

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA
ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD**



**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE PROCESO DE
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA
DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL PERSONAL DE SALUD
DEL HBAAA DE CHICLAYO EN EL AÑO 2015**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN EPIDEMIOLOGÍA**

Autora:

Lic. Enf. Gladys Fernandez Reque

Asesora:

Dra. Humbelina Chuquilín Herrera

CAJAMARCA- PERÚ

2023



La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Nacional de Cajamarca, Dra. Martha Vicenta Abanto Villar que suscribe, deja

CONSTANCIA

Que, la tesis para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional en Epidemiología, titulada CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE PROCESO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL PERSONAL DE SALUD DEL HBAAA DE CHICLAYO EN EL AÑO 2015., presentada por la Licenciada en Enfermería **Gladys Fernandez Reque**, ha sido revisada en el Software Antiplagio TURNITIN de la Universidad Nacional de Cajamarca, obteniendo un puntaje de 9% de similitud, considerado dentro de los parámetros requeridos. Teniendo como Asesor al Docente Dra. Humbelina Chuquilín Herrera.

Se expide la presente a solicitud de la interesada para los fines que considere convenientes.

Cajamarca, 18 de febrero del 2024



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. Martha Vicenta Abanto Villar
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

**© Copyright 2023 by
Gladys Fernandez Reque
“Todos los Derechos Reservados”**

FICHA CATALOGRAFICA

Lic. GLADYS FERNANDEZ REQUE

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE PROCESO DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA Y NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA DE
ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL PERSONAL DE SALUD DEL
HBAAA DE CHICLAYO EN EL AÑO 2015**

Escuela Académico Profesional de Enfermería

Asesora: Dra. Humbelina Chuquilín Herrera

Docente Principal de la Facultad Ciencias de la Salud - Dra. en Ciencias,
Especialista en Epidemiológica

82 páginas.

HOJA DE JURADO EVALUADOR

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE PROCESO DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA Y NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA DE ENFERMEDADES
INFECCIOSAS DEL PERSONAL DE SALUD DEL HBAAA DE CHICLAYO EN EL
AÑO 2015**


AUTORA : LIC. ENF. GLADYS FERNANDEZ REQUE
ASESORA : DRA. HUMBELINA CHUQUILÍN HERRERA

Tesis aprobada por los siguientes miembros:

JURADO EVALUADOR


.....
Dra. Sara Palacios Sánchez
Presidenta


.....
Dra. María Elena Bardales Urteaga
Secretaria


.....
Dra. Dolores Chávez Cabrera
Vocal


.....
Mcs. Petronila Baringas Durand
Accesitaria



Universidad Nacional de Cajamarca

Fundada por Ley 14015 del 13 de Febrero de 1962

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA

Av. Atahualpa 1050 - Pabellón 1I - 101 Teléfono N° 076-599438



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN EPIDEMIOLOGÍA

En Cajamarca, siendo las 10:00 AM del día 4 de Septiembre del 2023, los integrantes del Jurado Evaluador, designados por Consejo de Facultad a propuesta de la Directora de Segunda Especialidad Profesional en Salud, reunidos en el ambiente: Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación del Trabajo de Investigación Titulado:

Conocimientos y actitudes sobre proceso de vigilancia epidemiológica y notificación obligatoria de enfermedades infecciosas del personal de salud del ABAAS de Chiclayo en el año 2015

Desarrollado por el (la) Lic. Enf. Gladys Fernandez Regue

Concluida la sustentación y Realizadas las deliberaciones de estilo, se obtuvo el promedio final de:

Diecisiete (17)

Por lo tanto el jurado acuerda la aprobación del (la) mencionado (a) profesional. Encontrándose APTO (A) para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional en EPIDEMIOLOGÍA.

MIEMBROS DE JURADO EVALUADOR NOMBRES Y APELLIDOS		FIRMA
Presidente	<u>Dra. Sara Elizabeth Palacios Sanchez</u>	<u>[Firma]</u>
Secretario (a)	<u>Dra. María Elena Bardales Moteaga</u>	<u>[Firma]</u>
Vocal	<u>Dra. Dolores Evangelina Chávez Cabrera</u>	<u>[Firma]</u>
Asesor (a)	<u>Dra Humbelina Chuguitin Herrera</u>	<u>[Firma]</u>

Se dedica este trabajo a Dios, por guiarme en estos años importantes de mis estudios,
dándome fuerzas para seguir adelante en los momentos difíciles.

A mis padres José y Nelly por su amor, paciencia y esfuerzo que día a día me inculcaron
con el ejemplo de esfuerzo y no detenerme frente a las adversidades.

A mis hijos Yadhira y Saúl por su apoyo y cariño incondicional durante todo el proceso,
por estar conmigo en todo momento.

Se agradece a Dios por ser mi guía en todo el trascurso de mis momentos de mi vida, brindándome sabiduría y paciencia para cumplir con el éxito de mis metas.

A mis padres y mis hijos por brindarme su apoyo incondicional; por su amor, comprensión y apoyo en las decisiones tomadas a lo largo de mi vida.

A la Dra. Humbelina Chuquilín Herrera docente de la Segunda Especialidad profesional en salud de la Facultad Ciencias de la Salud -Universidad Nacional de Cajamarca, por su significativa contribución a mi formación academia y profesional, que permitió el desarrollo de la presente tesis, por su guía, conocimiento y enseñanzas que permitió la culminación del presente trabajo.

Al personal de salud del HBAAA que labora en los diferentes servicios: emergencia, UCI, obstetricia, medicina interna quienes me brindaron facilidades para contribuir al desarrollo de mi investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Caratula	i
ÍNDICE DE CONTENIDOS	viii
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I:	3
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.1 Definición y delimitación del problema de investigación.....	3
1.2 Formulación del problema	6
1.3 Justificación del estudio	6
CAPÍTULO II:	8
MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes del estudio.....	8
2.2. Bases teóricas	11
2.3. Actitud.....	12
2.4. Vigilancia epidemiológica	14
2.5. Etapas y actividades del sistema de vigilancia.....	15
2.6. Tipos de Vigilancia	15
2.7. Usos de la Vigilancia	16
2.8. Atributos del sistema del Sistema de vigilancia.....	17
2.9. Notificación obligatoria	20
2.10. Enfermedades infecciosas de notificación inmediata.....	21
2.11. Variables del estudio	29
2.12. Operacionalización de variables	38
CAPÍTULO III	43
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	43
3.1. Diseño y tipo de estudio	43
3.2. Población	43
3.3. Muestra	43
3.4. Criterios de inclusión	45
3.5. Unidad de análisis	45
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	45
3.7. Validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos	46
3.8. Procedimiento para la recolección de datos	46
3.9. Procesamientos de datos	46

3.10. Aspectos éticos: Considerar confidencialidad, autonomía y beneficio.	47
CAPÍTULO IV:	48
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	48
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	60

Lista de Tablas

Tabla 1: Características Biológicas del personal de Salud Hospital Base “Almanzor Aguinaga Asenjo” Chiclayo – 2015	48
Tabla 2: Características Laborales del personal de Salud Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo – 2015.	49
Tabla 3: Nivel de Conocimientos sobre proceso de vigilancia epidemiológica del personal de salud Hospital Base “Almanzor Aguinaga Asenjo” – Chiclayo.....	51
Tabla 4: Actitudes sobre proceso de vigilancia epidemiológica del personal de Salud Hospital Base “Almanzor Aguinaga Asenjo” – Chiclayo.....	53

Lista de Anexos

Anexo 1: Cuestionario.	60
Anexo 2: Consentimiento informado.....	65
Anexo 3: Validaciones de los instrumentos.....	68

RESUMEN

La investigación tiene como objetivo determinar el nivel de conocimientos y actitudes sobre el proceso de vigilancia epidemiológica y notificación obligatoria de enfermedades infecciosas del personal de salud del Hospital Base “Almanzor Aguinaga Asenjo” Chiclayo 2015. El estudio fue de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, tipo descriptivo y de corte transversal, la muestra estuvo constituida por 160 trabajadores de salud. Para la recolección de datos se utilizó como instrumento un cuestionario estructurado, que consta de 24 ítems, dividido en 03 partes: descripción de la población, preguntas de conocimientos y de actitudes. Los resultados revelaron que el grupo etario más predominante fue la población adulta comprendida entre 41 y 50 años y de sexo femenino, en relación las características laborales, se encontró que el mayor porcentaje fue del personal de enfermeras que laboran en el servicio de emergencia, contando con una experiencia laboral superior a 11 años. sin embargo, presentaron un nivel de conocimientos regular a consecuencia que no reciben capacitación. Así mismo en cuanto al nivel de conocimientos sobre proceso de vigilancia epidemiológica el personal médico presenta un nivel regular, al igual que el personal de enfermería, con la actitud; sobre el proceso de vigilancia epidemiológica, el personal médico, enfermeras, obstetras y técnicos en enfermería presentan una mayor cantidad una actitud inadecuada, de la que debe ser atribuida a una transición para lograr resultados optimizados en el tratamiento y prevención de los riesgos.

Palabras claves: Conocimiento, actitudes, proceso de vigilancia

**Gladys Fernandez Reque.
Humbelina Chuquilin Herrera.**

ABSTRACT

The objective of the research is to determine the level of knowledge and attitudes about the process of epidemiological surveillance and mandatory notification of infectious diseases of the health personnel of the Base Hospital "Almanzor Aguinaga Asenjo" Chiclayo 2015. The study was of a quantitative approach, non-experimental design, descriptive and cross-sectional type, the sample consisted of 160 health workers. For data collection, a structured questionnaire was used as an instrument, consisting of twenty-four items, divided into 03 parts: description of the population, knowledge, and attitude questions. The results revealed that the most predominant age group was the adult population between 41 and 50 years of age and female. Regarding the labor characteristics, it was evidenced that there is a greater number of nurses who work in the emergency service and have work experience of more than 11 years; however, they do not receive training. Regarding the level of knowledge about the epidemiological surveillance process, the medical personnel present a regular level, as do the nursing personnel; In the same way, it happens with the attitude towards the epidemiological surveillance process, where the personnel, both doctors, nurses, obstetricians and nursing technicians, present an inadequate attitude, which must be attributed to a transition to achieve optimized results in the treatment and prevention of the risks.

Keywords: Knowledge, attitudes, surveillance process

INTRODUCCIÓN

La vigilancia epidemiológica, es un proceso crucial para la planificación, implementación y evaluación de programas de prevención y control de enfermedades.

La vigilancia, es fundamental para evaluar el impacto de una intervención como la vacunación masiva, en una población, pero personal de salud no está sensibilizado para actuar como un sistema y detectar de forma temprana los brotes.

La notificación obligatoria de enfermedades infecciosas es una práctica esencial para prevenir brotes de enfermedades; es un procedimiento obligatorio para la mayoría de las enfermedades infecciosas incluso hay personal de establecimientos periféricos, como personal de hospitales no realizan la notificación en forma oportuna, la razón principal de la notificación de enfermedades es la protección de la salud pública

Con la presente tesis tiene como objetivo general determinar nivel de conocimientos y actitudes sobre el proceso de vigilancia epidemiológica y notificación obligatoria de enfermedades infecciosas del personal de salud del Hospital Base “Almanzor Aguinaga Asenjo” Chiclayo 2015. Los objetivos específicos, es determinar las características biológicas y laborales del personal de salud, determinar el nivel de conocimientos sobre los procesos de vigilancia epidemiológica y notificación obligatoria de enfermedades infecciosas, identificar las actitudes frente a procesos de vigilancia epidemiológica y notificación obligatoria de enfermedades infecciosas del personal de salud del hospital base “Almanzor Aguinaga Asenjo” del año 2015.

La finalidad es, desarrollar una investigación epidemiológica, descriptivo, analítico y correlacional, el nivel de los conocimientos y actitudes en el control de las enfermedades infecciosas de notificación obligatoria en el personal de salud, para conocer en qué medida se encuentran capacitados para controlar futuras enfermedades y brindar la atención necesaria a la población. Con referencia al aspecto metodológico, se refiere a los instrumentos que han sido utilizados, porque pueden ser aplicados en estudios similares.

El personal de salud según resultados de este estudio indico que el 0.6% se obtuvo un conocimiento muy bueno, el 11.9% nivel de conocimiento bueno, el 60% de personal de salud tenían un conocimiento regular y un 27.5% un conocimiento muy malo.

Los resultados con relación a las actitudes del trabajador de salud frente a procesos de notificación fueron inadecuados 80% en cuanto a la vigilancia epidemiológica y un 20% tuvo

una actitud adecuada. Las limitaciones en la investigación estuvieron determinadas por la situación en torno a los diferentes turnos del personal de salud del hospital base “Almanzor Aguinaga Asenjo” y los servicios que no permitió un contacto directo para la recolección de datos y rechazo del personal a no colaborar en responder el cuestionario.

Finalmente, el estudio se estructuró en cuatro capítulos: En I CAPITULO: Planteamiento del problema, definición y delimitación del problema, justificación del estudio y objetivos. El CAPITULO II: Marco teórico, antecedentes de la Investigación, definición de términos básicos, hipótesis de investigación. En el CAPITULO III: Metodología de la investigación, diseño y tipo de estudio, población y muestra, técnica e instrumento de recolección de datos, técnicas para el procesamiento y análisis de la información. El CAPITULO IV: Comprende resultados, discusión, conclusión, recomendaciones-anexos.

CAPÍTULO I:

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Definición y delimitación del problema de investigación

El problema de investigación a nivel mundial relacionado con el conocimiento y las actitudes sobre el proceso de vigilancia epidemiológica y la notificación obligatoria de enfermedades infecciosas es la falta de conciencia y comprensión adecuadas por parte de profesionales de la salud, autoridades sanitarias, y la población en general en cuanto a la importancia de este proceso y su contribución a la prevención y control de enfermedades transmisibles.

A pesar de los avances en la medicina y la salud pública, muchas regiones del mundo aún enfrentan desafíos significativos en la identificación temprana, notificación oportuna y respuesta efectiva a brotes de enfermedades infecciosas. Esto puede deberse a una serie de factores, incluyendo (1).

Falta de conocimiento: Muchos profesionales de la salud, especialmente en áreas con recursos limitados, pueden no estar completamente informados sobre los procedimientos de vigilancia epidemiológica y la importancia de la notificación obligatoria. Esto puede llevar a retrasos en la detección de brotes y una respuesta inadecuada.

Actitudes negativas: La falta de motivación o la resistencia a la notificación obligatoria de enfermedades infecciosas puede ser un problema en algunos lugares. Algunos profesionales de la salud pueden temer consecuencias negativas, como sanciones o estigmatización, lo que los lleva a no informar adecuadamente.

Dificultades en la recopilación de datos: En muchos países, especialmente en aquellos con sistemas de salud débiles, la recopilación de datos epidemiológicos precisos puede ser un desafío. Esto se debe a la falta de recursos, infraestructura y capacitación adecuados.

Desinformación y desconfianza: La población en general puede carecer de conocimiento sobre la importancia de la notificación de enfermedades infecciosas o puede ser escéptica en cuanto a la efectividad de las medidas de control. Esto puede obstaculizar los esfuerzos para contener la propagación de enfermedades.

Barreras culturales y sociales: En algunas comunidades, las prácticas culturales y sociales pueden interferir con la notificación adecuada de enfermedades infecciosas. Por ejemplo, la estigmatización de ciertas enfermedades puede llevar a la ocultación de casos.

A nivel latinoamericano, el problema de investigación relacionado con los conocimientos y actitudes sobre el proceso de vigilancia epidemiológica y la notificación obligatoria de enfermedades infecciosas presenta desafíos particulares que requieren atención y estudio. Algunos de los aspectos clave de este problema incluyen(2).

Falta de uniformidad en los sistemas de salud: En América Latina, existen diferencias significativas en los sistemas de salud y los enfoques de vigilancia epidemiológica entre los países. Esto puede dar lugar a variaciones en la comprensión y la aplicación de las políticas de notificación obligatoria, lo que dificulta la cooperación regional en la detección y respuesta a brotes de enfermedades infecciosas.

Desigualdades socioeconómicas y geográficas: En muchas naciones latinoamericanas, las desigualdades socioeconómicas y geográficas pueden influir en la capacidad de las comunidades para comprender y participar en la vigilancia epidemiológica. Las áreas rurales o marginadas pueden tener menos acceso a servicios de salud y menos conocimiento sobre los procedimientos de notificación.

Desafíos culturales y lingüísticos: La diversidad cultural y lingüística de América Latina puede presentar desafíos en la comunicación efectiva sobre la notificación obligatoria de enfermedades infecciosas. Es importante abordar las barreras lingüísticas y culturales para garantizar que todas las poblaciones comprendan la importancia de la vigilancia y la notificación.

Acceso limitado a la educación en salud: En algunas comunidades de la región, el acceso limitado a la educación en salud puede dar como resultado una falta de conocimiento sobre las enfermedades infecciosas y los procedimientos de notificación. Esto puede llevar a la subnotificación de casos y retrasos en la respuesta a brotes.

Desconfianza en las autoridades de salud: En varios países de América Latina, ha habido episodios de desconfianza en las autoridades de salud pública, lo que puede afectar la disposición de la población a cooperar en la notificación de enfermedades. La construcción de la confianza en las instituciones de salud es fundamental.

A nivel de Perú, el problema de investigación relacionado con los conocimientos y actitudes sobre el proceso de vigilancia epidemiológica y la notificación obligatoria de enfermedades infecciosas presenta desafíos específicos que requieren una atención cuidadosa. Algunos aspectos clave de este problema incluyen(3).

Falta de conciencia y educación: En muchas comunidades y entre algunos profesionales de la salud en Perú, puede haber una falta de conciencia y conocimiento sobre el proceso de vigilancia epidemiológica y la importancia de la notificación obligatoria de enfermedades infecciosas. Esto puede deberse a la falta de acceso a información actualizada y a la falta de capacitación adecuada en salud pública.

Barreras geográficas y acceso limitado a servicios de salud: En áreas rurales y remotas de Perú, el acceso a servicios de salud y a información sobre enfermedades infecciosas puede ser limitado. Esto puede resultar en una falta de conocimiento sobre los procedimientos de notificación y dificultades para acceder a la atención médica en caso de enfermedades.

A nivel de la región de Lambayeque, Perú, el problema de investigación relacionado con los conocimientos y actitudes sobre el proceso de vigilancia epidemiológica y la notificación obligatoria de enfermedades infecciosas presenta desafíos específicos que merecen atención. Algunos aspectos clave de este problema incluyen(4).

Limitada conciencia de salud pública: En la región de Cajamarca, puede haber una falta de conciencia generalizada sobre la importancia de la vigilancia epidemiológica y la notificación obligatoria de enfermedades infecciosas. Esto puede deberse a la falta de acceso a información actualizada y a la limitada promoción de la educación en salud pública en la comunidad.

Barreras geográficas y acceso a la atención médica: Cajamarca es una región geográficamente diversa, con áreas rurales y remotas que pueden tener dificultades para acceder a servicios de salud y a información sobre enfermedades infecciosas. Esto

puede resultar en una falta de conocimiento sobre los procedimientos de notificación y en dificultades para recibir atención médica oportuna en caso de enfermedades.

Confianza en el sistema de salud: La confianza en el sistema de salud local y en las autoridades de salud pública puede ser un problema en algunas comunidades de Cajamarca. La percepción de negligencia o deficiencias en la atención médica puede llevar a la desconfianza y a la renuencia a notificar enfermedades.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es el nivel de conocimientos y actitudes sobre proceso de vigilancia epidemiológica y notificación obligatoria de enfermedades infecciosas del personal de salud, Hospital Base “Almanzor Aguinaga Asenjo “- Chiclayo 2015?

1.3 Justificación del estudio

La justificación de la investigación sobre los conocimientos y actitudes del personal de salud del Hospital Belén de las Américas de Chiclayo (HBAAA) en el año 2015 con respecto al proceso de vigilancia epidemiológica y la notificación obligatoria de enfermedades infecciosas es fundamental por varias razones:

Importancia de la salud pública: La vigilancia epidemiológica y la notificación obligatoria son pilares fundamentales de la salud pública, ya que permiten la detección temprana, el control y la prevención de brotes de enfermedades infecciosas. El personal de salud juega un papel esencial en este proceso, por lo que es crucial comprender sus conocimientos y actitudes al respecto.

Protección de pacientes y trabajadores de la salud: El desconocimiento o la falta de comprensión de los procedimientos de vigilancia epidemiológica y notificación obligatoria por parte del personal de salud pueden poner en riesgo tanto a los pacientes como a los trabajadores de la salud. Identificar áreas de mejora en este aspecto es esencial para garantizar la seguridad y la calidad de la atención médica.

Prevención de epidemias y brotes: La rápida identificación y notificación de casos de enfermedades infecciosas son cruciales para prevenir la propagación de epidemias y brotes. Evaluar el nivel de conocimiento del personal de salud en el HBAAA puede ayudar a identificar áreas de mejora en la detección y notificación de casos.

Mejora de la formación y capacitación: Los resultados de esta investigación pueden servir como base para desarrollar programas de formación y capacitación específicos

para el personal de salud del HBAAA. Esto contribuirá a mejorar su conocimiento y comprensión de la vigilancia epidemiológica y la notificación obligatoria.

Contribución a la toma de decisiones: La investigación proporcionará información valiosa a las autoridades de salud y a la dirección del hospital para la toma de decisiones informadas en relación con la capacitación del personal y la implementación de políticas y procedimientos relacionados con la vigilancia epidemiológica.

1.4.1 Objetivo General

Determinar el nivel de conocimientos y actitudes sobre el proceso de vigilancia epidemiológica y notificación obligatoria de enfermedades infecciosas del personal de salud del Hospital Base “Almanzor Aguinaga Asenjo” Chiclayo 2015.

1.4.2 Objetivos específicos

- ✓ Determinar características biológicas y laborales del personal de salud del hospital base “Almanzor Aguinaga Asenjo”.
- ✓ Determinar el nivel de conocimientos sobre los procesos de vigilancia epidemiológica y notificación obligatoria de enfermedades infecciosas: dengue, cólera, malaria, rubeola, peste neumónica y poliomielitis.
- ✓ Identificar las actitudes frente a procesos de vigilancia epidemiológica y notificación obligatoria de enfermedades infecciosas del personal de salud del año 2015.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

A nivel internacional

Soet et al., en el año 2019, en su investigación realizada en Malasia, presenta como objetivo determinar el conocimiento de las enfermedades infecciosas de declaración obligatoria en Malasia y la actitud hacia la notificación de enfermedades infecciosas entre el personal de salud de un hospital público, Se realizó un estudio transversal y con 45 profesionales de la salud privada de dicho país. Como principal resultado se tiene que el 47,5% tenía conocimientos moderados pero el 4,2% tenía conocimientos buenos sobre la notificación obligatoria de enfermedades infecciosas. Solo el 3,2% respondieron correctamente todas las enfermedades de declaración obligatoria enumeradas en el cuestionario. Se concluyó que la mayoría del personal de salud tenían una actitud positiva hacia la notificación de enfermedades transmisibles, recompensas y sanciones por notificación (5).

Fill et al., en el año 2019, en su estudio realizado en Estados Unidos, presenta como objetivo examinar el conocimiento, las actitudes y las prácticas con respecto y comprender las barreras actuales para la notificación de enfermedades por parte de los proveedores. Se realizó un estudio transversal a través de una encuesta electrónica estandarizada y anónima. Los proveedores mencionaron la falta de conocimiento sobre qué enfermedades son de notificación obligatoria (186/429, 43,3 %) y la logística de la notificación (153/429, 35,7 %) como las principales barreras para el cumplimiento. La mayoría de los proveedores reconoció que atendía a pacientes con enfermedades de notificación obligatoria (362/435, 83,2 %) y creía que era su responsabilidad informar a las autoridades de salud pública (429/436, 98,4 %) (6).

Abdulrahim et al., en el año 2020, en su estudio desarrollado en Jordania, tiene como fin evaluar el conocimiento y las actitudes de los médicos jordanos hacia la vigilancia de la salud pública de las enfermedades infecciosas. Se realizó un estudio transversal entre médicos residentes que trabajaban en nosocomios públicos en dicho país antes mencionado. Solo el 44,8% de los médicos había definido correctamente la vigilancia. Solo el 27,4% de los médicos habían sido educados o capacitados en vigilancia; es decir

el nivel de conocimiento, era bajo. Alrededor del 39,5% de los médicos habían llenado al menos un formulario de informe durante su práctica; traduciéndose en que el nivel de actitud es regular. Los principales motivos para la no notificación obligatoria de enfermedades fueron la alta carga de trabajo (49,8%) y la falta de formación para la notificación de enfermedades (46,6%) (7).

A nivel nacional

García M, año (2019) en su tesis desarrollada en Trujillo, presenta como objetivo, examinar el nivel de conocimientos y actitudes sobre la práctica de vigilancia y notificación de enfermedades infecciosas entre el personal médico y hospitalario que labora en un centro hospitalario de Trujillo. La información fue utilizada para una investigación descriptiva y transversal. El 46,7% dijo haber recibido formación en epidemiología. El nivel de conocimiento entre médicos y enfermeras fue normal en 57,1% y 56,3%, respectivamente, y el nivel de actitud fue regular en 92,9% de médicos y 93,8% de enfermeras, lo cual fue consistente con el buen comportamiento (8).

Mera C, en el año 2018, en su investigación realizada en Chiclayo, tiene como fin identificar las actitudes y conocimientos relacionados con la práctica de vigilancia y notificación obligatoria de enfermedades infecciosas entre los trabajadores de atención primaria de salud. Se trató de un estudio descriptivo. Participaron 168 trabajadores de atención primaria de salud de la provincia de Chiclayo: trabajadores de salud 49,41%, técnicos 48,21% y trabajadores de apoyo 2,38%. Solo el 68,5% reportaron trabajar en atención primaria de 1 a 12 años, el 53,6% reportaron formación básica en epidemiología. Además, la gran mayoría del personal de salud fueron mujeres (61%) y comprendían los 35 a 48 años. Se concluyó que el 90% cuenta con una actitud adecuada, sumado a ello, el 45,8% tiene buen conocimiento (9).

Yrigoín et al., en el año 2018, realizó su estudio en Trujillo, donde los resultados indicaron que la mayoría del personal responsable de vigilancia epidemiológica había tenido capacitación, sin embargo, solamente 5.5% respondió correctamente al cuestionario y más de 505 tuvo ocho o menos aciertos. Según encuesta referida hubo mayor déficit de reconocimiento a malaria (84%), rubeola (67%), dengue (19%) y peste neumónica (19%). Así mismo, se describe que 62.5 % de los médicos presentó conocimiento moderado, el 37.5% poseen un conocimiento pobre y en un nulo porcentaje 0% presentan un conocimiento adecuado (10).

A nivel local

Chinchay et al, (2019) en su estudio, consideró como objetivo estimar través de un diagnóstico, el nivel de conocimiento del dengue en los internos de medicina en Lambayeque. El estudio de la investigación por su diseño fue observacional, con respecto al tipo, descriptivo, transversal y prospectivo. Con respecto a la población, corresponde a todos los internos de medicina de la región Lambayeque, considerándose como muestra 170 internos distribuidos en cada uno de los hospitales de la región. Con respecto al nivel de conocimiento, se obtiene que con un porcentaje de 71.8% el nivel de conocimiento es bajo, el 25.5% se considera que tiene un conocimiento medio y el 1.8% poseen un conocimiento alto. Se concluye que a partir de la encuesta realizada se demostró que el nivel de conocimiento acerca del dengue en bajo (11).

Lozano G, (2019) en su estudio en Chiclayo, consideró como objetivo principal, determinar el nivel de conocimiento de las enfermedades infecciosas en pacientes de un centro de salud de Chiclayo. Asimismo, se determinó como tipo de investigación el descriptivo, de corte transversal. Con respecto a la población de la investigación esta se realizó en base a 40 pacientes, para poder determinar de qué manera se maneja el nivel de conocimiento respecto a las enfermedades infecciosas. En cuanto a resultado se obtiene que el 73% tienen un nivel de conocimiento medio, 15% nivel alto y solo el 12% presenta un nivel bajo. Finalmente, como conclusión se observa que el nivel de conocimiento es medio bajo, lo cual puede deberse a muchos factores, los cuales pueden ser atendidos de manera favorable, si se siguiera una capacitación constante (12).

2.2. Bases teóricas

2.1.1. Conocimiento

El conocimiento en salud es un constructo teórico que incluye información detallada y específica sobre etiología, prevalencia, factores de riesgo, prevención, transmisión, sintomatología y tratamiento de enfermedades, así como sobre servicios de salud y derechos de los pacientes (29). Además, evidencia previa ha demostrado los efectos positivos de niveles apropiados de conocimiento de la salud por parte de la comunidad en general en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades (13).

Asimismo, durante las emergencias de salud pública, el conocimiento de la salud informado por el público juega un papel importante en la reducción de comportamientos de riesgo y la adopción de prácticas protectoras y preventivas. La promoción del conocimiento en salud es una estrategia fundamental para mantener la salud de las personas durante las emergencias de salud pública, por lo que un adecuado conocimiento en salud podría ayudar a las comunidades a comprender los factores de riesgo y generar respuestas rápidas para contener los brotes de infección (14).

Por otro lado, los índices de conocimiento se producen de los avances en la producción del saber y representan un aumento en la complejidad en que se logra comprender o explicar la situación o realidad analizada (15). Asimismo, se puede decir que el nivel de conocimientos del personal de salud es básico para proporcionar cuidados basados en calidad y seguros para el paciente y su familia. El conocimiento se basa en información obtenida a través de diversos medios, y las expectativas son un fiel reflejo de la realidad, por lo que se incorporan y se utilizan para orientar las propias acciones. Durante la formación en salud, adquiere una gran solidez de conocimientos teóricos y prácticos. Las formas de adquirir conocimientos se dan mediante las tradiciones donde incluyen verdades o creencias basadas en costumbres (16).

Además, se le puede atribuir como el grado de información acumulada a la que llega una persona, por el cual ha sido adquirida en un periodo de tiempo determinado y que suele generalmente crear uno nuevo o ampliarlo (34). El conocimiento es un acto inmanente contemplativo, no una modificación de la realidad. Es una actividad psíquica-inmaterial-irreductible a los fenómenos físicos tal como lo describen las ciencias naturales (17).

2.2.2 Tipos de conocimiento

2.2.2.1 Conocimiento vulgar:

Este tipo de conocimiento es el que se adquiere por el hecho de vivir; ya que está basado en la experiencia y también en sentimientos, costumbres y creencias (18).

2.2.2.2. Conocimiento científico:

Consiste en que debe estar organizado sistemáticamente, de manera metodológica; así mismo, está basado en la experimentación y la razón, con fundamentación, justificación o comprobación de lo que se afirma (18).

2.2.2.3. Conocimiento filosófico:

Es el conocimiento más abarcador, toma todo como objeto de estudio, es por ello, que se debe fundamentar debidamente lo que afirma con rigor racional (18).

2.3. Actitud

Alport manifiesta que la actitud forma parte de una disposición neurológica y mental, que se instituye a raíz de las experiencias y que ejerce una influencia dinámica o directriz acerca de las reacciones de los individuos en relación con todas las situaciones que le corresponden y a los objetos (19). Según Schiffman y Kanuk manifiestan que una actitud se compone como una predisposición aprendida para comportarse de una forma consistente ya sea desfavorable o favorable que está relacionada con un objeto definido (como una clasificación de marcas, servicios, productos, etc.) (20).

Según Rousell indica que las características de una actitud se atribuyen de la siguiente manera: la actitud tiene un objeto, que le gusta o disgusta, favorece o desfavorece y el objeto puede ser una idea, persona, cosa o situación. Como segunda característica se tiene que las actitudes se aprenden mediante interacciones y experiencias sociales, se interactúa con la información sobre las cosas que forman nuestra actitud negativa o positiva hacia el objeto. Como tercera característica, se tiene que la actitud son predisposiciones ya que es, previamente determinada o aprendida de una tendencia (21). Adicionalmente, la cuarta característica se entiende que las actitudes son fenómenos relativamente estables, debido a que persiste durante un período de tiempo y por última característica tiene un componente emocional (21).

Según Morris y Maisto (2005), indican que el componente cognoscitivo de la actitud está referida al conjunto de información y datos que la persona conoce en relación con

el objeto del cual toma su actitud. Es por ello, que en este componente está conformado por el conocimiento de la telemedicina, que está detallado al objeto que beneficia la relación. Por otra parte, para que exista una actitud, es indispensable que persistan representaciones cognoscitivas acerca del objeto. Como segundo indicador, está integrado por las percepciones hacia un objeto, que en este caso sería hacia la telemedicina (22).

En cuanto al componente afectivo, se refiere a los sentimientos y sensaciones que dicho objeto ocasiona en la persona. Es el sentimiento, ya sea favorable o desfavorable de un objeto social. Aquí se encuentran los siguientes indicadores como la conformidad que está referido con la aprobación del servicio ofrecido en relación con la telemedicina. Así mismo, con respecto a la insatisfacción, es el hecho de que la atención por telemedicina no se realiza de manera oportuna; ya que la atención necesita recursos especiales, resultados inmediatos y prontitud en las percepciones de los usuarios (22).

Finalmente, Morris y Maisto (2005) señalan que el componente conductual son las tendencias, disposiciones o intenciones dirigidas a un objeto. Es decir, es cuando se produce una adecuada relación entre la persona y el objeto. Este indicador está conformado por las quejas y reclamos frente a la telemedicina, que se dan por las tardanzas en la aceptación de éstas (22).

2.4. Vigilancia epidemiológica

La vigilancia es, un ingrediente esencial, de hecho, crítico, de cualquier programa de control de enfermedades. Se utiliza para pintar una imagen del progreso y la carga general de infección o enfermedad, de modo que cualquier acción preventiva o terapéutica pueda medirse a medida que avanza. De esta manera, se puede monitorear el impacto de una infección, el efecto de una intervención o estrategia de promoción de la salud, la política de salud, la planificación y la prestación. La vigilancia es la recopilación continua y sistemática de datos de rutina que luego se analizan, interpretan y se actúa en consecuencia. Es esencialmente un proceso práctico, que sin embargo puede ser útil de otras formas. Su objetivo principal es analizar las tendencias temporales, pero estas pueden incluir no solo fluctuaciones en los números generales, sino también cambios en las distribuciones por edad y sexo, ubicaciones geográficas e incluso, posiblemente, en algunos de los sistemas de vigilancia establecidos más sofisticados, grupos en riesgo (como grupos sociales, étnicos y ocupacionales particulares). La vigilancia es fundamental para evaluar el impacto de una intervención, como la vacunación masiva, en una población. También puede actuar como un sistema bastante sensible para la detección temprana de brotes (23).

La vigilancia de enfermedades es el escrutinio continuo de la ocurrencia de enfermedades y eventos relacionados con la salud para permitir una intervención rápida para el control de enfermedades. Implica la recopilación, el cotejo, el análisis y la interpretación sistemáticos y continuos de datos sobre la aparición de enfermedades y eventos relacionados con la salud pública y la difusión de la información obtenida a partir de dichos datos para una rápida acción de salud pública (24)

La vigilancia y notificación de enfermedades ha sido reconocida como una estrategia eficaz para la prevención y el control de enfermedades, especialmente las enfermedades epidémicas. Es crucial señalar que los brotes de enfermedades no dan aviso antes de su aparición ni respetan las fronteras de las naciones. Cuando eventualmente ocurren, es probable que se propaguen como un reguero de pólvora y, a menudo, resulten en una alta tasa de morbilidad y letalidad con el consiguiente impacto económico. Un sistema eficaz y eficiente de vigilancia y notificación de enfermedades permite la detección temprana de brotes de enfermedades que impulsarán la intervención para la reducción de la morbilidad y mortalidad que pueden resultar de las epidemias de estas enfermedades infecciosas (25).

2.5. Etapas y actividades del sistema de vigilancia

Las etapas básicas de la vigilancia son cuatro y cada una tiene actividades y responsables específicos dentro del sistema una parte importante antes de llevar a cabo las etapas de la vigilancia es la definición del problema a vigilar, para lo cual la autoridad nacional definirá, de acuerdo con las normas vigentes y las condiciones particulares de la zona geográfica, el evento de salud sujeto a vigilancia.

La definición de caso herramienta clave para la vigilancia de cualquier evento, debe quedar claramente registrada en documentos normativos que se difundirán ampliamente, lo que permitirá unificar criterios en la operación del sistema de vigilancia. Es de importancia que en estos documentos se incluyan las fuentes de notificación, recolección de datos, las definiciones de caso y la periodicidad de notificación, entre otros aspectos importantes para la vigilancia.

2.5.1. Recolección de datos

Actividades: Operacionalización de las guías normativas, detección de casos, notificación, clasificación de casos y validación de los datos.

2.5.2. Análisis de la Información

Actividades: Consolidación de datos, análisis de las variables epidemiológicas básicas.

2.5.3. Interpretación de la información.

Actividades: Comparación con datos previos e inclusión de variables locales no consideradas en la recolección de datos.

2.5.4. Difusión de la información.

Actividades: Elaboración de materiales de difusión para distintos niveles de decisión.

2.6. Tipos de Vigilancia

Según las distintas necesidades, enfermedades y fuentes de datos requieren diferentes procedimientos generales de recolección. Los tipos fundamentales de vigilancia que se pueden realizar en los servicios de salud están divididos en las siguientes:

2.6.1. Vigilancia Pasiva:

Es aquella en la que el especialista no ejecuta personalmente la acción para obtener la información, esta se obtiene directamente de los registros ya establecidos. Las fuentes

más comunes donde se encuentran estos datos son los anuarios estadísticos, los anuarios de estadísticas vitales, las historias clínicas, las hojas de cargo de las consultas externas, los cuerpos de guardia de hospitales y policlínicos, los registros de Enfermedades de Declaración Obligatoria, los Sistemas de Información Directa, los certificados de defunción y los certificados de necropsias de Anatomía Patológica y Medicina Legal. Notificación de casos atendidos en diferentes establecimientos de salud, ejemplo, Malaria en zona endémica, infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas.

2.6.2. Vigilancia Activa:

Es cuando el especialista ejecuta personalmente la búsqueda de la información específica objeto de la vigilancia, independientemente de que el enfermo o la persona acuda al servicio y se anote o registre el dato rutinariamente. Las fuentes de información de la vigilancia activa la constituyen las encuestas de morbilidad, investigaciones epidemiológicas de brotes epidémicos, controles de foco, las encuestas socioeconómicas, entomológicas y etnográficas. Búsqueda activa comunitaria de casos sospechosos de sarampión y rubeola, búsqueda activa de parálisis flácida aguda. (26).

2.6.3. Vigilancia centinela:

Esta vigilancia permite estudiar las tendencias de ciertos eventos de interés, se puede establecer un sistema de vigilancia centinela utilizando un número seleccionado y dispuesto de laboratorios motivados. Se espera que los laboratorios elegidos diagnostiquen un número razonable de casos de infección, estén dentro de un área bastante grande en la que se espera que diagnostiquen todos los casos de infección y, por supuesto, que sean técnicamente excelentes. Los sistemas de vigilancia centinela tienden a tener un tiempo limitado y no son adecuados para infecciones raras, vigilancia centinela de rotavirus, vigilancia centinela neumococo, vigilancia centinela Infecciones Respiratorias Agudas Graves. (26).

2.7. Usos de la Vigilancia

Identificar factores favorables al estado de salud. Esta identificación de los factores favorables al estado (lactancia materna, agua potable, etc.) está orientada a calificarlos como protectores y a promover su presencia. Determinar prioridades para salud respecto

de los eventos que vigila. La vigilancia proporciona un fundamento científico para la determinación de los principales problemas de una zona determinada (prioridades).

Contar con información o evidencia permite tomar decisiones fundamentales en hechos que avalan la decisión. Establecer políticas y programas de prevención y control. - a través de la vigilancia de la salud se pueden organizar programas de prevención de eventos (accidentes de tránsito) o de enfermedades no deseadas. También se pueden instaurar mecanismos de control para evaluar el cumplimiento de las acciones, y la eficacia, seguridad e impacto de las intervenciones de un programa. Determinar cambios en la frecuencia de enfermedad como eventos deseados a través de la observación sistemática, se puede conocer el comportamiento de eventos no deseados o enfermedades en el tiempo, lo que permite hacer predicciones sobre su presentación en el futuro.

Detección y control de brotes, se está en presencia de un brote o epidemia, cuando se presenta un número de eventos o casos de una enfermedad por encima de lo habitual o esperado, en un tiempo y en un lugar determinado. Evaluar los Servicios, la vigilancia epidemiológica permite conocer de los procesos y resultados que se logran en los Servicios de salud, y a partir de este conocimiento evaluar su desempeño. Este sistema es muy utilizado para detectar lo que se conoce como la epidemiología del error médico, los accidentes de trabajo o las tasas de infecciones nosocomiales. Proveen de información y generar hipótesis para realizar investigaciones especiales.

El sistema de vigilancia de la salud aporta, por lo general, estudios descriptivos a partir de los resultados del análisis de la información recolectada surgen ideas o hipótesis que pueden ser demostradas en investigaciones particulares. Habitualmente, se utilizan estudios analíticos del tipo de caso y controles, y menos frecuentemente de cohorte.

2.8. Atributos del sistema del Sistema de vigilancia

- a) Sencillez: facilidad de operación del sistema.
- b) Flexibilidad: adaptarse al cambio de situación, con poco costo.
- c) Aceptabilidad: Asimilación por el personal profesional, técnicos, etc.
- d) Sensibilidad: capacidad de detectar sucesos sometidos a vigilancia.
- e) Valor predictivo positivo: detección de verdaderos enfermos.
- f) Representatividad: responder a dimensión geográfica, social, cultural y temporal.

- g) Oportunidad: Rapidez entre tiempo de ocurrencia, detección, notificación y acción, lo más breve posible.
- h) Notificación de Enfermedades y eventos sujetos vigilancia en el Perú.
- i) Difusión de Información del Sistema de Vigilancia epidemiológica.

En el Perú la notificación de daños sujetos a vigilancia epidemiológica es de carácter obligatorio de acuerdo con la Directiva Sanitaria N° 046-MINSA/CDC-V.01, en la cual se establece la lista de enfermedades y eventos sujetos a vigilancia epidemiológica, entre los cuales se encuentra el dengue, malaria etc. Todos los establecimientos de salud públicos y privados deben notificar las enfermedades y eventos sujetos a la vigilancia epidemiológica.

Cada evento de salud bajo vigilancia, además de la definición de caso, tiene que estar apropiadamente identificado en función de un conjunto mínimo de datos sobre variables relacionadas al tiempo, lugar y personar no solamente para los fines, del análisis, sino fundamentalmente para facilitar la identificación de grupos de población objetivo de las medidas de control intervenciones en salud pública que se emprenderán. Debe evitarse en todo momento la recolección de datos superfluos; es decir, sólo debe recolectarse datos para los cuales se ha previsto una utilización específica y relevante para los propósitos de la vigilancia.

Un variado número de fuentes de datos puede ser usado para la vigilancia en salud pública. Es importante reconocer que la recolección de datos para la vigilancia en salud pública no siempre se basa única o exclusivamente en la notificación rutinaria de casos atendidos en la consulta de los servicios de salud de una jurisdicción sanitaria, que sigue siendo el modelo más aplicado por las unidades de epidemiología y los programas de control de enfermedades. En realidad, la vigilancia puede debe proporcionar información relevante para la acción en salud a partir de la recolección de datos de distintas fuentes.

Ello tiene un doble propósito hacer más eficiente el proceso de recolección de datos controlar la calidad de los. datos, Las fuentes de datos más comunes para vigilancia en. salud pública son:

- a) Notificación de casos: es el procedimiento medular de la vigilancia por medio del cual los servicios de salud informan rutinaria y obligatoriamente la autoridad sanitaria sobre la atención de eventos sujetos vigilancia.

b) Registros: son sistemas permanentes de consignación de eventos ejecutados por instituciones públicas O privadas donde se consigna regularmente la ocurrencia de ciertos eventos (nacimientos, defunciones, hospitalizaciones, inmunizaciones, accidentes de tránsito, contaminación ambiental, asistencia escolar y laboral, etc.).

Los más comunes son:

- Informes de laboratorio
 - Historias clínicas hospitalarias
 - Informes de consulta externa y servicios de urgencia (públicos y privados)
 - Registro de enfermedades de declaración obligatoria
 - Registro de cáncer y de otras enfermedades crónicas
 - Certificados médicos de defunción
 - Protocolos de necropsia hospitalarios y forenses
 - Monitoreo ambiental y climático
 - Registros policiales de denuncias de hechos violentos
 - Registros veterinarios de reservorios animales, entre otros.
- a. Investigación de casos y brotes: es el procedimiento estandarizado de búsqueda activa y exhaustiva de información complementaria sobre uno o más casos asociados a determinado evento, usualmente como respuesta organizada ante la sospecha de epidemia, sea originada por rumores, vigilancia o análisis de registros.
- b. Encuestas: Son procedimientos de recolección de información por los cuales se obtiene información en un sobre determinadas de tiempo específico punto características de interés, generalmente no disponibles en otras fuentes de datos. Las encuestas más frecuentes son las serológicas, entomológicas, de morbilidad, socio- económicas, etnográficas y las llamadas encuestas de demografía y salud.
- c. Rumores: son opiniones espontáneas y no confirmadas originadas en la comunidad Y divulgadas por sus líderes y/o a través de los medios de comunicación de masas, asociadas al incremento de casos o muertes por una determinada causa.

La información del Sistema de Vigilancia epidemiológica se difunde a través de:

a) Boletines epidemiológicos.

- b) Salas de Situación
- c) Informes Técnicos.
- d) Informes Ejecutivos.
- e) Alertas epidemiológicas.
- f) Otras publicaciones

2.8.1 Enfermedades sometidas a vigilancia epidemiológicas

Las enfermedades más prevalentes en nuestra región son:

- a) Dengue sin signos de alarma
- b) Dengue con signos de alarma
- c) Cólera
- d) Malaria
- e) Rubéola-sarampión
- f) Peste neumónica
- g) Poliomielitis.

2.9. Notificación obligatoria

Es la comunicación oficial que realiza el responsable de la vigilancia epidemiológica o quien haga sus veces de cualquier unidad notificante que haya recibido o detectado, verificado el reporte de una enfermedad sujeto a vigilancia epidemiológica; la notificación obligatoria de enfermedades infecciosas es una práctica esencial para prevenir brotes de enfermedades. La notificación de enfermedades es un procedimiento obligatorio para la mayoría de las enfermedades infecciosas, incluso durante los períodos de atención médica que no son pandémicos. La razón principal detrás de las enfermedades infecciosas es la protección de la salud pública.

2.9.1 Notificación de casos

Representa la columna vertebral de los subsistemas rutinarios de vigilancia de salud. Se desarrolla por cada una de las unidades notificantes de los diversos casos que se están presentando en la semana epidemiológica y que pueden llegar a ser atendidos en los hospitales, a la sospecha de epidemia y otras situaciones para la salud pública.

Es un proceso sistemático y continuo de comunicación de datos que involucra a todo el equipo de salud y la comunidad. En general, es de carácter obligatorio y está respaldado por la normatividad vigente. La notificación consiste, básicamente, en: la declaración oficial de la ocurrencia de cada caso de un evento bajo vigilancia, que se detecta en la población según la definición de caso vigente y la transmisión de los datos relacionados a cada caso.

2.10. Enfermedades infecciosas de notificación inmediata

2.10.1. Dengue

El dengue es una enfermedad infecciosa sujeta a vigilancia epidemiológica desde los años 90, transmitida por la picadura de un mosquito de la especie *Aedes* infectado por alguno de los cuatro serotipos del dengue del género flavivirus. La enfermedad afecta a habitantes de zonas tropicales y subtropicales donde es frecuente el vector. La vigilancia epidemiológica de dengue esta normada en el Perú por la RM N° 982-2016/MINSA, NTS 125-MINSA/2016/CDC-INS denominada “Norma Técnica de salud para la Vigilancia Epidemiológica y diagnóstico de laboratorio de Dengue, Chikungunya, Zika y otras Arbovirosis en el Perú” (47).

A) Caso probable de dengue (sin signos de alarma):

Paciente con fiebre reciente de menor o igual a 7 días de evolución que estuvo dentro de los últimos 14 días en área geográfica con prevalencia de transmisión de dengue con el vector transmisor y presenta al menos 2 de las siguientes manifestaciones: Dolor ocular o retro-ocular, mialgias, cefaleas, artralgias, dolor lumbar, rash/exantema (erupción cutánea), nauseas/vómitos (27).

B) Caso probable de dengue con señales de alarma:

Todo caso sospechoso o probable de dengue que presenta una o más de las siguientes señales de alarma: Dolor abdominal intenso y continuo, dolor torácico o disnea, derrame seroso al examen clínico, vómitos persistentes, disminución brusca de temperatura o hipotermia, disminución de la diuresis lipotimia, estado mental alterado, hepatomegalia o ictericia, disminución de plaquetas o incremento de hematocrito, ascitis, derrame pleural.

C) Caso probable de dengue grave:

Todo caso sospechoso de dengue o todo caso probable de dengue con o sin señales y que, además, presenta por lo menos uno de los hallazgos: signos de choque hipovolémico, derrame seroso por estudio de imágenes, sangrado grave, según criterio clínico, escala de Glasgow.

D) Caso confirmado de dengue.

Caso confirmado de dengue por laboratorio. Todo caso probable de dengue que tenga resultado positivo a una o más de las siguientes pruebas: Aislamiento de virus dengue, Rt-PCR, Elisa Antígeno NS1, detección de anticuerpos IGM para dengue en una sola muestra, evidencia de seroconversión en IGM en muestras pareadas. La segunda muestra deberá ser tomada después de los 14 días del inicio de síntomas para zonas donde no hay transmisión de dengue.

Caso confirmado de dengue por nexo epidemiológico: Todo caso probable de dengue con o sin señales de alarma del cual no hay disponibilidad de un resultado de laboratorio y que tiene nexo epidemiológico. Cuando no hay epidemia de dengue, los casos probables deberán tener prueba específica de laboratorio que confirme el caso (27).

E) Caso descartado de dengue por laboratorio:

Resultado Negativo de IgM e IgG, en una sola muestra con tiempo de enfermedad mayor de 10 días.

Resultado negativo IgM e IgG, en muestras pareadas, la segunda muestra tomada con un tiempo de enfermedad mayor a 10 días.

2.10.2 Cólera:

El cólera es una enfermedad infectocontagiosa intestinal aguda causada por la ingestión de alimentos o agua contaminados por la bacteria *Vibrio cholerae* provocada por los serotipos O1 y O139. Tiene un periodo de incubación corto, entre menos de un día y cinco días (1-5), y la bacteria produce una entero toxina que causa una diarrea copiosa, indolora y acuosa de color semejante al agua de arroz que puede conducir con rapidez a una deshidratación grave con pérdida de proteínas, sodio, potasio, bicarbonato y a la muerte si no se trata prontamente. La mayor parte de los pacientes sufren también vómitos (27).

A) Caso sospechoso de cólera:

Persona de cualquier edad que presenta un cuadro de diarreas acuosas de aparición brusca que lleva rápidamente a la deshidratación con pérdida de electrolitos. Esta definición tiene mayor utilidad durante una epidemia con el fin de captar precozmente los casos.

B) Caso probable de cólera:

Persona de cualquier edad que presenta bruscamente un cuadro clínico de diarrea acuosa con o sin vómitos, con deshidratación severa o shock, y sin presencia de fiebre.

Persona de cualquier edad que muere por un cuadro de enfermedad diarreica aguda acuosa. Esta definición tiene mayor utilidad en ausencia de actividad epidémica o cuando la incidencia es baja, cada caso debe ser investigado.

C) Caso confirmado de cólera:

Caso sospechoso o probable con aislamiento por coprocultivo de *Vibrio Cholerae* O1 u O139 u otro método de diagnóstico (PCR, etc.). - Todo caso probable en una localidad donde se han confirmado casos de cólera en las últimas 2 semanas.

Todo caso probable durante un brote epidémico donde se han confirmado el *Vibrio Cholerae* O1 u O139 en los nuevos casos. - Todo caso probable contacto familiar de un caso confirmado.

D) Caso compatible de cólera:

Cualquier caso clasificado como sospechoso o probable que no puede ser confirmado o descartado en un lapso de 30 días posteriores a la clasificación inicial.

E) Caso de portador asintomático de *vibrio cholerae*:

Toda persona en quien se ha aislado *V. Cholerae* O1 y O139, sin evidencia de cuadro clínico.

F) Caso descartado de cólera:

Todo caso sospechoso o probable sin aislamiento por coprocultivo de *V. Cholerae* o confirmación de otro método y sin nexo epidemiológico.

2.10.3 Malaria:

La malaria es causada por un parásito de género plasmodium que se transmite a través de la picadura del mosquito anopheles. En el organismo, los parásitos se multiplican en el hígado y después infectan a los eritrocitos (27).

Entre los síntomas del paludismo se destaca la fiebre, las cefaleas y los vómitos, que generalmente aparecen 10 a 15 días después de la picadura del mosquito. Si no se trata, el paludismo puede poner en peligro la vida del paciente rápidamente, pues altera el aporte de sangre a órganos vitales. En muchas zonas del mundo los parásitos se han vuelto resistentes a varios antipalúdicos como la Quinina (27).

Entre las intervenciones fundamentales para el control de la malaria se encuentran el tratamiento rápido y eficaz con combinaciones de medicamentos basadas en la Artemisinina, el uso de mosquiteros impregnados en insecticida por parte de las personas en riesgo y la fumigación de los espacios cerrados con insecticidas de acción residual, a fin de controlar el vector (27).

A) Caso probable de malaria:

Todo paciente con fiebre, escalofríos y malestar general, con antecedentes de exposición y procedente de áreas endémicas del vector para la transmisión de la malaria.

B) Caso confirmado de malaria:

Toda persona notificada como caso probable más el hallazgo del parásito por gota gruesa en sangre o por cualquier otro método de diagnóstico de laboratorio como IFI y ELISA.

C) Caso confirmado de malaria:

Toda persona confirmada que presenta uno o más de los siguientes signos de alarma: Deterioro del estado de conciencia, anemia severa, parasitemia elevada, signos de insuficiencia aislada (o asociada) de tipo renal, cardiovascular, hepática, pulmonar que requiere inmediata hospitalización y tratamiento especializado.

D) Muerte por malaria confirmada:

Muerte de un paciente con síntomas y/o signos de Malaria complicada y confirmada por exámenes de laboratorio como la gota gruesa.

E) Fracaso terapéutico de la malaria:

Paciente con diagnóstico confirmado de malaria, no complicada, sin síntomas que indiquen otra enfermedad concomitante, quien ya ha ingerido la dosis correcta de antipalúdicos, pero presenta deterioro clínico o recurrencia de los síntomas dentro de los 14 días siguientes desde el inicio el tratamiento, en combinación con el hallazgo del plasmodium en sangre en su forma asexual.

2.10.4 Rubéola:

La rubéola es una enfermedad infecciosa vírica aguda y contagiosa, producida por el virus del género Rubivirus y de la familia Togaviridae; si bien, por lo general la enfermedad es leve en los niños, esta llega a ocasionar consecuencias graves en las embarazadas, porque puede causar muerte fetal o defectos congénitos en la forma del síndrome de rubéola congénita, produciendo incluso el 20% abortos espontáneos.

El virus Tgaviridae se transmite por gotículas en el aire, cuando las personas infectadas estornudan o tosen, los humanos son el único huésped conocido. Conjuntamente, si existe un caso sospechoso de sarampión o rubéola, toda persona de cualquier edad, de quien un trabajador de salud sospecha que tiene sarampión o rubéola o todo caso que presente fiebre y erupción exantemática máculopapular generalizada, no se debe vesicular; todo caso, al término de la investigación debe ser clasificado en algunas de las siguientes categorías según corresponda:

A) Caso confirmado de sarampión- rubéola:

Todo caso sospechoso se confirmará de la siguiente manera:

a. Por laboratorio:

- Es Sarampión: Si el resultado es IgM (+) por el método de ELISA indirecto.
- Es Rubéola: Si el resultado es IgM (+) por el método de ELISA Directo

b. Por nexos epidemiológicos:

Es sarampión: si el caso sospechoso tuvo contacto con un caso confirmado, por laboratorio de sarampión.

- Es rubéola: si el caso sospechoso tuvo contacto con un caso confirmado por laboratorio de rubéola.

c. Por clínica:

Un caso solo puede clasificarse como tal, luego de ampliar la investigación clínica epidemiológica. Se incluyen aquí a los casos que no tienen muestra para serología o muestras inadecuadas (> de 30 días, hemolizadas, contaminadas o mal conservadas) y en los que se demuestre el nexo epidemiológico

B) Caso descartado de sarampión - rubéola:

Todo caso sospechoso se descartará de la siguiente manera: Sarampión: si el resultado IgM es negativo por método de ELISA indirecto; rubéola: si el resultado IgM es negativo por método de ELISA Directo.

C) Caso importado de sarampión:

Es un caso confirmado de sarampión por laboratorio, en una persona que viajó a otro país (entre 7 y 18 días antes de la aparición de la erupción) donde circula el virus del sarampión.

D) Caso asociado a la vacuna:

Es todo caso sospechoso de sarampión confirmado por laboratorio y que tiene como antecedente haber recibido vacuna anti-sarampión entre 7 y 18 días antes de la erupción. Este antecedente debe ser verificado con el carné o a través de los registros del establecimiento de salud.

2.10.5 Peste neumónica:

Norma Técnica de Salud No 033 -MINSNDGSP-V. 01 "Norma Técnica de Salud para la Vigilancia, Prevención y Control de la Peste en el Perú",

El vector son las pulgas de roedores y de otros pequeños mamíferos, son vectores naturales de esta infección. jugando un rol muy importante en el mundo la *Xenopsylla cheopis* y otras especies, como las del género *Polynon* en zonas endémicas del Perú

La peste es una zoonosis bacteriana provocada por la bacteria *Yersinia pestis*, que normalmente se encuentra en animales pequeños y en las pulgas que los parasitan. Se transmite del animal al ser humano por la picadura de las pulgas infectadas, por contacto

directo, por inhalación y, más raramente, por ingestión de materiales infecciosos. La peste puede ser una enfermedad muy grave para el ser humano, con una tasa de letalidad que oscila entre el 30% y el 60%, si no se trata.

Según los datos que indica la OMS respecto a los casos zoonóticos de peste, se refiere al año 2017, donde se indica que fue una de las últimas pandemias relacionadas a la peste, esto ocurrido en Madagascar. Los casos que trascendieron se elevaron a un número de 2.417 que fueron debidamente probados y comprobados, dentro de ellos, se apuntan que se existieron 2019 decesos. Aunque la peste haya sido debidamente finalizada, ya que así se declaró, la vigilancia epidemiológica siguió presente como prevención de nuevos casos (28).

La Peste Neumónica: es la forma más virulenta y menos común, por lo general, la peste neumónica se produce cuando la peste bubónica llega a los pulmones en una fase avanzada de la enfermedad. No obstante, una persona que padezca peste neumónica secundaria puede producir gotícula aerosol izadas infecciosas y transmitir la enfermedad a través de estas a otros seres humanos. Si hay el tratamiento adecuado lo más pronto posible este tipo de peste acabaría con la vida del paciente en menos de dos semanas, aproximadamente entre 8 a 10 días de enfermedad.

- a. Caso Sospechoso: Paciente con presentación clínica compatible, y con antecedentes epidemiológicos consistentes de. Exposición a humanos o animales infectados y 10. Evidencia de picaduras de pulgas, y 10 Residencia o viaje a un área endémica conocida, dentro de los 10 días previos
- b. Caso Probable: Dependerá en qué área se presente el caso sospechoso, si se presenta: En área potencialmente nueva o re-emergente: un caso probable es un paciente que cumple la definición de casos Sospechoso y al menos 2 de las siguientes pruebas positivas: - Microscopia muestra de bubón, sangre o esputo que contiene cocobacilos Gramnegativos, bipolares después de tinción Wayson o Giemsa; - Antígeno F1 detectado en aspirado de bubón, sangre o esputo; - Una serología anti-F1 única, sin evidencia de infección o inmunización previa con *Y. pestis*; y - Detección de *Y. pestis*, por PCR en aspirado de bubón, sangre o esputo. En área endémica conocida: un caso probable es un paciente que cumple la definición de casos sospechoso y al menos 1 de las pruebas positivas mencionadas en el acápite anterior

- c. Caso Confirmado: Paciente que cumple la definición de caso sospechoso más un aislamiento de una muestra clínica única identificada como Y pestis (morfología de colonia y 2 de las 4 siguientes pruebas positivas. lisis por bacteriófago de cultivos a 20-25 "C y 37 "C; detección de antígeno; PCR; perfil bioquímico de Y. pestis); o Una elevación en 4 títulos de Anticuerpos anti-FI en muestras de suero pareadas; o En áreas endémicas donde no pueda ser realizada otra prueba confirmatoria, una prueba rápida positiva usando una prueba inmunocromatográfica para detectar antígeno F 1.
- d. Contacto: Toda persona que ha visitado y/o permanecido en la casa del enfermo un periodo de 07 días antes y 14 días después de la fecha de inicio de la enfermedad del primer y último caso de esa vivienda. También debe considerarse como contacto a toda persona que asistió al velatorio de un fallecido por peste, atendido el caso y al personal de salud que ingresa a una localidad con casos actuales.
- e. Contacto cercano: Contacto cercano es estar a menos de los 2 m de distancia de un paciente con peste neumónica.

Todos los establecimientos de salud deben realizar las intervenciones sanitarias con relación a la prevención, recuperación, rehabilitación y promoción, previstas en la presente Norma Técnica de Salud. según corresponda a su capacidad resolutive.

Todos los establecimientos de salud. realizarán intervenciones sanitarias según el Nivel de Atención correspondiente.

Prevención Primaria. El personal de los establecimientos de salud desarrolla actividades destinadas a prevenir la aparición de enfermedades y mantener la salud, con el objetivo de limitar la incidencia de la enfermedad mediante el control de sus causas y de los factores de riesgo. Las acciones están dirigidas a: La educación en salud para la prevención de la peste. La aplicación de Medidas de saneamiento básico: disponibilidad de agua potable. desagüe, recojo de basura. etc. Cuidados en la crianza de animales domésticos. Evitar la presencia de roedores y de pulgas en el ambiente familiar. Desratización según los índices de atrape.

2.10.6. Poliomieltis

Es una enfermedad muy contagiosa, se le conoce como enfermedad infantil debido a que afecta a los niños. El virus se transmite de persona a persona principalmente por vía fecal- oral o través del agua o los alimentos contaminados y se multiplica en el

intestino, desde donde invade el sistema nervioso central y puede causar la parálisis. Los síntomas iniciales son la fiebre cansancio cefalea vómitos y signos meníngeos esta no tiene cura, pero se previene por medio de la vacunación.

Notificación al Servicio de Epidemiología.

- Llenar ficha completa de denuncia de caso sospechoso.
- Tomar muestra adecuada de heces (congelarla).
- Investigar otros casos de PFA en la comunidad.
- Investigar y proteger los contactos (vacunación en < 5 años).
- Evaluar secuelas a los 60 días.
- En caso de muerte obtener muestra de tejido nervioso (bulbo, médula, etc.) e intestino con contenido.

Caso confirmado de Poliomiелitis Parálitica asociado a la vacuna (PPAV):

Caso en receptor de vacuna, todo caso de PFA que ha recibido la vacuna de antipolio oral (APO) entre 4 a 40 días antes del inicio de la parálisis y en quien se aísla el poliovirusvacunal y que presenta parálisis residual.

Caso contacto del receptor de vacuna: Todo caso de PFA que tuvo contacto con un vacunado con APO entre 4 y 85 días antes del inicio de la parálisis, en quien se aísla el poliovirusvacunal y que presenta parálisis residual.

A) Caso Importado de Poliomiелitis:

Es el caso confirmado de poliomiелitis, cuya infección ocurre fuera del territorio nacional. Por epidemiología molecular se caracteriza genéticamente y se puede precisar su procedencia.

2.11. Variables del estudio

Variable 1

Conocimiento: sobre procesos de vigilancia epidemiológica y notificación obligatoria de enfermedades infecciosas: dengue, cólera, malaria, rubeola, peste neumónica y poliomiелitis.

Variable 2

Actitudes: sobre los procesos de vigilancia epidemiológica y notificación obligatoria de enfermedades infecciosas.

2.12. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Ítems de evaluación
Conocimiento: sobre proceso de vigilancia epidemiológica y notificación obligatoria de enfermedades infecciosas	Conocimiento: es el grado de información o comprensión que posee el personal de salud sobre los procesos de vigilancia epidemiológica y notificación obligatoria de enfermedades infecciosas en personal de salud. (11)	Se aplicó para evaluar el nivel de conocimientos aplicando un instrumento(cuestionario) al personal de salud sobre los procesos de vigilancia epidemiológica y notificación obligatoria de enfermedades infecciosas: Dengue, Cólera Malaria Rubéola Peste Neumónica Poliomielitis	Nivel de conocimiento sobre los procesos de vigilancia epidemiológica y notificación obligatoria de enfermedades infecciosas: Dengue, Cólera Malaria Rubéola Peste Neumónica Poliomielitis	Esta variable se valoró con la escala vigesimal los ítems de la primera parte del cuestionario el que obtendrá el siguiente puntaje: Muy bueno:19-20 Bueno: 15-18. Regular: 11-14 Malo: 0-10.	Se realizó mediante preguntas del 1-10 del cuestionario que está en la I parte. anexo (Nº 01).

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicador	Ítems de evaluación
Actitudes sobre procesos de vigilancia epidemiológica y notificación obligatoria de enfermedades infecciosas.	Actitud: Es la percepción y disposición que tiene el personal de salud sobre los procesos de vigilancia y notificación obligatoria de enfermedades infecciosas. (6).	Se aplicó la escala de actitudes al personal de salud con relación a actitudes sobre los procesos de vigilancia epidemiológica y notificación obligatoria de enfermedades infecciosas: Dengue, Cólera Malaria Rubéola Peste Neumónica Poliomielitis	Actitud sobre los procesos de vigilancia epidemiológica y notificación obligatoria de enfermedades infecciosas: Dengue, Cólera Malaria Rubéola Peste Neumónica Poliomielitis	Tipo de Actitudes: Adecuadas >= 17 puntos. Inadecuadas < 16 puntos.	Se evaluó con escala de actitudes que comprende 4 Ítems donde se valoraron las actitudes del personal de salud frente a la vigilancia epidemiológica a según la siguiente clasificación: -Muy de acuerdo _De acuerdo -En desacuerdo _Muy desacuerdo.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	DIMENSIONES	Indicador	Ítems de evaluación
Características biológicas y laborales del personal de salud.	Las características biológicas es la manera como se individualiza a una persona.	Se aplicó el instrumento al personal de salud en relación con las características biológicas como edad y sexo. Fecha de nacimiento según DNI. Según género.	Edad. - Es el número de años cumplidos que tiene el personal de salud. (23) Sexo. Es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, y hacen posible una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética	25-30 años 31-50 años. 51-60 años >60 años. Masculino Femenino	Cuestionario (Anexo N° 1) describe a la población. Cuestionario (Anexo N° 1) describe a la población.

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Indicador	Ítems de evaluación
	Características laborales está relacionado a la construcción y el uso de herramientas tanto técnica y tecnológicas para los procesos de trabajo y producción.	<p>Características laborales: Tiempo de servicio en el establecimiento de salud al conjunto de conocimientos y aptitudes que un individuo o grupo de personas ha adquirido a partir de realizar alguna actividad profesional en un transcurso de tiempo determinado.</p> <p>Profesional de salud: es cualquier persona que ha completado un curso de estudio en el campo de la salud (medicina, fisioterapia, enfermería, farmacia.</p>	Se aplicó el instrumento(cuestionario) al personal de salud en relación con las características laborales	<5 años 5-10 años. 11-20 años. >21 años a más Profesional médico. Profesional no médico. Personal Técnico.	Cuestionario (Anexo N° 1) describe a la población.

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Indicador	Ítems de evaluación
		<p>Recibió capacitación es el desarrollo de personal, es toda actividad realizada en una organización, respondiendo a sus necesidades, que busca mejorar la actitud, conocimiento, habilidades o conductas de su personal.</p> <p>Área de servicio función, relacionada o no con su nivel de educación, y por la cual recibe un ingreso en dinero o especie-(56)</p>	<p>Se aplicó el instrumento(cuestionario) al personal de salud en relación si recibió capacitación.</p> <p>Área de trabajo.</p>	<p>Ítems de las respuestas de la entrevista.</p> <p>Si No Pediatría Emergencias. Obstetricia. M.Interna. UCI.</p>	<p>Cuestionario (anexo N° 1) Describe a la población</p>

CAPÍTULO III.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Diseño y tipo de estudio

La presente investigación es de tipo descriptivo, transversal y cuantitativo. Con estudio transversal, porque la recolección de datos se realizó en un solo corte de tiempo. De tipo descriptivo, porque permite describir los conocimientos y actitudes del personal de salud en el proceso de vigilancia epidemiológica y notificación obligatoria de enfermedades infecciosas del Hospital Base “Almanzor Aguinaga Asenjo”. Sumado a ello, con enfoque cuantitativo, porque la información que se obtuvo fue medible.

3.2. Población

Estuvo constituida por el total del personal de salud asistencial siendo de 1142 profesionales de salud que fueron distribuidos: médicos (331), enfermeras (393), técnicos de enfermería (392) y obstetras (26), que laboraban en los servicios de Medicina Interna, Pediatría, Emergencia, Obstetricia y unidad de cuidados intensivos, del Hospital Base “Almanzor Aguinaga Asenjo” de Chiclayo, año 2015.

3.3. Muestra

El tamaño de muestra de muestra y precisión para estimación de una proporción poblacional se obtuvo a través de un tamaño poblacional de 1142 del personal de salud que trabajan en el hospital base “Almanzor Aguinaga Asenjo”.

Se obtuvo la muestra usando la formula con la población conocida.

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

$$n = 160$$

La muestra estuvo constituida por 160 trabajadores de salud.

Se utilizó el muestreo probabilístico: estratificado y aleatorio simple, donde la muestra fue de 160 participantes, clasificados de la siguiente manera:

Médicos (48), enfermeras (58), obstetras (3), y técnicos de enfermería (51).

3.4. Criterios de inclusión

a. Inclusión:

Personal de salud Asistencial del Hospital Base “Almanzor Aguinaga Asenjo”, profesional médico, enfermeras, técnicos de enfermería, y obstetras de los servicios de Emergencia, Medicina Interna, Pediatría, Obstetricia y unidad de cuidados intensivos.

b. Exclusión:

- Personal de salud Asistencial, residentes, personal de salud con licencias,
- Personal de salud con descansos médicos.

3.5. Unidad de análisis

Es cada personal de salud: Médico, enfermera, técnico de enfermería y obstetra que laboran en los servicios de emergencia, medicina interna, pediatría, obstetricia y unidad de cuidados intensivos del Hospital Base “Almanzor Aguinaga Asenjo.”

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de encuesta y como instrumento un cuestionario, que ha permitido recoger información sobre el nivel de conocimientos y actitudes en el proceso de vigilancia epidemiológica y notificación obligatoria de las enfermedades infecciosas del personal de salud y está validado, que consta de 3 secciones:

Descripción de la población (8 ítems), conocimientos sobre vigilancia epidemiológica (11 ítems), escala tipo Likert. Con respecto, a las actitudes en las notificaciones epidemiológicas (4 ítems) ha sido evaluada con la misma escala antes mencionada.

Para la evaluación de la variable de nivel de conocimientos sobre procesos de vigilancia y notificación se aplicó el cuestionario de 11 ítems con alternativas de respuestas.

Con relación a la variable medir las actitudes del personal sobre proceso de vigilancia epidemiológica y notificación se formularon las preguntas con escala de Likert con respuestas de: Muy de acuerdo, de acuerdo, indiferente, en desacuerdo, muy en desacuerdo.

3.7. Validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos

El cuestionario que se utilizó en el presente trabajo de investigación esta previamente validado por especialistas de epidemiología.

Tiene una validación de expertos y una confiabilidad de Kuder-Richardson (KR20) de 0.71 que es una prueba estadística porque mide la confiabilidad en variables dicotómicas para la sección de Conocimientos, y coeficiente alfa de Crombach de 0.76 para Actitudes, lo que indica que este instrumento es aceptable la confiabilidad validando su uso para la recolección de datos.

3.8. Procedimiento para la recolección de datos

Se presentó al comité de Investigación del Hospital Base” Almanzor Aguinaga Asenjo” una solicitud para autorización de la aplicación del instrumento (cuestionario) sobre tema de investigación, conocimientos y actitudes sobre los procesos de vigilancia epidemiológica y notificación obligatoria de enfermedades infecciosas al personal de salud, en base a todas las enfermedades infecciosa, y según escalas de actitudes en relación con la notificación obligatoria

Cumpliendo con los procesos, el Comité de ética del hospital base “Almanzor Aguinaga Asenjo” autorizó y brindó las facilidades al investigador para la aplicación del instrumento al personal de salud de los diferentes servicios del nosocomio, según la muestra. Las respuestas de las preguntas se utilizaron como punto de partida y llegada para evaluar el resultado del problema a investigar

La recolección de datos del cuestionario se llevó a cabo con el personal de salud que terminaban su turno de trabajo, previo a ello firmando el consentimiento informado para participar en la investigación, en un tiempo promedio de 30 minutos.

3.9. Procesamientos de datos

En esta investigación se elaboró una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 22, donde se ingresó los datos obtenidos.

Para el análisis descriptivo de datos se utilizó frecuencias absolutas, en el análisis diferencial se realizó las pruebas estadísticas de Chi-cuadrado para variables cuantitativas con un nivel de confianza del 95% y nivel de significancia $p < 0.05$. Sumado a ello, se presentó el resultado en tablas simples y de contingencia, sumado a ello, se analizaron teniendo en cuenta el marco teórico, (antecedentes de estudios y bases teóricas).

3.10. Aspectos éticos: Considerar confidencialidad, autonomía y beneficio.

El presente trabajo, tiene como objetivo describir los conocimientos y actitudes sobre procesos de vigilancia epidemiológica y notificación obligatoria de enfermedades infecciosas. El investigador, hace de conocimiento al encuestado, sobre el consentimiento informado para que participe en el estudio de investigación el cual era voluntario; en caso de que se niegue a participar no será perjudicado.

Beneficio; su participación en el estudio permitirá conocer si hay adecuadas actitudes y buenos conocimientos sobre vigilancia y notificación obligatoria de enfermedades infecciosas, usted recibirá información respecto a las actitudes y conocimientos sobre vigilancia; así mismo, no ha puesto en peligro la vida de los participantes, todo lo realizado se dio con el previo consentimiento informado al personal de salud del Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo”, de la ciudad de Chiclayo.

Además, se mostró la confidencialidad de sus datos en forma individual, todo fue mostrado como resultado global sin afectar moralmente al personal de salud, del nosocomio.

CAPÍTULO IV:
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A la recolección de datos, fueron procesados y presentados en tablas estadísticas para su análisis e interpretación de los datos teniendo en cuenta el marco teórico.

Tabla 1.- Características Biológicas del personal de Salud Hospital Base “Almanzor Aguinaga Asenjo” Chiclayo – 2015

Características	Total	
	N°	%
Edad (años)		
25-30	11	6.9
31 – 40	38	23.8
41 – 50	45	28.1
51 – 60	40	25.0
> 60	26	16.3
Sexo		
Masculino	61	38.1
Femenino	99	61.9

Fuente: Cuestionario sobre conocimiento sobre las enfermedades infecciosas.

En la Tabla 1 se presentó la edad en años al personal de salud del Hospital Base “Almanzor Aguinaga Asenjo”, donde se encontró que el rango de edad era entre 41 años y 50 años en un 28.1% (45), es el grupo de edad que más predominio fue > a 60 años fue 16.3% es decir (26) informantes. Además, el personal de salud que se entrevistó fue el adulto joven que se concentró la mayor parte de la población del hospital, seguido de la población de mayor de 60 años que fue el mínimo grupo. Según sexo, el número de mujeres encuestadas fueron 61.9% (99) como mayoría siendo trabajadoras del hospital base “Almanzor Aguinaga Asenjo” y la menor cantidad se encontró en el sexo masculino, es decir 38.1% (61).

Estos resultados difieren con los hallazgos obtenidos por Mera C, en el año 2018, quien ha concluido que de los 168 trabajadores de atención primaria de salud de la provincia de Chiclayo: trabajadores de salud 49,41%, técnicos 48,21% y trabajadores de apoyo 2,38%. Solo el 68,5% reportaron trabajar en atención primaria de 1 a 12 años, el 53,6% reportaron formación básica en epidemiología. Además, la gran mayoría del personal de salud fueron mujeres (61%) y comprendían los 35 a 48 años.

Asimismo, estos resultados pueden ser comparados con el enfoque teórico de Pinto N. (23) donde menciona que el nivel de conocimientos del personal de salud es básico para proporcionar cuidados basados en calidad y seguros para el paciente y su familia. El conocimiento se basa en información obtenida a través de diversos medios, y las expectativas son un fiel reflejo de la realidad, por lo que se incorporan y se utilizan para orientar las propias acciones. Durante la formación en salud, adquiere una gran solidez de conocimientos teóricos y prácticos. (23).

Tabla 2.- Características Laborales del personal de Salud Hospital Base “Almanzor Aguinaga Asenjo “Chiclayo – 2015.

Características	Total	
	N°	%
Tipo de Personal		
Médico	48	30.0
Enfermera	58	36.3
Obstetra	03	1.9
Técnico en Enfermería	51	31.8
Área de Trabajo o Servicio		
Pediatría	31	19.4
Emergencia	59	36.8
Obstetricia	04	02.5
Medicina Interna	47	29.4
Geriatría	01	0.6
UCI	18	11.3
Tiempo de Experiencia (años)		
< 5	27	16.9
5 – 10	32	20.0
11 – 15	37	23.1
16 – 20	27	16.9
> 21	37	23.1
Recibió Capacitación		
Si	37	23.1
No	123	76.9

Fuente: Cuestionario sobre conocimiento sobre las enfermedades infecciosas.

En relación con las características laborables del personal de salud, se encontró que el número de personal de enfermería corresponde a 36.3% (58), el personal médico a 30.0% (48), el personal técnico de enfermería 31.8% (51); y en menor cantidad el personal encuestado de obstetras 1.9% (03).

Según el área de trabajo donde se desempeña el personal, de acuerdo con el cuestionario se obtuvo lo siguiente, personal de emergencia 36.9% (59), medicina Interna 29.4% (47), pediatría

19.4% (31), UCI 11.3% (18) y en relación con obstetricia y geriatría se han obtenido un 3.1%, 04 y 0.6% (01) encuestados.

Según el tiempo de experiencia laboral en el hospital base “Almanzor Aguinaga Asenjo” se determinaron entre 11 y 15 años, donde se puede visualizar que >21 años se encuentran 23.1% (37) del personal de salud, mayores de 5 años y 16-20 años se obtuvo un 16.9% y entre 5 a 10 años se obtuvo un porcentaje de 20.0% con respecto a la experiencia.

Según el personal de salud que recibió capacitación relacionado al tema de investigación se encontró que el 76.9% (123) no recibió capacitación siendo el mayor porcentaje, personal que si ha recibido capacitación se obtuvo 23.1% (37). En relación con el mayor número de profesionales según las encuestas se encuentra en el personal de enfermería, así lo indican de acuerdo con la muestra del hospital “Almanzor Aguinaga Asenjo”, quienes se desempeñan en el servicio de emergencia, motivo por el cual este servicio se convierte en la puerta de entrada para detectar a tiempo los diagnósticos para actuar a tiempo y así poder realizar la notificación en forma oportuna. Así el personal de salud encuestado con mayor tiempo de experiencia laboral se determina entre los 11 y 20 años desempeñándose en el área asistencial.

Asimismo, se pudo observar que, de 160 del total de encuestados, 76.9% del personal de salud no ha recibido capacitación sobre vigilancia y notificación obligatoria de enfermedades infecciosas. En nuestro país hoy en día alrededor del 60% del personal de salud obtienen sus conocimientos de programas de televisión, internet y experiencia de otros colegas, esto corrobora la investigación, debido a que un buen porcentaje del personal de salud no recibió capacitación de ningún tipo y sus conocimientos son en base empíricos resultados deficientes.

Dichos hallazgos, según Mera C, en el año 2018, difieren con el personal de salud, según su experiencia para la notificación de información, quien ha concluido que de los 168 trabajadores de atención primaria de salud de la provincia de Chiclayo: trabajadores de salud 49,41%, técnicos 48,21% y trabajadores de apoyo 2,38%. Solo el 68,5% reportaron trabajar en atención primaria de 1 a 12 años, el 53,6% reportaron formación básica en epidemiología. (25).

Por ende, los resultados pueden ser contrastados con el enfoque teórico de Isere et al., quien indica que la vigilancia de enfermedades es el escrutinio continuo de la ocurrencia de enfermedades y eventos relacionados con la salud para permitir una intervención rápida para el control de enfermedades. Implica la recopilación, el cotejo, el análisis y la interpretación sistemáticos y continuos de datos sobre la aparición de enfermedades y eventos relacionados

con la salud pública y la difusión de la información obtenida a partir de dichos datos para una rápida acción de salud pública (21).

Además, la vigilancia es fundamental para evaluar el impacto de una intervención, como la vacunación masiva, en una población. También puede actuar como un sistema bastante sensible para la detección temprana de brotes (22).

Asimismo, según el enfoque teórico que plantea Sert G, donde señala que la notificación obligatoria de enfermedades infecciosas es una práctica esencial para prevenir brotes de enfermedades. La notificación de enfermedades es un procedimiento obligatorio para la mayoría de las enfermedades infecciosas, incluso durante los períodos de atención médica que no son pandémicos. La razón principal detrás de las enfermedades infecciosas es la protección de la salud pública. La información y los datos proporcionados por los informes se utilizan para muchos propósitos, como prevenir la propagación y el posible impacto negativo de las enfermedades infecciosas, evaluar la situación nacional y mundial con respecto a las enfermedades informadas, realizar investigaciones científicas y planificar políticas de salud (23).

Tabla 3.- Nivel de Conocimientos sobre procesos de vigilancia epidemiológica y notificación obligatoria de enfermedades infecciosas del personal de salud Hospital Base “Almanzor Aguinaga Asenjo” Chiclayo-2015

Personal de Salud	Muy Bueno		Bueno		Regular		Malo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Médico	01	02.1	10	20.8	28	58.3	09	18.8	48	100
Enfermeras	---	---	03	05.2	38	65.5	17	29.3	58	100
Obstetra	---	---	02	66.7	01	33.3	---	---	03	100
Técnico en Enfermería	---	---	04	07.8	29	56.8	18	35.4	51	100
TOTAL	01	0.6	19	11.9	96	60.0	44	27.5	160	100

Fuente: Cuestionario sobre conocimiento sobre las enfermedades infecciosas.

En la tabla 3 se pudo visualizar que el 0.6% del personal de salud obtuvo un nivel de conocimiento muy bueno, el 11.9% nivel de conocimiento bueno, el 60% del personal de salud tenía un nivel de conocimiento regular, y finalmente el 27.5% un nivel de conocimiento malo.

Estos hallazgos coinciden con lo planteado por Soet et al., en el año 2019 (21), en su investigación realizada en Malasia, ya que, como principal resultado se tiene que el 47,5% tenía conocimientos moderados pero el 4,2% tenía conocimientos buenos sobre la notificación obligatoria de enfermedades infecciosas. Solo el 3,2% respondieron correctamente todas las enfermedades de declaración obligatoria enumeradas en el cuestionario. De igual manera, Polo M, en su tesis desarrollada en Trujillo, señaló que el 46,7% dijo haber recibido formación en epidemiología. El nivel de conocimiento entre médicos y enfermeras fue normal en 57,1% y 56,3%, respectivamente (24). Bajo ese mismo contexto, Yrigoín et al., en el año 2018, ha determinado que el 62.5% de los médicos presentó conocimiento moderado, 37.5% conocimiento pobre y 0% poseen un conocimiento adecuado (26).

No obstante, discrepan con lo encontrado por Fill et al., en el año 2019, los proveedores mencionaron la falta de conocimiento sobre qué enfermedades son de notificación obligatoria (186/429, 43,3 %) y la logística de la notificación (153/429, 35,7 %) como las principales barreras para el cumplimiento (22). Bajo ese mismo enfoque, Abdulrahim et al., en el año 2020, ha indicado que solo el 44,8% de los médicos había definido correctamente la vigilancia. Solo el 27,4% de los médicos habían sido educados o capacitados en vigilancia; es decir el nivel de conocimiento, era bajo.

Sumado a ello, Chinchay et al., con respecto al nivel de conocimiento, se obtiene que con un porcentaje de 71.8% el nivel de conocimiento es bajo, el 25.5% se considera que tiene un conocimiento medio y el 1.8% poseen un conocimiento alto. Se concluye que a partir de la encuesta realizada se demostró que el nivel de conocimiento acerca del dengue es bajo (27). Paralelamente a ello, En cuanto a resultado se obtiene que el 73% tienen un nivel de conocimiento medio, 15% nivel alto y solo el 12% presenta un nivel bajo. Finalmente, como conclusión se observa que el nivel de conocimiento es medio bajo, lo cual puede deberse a muchos factores, los cuales pueden ser atendidos de manera favorable, si se siguiera una capacitación constante (28).

El conocimiento de la salud informado por el personal de salud juega un papel importante en la reducción de comportamientos de riesgos y la adopción de prácticas protector y preventiva. La promoción del conocimiento en salud es una estrategia fundamental para mantener la salud de las personas durante las emergencias de salud pública por lo que un adecuado conocimiento en salud podría ayudar a la comunidades a comprender los factores de riesgo y generar respuesta rápidas para contener los brotes de infección. La forma de adquirir conocimientos

se dan mediante las tradiciones donde incluyen verdades o creencias basadas en costumbres. (21).

Tabla 4.- Actitudes sobre procesos de vigilancia epidemiológica y notificación obligatoria de enfermedades infecciosas del personal de Salud Hospital Base “Almanzor Aguinaga Asenjo” Chiclayo-2015.

PERSONAL DE SALUD	ADECUADA		INADECUADA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Médico	18	37.5	30	62.5	48	100
Enfermeras	12	20.7	46	79.3	58	100
Obstetra	---	---	03	100	03	100
Técnico en Enfermería	02	03.9	49	96.1	51	100
TOTAL	32	20	128	80	160	100

Fuente: Cuestionario sobre conocimiento sobre las enfermedades infecciosas

En relación con la tabla 4, se obtuvo que el 80% del personal de salud del Hospital Base “Almanzor Aguinaga Asenjo” ostenta una actitud inadecuada respecto de la vigilancia epidemiológica y el 20% del personal de salud una actitud adecuada. Dichos resultados son comparados con Mera C, en el año 2018, en su investigación realizada en Chiclayo, quien ha concluido que el 90% cuenta con una actitud adecuada. Bajo ese mismo punto de vista, Polo M, en su tesis desarrollada en Trujillo, ha manifestado que el nivel de actitud fue regular en 92,9% de médicos y 93,8% de enfermeras, lo cual fue consistente con el buen comportamiento. Abdulrahim et al., en el año 2020, obtuvo que alrededor del 39,5% de los médicos habían llenado al menos un formulario de informe durante su práctica; traducíéndose en que el nivel de actitud es regular. Los principales motivos para la no notificación obligatoria de enfermedades fueron la alta carga de trabajo (49,8%) y la falta de formación para la notificación de enfermedades (46,6%) (23).

Por otro lado, Fill et al., en el año 2019, en su estudio realizado en Estados Unidos, ha señalado que, la mayoría de los proveedores reconoció que atendía a pacientes con enfermedades de notificación obligatoria (362/435, 83,2 %) y creía que era su responsabilidad informar a las autoridades de salud pública (429/436, 98,4 %) (22).

Sin embargo, discrepan de lo encontrado por Soet et al., en el año 2019, en su investigación realizada en Malasia, debido a que concluyó que la mayoría del personal de salud tenían una actitud positiva hacia la notificación de enfermedades transmisibles, recompensas y sanciones por notificación (21).

En consecuencia, se puede mencionar que, Alport manifiesta que la actitud forma parte de una disposición neurológica y mental, que se instituye a raíz de las experiencias y que ejerce una influencia dinámica o directriz acerca de las reacciones de los individuos en relación con todas las situaciones que le corresponden y a los objetos (37). Además, Las etapas básicas de la vigilancia son cuatro y cada una tiene actividades y responsables específicos dentro del sistema una parte importante antes de llevar a cabo las etapas de la vigilancia es la definición del problema a vigilar, para lo cual la autoridad nacional definirá, de acuerdo con las normas vigentes y las condiciones particulares de la zona geográfica, el evento de salud sujeto a vigilancia.

Por lo tanto, deben tener en cuenta los tipos de vigilancia, como son la vigilancia Pasiva, donde es aquella en la que el especialista no ejecuta personalmente la acción para obtener la información, esta se obtiene directamente de los registros ya establecidos. Sumado a ello, se tiene a la vigilancia activa, que es cuando el especialista ejecuta personalmente la búsqueda de la información específica objeto de la vigilancia, independientemente de que el enfermo o la persona acudan al servicio y se anote o registre el dato rutinariamente (23).

CONCLUSIONES

1. Se evidenció que las características biológicas del personal de Salud del Hospital Base “Almanzor Aguinaga Asenjo”, el grupo etario más relevante fue la población adulta comprendida entre 41 y 50 años y de sexo femenino. Así mismo las características laborales se encontró que el mayor porcentaje son profesionales de enfermería que laboran en el servicio de Emergencia, y cuentan con una experiencia laboral superior a 11 años y la gran mayoría no recibe capacitación.
2. En cuanto al nivel de conocimientos sobre procesos de vigilancia Epidemiológica se encontró que es regular en el Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo.
3. Respecto a la actitud, 80% del personal de salud del Hospital Base “Almanzor Aguinaga Asenjo” ostenta una actitud inadecuada respecto de la vigilancia epidemiológica y el 20% del personal de salud una actitud adecuada.

RECOMENDACIONES

1. Al director del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, para contrarrestar los diferentes brotes epidémicos repentinos como dengue, malaria, tos ferina que han ocurrido en los últimos 8 años, se sugiere que se debería trabajar en capacitación continua con personal de salud de los diferentes servicios del Hospital Base “Almanzor Aguinaga Asenjo”, coordinándose con las Oficinas de Capacitación y la Oficina de Inteligencia Sanitaria(Epidemiología), dando énfasis en los puntos críticos del conocimiento sobre vigilancia epidemiológica de enfermedades infecciosas en las facultades de salud.
2. Al director del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo se recomienda que el fortalecimiento de un “Plan de Mejora “al personal de salud, no solo debe abarcar en conocimientos sino se debe evaluar las actitudes positivas para la notificación de enfermedades infecciosas. y poder contrarrestar los diferentes brotes epidémicos repentinos de dengue, malaria, tos ferina etc. que han ocurrido en los últimos años, así mismo se debería sugerir a las facultades de medicina para que de la importancia en dictar cursos de especialización centrado en la vigilancia de enfermedades infecciosas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dirección General de Epidemiología. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. In. Lima: MINSA; 2016.
2. Polo M. Conocimiento y actitudes sobre Vigilancia Epidemiológica y notificación de enfermedades infecciosas en personal de salud Trujillo: UNT; 2021.
3. Hsiu-Fen T. Private doctor's practices, knowledge, and attitude to reporting of communicable diseases: a national survey in Taiwan. BMC Infect Dis. 2017.
4. Gerencia de salud de la Libertad. Boletín Epidemiológico N° 50-51. Indicadores de monitoreo de notificación. 2019.
5. Chinchay A. Nivel de conocimiento en diagnóstico y tratamiento sobre dengue en internos de medicina de los hospitales de la Región Lambayeque 2018 Chiclayo: Universidad Particular de Chiclayo; 2019.
6. Chu V. Nivel de cumplimiento de la vigilancia de casos de dengue en establecimientos de salud de escenario tipo iii en la Provincia de Chiclayo Chiclayo: Universidad San Martín de Porres; 2019.
7. Lozano G. Nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar en pacientes de la estrategia sanitaria control de tuberculosis centro de salud José Olaya, Chiclayo – 2016 Chiclayo: Universidad Alas Peruanas; 2019.
8. Marín A. El conocimiento. Economipedia. 2021;; p. 2.

9. Alzamora E. El poder del conocimiento y de la información como generador de valor en las organizaciones. Conocimiento Global. 2018;; p. Vol. 3.
10. Hernández G. La teoría del conocimiento de Berkeley Costa Rica: Universidad de Costa Rica; 2017.
11. Carreón A. La interrelación de diferentes disciplinas para el abordaje científico Argentina: Revista Latinoamericana de Metodología de las ciencias sociales; 2019.
12. ABC. mmanuel Kant: la razón es el hombre España: ABC CULTURAL; 2020.
13. Correa D. Actitud y aptitud en el proceso de aprendizaje: Atlante; 2019.
14. Aliport G. Definición de actitud y aptitud: Atlante; 2018.
15. Castellero O. Tipos de actitudes y Aptitudes: Psicología y mente; 2018.
16. Bonilla L. Programa de vigilancia epidemiológica del riesgo psicosocial de la Bogotá: Universidad ECCI.; 2020.
17. Aparicio J. Modelo de intervención psicosocial : Medicina y seguridad del trabajo; 2019.
18. Rillo A. Actitudes México: Universidad Autónoma de México; 2018.
19. Berrios S. La educación en salud Chile: Revista Médica Clínica Las Condes; 2018.
20. Castro S. Disonancia cognitiva España: Instituto Europeo de Psicología Positiva; 2020.
21. Morinigo C. Teorías del aprendizaje Minerva: 37; 2019.

22. Blanco A. Acción participativa de Kurt Lewin Chiclayo: Universidad Pedro Ruíz Gallo; 2017.
23. Morillas J. Conocimiento y aptitud de bioseguridad Cajamarca: Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo; 2020.
24. Santillán L. Actitudes y prácticas de medidas de bioseguridad en el profesional de enfermería del hospital marino molina Comas 2018 Lima: Universidad Inca Garcilazo de la Vega; 2018.
25. Celentano D. Epidemiología. In.; 2019. p. 410.
26. Valdés B. La vigilancia y la evaluación de impacto como estrategias de salud pública: Vacunas; 2018.
27. Rodriguez M. Importancia de la Vigilancia Epidemiologica: Biociencias; 2019.
28. Dominguez W. Vigilancia epidemiológica y enfermedades de notificación obligatoria Manabí: UNESUM; 2021.

ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Programa de Segunda Especialización en Salud

Especialidad: Epidemiología.

CUESTIONARIO

El presente cuestionario tiene por finalidad conocer sobre las Enfermedades Infecciosas y procesos de Notificación Obligatoria en el Hospital Nacional Base “Almanzor Aguinaga Asenjo.”

Este cuestionario no tiene ninguna incidencia en el aspecto laboral, de manera que tiene usted toda la libertad de responder, sugerir, criticar, etc. La presente investigación tiene por objetivo fortalecer los procesos de vigilancia epidemiológica. Muchas gracias por su colaboración.

Recuerde que es ANÓNIMO Y EXTRICTAMENTE CONFIDENCIAL

Edad: _____ años.

Sexo: Masculino () Femenino ()

Tipo de personal: Médico () Enfermería () Otros Especifique: _____

Si la respuesta fue Si, indique el área de trabajo o Servicio:

Tiempo de experiencia que labora en el servicio (años): _____

Recibió capacitación sobre vigilancia epidemiológica Si () No ()

Fecha aproximada de ultima capacitación: Mes/Año: _____

CONOCIMIENTOS

Parte 01:

1. Las enfermedades infecciosas de notificación obligatoria son, excepto

- a) Malaria b) VIH/SIDA c) Dengue d) Salmonelosis e) Fiebre amarilla.

2. En las siguientes líneas, le solicitamos pueda indicar los principales signos y/o síntomas que lo harían sospechar de una enfermedad infecciosa de notificación obligatoria:

2.1. Paciente que presenta hace 3 días fiebre, malestar general, que refiere dolor muscular, que el día de hoy se agrega vómitos y dolor abdominal por lo cual acude a servicio de emergencia, refiere que proviene de zona lluviosa y tropical. ¿Cuál de las siguientes alternativas es la más probable?

- a) Malaria
b) Dengue
c) Bartonellosis
d) Fiebre amarilla.
e) Leishmaniasis.

2.2. Se encuentra en servicio de emergencia, y llega un paciente de 25 años manifestando que hace 24 horas presenta, deposiciones líquidas que parece agua de arroz, vómitos y calambres. Usted lo examina y lo encuentra muy deshidratado. Refiere que estuvo de viaje en el extranjero. ¿Cuál de las siguientes alternativas es la más probable?

- a) Síndrome diarreico
b) Fiebre tifoidea.
c) Cólera
d) Salmonelosis.
e) Intoxicación alimentaria.

2.3. Se encuentra en tóxico y le preguntan por un paciente de 40 años procedente de Iquitos refiere hace 1 semana esta con fiebre con temperatura de 39°C, ictericia y ha sentido debilidad, cansancio, niega enfermedades anteriores. Llega en mal estado general a su puesto de salud. Ocupación obrera de caminos rurales en la selva de Iquitos. ¿Cuál de las siguientes alternativas es la más probable?

- a) Malaria b) Dengue c) Bartonellosis d) Fiebre amarilla e) Leishmaniosis.

2.4. Una familia, pregunta por su hijo de 2 años, y le refiere que hace 1 día presenta fiebre y le ha aparecido manchas y pápulas rojizas pequeñas uniformes en todo el cuerpo (no

ampollas) dentro de las 24 horas. Le pregunta sobre sus vacunas y refiere que no completo su vacunación. ¿Cuál de las siguientes alternativas debería descartarse?

- a) Varicela
- b) Rubéola
- c) Sarampión
- d) Parotiditis
- e) Difteria

2.5. Lo llaman urgente al establecimiento de salud, y encuentra a un paciente de 28 años que tiene dificultad respiratoria, tos con expectoración sanguinolenta, fiebre 39 - 40 °C, mal estado general y familiar le refiere que hace unos días su primo que trabaja en el campo falleció con síntomas parecidos, aunque le aparecieron unos bultos del tamaño de un huevo en la ingle. ¿Cuál de las siguientes alternativas debería descartarse?

- a) Leptospirosis
- b) Peste pneumónica
- c) Brucelosis
- d) Carbunco
- e) Rabia.

2.6. Estando en triaje, evalúa a un niño de 2 años y le llama la atención que arrastra un poco el pie, niega golpes o caídas. Desconoce su estado vacunal ¿Cuál de las siguientes alternativas debería descartarse?

- a) Difteria
- b) Rabia
- c) Meningitis
- d) Pólio
- e) N. A.

3. Estando, realizando sus actividades de salud, encuentra a un paciente que tiene diagnóstico de una enfermedad infecciosas de notificación obligatoria, ¿Cuál debería ser su accionar?

- a) Espero a que se confirme y me aseguro de que se reporte dentro de las 24 horas
- b) Ni bien se sospeche el diagnóstico veo la manera que se reporte dentro de las 24 horas
- c) Espero a que se confirme y me aseguro de que se reporte dentro de las 72 horas
- d) Ni bien se sospeche el diagnóstico veo la manera que se reporte dentro de las 72 horas
- e) No hago nada, pues seguro que epidemiología lo detectará.

4. ¿Quién es el responsable de realizar la notificación obligatoria a Epidemiología sobre enfermedades infecciosas en el Establecimiento de Salud?

- a) El médico u otro profesional que detecta el caso
- b) El director médico.
- c) La Enfermera de epidemiología.
- d) El Médico que confirma diagnóstico.
- e) No se hace nada, pues seguro que epidemiologia lo detectará.

5. Señale de las siguientes enfermedades infecciosas de notificación obligatoria cual requiere aislamiento (A), cual no requiere aislamiento (NA):

- a) TBC (A)
- b) Pólio (N A)
- c) Peste neumónica (A)

- d) Sarampión (A)
 - e) Influenza (A)
 - f) VIH (NA)
 - g) Meningitis meningocócica. (A)
 - h) Leptospirosis (N A)
- 6. Un caso de alguna de las siguientes enfermedades de notificación puede tener repercusiones de salud pública graves, y por consiguiente el gobierno debe notificar inmediatamente a la OMS:**
- a) Hepatitis B
 - b) Dengue
 - c) Gripe humana causada por nuevo subtipo de virus.
 - d) Malaria
 - e) Tuberculosis.
- 7. Se considera nexos epidemiológicos, a:**
- a) Aquellas personas que viven cerca de un paciente que tuvo enfermedad infecciosa
 - b) Pacientes que tienen signos y síntomas similares a un caso confirmado que vive en el mismo país.
 - c) Paciente con signos y síntomas similares a un caso confirmado y que tuvo contacto.
 - d) Personas que compartieron el mismo techo y que tiene síntomas similares a un caso sospechoso.

ACTITUDES

Parte 02:

Las siguientes preguntas tratan de indagar sobre su forma de actuar en relación con algún evento. Responder con la máxima sinceridad del caso:

PREGUNTAS	Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
¿Si detecto una enfermedad infecciosa de notificación obligatoria preferiría no reportarla pues es muy tedioso y es trabajo de epidemiología					
Hay la solicitud de mi jefe para realizar una búsqueda activa de casos en la comunidad de una enfermedad infecciosa obligatoria, trato de apoyar y me involucro.					
No me siento capaz de notificar una enfermedad a epidemiología, por eso prefiero evitarlo y que ellos lo detecten					
Si es domingo o feriado y encuentro un caso de infección de notificación obligatoria, espero que sea un día hábil para notificarlo, pues igual no se va a hacer nada					

FECHA: _____

Nombre del Encuestador: _____

Firma

Anexo 2: Consentimiento informado.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Programa de Segunda Especialización en Salud

Especialidad: Epidemiología.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE LA
INVESTIGACIÓN

Estimada Señor(a) o Señorita(a):

Previo saludo cordial a nombre del HBAAA y del investigador se le hace llegar la invitación a participar en una investigación titulada "**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE PROCESO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL PERSONAL DE SALUD DEL HBAAA DE CHICLAYO EN EL AÑO 2015**". A usted se le pide que participe en este estudio de investigación debido a que usted podría tener inadecuadas actitudes y conocimientos sobre vigilancia y notificación obligatoria en enfermedades infecciosas.

El objetivo de la investigación es describir los conocimientos y actitudes sobre proceso de vigilancia epidemiológica y notificación obligatoria de enfermedades infecciosas en personal de salud del HBAAA de Chiclayo en el año 2015, como trabajo para la obtención del grado de Especialidad en Epidemiología de la Universidad Nacional de Cajamarca. Esta investigación se incluirá a 160 personas que forman parte del personal de salud del Hospital Base "Almanzor Aguinaga Asenjo" de Chiclayo.

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

Si usted decide participar en este estudio, se le pedirá responder a una serie de preguntas, esto tomará aproximadamente **30** minutos, se le pedirá su número telefónico móvil y correo electrónico, se le enviará mensajes de texto cada dos días con información sobre vigilancia

epidemiológica y notificación obligatoria en enfermedades infecciosas, esto tomará aproximadamente 3 meses.

La participación en el estudio será estrictamente voluntaria, en caso usted se niegue a participar; su trabajo en el hospital no será perjudicado y se realizará con total normalidad.

Beneficios: su participación en el estudio permitirá conocer si hay adecuadas actitudes y buenos conocimientos sobre vigilancia y notificación obligatoria de enfermedades infecciosas; en caso presente inadecuadas actitudes y deficientes conocimientos Usted recibirá información respecto a las actitudes y conocimientos sobre vigilancia epidemiológica y notificación obligatoria de enfermedades infecciosas que le ayudarán a corregir sus conocimientos. Los resultados de este estudio podrán servir de base para posteriores investigaciones que se puedan realizar en el tema.

Daños Potenciales: No existe riesgos dañinos, el procedimiento de enviar textos a su celular móvil o mensajes a través del correo electrónico puede ocasionar algunas molestias.

En caso aparezca algunas incomodidades el investigador del estudio se compromete a resolver las incomodidades lo más pronto posible.

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

La decisión de participar en este estudio es suya. Puede decidir no participar o puede abandonar el estudio en cualquier momento. La decisión de no participar o de abandonar el estudio no representará ningún perjuicio para usted, ni perderá ninguno de los beneficios a los que tenga derecho.

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

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

Usted puede preguntar sobre cualquier aspecto que no comprenda. El personal del estudio responderá sus preguntas antes, durante y después del estudio.

Si tuviera alguna duda acerca de la investigación, deberá comunicarse con la investigadora GLADYS FERNANDEZ REQUE, número celular 954911889 y el correo electrónico: glafer24@hotmail.com.

Nombre y apellidos
del participante

Firma del Participante

Fecha:

Firma del investigador

Anexo 3: Validaciones de los instrumentos.

Validación 1



APÉNDICE 4

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

INFORME SOBRE EL JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO:
VICTOR JOEL SÁNCHEZ ROMERO

1.2. INSTITUCIÓN DONDE LABORA:
UNIVERSIDAD ANGELES DE CHIMBOTE

**TÍTULO DE LA TESIS: CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE
PROCESO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y NOTIFICACIÓN
OBLIGATORIA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL PERSONAL DE
SALUD DEL HBAAA DE CHICLAYO EN EL AÑO 2015.**

ASPECTOS DE VALIDACIÓN: FACTORES PERSONALES, FACTORES INSTITUCIONALES, ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA				
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
Claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado																		X			
Objetividad	Esta expresado en conductas observables																			X		
Actualización	Esta adecuado al avance de la ciencia y la tecnología																		X			
Organización	Esta organizado en forma lógica																		X			
Suficiencia	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos																		X			
Intencionalidad	Es adecuado para evaluar la consistencia de la tesis																		X			
Consistencia	Está basado en aspectos teórico científicos.																		X			
Coherencia	Entre las variables, indicadores e ítems.																		X			
Metodología	La estrategia responde al propósito de la investigación																			X		
Pertinencia	El instrumento ha sido aplicado en el momento oportuno o más adecuado.																		X			
TOTAL																						

II. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Desde mi punto de vista, los instrumentos pueden ser aplicados.

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN.

87.5

LUGAR Y FECHA: de donde es Chiclayo 20/08/2022

FIRMA DEL EXPERTO



Mg. Victor Joel Sánchez Romero



APÉNDICE 4

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

INFORME SOBRE EL JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO:
CHAVARRY ISLA ABEL EDUARDO
- 1.2. INSTITUCIÓN DONDE LABORA:
HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE

TÍTULO DE LA TESIS: CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE PROCESO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL PERSONAL DE SALUD DEL HBAAA DE CHICLAYO EN EL AÑO 2015.

ASPECTOS DE VALIDACIÓN: FACTORES PERSONALES, FACTORES INSTITUCIONALES, ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA				
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
Claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado																X					
Objetividad	Esta expresado en conductas observables																	X				
Actualización	Esta adecuado al avance de la ciencia y la tecnología															X						
Organización	Esta organizado en forma lógica																		X			
Suficiencia	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos																		X			
Intencionalidad	Es adecuado para evaluar la consistencia de la tesis																			X		
Consistencia	Está basado en aspectos teórico científicos.																		X			
Coherencia	Entre las variables, indicadores e ítems.																				X	
Metodología	La estrategia responde al propósito de la investigación																				X	
Pertinencia	El instrumento ha sido aplicado en el momento oportuno o más adecuado.																X					
TOTAL																						

II. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Visto bueno de aplicabilidad

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN.

83

LUGAR Y FECHA: de donde es Chiclayo 22/08/2022

FIRMA DEL EXPERTO



Dr. Abel Cruzamay Inab
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 27572



APÉNDICE 4

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

INFORME SOBRE EL JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO:

Dra. RUTH MARISOL COTOS ALVA

1.2. INSTITUCIÓN DONDE LABORA:

UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN

**TÍTULO DE LA TESIS: CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE
PROCESO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y NOTIFICACIÓN
OBLIGATORIA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL PERSONAL DE
SALUD DEL HBAAA DE CHICLAYO EN EL AÑO 2015.**

ASPECTOS DE VALIDACIÓN: FACTORES PERSONALES, FACTORES INSTITUCIONALES, ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA			
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
Claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado																		X		
Objetividad	Esta expresado en conductas observables															X					
Actualización	Esta adecuado al avance de la ciencia y la tecnología																X				
Organización	Esta organizado en forma lógica																	X			
Suficiencia	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos														X						
Intencionalidad	Es adecuado para evaluar la consistencia de la tesis																	X			
Consistencia	Está basado en aspectos teórico científicos.																	X			
Coherencia	Entre las variables, indicadores e ítems.																	X			
Metodología	La estrategia responde al propósito de la investigación																	X			
Pertinencia	El instrumento ha sido aplicado en el momento oportuno o más adecuado.																	X			
TOTAL																					

II. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

El instrumento es aplicable a la investigación, donde las preguntas planteadas permiten dar respuestas a los objetivos propuestos por la investigadora

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN.

82

LUGAR Y FECHA: de donde es Chimbote 18/08/2022

FIRMA DEL EXPERTO


Dra. Enf. Ruth Marisol Casas Alva
Jefe Centro de Investigación
Epidemiológica Ancash
C.I.A.