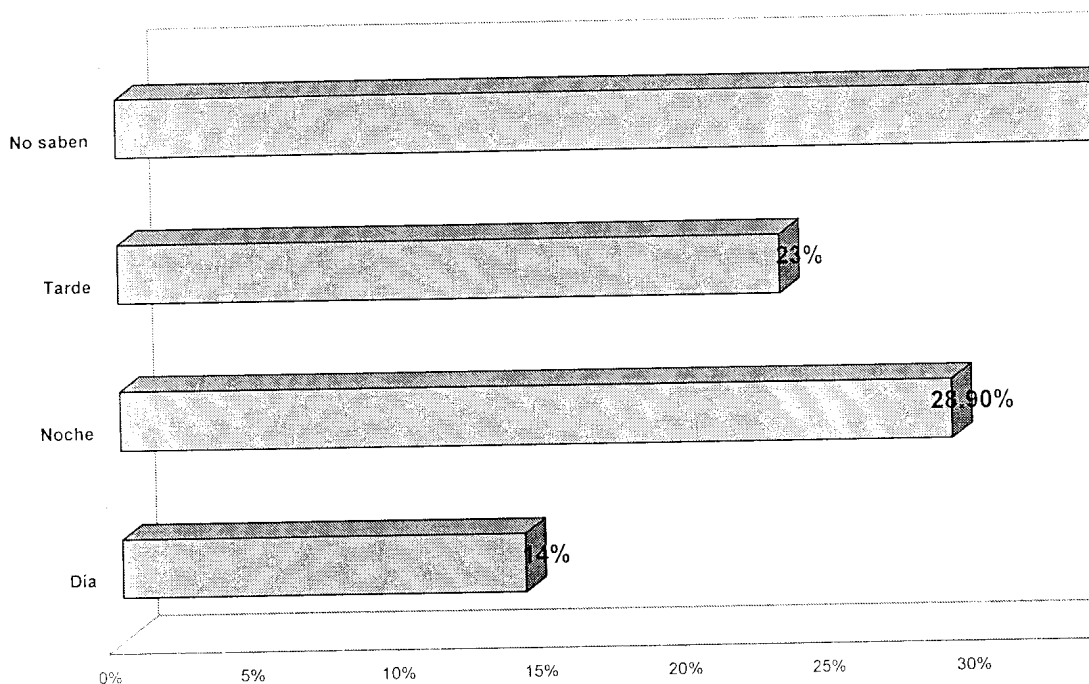
Fuente: Encuesta CAP en pobladores del Barrio Nueva Jerusalen

Conocimiento sobre signos y síntomas de dengue en
pobladores del Barrio Nueva Jerusalem
Marzo - Agosto 2002



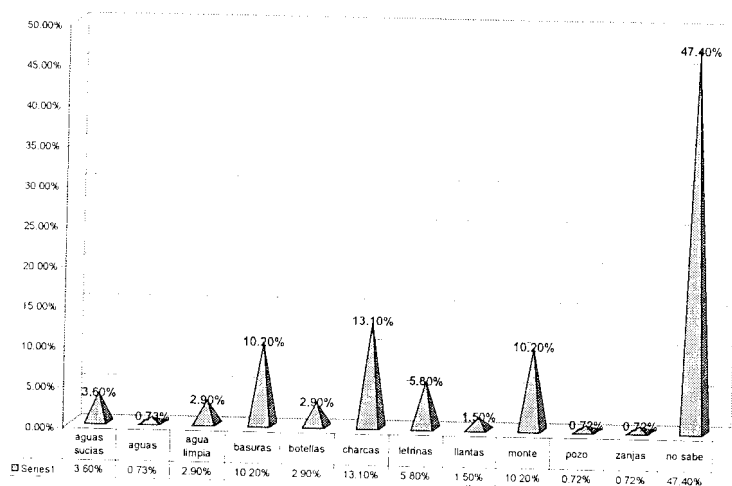
Fuente: Encuesta CAP en pobladores del Barrio Nueva Jerusalem

**Conocimiento sobre hábitos de alimentación del mosquito
transmisor del dengue en pobladores del barrio Nueva
Jerusalén Marzo - Agosto 2002**



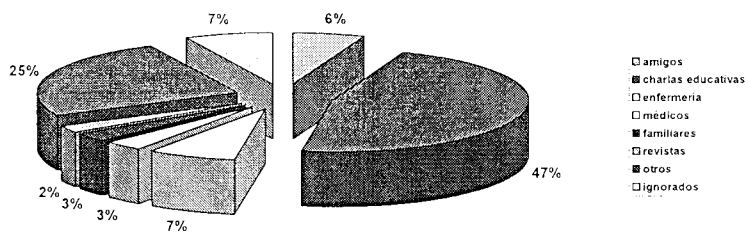
Fuente: Encuesta CAP en pobladores del Barrio Nueva Jerusalén

Conocimiento sobre reproducción de estadio larvario del
mosquito transmisor del dengue en pobladores del barrio
Nueva Jerusalem Marzo - Agosto 2002



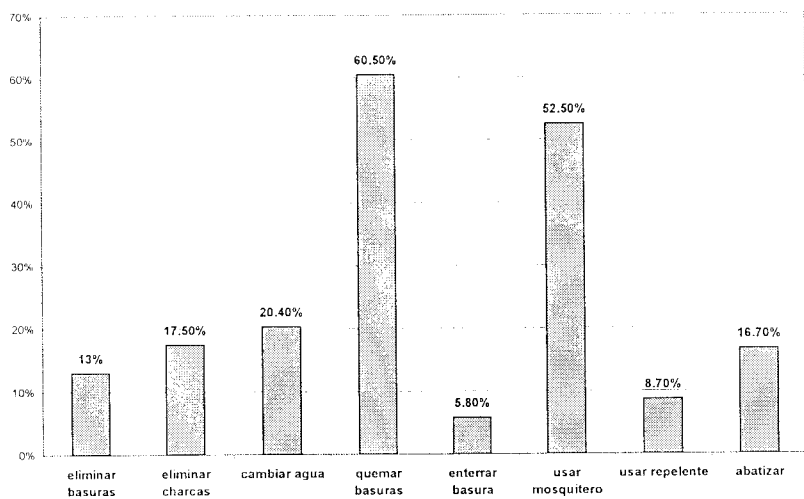
Fuente: Encuesta CAP en pobladores del Barrio Nueva Jerusalem

Forma de obtención del conocimiento acerca del dengue en
pobladores del Barrio Nueva Jerusalem Marzo - Agosto 2002

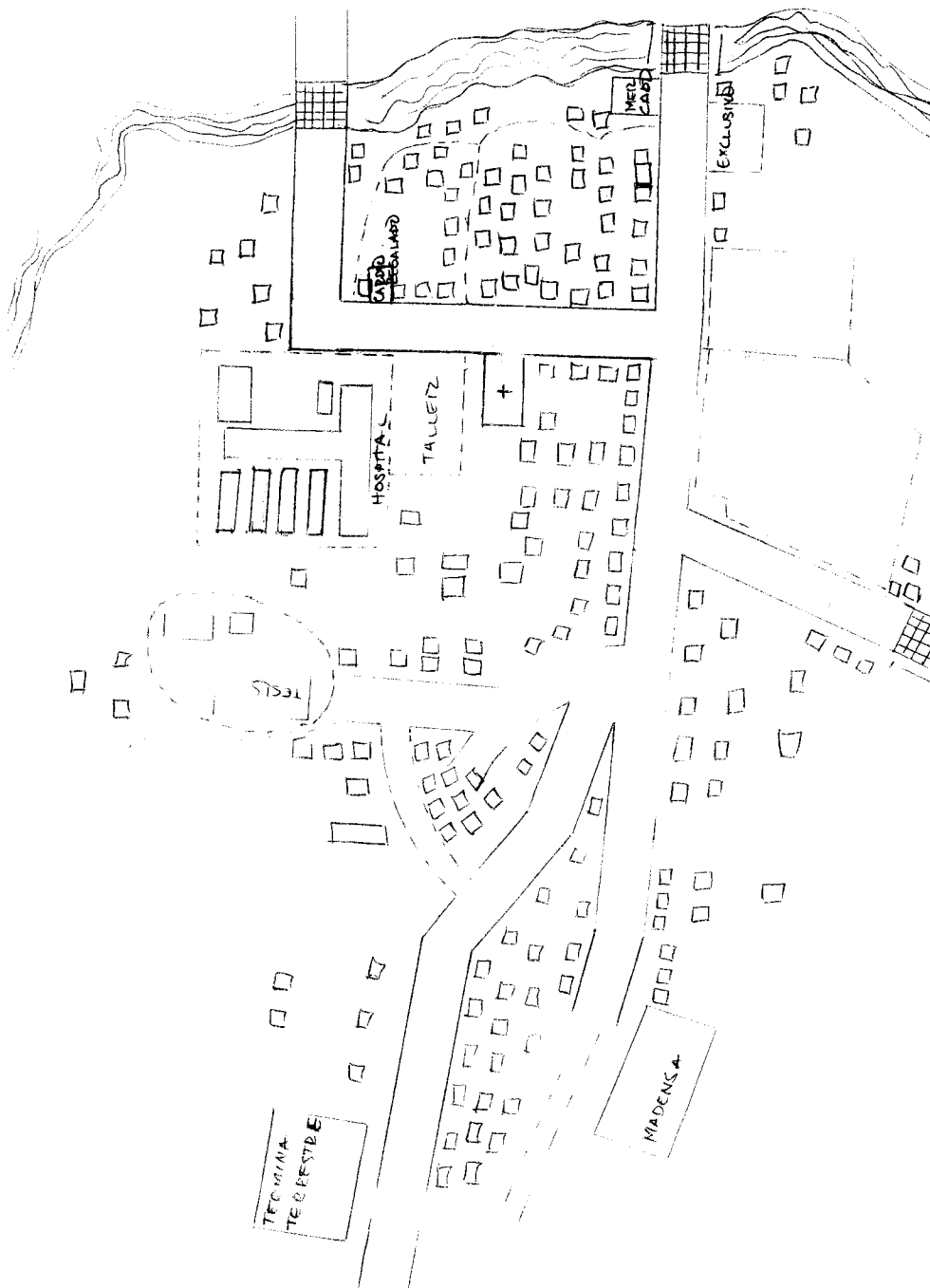


Fuente: Encuesta CAP en pobladores del Barrio Nueva Jerusalem

Medidas preventivas que tienen los pobladores del Barrio Nueva Jerusalen Marzo - Agosto 2002



Fuente: Encuesta CAP en pobladores del Barrio Nueva Jerusalen



Formulario de encuesta

Guía de encuesta sobre, conocimientos actitudes y practicas que tienen los pobladores del Barrio Nueva Jerusalén a cerca del dengue 2002.

1.Datos Generales

Edad _____ Sexo _____ Escolaridad _____
Ocupación _____ Grupo étnico _____ Religión _____

a. Conocimientos:

1. 1. Qué entiende por la enfermedad del dengue?.

2. Conoce el tipo de zancudo que transmite el dengue?

Si _____ No _____ si especifique Aedes _____ Anopheles _____
No sabe _____ Culex _____

3. Mencione los signos y síntomas que presenta el dengue.

4. Conoce usted donde permanece el zancudo del dengue?

Si _____ no _____ Especifique.

5. Cree usted que el zancudo habita dentro de la casa. Si _____

No _____ y a que hora se alimenta

6. Dónde se reproducen las larvas?

Agua limpia _____ Agua sucia _____ Charcas _____
llantas _____ botellas _____ Latas _____ Florero _____
Basurero _____ Monte _____

7. Como usted obtuvo el conocimiento sobre el dengue?. a).

Charlas educativas _____

b. amigos____C) Familiares____ c. Revista____d. Medico
____e. Enfermera __ Otros

8. Conoce usted para qué se utiliza el Abate?
Especifique._____

B. Actitudes.

1. Que haría usted si se le llega a enfermar un hijo u familiar con la
enfermedad del dengue._____

2. Donde usted acudiría primero en caso que se enferme del dengue?.
Hospital____ Centro de salud____ Clínica privada____
curanderos____ Automedicación_____

3. Que haría usted al observar que en el barrio hay muchos enfermos
por dengue?¿ a Quienes acudirían

4. Con qué frecuencia eliminas la basura de tu predio?_____

5. Como recibe al personal de salud que visita su vivienda para
realizar medidas preventivas.

C) Practicas.

1. Cuales son las medidas preventivas que usted haría ante este
problema? a). Eliminar basura ____ b). Eliminar charcas____
c) Cambiar el agua____ d) Quemar la basura____
e) enterrarla____ f) usar Mosquiteros____
g) Usar Repelentes____ h) Permite Abatizar_____

2. Que tipo de medicamento tomaría usted en caso que este enferma del dengue y no acuda a una atención medica?.

Aspirina_____ Agua_____ Acetominofen _____

Suero Oral_____ Otros_____

3. . A Quién acude en búsqueda de ayuda cuando se enferma por dengue?

A Familiares_____ A Médicos Particular_____ Clínicas Privadas_____ Centro de salud_____ Hospital_____

4. Que hacen con el Abate?

Botarlo_____ Cambiar el Agua_____ Dejarlo en recipiente_____

5. Que le produce el abate al Agua? La ensucia_____ Le da Mal olor _____ Ningún Efecto._____

6. Que hace con el recipiente que identifica larva?

Lo Limpia_____ Le da Vuelta _____ Lo tapan después de cambiar el agua _____ Lo cepillan _____

Lo Abatiza_____ Nada_____

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Objetivos 1: Características sociodemográficas de la población del Barrio Nueva Jerusalén:

Variable	Definición	Indicador	Escala
Edad	Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual	Años	Menor de 1 1-4 5-14 15-49 50+
Sexo	Características biológicas que diferencian al hombre de la mujer	Porcentaje de hombres Porcentaje de mujeres	Masculino Femenino
Escolaridad	Nivel académico alcanzado por los entrevistados	Porcentaje	Analfabetas Primaria Secundaria Universitarios Técnicos
Ocupación	Profesión u oficio que desempeña al momento de la entrevista	Porcentajes	Amas de casa Profesores Comerciantes Conductores Estudiantes Secretarias Agricultores Otros
Religión	Preferencia religiosa de la persona entrevistada	Porcentaje	Morava Católica Adventista

Objetivo 2: Conocimiento sobre el dengue en la población del barrio Nueva Jerusalén

Variable	Definición	Indicador	Escala
Dengue	Enfermedad infecciosa de origen viral que est trasmítida por la picadura de un mosquito	Porcentaje	Respuestas abiertas de los entrevistados
Mecanismos de transmisión	Forma en que es transmitida la enfermedad de persona a persona por un vector	Porcentaje	Respuestas abiertas de los entrevistados
Hábitat	Lugar en donde permanece y se desarrolla el mosquito	Porcentaje	Respuestas abiertas de los entrevistados
Hábitos de alimentación	Periodo de tiempo que utiliza el mosquito para su alimentación	Porcentaje	Día Tarde Noche No sabe
Signos y Síntomas	Características clínicas que describa la población acerca del dengue la población entrevistada.	Porcentaje	Fiebre Mialgias Artralgias Cefalalgias Dolor retroocular Manifestaciones Hemorrágicas
Sitio de reproducción de larvas	Es lugar donde el poblador ha visto la forma larvaria del vector	Porcentaje	Agua limpia Charcas Llantas Botellas Latas Flores Basureros

Medio de obtención de la información	Forma en la cual obtuvieron conocimientos sobre dengue los pobladores del barrio	Porcentaje	Médicos Enfermeras Radios Revistas Charlas educativas Periódicos Otros
--------------------------------------	--	------------	--

Objetivo 3: Actitudes sobre el dengue en la población del barrio Nueva Jerusalén

Variable	Definición	Indicador	Escala
Conducta a seguir por un hijo enfermo	Es la medida que se aplicaría al presentarse un enfermo de dengue	Porcentaje	Hospital Centro de salud Clínicas privadas Otros
Lugar que buscan de atención	Lugar a donde asistiría la población en busca de atención	Porcentaje	Hospital Centro de salud Clínica privada Curandero automedicación

Objetivo 4. Conocer la actitud de los pobladores ante la problemática del dengue.

Variable	Definición	Indicador	Escala
Frecuencia en la que deciden eliminar Basuras	Frecuencia con que la población ve la necesidad de eliminar la basura del hogar	Porcentaje	Semanal Mensual Quincenal diario
Trato del personal de salud	Es la manera como reciben al personal de salud al llegar a la vivienda	Porcentaje	Bien Mal Según disponibilidad de tiempo

Objetivo 5. Conocer las prácticas de los pobladores ante la problemática del dengue.

Variable	Definición	Indicador	Escala
Medidas preventivas	Estrategias que aplica la población para la eliminación de los focos de mosquitos.	Porcentaje	Eliminar basuras Eliminar charcas Cambiar agua Quemar basuras Enterrarla Usar mosquiteros Usar repelentes Abatizar
Tipo de medicamento utilizado	Es la medicación que realizan en el hogar al tener un enfermo de dengue	Porcentaje	Aspirina Agua Acetominofen Suero oral Otros
Búsqueda de atención	Lugar al que asisten llevando a enfermo de dengue.	Porcentaje	Familiares Médicos particulares Clínica privada Centro de Salud Hospital
Deposición del abate	Ruta final que le dan al larvicida en el hogar	Porcentaje	Botarlo Cambiar agua Dejarlo en recipiente
Practica al ver larvas	Método utilizado por el entrevistado al ver presencia de larvas.	Porcentaje	Lo limpian Le dan vuelta Lo tapan Lo cepillan Lo abatizan, Nada

Glosario

Abate. Larvicida de acción directa que actúa en larvas de *Aedes Aegypti* produciendo parálisis de la misma.

ADN. Siglas de Acido Desoxirribonucleico, proteína encargada de transferir las características e información genética de los seres vivos.

Actitudes. Fuerzas integradoras fundamentalmente en el desarrollo de la personalidad que se dan consistencia a la conducta del individuo.

Artralgia. Dolor en las articulaciones que aparecen en procesos infeccioso como dengue, malaria y leptospirosis.

Brote. Incremento del número de casos de una enfermedad por encima de lo esperado con relación a otro periodo igual de tiempo.

Cefalalgia. Dolor de cabeza que con frecuencia se combina con otra palabra para indicar un tipo específico de cefalea.

Conocimiento. Estado claro de la conciencia de uno mismo y del entorno.

Endémico. En relación con una enfermedad o microorganismo propio de una cierta región geográfica o población numerosas en enfermedades infecciosas como brucelosis y dengue.

Flavivirrus. Género de una familia de virus flaviviridae de ácido ribonucleico que incluyen especies que causan fiebre amarilla, dengue, encefalitis y virus del Nilo.

Hepatomegalia. Aumento anormal del hígado propio de proceso infeccioso y o crónicos.

Huésped. Organismo en el que otro organismo, habitualmente parásita, se nutre y se ampara.

Hemoconcentración. Aumento en el número de hematies por un aumento del número de estos en el torrente sanguíneo o perdidas importantes de líquidos y electrolitos.

Hematófaga. Relativo al alimento con sangre por insectos y otros parásitos.

Inmunidad. Calidad de no ser susceptible o no verse infectada de una determinada enfermedad o proceso de tipo de inmunidad activa y pasiva.

Larva. Forma inmadura de un animal que sufre una metamorfosis antes de alcanzar el estado adulto.

Lisis. Disminución gradual de los síntomas de una enfermedad.

Leucopenia. Descenso anormal de número de leucocitos, por debajo de 5,000 por mililitro.

Reservorio. Lugar donde se encuentra el agente.

Mialgia. Dolor muscular difuso, que habitualmente se acompaña de malestar general que aparecen en numerosas enfermedades infecciosas tales como brucelosis y dengue.

Práctica. Poner en práctica un método.

Petequias. Puntos de color violáceo o rojo que aparecen en la piel como consecuencia de mínimas hemorragias en la dermis o en la mucosa

Periodo de Transmisibilidad: Es el periodo de tiempo en que la persona es contagiosa.

Vector: portador especialmente de enfermedades y que se encarga de transmitirla.