

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**NIVEL DE APLICACIÓN DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN
FAMILIAS CON CASOS DE DENGUE ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD II TALARA, 2017**

TESIS

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORA

BACH. ELIZABETH PANTA QUEREVALÚ

ASESORA

MS. FLOR EMPERATRIZ CUEVA LOYOLA

TRUJILLO, PERÚ

2018

DEDICATORIA

A mi padre José; por apoyarme en cada paso que doy; para poder convertirme en una profesional; por sus consejos para hacer de mí una mejor persona.

A mi madre Graciela[†], por la felicidad que en vida me diste, por tú apoyo y dedicación.

Como te lo prometí, aprendí a continuar sin ti, no fue fácil, tropecé y levante, pero me mantuve firme en nuestro objetivo.

A mis queridos hijos: Cleider, Xiomara y Graciela, gracias por su comprensión, por ser mi soporte para poder lograr mis metas.

Elizabeth

AGRADECIMIENTOS

Agradecer a mi asesora Ms. Flor Emperatriz Cueva Loyola por brindarme conocimiento y guiarme durante todo el proceso metodológico de la presente tesis.

Agradecer a las familias del Sector 15 de Talara que participaron amablemente en este estudio.

Elizabeth

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIAS	i
AGRADECIMIENTOS.....	ii
TABLA DE CONTENIDOS.....	iv
INDICE DE TABLAS.....	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
I. INTRODUCCION.....	1
II. MATERIAL Y METODOS	20
III. RESULTADOS	25
IV. DISCUSION.....	29
V. CONCLUSIONES	32
VI. RECOMENDACIONES.....	33
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	34
ANEXOS	

INDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA III - 1	
FUENTES DE ABASTECIMIENTO Y FORMAS DE ALMACENAMIENTO DE AGUA EN FAMILIAS CON CASOS DE DENGUE ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD II TALARA-PIURA, 2017.	26
TABLA III – 2	
NIVEL DE APLICACIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS EN FAMILIAS CON CASOS DE DENGUE ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD II TALARA- PIURA, 2017.	27
TABLA III – 3	
APLICACIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS EN FAMILIAS CON CASOS DE DENGUE ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD II TALARA, 2017	28

RESUMEN

La presente investigación de tipo descriptivo y de corte transversal, se realizó con la finalidad de determinar el nivel de aplicación de las medidas de prevención en las familias con casos de dengue atendidas en el Centro de Salud II Talara. La muestra estuvo conformada por 134 familias del Sector 15 de Talara. Se aplicó un cuestionario que permitió valorar el nivel de aplicación de las medidas preventivas en familias con casos de dengue. Los resultados evidencian que las familias poseen un nivel de aplicación de las medidas preventivas inadecuadas en un 73% y un nivel de aplicación de las medidas preventivas adecuadas en un 27%. Destacándose que el 78% de las familias nunca colocan mosqueteros en las puertas y las ventanas, el 75% nunca utiliza arena húmeda o tierra en el lugar de agua en sus flores, el 69% nunca coloca los depósitos que no utiliza boca abajo, el 65% nunca usa repelente sobre la piel expuesta y camisetitas mangas largas, el 62% nunca elimina los objetos en desuso que puedan acumular agua y el 60% nunca cambia el agua de los floreros o bebederos de animales por lo menos una vez al día; en relación a las medidas preventivas que son aplicadas a veces, se tiene que el 66% de las familias a veces escobilla sus depósitos de agua por lo menos una vez por semana, el 55% de las familias a veces mantiene tapados sus tanques y recipientes que usa para colectar agua y el 45% nunca lo hace.

Con un índice de confiabilidad según el alfa de Cron Bach de 0.865 ($\alpha > 0.70$)

Palabras claves: dengue, medidas preventivas, vector

ABSTRACT

This descriptive and cross-sectional, research was conducted in order to determine the level of implementation of the measures of prevention in families with cases of dengue fever at the Centre of health II Talara. The sample was formed by 134 families of Sector 15 of Talara. Applied a questionnaire allowing to assess the level of implementation of the preventive measures in families with cases of dengue fever. The results show that families have a level of inadequate preventive measures by 73% and a level of implementation of the preventive measures by 27%. Highlighting that 78% of families never placed Musketeers in doors and windows, 75% never use wet sand or soil instead of water in their flowers, 69% never placed deposits that don't use upside-down, 65% never uses repellent on exposed skin and shirts sleeves long, 62% never removes unused objects that can accumulate water and 60% never changes vases or animal drinking water at least once a day; with regard to the preventive measures that are applied at times, is that 66% of families at times brush your deposits of water at least once a week, 55% of families sometimes keeps covered their tanks and containers used to collect water and the 45% never do so.

With an index of reliability according to the Cron Bach of 0.865 alpha ($\alpha > 0.70$)

Key words: dengue, preventive measures, vector.

I. INTRODUCCIÓN

El dengue es actualmente una de las enfermedades víricas de transmisión vectorial más importante en el continente americano, muchos países no endémicos enfrentan un riesgo de reintroducción permanente, siendo identificada como una enfermedad con características muy particulares desde hace unos doscientos años. Las primeras epidemias informadas de fiebre del dengue ocurrieron en 1779-1780 en Asia, África y América del Norte. La ocurrencia simultánea de erupciones en tres continentes indica que estos virus y su vector han tenido una distribución mundial en los trópicos. (1,2)

La Organización Mundial de la Salud considera la infección por dengue como una de las enfermedades reemergentes más importantes a nivel mundial y uno de los mayores problemas de salud pública a nivel internacional, en las últimas décadas ha aumentado enormemente la incidencia de dengue en el mundo. El número real de casos de dengue está insuficientemente notificado y muchos casos están mal clasificados. Según una estimación reciente, se producen 390 millones de infecciones por dengue cada año, de los cuales 96 millones se manifiestan clínicamente. (3,4)

Los Estados Miembros de tres regiones de la OMS notifican sistemáticamente el número anual de casos. El número de casos notificados pasó de 2,2 millones en 2010 a 3,2 millones en 2015. Aunque la carga total de la enfermedad a nivel mundial es incierta, el comienzo de las actividades para registrar todos los casos de dengue explica en parte el pronunciado aumento del número de casos notificados en los últimos años. Otra característica de la enfermedad son sus modalidades epidemiológicas, en particular la hiperendemicidad de los múltiples serotipos del virus del dengue en muchos países y la alarmante repercusión en la salud humana y en las economías nacionales y mundial el año 2016 se caracterizó por grandes

brotos de dengue en todo el mundo. La Región de las Américas notificó más de 2 380 000 casos ese año, y solo en Brasil hubo poco menos de 1 500 000 casos, es decir, cerca de tres veces más que en 2014. En la región se notificaron asimismo 1032 muertes por dengue. (4)

Los países de la región que reportan un mayor número de casos de dengue fueron Brasil con 203,657x1000hab, México con 125,236x1000hab, Colombia con 49,259x1000hab, Argentina con 42,155x1000hab; y Perú con 31,161x1000hab. (2)

Luego de su eliminación del Perú en el año 1956, el *Aedes aegypti* reingreso en 1984 siendo inminente el ingreso del dengue y esto ocurrió en forma explosiva en 1990, presentándose el dengue clásico debido al serotipo 1 del virus del dengue en las principales ciudades de nuestra Amazonia. (5)

Con respecto al dengue en el 2011 se registraron 22 087 casos de dengue sin señales de alarma, 2720 casos de dengue con señales de alarma, 158 casos de dengue grave y 29 fallecidos, durante el año 2014 se notificaron 14 537 casos de dengue sin señales de alarma, 4296 casos de dengue con señales de alarma y 95 casos de dengue, en el 2015 se notificaron 39,440 casos de dengue y 20,035 confirmados. Piura, Tumbes, La Libertad, Loreto y Lambayeque notificaron el 34,816 de los casos, de los que fallecieron 50. El año 2016, el número de casos de dengue es 31868 en total, de los cuales se han confirmado 17055, el 80.5% de los casos confirmados, se concentran en Piura, La Libertad, Ayacucho, Lambayeque, Cuzco, Loreto y Huánuco. Se ha registrado 41 casos fallecidos, el 90.5% se ha confirmado, el 48.6% de fallecidos son de Piura. (6)

El departamento de Piura ha experimentado la presencia de brotes en forma irregular a lo largo de los años, en el presente año se han notificado 842 casos de dengue, hasta la semana epidemiológica 27, de los cuales el 59% son casos confirmados y 343 son casos probables, con una incidencia acumulada de 47,1 x 100 000 habitantes y un fallecido. Del total de casos

notificados, el 86,6% corresponde casos sin señales de alarma, el 12,9% con señales de alarma el 0,5% de dengue grave con una defunción. (7)

En el Centro de Salud II Talara, en la semana 41 se reportaron casos de dengue, donde: 272 casos se presentaron en niños, 198 en adolescentes, 325 en jóvenes, 750 en adultos y 208 casos en adulto mayor. A la semana 42 se obtuvo un índice aédico de 17,5%, considerándose en Escenario III, así mismo registra 1779 casos; de los cuales el 91,1% son casos probables 8,9% son casos confirmados. (8)

La emergencia y reemergencia se debe a múltiples factores ambientales, sociales, económicos y a las políticas de salud de los gobiernos. Entre estos últimos están las fallas en los programas de control del vector, el crecimiento de la población, la urbanización rápida no planificada, el aumento de los viajes aéreos y el aumento de los desechos no biodegradables, así como la ineficiencia de la infra estructura de salud pública y de su financiamiento. El dengue tiene un comportamiento estacional en la mayoría de los casos se reportan cada año coincidiendo con el inicio de la temporada de lluvias. Las condiciones requeridas para el desarrollo del dengue son: latitud 35°N y 35°S, temperatura ambiente de 15 a 40°C y humedad relativa a moderada. (9)

Es importante reconocer que la reemergencia del dengue en el país tiene como principal causa el deficiente saneamiento básico de las ciudades, al no disponer de agua para el consumo humano en forma permanente; asociada a inadecuadas prácticas de conservación de la misma, de otra parte la acumulación de inservibles en los patios y/o techos favorecen los criaderos del vector, se suma a ello la resistencia de algunas familias para la inspección sanitaria y la fumigación y la escasa aplicación de las medidas preventivas todas estas condiciones determinan o facilitan en gran medida la proliferación de criaderos del mosquito transmisor de esta enfermedad. (10)

Talara, es una ciudad que se caracteriza por tener un clima cálido con mayor relevancia en la estación de verano, este clima favorece la rápida reproducción del zancudo *Aedes aegypti*. Los sectores de Talara carecen de agua potable permanentemente, viéndose obligados a recolectar agua en condiciones inadecuadas, además hay drenajes fluviales, que se producen por las lluvias, que no son eliminados oportunamente constituyéndose en criaderos del zancudo; uno de los sectores es el Sector 15 adscrito a la jurisdicción del Centro de Salud II Talara, este sector colinda con el cementerio de la ciudad, la población tiene como práctica cultural llevar flores a sus difuntos y para conservarlas usan latas o depósitos con agua, agudizando la problemática para la reproducción del vector; incrementando el riesgo de la población a enfermar de dengue. (11)

Por todo lo expuesto, se plantea la siguiente pregunta de investigación

¿Cuál es nivel de aplicación de las medidas de prevención en familias con casos de dengue, atendidas en el Centro de Salud II Talara?

El dengue se constituye en la más importante Arbovirosis, de carácter endémico-epidémico, por su gran carga de enfermedad en términos de morbilidad, mortalidad e implicaciones sociales y siendo, el control del vector la única estrategia para su prevención, la presente investigación es importante pues se espera que los hallazgos puedan ser considerados por las autoridades del establecimiento de salud y en especial por los profesionales de enfermería para orientar el diseño de las estrategias de información, educación y comunicación a favor de incrementar el conocimiento, fomentar actitudes favorables que conlleven a la toma de decisiones conscientes y comprometidas, generando de esta forma conductas favorables en la población orientadas a la prevención del dengue con el fin de reducir los casos y aminorar el impacto sanitario que representa esta enfermedad.

1.1. OBJETIVOS:

1.1.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar el nivel de aplicación de las medidas de prevención en familias con casos de dengue del Sector 15 del Centro de Salud II Talara, 2017.

1.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Identificar las fuentes de abastecimiento y formas de almacenamiento del agua en las familias con casos de dengue.

Identificar el nivel de aplicación de medidas preventivas en las familias con casos de dengue.

1.2. MARCO TEÓRICO

El dengue es una enfermedad infecciosa producida por la inoculación de un virus; cuyo vector principal del dengue es el mosquito *Aedes aegypti*, pero también de la fiebre amarilla urbana, es un mosquito peri domiciliario, se cría en recipientes sombreados y con agua limpia, en los cuales las hembras depositan sus huevos por encima del nivel del líquido, en las paredes de dichos recipientes. En lugares lluviosos como la selva, los recipientes predilectos son los objetos desechados como llantas, latas, botellas o floreros, o cualquier recipiente que mantenga el agua de lluvia; en lugares no lluviosos como Lima, generalmente son los recipientes caseros utilizados para almacenar agua como barriles, tanques bajos y altos, tinajas y baldes. Este mosquito mide apenas 5 milímetros, es negro con presencia de bandas blancas en su abdomen y patas, las cuales son largas. (12)

El virus del dengue pertenece al género Flavivirus, de la familia Flaviviridae que, a la vez, pertenece al grupo de los Arbovirus que son virus transmitidos por artrópodos. Este género incluye más de 70 virus agrupados por su relación serológica y por la determinación de secuencias genómicas, al menos 30 de estos virus causan enfermedad en los humanos. (13)

Está constituido por 4 serotipos identificados de la siguiente manera: DEN-1, DEN-2, DEN-3 Y DEN-4. Estos cuatro serotipos tienen diferencias en la composición de su genoma y sus antígenos en la superficie. Esta clasificación se basa en criterios biológicos e inmunológicos ya que se describen características antigénicas y serológicas diferentes, así como una homología de secuencia cercana al 70%, siendo mayor entre los serotipos 1,2 y 3, por lo que pueden presentar variantes genéticas dentro de un mismo serotipo, lo que se relaciona con la virulencia y la procedencia geográfica de la sepa. (14)

El *Aedes aegypti* tiene dos etapas bien diferenciadas en su ciclo de vida: **Fase acuática** con tres formas evolutivas diferentes huevos, larva y pupa y **fase aérea** o adulto. Fase acuática; cada hembra deposita un reducido

número de huevo en distintos recipientes y debe de alimentarse de sangre para que maduren los huevos. Los huevos se adhieren a las paredes internas de los recipientes a la altura de la interfase aire-agua e inicialmente de color blanco, se vuelven negros con el desarrollo del embrión. Para que pasen a la fase larval necesitan de dos a tres días con mucha humedad, pero si durante ese período los huevos se quedan secos, se debilitan y los embriones mueren. Una vez completado el desarrollo embrionario, los huevos son capaces de resistir a la desecación y a las temperaturas extremas. Esta capacidad de resistencia es uno de los mayores obstáculos para la erradicación del *Aedes Aegypti*, ya que de esta manera pueden ser trasladados a grandes distancias en recipientes que no contienen líquido. (15)

El periodo de larva comprende cuatro grados evolutivos. El tiempo aproximado para pasar de un lado a otro es de 48 horas. La mayor parte de esta etapa se alimenta del fitoplancton de los recipientes, completando su progreso en condiciones favorables de nutrición y temperatura, ya que las larvas no resisten temperaturas inferiores a los 10°C, pero tampoco mayores a 40°C. (15)

El estado de pupa corresponde a la última etapa de maduración de la fase acuática. La pupa no se alimenta, solo respira y completa su desarrollo con temperaturas de 25 a 29°C en 1 a 3 días dentro de este periodo se produce la metamorfosis, para luego convertirse en mosquito adulto. El ciclo completo de huevo a mosquito adulto se completa en condiciones óptimas de alimentación y temperatura en 10 a 15 días. Luego el mosquito adulto emerge del agua. (16)

La fase aérea, una vez que los mosquitos han emergido del agua, se alimentan por primera vez entre las 20 y 72 horas posteriores. Las hembras de estos vectores son hematófagas, es decir, absorben sangre y es en ese momento cuando transmiten los virus causantes de la enfermedad. Las proteínas contenidas en la sangre le son indispensables para la maduración

de los huevos. Los machos se alimentan de h́ctaros de plantas que se encuentran a su alrededor. (16)

Generalmente el apareamiento se realiza cuando las hembras buscan alimentarse. Estos se aparean a las 24-48 horas de emerger como adultos. Una vez copulada e inseminada la hembra, el espermatozoide que lleva es suficiente para fecundar todos los huevos que produce la hembra en su existencia, no aceptando otra inseminaci3n adicional. (16)

Despu3s de ingerir sangre, la hembra del *Aedes aegypti* busca focos de agua donde poner un promedio de 100 a 200 huevos por puesta, de forma dispersa y a menudo en diversas zonas. Las hembras pueden poner huevos hasta cinco veces en su vida. La cantidad de huevos que ponen cada vez depende de la cantidad de sangre que ingieren. Los huevos pueden permanecer vivos durante un per3odo de aproximadamente un a3o, incluso si se encuentran en condiciones secas o si parecen haberse secado. (17)

El *Aedes aegypti* introduce el virus dengue en nuestro organismo por la v3a subcut3nea y las c3lulas de Langerhans son las primeras c3lulas infectadas transport3ndolos a los ganglios linf3ticos regionales para la presentaci3n de ant3geno a los linfocitos T y B (respuesta inmune adaptiva), mientras que en sangre perif3rica se disemina principalmente en los monocitos, pero tambi3n puede invadir otras c3lulas del organismo como: hepatocitos, neumocitos tipo II, fibras cardiacas, c3lulas dendr3ticas, c3lulas endoteliales y plaquetas. (5)

Para que en una ciudad, regi3n o pa3s se produzca la transmisi3n de la enfermedad tiene que estar presente de forma simult3nea el virus, el vector y el hu3sped susceptible. Durante las 3pocas de lluvia, las densidades del mosquito se incrementan como consecuencia de la disponibilidad de un n3mero mayor de criaderos, adem3s otro problema que propicia la reproducci3n de este vector es el almacenamiento de agua, sea por circunstancias naturales, por deficiencia en la red de suministro de agua, etc. Esto favorece el incremento del n3mero de mosquito y al desarrollo de

epidemias. Las condiciones de la vivienda y el ámbito que la rodea, así como las formas de provisión de agua, aunque no sea potable y la falta de eliminación de residuos, son factores claves en su reproducción. (18,19)

En horario de actividad de picadura de los mosquitos es en las horas de baja intensidad de la luz solar. En general se inicia al amanecer y antes de anochecer. Los machos raras veces se posan sobre la piel y nunca intentan picar. El *Aedes Aegypti* vive un promedio de entre 15 y 30 días y su ciclo para poner huevos es de aproximadamente, cada tres días. (1)

Los mosquitos no diferencian entre mujeres y hombres. Sin embargo, en las mujeres, siendo las más vulnerables, son las que más tiempo están expuestas en el ámbito de la vivienda y sus alrededores, porque están más horas en el hogar y es allí donde suelen trabajar. Por tanto, son más frecuentemente picadas; siendo que las malas condiciones de higiene, la nutrición deficiente lo que ayuda al dengue a ser una enfermedad vinculada a la pobreza. (1)

En el 2009, la OMS recomendó una nueva clasificación de la enfermedad; tenemos: el dengue sin signos de alarma, se considera el paciente que viva o haya viajado a zonas endémicas con presencia de fiebre y dos o más de los siguientes síntomas: malestar general, artralgias, cefalea retro ocular, leucopenia, anorexia, náuseas y la presencia o no de rash cutáneo y/o prueba del torniquete positiva; en el dengue con signos de alarma se considera al paciente con la sintomatología anterior, más la presencia de uno o más de los siguientes signos: dolor abdominal intenso o sostenido, vómitos persistentes, acumulación de líquidos clínicamente comprobados, sangrado de mucosas, letargos o inquietud, hepatomegalia y aumento del hematocrito concomitante con descenso en el volumen de plaquetas; y en el dengue grave se considera al paciente con sintomatología de dengue con uno o más de los siguientes hallazgos: importante fuga de plasma con shock, acumulación de líquidos con distres respiratorio, sangrado severo o daño importante de órgano. (20)

Los factores de riesgo en la aparición, distribución y determinantes de la transmisión del dengue son los macrofactores y los microfactores. Los macrofactores son los factores de riesgos ambientales y sociales, donde se encuentra a la temperatura, la densidad de la población de moderada a alta, viviendas con tejidos de alambre inadecuados, desagües obstruidos con desechos, agua almacenada por más de 7 días, ausencia de abastecimiento de agua corriente individual, disponibilidad intermitente y uso de depósitos destapados. También incluye la recolección de desechos sólidos, el estado socioeconómico, los períodos inactivos en la casa durante el día y las creencias y conocimientos sobre el dengue. (21)

Los microfactores, son aquellos factores de riesgo del huésped, el agente y el vector, los cuales incluyen el grado de inmunidad del huésped, la edad, las condiciones de salud y la ocupación del mismo; las cepas y el nivel de viremia del agente y la abundancia y focos de proliferación del mosquito, es decir, el vector además de la densidad y edad de las hembras, y la frecuencia de alimentación. Por otra parte, el crecimiento poblacional y la reurbanización generan mayor probabilidad de transmisión viral, la producción de recipientes descartables genera potenciales criaderos no útiles; el incremento de los viajes y el intercambio comercial genera la resistencia del vector a los insecticidas y la no disponibilidad de producto biológico para la prevención de la enfermedad. (21)

Según la Norma Técnica de Salud el dengue se clasifica en tres escenarios; Escenario I, localidad sin presencia de dengue, pero con riesgo de introducción del vector en las áreas que no presentan condiciones ecológicas para el desarrollo del vector no se consideran de riesgo, escenario II, localidad con presencia del vector y sin casos de dengue, escenario III, localidad con presencia del vector y casos de dengue y dengue severo. (22)

Vigilar la densidad de los mosquitos *Aedes aegypti* es importante para determinar los factores relacionados con la transmisión del dengue, a fin de fijar prioridades de zonas y estaciones para el control de vectores. La

selección de las estrategias de vigilancia adecuadas se basa en los resultados/objetivos; se tienen también en cuenta el tiempo, los recursos y los niveles de infestación. Además, la vigilancia de los vectores es necesaria para mantener el efecto de las medidas de control y detectar cualquier incremento en la densidad de los vectores, uno de los indicadores más usados es el índice aéxico (IA), indicador que mide el porcentaje de casas positivas con larvas y pupas de *Aedes aegypti* en una localidad. (23)

Después del período de incubación, la enfermedad se inicia bruscamente y pasa por tres fases clínicas, febril, crítica y recuperación. La etapa febril puede ser la única en la mayoría de los pacientes, está asociada a la circulación del virus en la sangre, tiene una duración variable que no excede los siete días, en esta etapa el paciente puede tener además de la fiebre, dolor muscular y articular, cefalea, astenia, exantema, prurito, y síntomas digestivos tales como discreto dolor abdominal y a veces diarrea. En la mayoría de casos la evolución es hacia una mejoría luego de la caída de la fiebre; sin embargo, en algunos pacientes la caída de la fiebre se encuentra asociada al agravamiento del caso, siendo la defervescencia de la fiebre el heraldo del inicio de la etapa crítica de la enfermedad. (13)

En la fase crítica se caracteriza por la extravasación de plasma, que puede llevar al shock hipovolémico. Debido a esto los niveles del hematocrito suben, lo que constituye un método confiable para el monitoreo de la fuga de plasma. (13)

En la etapa de recuperación, generalmente se hace evidente la mejoría del paciente, pero, en ocasiones, existe un estado de sobrecarga de volumen, así como alguna infección bacteriana agregada. En esta etapa es importante vigilar sobre todo a aquellos pacientes que tengan dificultades en el manejo de los líquidos como la insuficiencia renal crónica, insuficiencia cardíaca y pacientes ancianos. (13)

Según la Organización Mundial de la Salud las medidas de prevención, son medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas, se pueden clasificar en tres niveles primaria, secundaria y terciaria (24)

La prevención primaria: evita la adquisición de la enfermedad como la vacunación, eliminación y control de riesgos ambientales, educación sanitaria, etc, la prevención secundaria: va encaminada a detectar la enfermedad en estadios precoces en los que el establecimiento de medidas adecuadas puede impedir su progresión y la prevención terciaria: comprende aquellas medidas dirigidas al tratamiento y a la rehabilitación de una enfermedad para ralentizar su progresión y, con ello la aparición o el agravamiento de complicaciones e invalidades e intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes. Se habla en ocasiones de prevención cuaternaria que tiene que ver con las recaídas. Vamos a ver cada una de ellas con más detalle, estas técnicas de prevención primaria actúan suprimiendo los factores desfavorables antes de que generen la enfermedad o el accidente: eliminan los factores ambientales de riesgo por medio del saneamiento del medio ambiente, protegen al organismo frente a enfermedades y accidentes, educan en la salud y crean hábitos saludables. (24)

Por lo tanto, estas técnicas equivalen a: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y las técnicas de PRL: seguridad laboral, higiene industrial, ergonomía y medicina del trabajo. La prevención primaria tiene como objetivo el disminuir la probabilidad de que ocurran las enfermedades y afecciones; desde el punto de vista epidemiológico, trata de reducir su incidencia. Las medidas de prevención primaria actúan en el período prepatogénico del curso natural de la enfermedad, antes del comienzo biológico, es decir, antes de que la interacción de los agentes y/o factores de riesgo en el sujeto den lugar a la producción de la enfermedad. Dentro de las actividades de prevención primaria, distinguimos dos tipos: Las de protección de la salud, que protegen la salud, actuando sobre el medio

ambiente y las de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, actuando sobre las propias personas, promoviendo la salud y la prevención de la enfermedad. (24)

Las Técnicas de prevención secundaria, abordan la enfermedad en fase incipiente, aún en fase reversible, por medio del diagnóstico precoz. Equivalen a la vigilancia de la salud, una de las actividades de la medicina del trabajo. La prevención secundaria interviene cuando se inicia la enfermedad; en este caso, la única posibilidad preventiva es la interrupción o ralentización del progreso de la afección, mediante la detección y tratamiento precoz, con el objeto de facilitar la curación y evitar el paso a la cronificación y la aparición de deficiencias, discapacidades y minusvalías. En este sentido, el objetivo de la prevención secundaria es que el diagnóstico y tratamiento precoz mejoren el pronóstico y control de las enfermedades. (24)

Las Técnicas de prevención terciaria, elimina los efectos de las secuelas de la enfermedad, cuando ésta ya se ha desarrollado. Equivale a las áreas asistenciales de la medicina del trabajo: traumatología laboral, dermatología laboral, oftalmología laboral y a la rehabilitación. La prevención terciaria interviene cuando se ha instaurado la enfermedad. Cuando las lesiones patológicas son irreversibles y la enfermedad está arraigada y ha pasado a la cronificación, independientemente de que hayan aparecido o no secuelas, es donde interviene la prevención terciaria. Su objetivo es hacer más lento el curso de la enfermedad, atenuar las incapacidades existentes y reinsertar al enfermo o lesionado en las mejores condiciones a su vida social y laboral.(24)

Por su parte, Catalano y Dooley citado por Iglesias J, proponen dos tipos de prevención: proactiva y reactiva. La primera se orienta a estrategias de acción que intentan prevenir la ocurrencia de factores de riesgo; la segunda tiene como objetivo la preparación del sujeto para reaccionar de forma efectiva ante una situación de peligro; así mismo, Lofauist quien argumenta que la prevención es un proceso activo y asertivo de crear condiciones o atributos personales que promueven el bienestar de las personas. (25)

Aedes Aegypti vive preferentemente cerca de los asentamientos humanos y ha desarrollado hábitos domésticos. Ciertas condiciones domiciliarias hacen posible su ciclo vital, proporcionándole un hábitat adecuado, la mejor medida de prevención para residentes que viven en áreas infestadas con el *Aedes Aegypti* es eliminar los lugares donde el mosquito pone sus huevos. Además de las medidas de prevención primaria a nivel personal se refieren a la instalación de mosquiteros en puertas y ventanas para impedir su entrada; colocar mosquiteros de tela tul alrededor de camas, cunas y coches para niños pequeños, ya que los protegen de las picaduras, usar ropa protectora de colores claros y en la medida de lo posible, que cubra todo el cuerpo como pantalones largos y camisa de manga larga, usar repelente. (26,27)

Las medidas de prevención primaria a nivel domiciliario consisten en desechar todos los objetos inservibles capaces de acumular agua como latas, neumáticos, macetas rotas, juguetes rotos y otros; desechar toda la basura que este alrededor de la vivienda; limpiar las canaletas y recodos de desagües periódicamente para permitir que el agua corra sin obstáculos, deshacerse de las botellas llenas de agua que se suelen colocar alrededor de los árboles o mantenerlas tapadas, eliminar envases de vidrio o plástico vacíos y guardar los retornables bajo techo; mantener el césped cortado al ras; tapar el tanque de agua o los tambores donde se reserve agua para consumo; reemplazar por tierra húmeda el agua de floreros. (27)

La medida de control, es cuando en las viviendas no se han realizado las medidas preventivas recomendadas, los servicios de salud incrementan las medidas llamadas como de control porque implican la eliminación de larvas y mosquitos a través de la aplicación de insecticidas. Estas medidas son insostenibles en todo el mundo debido a los costos de los insecticidas y a la operación del control de los mosquitos. (28)

Desde el punto de vista epidemiológico, debemos tomar en cuenta las siguientes medidas, como medidas de control tenemos al control vectorial integrado que está basado en la participación de la comunidad y

autoridades, el control físico, es contra las larvas, cuyos depósitos de almacenamiento de agua deben estar cubiertos por tapas o mallas, contra los adultos, protegerse con mosquiteros, mallas en puertas y ventanas, el control químico, son los reguladores del crecimiento de los insectos y larvicidas. Contra los adultos: mosquiteros impregnados, jabones y lociones repelentes, y el control biológico, que son predadores, parásitos o competidores de la especie de interés, o que de algún otro modo reducen su población; saneamiento ambiental; eliminación de criaderos, estos criaderos son: los envases para almacenamiento de agua, llantas o neumáticos, que constituyen el hábitat predilecto para el *Aedes aegypti*. Existen recipientes naturales como huecos en árboles y las oquedades o huecos en las rocas.(28)

La participación de la población urbana cumple un papel importante en el cumplimiento de las medidas de prevención y control como: lavar las paredes de tanque y tambos, cisternas y recipientes donde se acumula el agua, además de taparlos correctamente, colocar bocabajo o voltear todos los recipientes o utensilios que puedan acumular agua de lluvia y eliminar inservibles. Estas medidas de manera cotidiana y constante, evitan que el mosquito que transmite el dengue tenga lugares donde poner sus huevos, y así reducir los gastos de atención médica y riesgo de morir por dengue. (28)

Otro factor determinante de la expansión de esta enfermedad es la sobrepoblación existiendo zonas que aún persisten en condiciones precarias de vivienda, haciendo que el dengue sea un problema creciente para la salud pública, esto debido a varios factores socioeconómicos como el insuficiente suministro de agua potable. (29)

El crecimiento demográfico y el desplazamiento de la población rural y áreas urbanas, ha provocado la aparición de asentamientos humanos formales e informales esta rapidez en el crecimiento demográfico ocasiona la falta de servicios básicos como el agua y saneamiento, motivo por el cual la población se ha venido abasteciendo de agua a través de piletas publicas

ya que necesitan tener acceso a una cantidad suficiente de agua para mantener la salud y poder satisfacer sus necesidades. (30)

Mientras que las familias y hogares no puedan abastecerse de agua mediante los sistemas habituales de agua, es común que se provean de agua de diferentes formas, usando camiones cisternas, habilitando piletas públicas, entre otras. Para lo cual será necesario que las familias cuenten con recipientes que les permitan el aprovisionamiento, transporte y almacenamiento del agua en el hogar. Es esencial que las familias/hogares cuenten con recipientes en cantidades adecuadas, que cumplan con la calidad y requerimientos mínimos para un adecuado almacenamiento y abastecimiento de agua, los recipientes de preferencia deben de tener una tapa/boca ancha que facilite el acceso para la limpieza y llenado deben estar siempre tapados para que lo protejan de una contaminación posterior. (31)

La problemática sanitaria en las enfermedades metaxénicas requiere de un abordaje multidisciplinario para su control, y la participación comunitaria para su prevención. Son varias las teorías que intentan explicar el fracaso o éxito de la participación de las personas en la prevención de las enfermedades. Así, el modelo de creencias en salud de Marsall Becker, citado por Espinosa, ha sido el más sistemáticamente usado y citado para explicar acciones de prevención de enfermedades, respuestas a síntomas y a enfermedades, así como otros diversos patrones comportamentales con efectos en salud. Este modelo está basado en la teoría del valor esperado (expectativas), que postula que la conducta depende del valor que la persona le da a un determinado objetivo y la estimación que la persona hace sobre la probabilidad de que al llevar a cabo una acción determinada se logre el objetivo deseado. (32)

La idea principal que defiende el modelo es que las conductas de una persona están determinadas por la amenaza percibida a su salud. Esta vulnerabilidad que se experimenta, a su vez, está condicionada por la percepción acerca de la susceptibilidad hacia la enfermedad y la severidad percibida de las consecuencias de adquirirlas. Un incremento en la

percepción de vulnerabilidad ante una amenaza para la salud produce una motivación y un fortalecimiento de las conductas de protección hacia esa amenaza. Además, se hace una estimación de los costes/beneficios de llevar a cabo la conducta, de manera que la persona utilizará una serie de claves o señales bien externas o internas que le ayudará a determinar la decisión de puesta en práctica de la conducta. En conjunto, si hay una disposición alta para emitir la conducta y las barreras consideradas son bajas, es probable que realice la conducta preventiva o de salud, al contrario, se omitirá la acción. Las creencias en salud son características individuales perdurables que moldean a la conducta y que se adquieren mediante la socialización; no son fijas y pueden diferir aun en individuos con los mismos antecedentes. (32)

Así mismo, el Modelo de Promoción a la Salud de Pender, tiene una construcción similar a la del modelo de creencias en salud, pero no se limita a explicar la conducta preventiva de la enfermedad, sino que se amplía para abarcar las conductas que favorecen la salud, para lo cual postula que la probabilidad de compromiso con conductas de promoción de la salud va a depender de factores cognitivo-perceptuales y factores modificantes; definiendo los factores cognitivo-perceptuales como mecanismos motivacionales primarios de las actividades relacionadas con la promoción de la salud: 1. Importancia de la salud, 2. Control de la salud percibido, 3. Autoeficacia percibida, 4. Definición de salud, 5. Estado de salud percibido, 6. Beneficios percibidos de las conductas, y 7. Barreras percibidas para las conductas promotoras de la salud. Para ello señala cuatro requisitos para que las personas aprendan y modelen su comportamiento: iniciando por la atención que es estar expectante ante lo que sucede, retención que es recordar lo que uno ha observado, reproducción como la habilidad de reproducir la conducta y motivación que es una buena razón para querer adoptar esa conducta (33,34)

En la presente investigación se pudo observar que los miembros de las familias tienen conductas aprendidas que no son fáciles de modificar, así mismo, cuentan con motivaciones diferentes y condiciones capaces de influir

en sus estilos de vida, de forma favorable o desfavorable como el hecho de llevar flores a sus difuntos y colocarlas dentro de recipientes con agua siendo esto un factor predisponente como criadero del vector, son muchos los factores que condicionan una situación de riesgo, por esto es que el Modelo de Promoción a la Salud, nos ofrece la posibilidad de evaluar a la persona que tiene riesgo de sufrir una desviación de la salud producida por la suma de estos factores y así poder actuar antes de que se produzcan alteraciones que lleven a las personas a una atención hospitalaria, con riesgo para la vida y función. (33)

Por ello es importante que la población tenga información sobre la enfermedad y de medidas preventivas que van a permitir que las personas tengan un mayor control de su propia salud los que abarcan una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud. (33)

Hernández J y cols; en el 2013, en Colombia, en su investigación sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue en un barrio de Cartagena de Indias, estudio descriptivo, transversal, en una muestra de 870 sujetos, concluyó que el 60,1% de la población encuestada almacena agua en sus viviendas y el 73,8% utiliza los tanques como recipientes, el 24,8% manifiesta que evita tener agua estancada. (35)

Beuzeville V y col; en el 2014, en Iquitos, en su investigación sobre variables relacionadas a las prácticas de medidas preventivas contra el dengue en usuarios atendidos en los hospitales del Ministerio de Salud Iquitos – 2014 Perú, concluyó que el 56.5% presenta conocimiento inadecuado sobre la enfermedad, el 80.9% si practican medidas preventivas contra el dengue. (36)

Barrera K y col; en el 2017, en su investigación nivel de conocimiento y práctica de medidas de prevención sobre dengue en las familias de Wichanza – La Esperanza, 2017, estudio de corte transversal, en una muestra de 130 familias concluyó que la práctica de medidas de prevención en las familias fue inadecuada en un 82%. (37)

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación es de tipo Descriptivo, permite observar el comportamiento de la variable, de la aplicación de las medidas de prevención del dengue tal cual se dan (38)

$$M=X$$

Donde:

M= Familias con casos de dengue.

X= Nivel de aplicación de medidas preventivas.

2.2. POBLACIÓN:

Familias con casos de dengue que fueron atendidas en el Centro de Salud II Talara, en los meses de enero a setiembre del 2017. (Anexo N°1)

2.3. MUESTRA

Por ser la población pequeña se consideró al 100% constituyéndose la muestra en 134 familias con casos de dengue.

2.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Familias que presentaron casos de dengue entre los meses de enero a setiembre del presente año.

Familia con uno de sus miembros entre 18 – 60 años de edad que se encontró en el momento de la aplicación de instrumento.

2.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Familia que se niega a participar de la investigación.

Integrante de familia que sólo se encuentre de visita en el momento de la investigación.

2.4. UNIDAD DE ANÁLISIS:

Integrante de la familia que presentó caso de dengue.

2.5. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

2.5.1. VARIABLE X: NIVEL DE APLICACIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS

Definición conceptual:

Conjunto de actividades continuas, conductas escogidas o comportamientos que realiza la persona en diferentes niveles para mantener su salud y así evitar la enfermedad del dengue. (24)

Definición operacional:

La variable fue medida a través de la siguiente escala de niveles:

Aplicación de medidas preventivas adecuadas: 21 – 30 puntos.

Aplicación de medidas preventivas inadecuadas: 10 – 20 puntos.

2.5.2. VARIABLES INTERVINIENTES:

- **FUENTES DE ABASTECIMIENTO DE AGUA:**

Definición conceptual:

Es el sistema a través del cual las personas y familias se abastecen de agua para satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, higiene, etc. (29)

Definición operacional:

Fue medida a través de los siguientes criterios:

- a) Red pública dentro de la vivienda
- b) Pilón o pileta de uso público colectivo.
- c) Camión-cisterna.
- d) Aguateros

- **FORMAS DE ALMACENAMIENTO DEL AGUA:**

Definición conceptual:

Es la manera de almacenar el agua en recipientes que protejan de una contaminación posterior. (30)

Definición operacional: Fue medida a través de los siguientes criterios:

- a) Tanques aéreos cerrados.
- b) Cisternas.
- c) Depósitos, cilindros, baldes sin tapa, etc.

2.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

2.6.1. RECOLECCIÓN DE DATOS

La investigación consideró el siguiente procedimiento, en primer lugar, se gestionó la autorización del director del Centro de Salud Il Talara; para obtener la relación de familias con algún integrante atendido por dengue en los meses de enero a setiembre 2017, con residencia en el sector 15. (Anexo N°1).

Posteriormente se ubicaron a las familias que presentaron casos de dengue, a quienes se les explicó el objetivo de la investigación, se absolvió las interrogantes que surgieron y finalmente se les solicitó su participación voluntaria la cual quedó evidenciada con

el asentimiento verbal del entrevistado, se coordinó el día y hora de la aplicación del instrumento; seguidamente se realizó la visita a la familia y se entrevistó a la persona que se encontró en el hogar y cumplía con los criterios de inclusión considerados, la aplicación del instrumento duró aproximadamente 15 minutos.

El instrumento fue una escala elaborada por Calderón R, y col., en el 2016, instrumento al cual se le adicione 2 ítems relacionados con el abastecimiento y almacenamiento del agua en la vivienda, constituyéndose en la primera parte del instrumento; la segunda parte consta de 10 ítems con opciones de respuesta de Siempre (S=3 puntos), A veces (AV = 2) puntos y Nunca (N=1) cuenta con 10 ítems. (Anexo N°2)

La escala fue validada por sus autoras a través de la técnica de juicio de expertos, y reportan un índice de confiabilidad según el Alfa de Cronbach de 0.865 ($\alpha > 0.70$), lo que indica que el instrumento es confiable (39)

2.6.2. PRESENTACIÓN DE DATOS

La información recolectada fue procesada manualmente a través de la técnica del paloteo, e ingresadas al Excel para la elaboración de las tablas considerando los objetivos propuestos en el trabajo de investigación.

2.6.3. ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva, específicamente la porcentual, se calculó los porcentajes respectivos denominados frecuencias relativas, normalizando los datos para facilitar su interpretación y análisis.

2.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

A los participantes se les explicó que los instrumentos son anónimos, con el fin de proveer la participación se les dio una clara explicación de la naturaleza de la investigación, así como su rol en ella como participantes. Así mismo se garantizó la confidencialidad los datos recolectados y fueron tratados en reserva y en secreto. Así mismo se tuvo en cuenta los siguientes principios: Beneficencia que se trata del deber ético de buscar el bien para las personas participantes de una investigación, confidencialidad ya que los datos de recolección fueron tratados en reserva y en secreto, anonimato porque el participante y su familia permaneció en el anonimato durante todo el estudio tomándose en cuenta todos estos principios éticos.

III. RESULTADOS

TABLA 1**FUENTES DE ABASTECIMIENTO Y FORMAS DE ALMACENAMIENTO DE AGUA EN FAMILIAS CON CASOS DE DENGUE ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD II TALARA, 2017**

FUENTES DE ABASTECIMIENTO	N°	%
Red pública dentro de la vivienda	44	33.0
Pilón o pileta de uso público	56	42.0
Camión – cisterna o similar	34	25.0
TOTAL	134	100.0
FORMAS DE ALMACENAMIENTO	N°	%
Tanques aéreos	23	17.0
Cisternas	0	0.0
Depósitos sin tapa	111	83.0
TOTAL	134	100.0

Fuente: cuestionario aplicado a familias del Sector 15.

TABLA 2

**NIVEL DE APLICACIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS EN FAMILIAS CON
CASOS DE DENGUE ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD II
TALARA, 2017.**

APLICACIÓN DE MEDIDAS PREVENCIÓN	N°	%
ADECUADA	36	27.0
INADECUADA	98	73.0
TOTAL	134	100.0

Fuente: cuestionario aplicado a familias del Sector 15 Talara, 2017.

TABLA 3

APLICACIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS EN FAMILIAS CON CASOS DE DENGUE ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD II TALARA, 2017

MEDIDAS PREVENTIVAS	SIEMPRE		A VECES		NUNCA		TOTAL
	N°	%	N°	%	N°	%	
1.-Escobilla sus depósitos de agua en forma circular, por lo menos una vez por semana.	46	34	88	66	0	0	134
2.-Mantiene tapados sus tanques y recipientes que usa para recolectar agua.	0	0	74	55	60	45	134
3.-Coloca los depósitos que no utiliza boca abajo.	0	0	42	31	92	69	134
4.-Elimina los objetos en desuso que puedan acumular agua como: latas, botellas, llantas, etc.).	0	0	51	38	83	62	134
5.-Conserva el abate puesto por el personal de salud en sus recipientes.	70	52	64	48	0	0	134
6.-Cambia el agua de los floreros o bebederos de animales por lo menos una vez por día.	0	0	54	40	80	60	134
7.-Utiliza arena húmeda o tierra en el lugar de agua en sus floreros.	0	0	34	25	100	75	134
8.-Coloca mosqueteros en las puertas y las ventanas.	0	0	30	22	104	78	134
9.-Usa repelente sobre la piel expuesta y camisetitas mangas largas.	0	0	47	35	87	65	134
10.-Permite usted el ingreso al personal de salud a su vivienda para la inspección y capacitación referente al tema.	78	58	56	42	0	0	134

IV. DISCUSIÓN

En la tabla 1. Se observa que las fuentes de abastecimiento y formas de almacenamiento de agua en las familias con casos de dengue atendidos en el Centro de Salud II Talara en un 42% se abastecen de pilón o pileta, el 33% a través de red pública dentro de la vivienda y el 25% de camión-cisterna o similar. En relación a las formas de almacenamiento el 83% de las familias almacena el agua en depósitos sin tapa y el 17% en tanques aéreos.

No contando con estudios similares con los cuales comparar los resultados, podemos señalar que el alto grado de desigualdad en la disponibilidad de un recurso tanpreciado como el agua, sobre todo en poblaciones periféricas de crecimiento demográfico acelerado, en tanto número de habitantes y deficiente desarrollo urbanístico, que no se condicionan con el desarrollo de política apropiadas del gobierno municipal y/o regional, generando que la dotación de servicios básicos sean insuficientes, por lo que el abastecimiento de agua en cantidad y calidad se torna más difícil y costoso y a su vez condiciona a las poblaciones al almacenamiento del líquido elemento en condiciones insalubres.
(31)

Es importante mencionar que el 33% de las familias encuestadas que cuentan con la red de agua intradomiciliaria, reciben el servicio de forma interdiaria y por horas, por lo que las familias se ven en la necesidad de almacenar para lo cual cuentan con tanques, depósitos y otros objetos donde almacenar agua para uso doméstico, situación que se evidencia al observar que el 83% del total de familias encuestadas almacena el agua en depósitos sin tapa, práctica de riesgo que favorece los criaderos del vector del dengue y por ende la presencia de la enfermedad.

En la tabla 2 y tabla 3: Se observa el nivel de aplicación de medidas preventivas en familias con casos de dengue atendidos en el Centro de Salud II Talara, donde las familias presentan un nivel de aplicación de las medidas preventivas inadecuadas en un 73% y un nivel de aplicación de las medidas preventivas adecuadas en un 27%. En relación a la aplicación de medidas preventivas 6 de las 10 medidas preventivas evaluadas las familias nunca las aplican y/o las aplican a veces en un menor porcentaje, así se tiene que 78% de las familias nunca colocan mosqueteros en las puertas y las ventanas, el 75% nunca utiliza arena húmeda o tierra en el lugar de agua en sus flores, el 69% nunca coloca los depósitos que no utiliza boca abajo, el 65% nunca usa repelente sobre la piel expuesta y camisetas magas largas, el 62% Nunca elimina los objetos en desuso que puedan acumular agua y el 60% nunca cambia el agua de los floreros o bebederos de animales por lo menos una vez al día; 2 de las 10 medidas preventivas evaluadas son aplicadas a veces, así se tiene que el 66% de las familias a veces escobilla sus depósitos de agua por lo menos una vez por semana, el 55% de las familias a veces mantiene tapados sus tanques y recipientes que usa para coleccionar agua y el 45% nunca lo hace; y 2 de las 10 medidas preventivas son aplicadas siempre y/o las aplican a veces en un menor porcentaje, así se tiene que el 58% de familias siempre permite el ingreso del personal de salud a la vivienda para la inspección y capacitación referente al tema y el 52% de familias siempre conserva el abate puesto por el personal de salud en sus recipientes.

Los hallazgos difieren con los reportados por Beuzeville V, y col., quienes al estudiar variables relacionadas a las prácticas de medidas preventivas contra el dengue en usuarios atendidos en los hospitales del Ministerio de Salud Iquitos encontraron que el 80,9% si practican medidas preventivas contra el dengue, mientras que el 19.1%, no practica medidas preventivas. (35)

El modelo de promoción de la salud de Pender, postula que promover un estado óptimo de salud es un objetivo que debía anteponerse a las acciones preventivas, sin embargo, ante la presencia de la enfermedad es importante identificar los factores cognitivos-perceptuales de las personas, así como los factores

modificantes como la educación, que podría indicar que las personas conocen sobre cómo cuidarse, dando como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, esto sobre la afirmación de que cuando existe una pauta para la acción es más probable poder asumir prácticas adecuadas y llevar una vida saludable. (34)

Los resultados obtenidos en el estudio podrían deberse, a que las familias cuentan con información deficiente sobre la enfermedad y las formas de prevención, situación que se pudo evidenciar a la hora de la entrevista; además, cabe resaltar que el establecimiento de salud desconoce la situación real de esta problemática, y al no contar con los recursos humanos, materiales y financieros, no tiene facilidades para elaborar material educativo para brindar información y educación sanitaria como se debiera a la población, limitándose a la visita domiciliaria para colocar el abate y nada más eso explicaría por qué la aplicación de las medidas preventivas es inadecuada en las familias que han estado en contacto con la enfermedad a través de uno de sus miembros.

V. CONCLUSIONES

- En relación a las fuentes de abastecimiento de agua el 33% de las familias se abastece de la red pública dentro de la vivienda y el 42% se abastece a través de pilones o piletas, el 25% a través de camión cisterna u otro similar; y el 83% almacenan el agua en depósitos sin tapa.
- Los resultados obtenidos indican que el nivel de aplicación de medidas de prevención en familias es inadecuado en un 73%. Evidenciándose en las siguientes medidas el 78% de las familias nunca colocan mosqueteros en las puertas y las ventanas, el 75% nunca utiliza arena húmeda o tierra en el lugar de agua en sus flores, el 69% nunca coloca los depósitos que no utiliza boca abajo, el 65% nunca usa repelente sobre la piel expuesta y camisetas manga largas, el 62% nunca elimina los objetos en desuso que puedan acumular agua y el 60% nunca cambia el agua de los floreros o bebederos de animales por lo menos una vez al día.

VI. RECOMENDACIONES

- Informar al centro de salud sobre los resultados obtenidos en la presente investigación para que el personal de salud en general y el profesional de enfermería en particular se sensibilice de la necesidad de abordar esta problemática con acciones concretas como la información, educación y capacitación.
- Que, el profesional de enfermería desarrolle programas educativos sostenidos para fomentar las labores de prevención en la población que involucren la familia, la comunidad y la sociedad en general, dirigidos a enriquecer los conocimientos, actitudes y práctica en la prevención del dengue con el fin de contribuir a la disminución de casos de dengue.
- Seguir realizando estudios sobre medidas de prevención relacionadas con nivel de información de la población.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quesada J, Quesada E, Rodríguez N. La estratificación epidemiológica del dengue. EAE. 2012; ISBN 3659040665, 9783659040665. (60)
2. Ministerio de Salud. Historia del dengue. [citado el 29 de enero del 2018]
Disponibile en: <http://www.bvs.ins.gob.pe/dengue/index.php/2012-11-06-14-32-41/el-origen/historia-del-dengue>
3. Organización Mundial de la Salud. Descripción de la situación epidemiológica actual del dengue en las Américas. [Internet] 2014. [citado el 28 de noviembre 2017] Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&id=4494%3A2010-descripcion-situacion-epidemiologica-actual-dengue-americas&catid=901%3Adengue-content&Itemid=0&lang=es
4. Bhatt S, Gething PW, Brady OJ, Messina JP, Farlow AW, Moyes CL et.al. La distribución global y la carga del dengue. 2013; 496(7446): 504-7.
5. Cabezas C, Fiestas V, García M, Palomino M, Mamani E, Donaires F. Dengue en el Perú: A un cuarto de siglo de su reemergencia. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, Copyright 2015. 32(1):146-56.
6. Red Nacional de Epidemiología. Alerta epidemiológica: Incremento del riesgo para brotes de dengue, chikungunya y zika en Lima Metropolitana (cono este) Marzo a junio 2017. N°001-2017-AUSP-OE.
7. Boletín epidemiológico. Situación Actual del dengue en Piura. Vol. 21-Semana epidemiológica N°27. [ISSN versión electrónica: 1816-8655]; 2012.
8. Ministerio de Salud. Dirección general de epidemiología. 2017. SE41[Oficina de estadística del Centro de Salud II] Talara.
9. Pérez G. Dengue, un problema social reemergente en América Latina. Estrategia para su erradicación. Biotecnología Aplicada 23(2):130-136.

10. Ministerio de Salud del Perú. Plan de contingencia, para la prevención y control del dengue en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2012-2013. [Internet] 2012. Lima-Perú [citado 10 de noviembre de 2017]
11. Población de Talara lleva 34 años padeciendo por agua potable. [artículo de periódico en línea]. Diario La República. 2017 12 de junio. Sec. Nacionales. Disponible en: <http://larepublica.pe/sociedad/1050507-poblacion-de-talara-lleva-34-anos-padeciendo-por-agua-potable>
12. Peraza F, Morgan F, Castro R, López R, Penne J. La situación del dengue. Revista Médica UAS. [Internet] 2014. 4(7). [citado 14 diciembre de 2017] Disponible en: <http://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/pdf/v4/n2/La%20situacion%20del%20dengue.pdf>
13. Organización Panamericana de la Salud. Información general: Dengue. [internet] 2017 [citado 18 de enero del 2018]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4493%3A2010-informacion-general-dengue&catid=901%3Adengue-content&Itemid=40232&lang=es
14. Barba J. Dengue. Problema que preocupa y ocupa a la salud pública. Revista Latina Americana. Patol clin me lad 2014; 61(2): 84-101
15. Control y prevención de plagas fumigaciones de Oaxaca. Mosquito del dengue. Copyright 2014 [Citado el 20 de enero 2018] Disponible en: <http://www.fumigacionesdeoxaca.com/index.php/plagas-comunes/mosquito-del-dengue>.
16. UNICEF. Participación Social en la Prevención del Dengue, 2ª Edición. Argentina 2010 [Internet] [citado 15 noviembre de 2017] Disponible en <http://www.codajid.org/node/440>
17. Unicef. Control del vector *Aedes aegypti* y medidas preventivas en el contexto del Zika. [Internet] Versión: mayo 2016. [citado el 28 noviembre de 2017] Disponible en: http://www.who.int/whopes/Mosquito_larvicides_Feb_2016.pdf?ua=1
18. Martínez E. Dengue etudos avanzados 22 (64), 2008.
19. Almanza E, Puello E. Porque convivir con el dengue: control integrado del vector. Rev Costarr Salud Pública 2013; 22: 104-112.

20. Organización panamericana de la salud. Dengue: Guía para la atención de enfermos en la región de las Américas. 2. ed. Washington, DC: OPS, 2016.
21. Hoyos A, Perez A, Hernandez E. Factores de riesgos asociados a la infección por dengue en San Mateo, Anzoátegui, Venezuela. Rev Cubana Med Gen Integr vol.27 no.3 Ciudad de La Habana jul.-set. 2011
22. MINSA. Normas Técnicas de Salud para la implementación de la vigilancia y control del Aedes aegypti, vector del dengue en el territorio nacional, 2010, Perú.
23. Organización Mundial de la Salud. Dengue: guías para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Génova: WHO; 2009.
24. Alvarez R, Kuri P. Salud Publica y medicina preventiva. 5^{ta} ed. Editorial el Manuel Moderno S.A ISBN: 978-607-448-666-7 (versión electrónica) 2017.
25. Iglesias J. Diseño y aplicación de programa de prevención. Monterrey, 2014. [Internet] [citado 20 de enero del 2018]. Disponible en: <https://es.scribd.com/mobile/document/208383860/PREVENCIÓN-MARCO-TEÓRICO>
26. Organización Mundial de la Salud. Participación social en la prevención del dengue [Internet] Adaptación de la guía para el promotor. UNICEF2016[citado 18 de noviembre del 2018] Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/spanish/MANUAL_DENGUE_A5-FINAL_corregido.pdf
27. Miragaya M. Dengue: Una problemática del Norte Argentino. Académica Española;2013(60)
28. García G, Rodríguez M, Benia W. Niveles y Estrategias de prevención. En Bernia W. Temas de salud pública. Tomo 1, Montevideo.
29. Sastre J. Perú: garantizando el abastecimiento de agua a más de 800 personas. Copyright. [Internet]2015[citado 20 de enero del 2018] Disponible en:<https://blog.ferrovial.com/es/2014/12/peru-garantizando-el-abastecimiento-de-agua-mas-de-800-personas/>
30. Instituto Nacional de Estadísticas e Informáticas. Perú: Formas de acceso al agua y saneamiento básico. [Internet] 2016. [citado 18 de noviembre del 2018] Disponible en: https://www.inei.gob.pe/boletín_agua
31. Espinosa J. Salud comunitaria: Conceptos, métodos y herramientas. Managua: Acción Médica Cristiana. 2002

32. Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 3era. ed. Madrid: Mosby/Doyma Libros. 1994. Pp.508-509
33. Cabrera A, Tascon G, Lucumí C. Creencias en salud: historia, constructos y aportes al modelo. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol.19, núm.1, enero-junio, Colombia, 2001
34. Aristizabal P y cols. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Vol. 8, 2011
35. Hernández E, Consuegra C, Herazo y. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue en un barrio de la ciudad de Cartagena de Indias [Tesis de Licenciatura] Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2013.
36. Beuzeville V, Saavedra L. Variables relacionadas a las prácticas de medidas preventivas contra el dengue en usuario atendidos en los hospitales del Ministerio de Salud de Iquitos [Tesis de Licenciatura]. Peruana del Oriente, 2014
37. Barrera K, Briones R. Nivel de conocimiento y practica de medidas de prevención sobre dengue en las familias de Wichanzaio – La Esperanza, Trujillo [Tesis de Licenciatura]. Universidad Privada Antenor Orrego; 2017.
38. Hernández Sampieri y col. Metodología de la Investigación. 6ta ed. México D.F.: Mc Graw Hill. 2017.
39. Calderón R, Lujan Percepción sobre dengue y práctica preventiva en el adulto que enfermo de dengue en el sector Jerusalén – La Esperanza, Trujillo [Tesis de Licenciatura]. Universidad Privada Antenor Orrego; 2017

ANEXOS

ANEXO N° 01

**Número de casos de dengue registrados en el Centro de Salud Talara II, por meses,
2017**

MESES	NUMERO DE CASOS
ENERO	0
FEBRERO	3
MARZO	4
ABRIL	26
MAYO	77
JUNIO	18
JULIO	5
AGOSTO	0
SETIEMBRE	1
TOTAL	134

ANEXO N°3



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEOR ORREGO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

**CUESTIONARIO APLICACIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS EN FAMILIAS
CON CASOS DE DENGUE.**

Autoras: Calderón Rocio.

Lujan Rosel (2016)

Modificado por: Panta Elizabeth

CUESTIONARIO

Estimado Sr(a) a continuación se les presenta este cuestionario es anónimo para recoger información sobre la aplicación de medidas preventivas después de haber enfermado de Dengue.

- I. CARACTERÍSTICAS DEL ABASTECIMIENTO Y ALMACENAMIENTO DEL AGUA.
 1. FUENTES DE ABASTECIMIENTO DE AGUA:
 - a) Red pública dentro de la vivienda.
 - b) Pílon o pileta de uso público colectivo.
 - c) Camión-cisterna.
 - d) Aguateros.
 2. FORMAS DE ALMACENAR EL AGUA:
 - a) Tanques aéreos cerrados.
 - b) Cisternas.
 - c) Depósitos sin tapa (cilindros, baldes, tinas, etc)

II. APLICACIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS:

INSTRUCCIONES: A continuación, se le leerá una serie de ítems a la cual responderá según considere, con la afirmación: S (Siempre), AV (A veces), N (Nunca)

MEDIDAS PREVENTIVAS	S	AV	N
1.-Escobilla sus depósitos de agua en forma circular, por lo menos una vez por semana.			
2.-Mantiene tapados sus tanques y recipientes que usa para recolectar agua.			
3.-Coloca los depósitos que no utiliza boca abajo.			
4.-Elimina los objetos en desuso que puedan acumular agua como: latas, botellas, llantas, etc.).			
5.-Conserva el abate puesto por el personal de salud en sus recipientes.			
6.-Cambia el agua de los floreros o bebederos de animales por lo menos una vez por día.			
7.-Utiliza arena húmeda o tierra en el lugar de agua en sus floreros.			
8.-Coloca mosqueteros en las puertas y las ventanas.			
9.-Usa repelente sobre la piel expuesta y camisetas mangas largas.			
10.-Permite usted el ingreso al personal de salud a su vivienda para la inspección y capacitación referente al tema.			