

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

UNAN MANAGUA

RECINTO UNIVERSITARIO RUBEN DARIO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



**Informe final para optar al título de Especialista en
Dirección de Servicios de Salud y Epidemiología**

Tema:

Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa , Octubre - Noviembre de 2016.

Autor: Dra. Mirta Ligia García Huete

Tutor y Asesor Metodológico:

**Dra. Alicia Rivas
MSC. Salud Pública**

Managua, Nicaragua, Marzo 2017

DEDICATORIA

A mis padres:

Miguel y Felipa los cuales son el pilar fundamental en mi vida, por creer siempre en mi capacidad para alcanzar mis metas propuestas, y sobre todo por su inmenso amor y apoyo.

A mis hijos:

Alberto Alejandro y Pedro Francisco, por ser mi mayor tesoro y el motor que me impulsa, para seguir adelante.

A mis hermanos:

Miguel Ángel, Sayari y Alison, por apoyarme en los momentos más difíciles y siempre estar ahí cuando más lo necesito.

A mi esposo:

Por su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTO

A Dios Por haberme permitido llegar hasta este punto y por darme salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres y hermanos que con sus consejos y ejemplos de perseverancia me motivaron a seguir luchando.

A mi esposo, por su amor y apoyo constante.

Al Ministerio de Salud por brindarme esta oportunidad de formar parte de la primera generación de Dirección de Servicios de Salud y Epidemiología, por la experiencia y los conocimientos adquiridos.

A mi tutora Dra. Alicia Rivas por su tiempo, paciencia y asesoramiento para terminar este proyecto, muchas gracias.

Resumen

Este es un estudio descriptivo con el objetivo de determinar los conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa, Octubre a Noviembre de 2016.

La fuente de información fueron 13 médicos y 7 enfermeros del Hospital José Nieborowski y 6 médicos y 2 enfermeros del Hospital Primario San Francisco de Asís Camoapa.

La técnica aplicada fue la entrevista, aplicándose un cuestionario estructurado con preguntas abiertas y cerradas.

Entre los principales resultados se encontró que: el 64.3% de la población en estudio recibió capacitación sobre el objetivo de la apertura de la UAF

En cuanto a las capacitaciones sobre el manejo de pacientes febriles la mayor parte de los enfermeros han recibido 3 o más capacitaciones.

El 100% de la población en estudio tienen dominio de los parámetros hemodinámicos, conocen cuáles pacientes con alguna patología febril requiere líquidos intravenosos, sin embargo más de una cuarta parte no sabe a qué se debe la frialdad distal.

Los entrevistados están apropiados en un 100% sobre el tipo de bránula que debe usarse en los pacientes febriles que requieren líquidos intravenosos.

En el Hospital José Nieborowski el 70% no sabe que es el índice de shock de los cuales 42.8% son enfermeros, 28.57% son médicos internos, 21.4% son médicos generales todos del área de emergencia. Por ende estas personas no conocen como se calcula el índice de shock. En el Hospital Primario San Francisco el

87.5% no sabe que es el índice de shock, siendo un médico de servicio social de un ESAFC el que domina el tema.

El cálculo de líquidos según la fórmula de Holiday Seagar es desconocido en el 42.9% de la población. En el Hospital José Nieborowski el 50% no respondió adecuadamente y en Camoapa un 25% que corresponde a los enfermeros, no tiene dominio de esta forma de calcular líquidos.

El Hospital que tiene mejor dominio de los protocolos es el Hospital Primario San Francisco de Asís en un 87, % siendo el personal de enfermería el que está pobremente instruido, seguido del Hospital José Nieborowski con un dominio de normas en un 65%, al igual que en el San Francisco, el personal de enfermería tiene menos preparación representando el 25% de la muestra de este Hospital.

Por lo tanto, es posible concluir, que el personal de salud que esta de cara a la asistencia en las UAF, cuenta con un déficit de 28.6%, porcentaje con un nivel de conocimiento inadecuado. Requiriéndose fortalecer no solo los conocimientos, sino las competencias y habilidades para el manejo y vigilancia adecuada de los pacientes que acuden a los servicios de salud.

Contenido

Dedicatoria-----	i
Agradecimiento-----	ii
Resumen-----	iii
I. Introducción	2
II. Antecedentes	3
III. Justificación	7
IV. Planteamiento del problema	9
V. Objetivos	10
Objetivo General	10
Objetivos específicos	10
VI. Marco teórico	11
VII. Diseño Metodológico	22
Tipo de estudio	22
Universo y Muestra	22
Unidad de análisis	22
Criterios de inclusión	22
Criterios de Exclusión	23
Fuentes de información	23
Técnicas de recolección de la información	23
Variables del estudio	24
Operacionalización de variables	26
Plan de análisis	31
Control de Sesgo	31
Consideraciones éticas	31
VIII. Resultados	33
IX. Discusión de los resultados	39
X. Conclusiones	43

XI. Recomendaciones.....	45
XII. Bibliografía.....	46
Anexos	49

I. Introducción

El Ministerio de salud, como ente rector del sector, en cumplimiento a los lineamientos del Gobierno de Unidad y Reconciliación nacional, para restituir el derecho a la salud de los y las nicaragüenses ha impulsado una serie de acciones para mejorar la calidad de atención y el acceso de la salud.

Las enfermedades Dengue, Zika y Chickungunya se caracterizan por manifestaciones complejas, en donde la clave del éxito en su manejo consiste en la identificación temprana de los signos y síntomas, con la consecuente comprensión de los problemas clínicos durante las diferentes fases. Identificar los diferentes momentos de evolución de la enfermedad y el manejo adecuado es de gran importancia a fin de aplicar un enfoque racional de su abordaje.

El espectro clínico de estas enfermedades, está influenciado por la edad, la respuesta sistémica y las enfermedades subyacentes. El cuadro clínico de la enfermedad varía, pudiendo presentarse de forma asintomática como fiebre indiferenciada y las formas graves que pueden ocasionar la muerte.

Teniendo como parte de los lineamientos estratégicos en salud del año 2016, continuar con la lucha anti epidémica para disminuir las complicaciones y muerte por Dengue, Zika y Chickungunya, se adecuó en todas las unidades de salud la unidad de atención a febriles, una sala habilitada para vigilar a los pacientes con síndrome febril al menos 24 horas para un mejor seguimiento, siendo ésta un decreto ministerial aprobado el 31 de marzo del presente año.

II. Antecedentes

El dengue sigue afectando a varios países de América Latina, especialmente Costa Rica, Honduras y México. Países de América Central y México Durante el período 2001–2007, se reportaron 545.049 casos, que representa el 12,5% de Dengue en las Américas, con 35.746 casos de fiebre hemorrágica por dengue y 209 muertes. Nicaragua tuvo 64 muertes (31%), seguido de Honduras con 52 (25%) y México con 29 (14%). En Costa Rica, Honduras y México se presentó la mayor cantidad de casos en este período. Los serotipos más frecuentes son DEN-1, DEN-2 y DEN-3. Países del Caribe. En esta subregión, se notificó el 3,9% (168.819) de los casos de dengue, con 2.217 casos de fiebre hemorrágica por Dengue y 284 muertes. (OPS, 2016)

En las Américas, en 2015 se notificaron a la Organización Panamericana de la Salud 693 489 casos sospechosos y 37 480 casos confirmados de Dengue. La mayoría carga correspondió a Colombia, con 356 079 casos sospechosos. La cifra es inferior a la de 2014, cuando en la región se notificaron más de 1 millón de casos sospechosos. (OPS/OMS, 2016).

Los números de casos reportados de Dengue en países o territorios de las Américas, acumulados hasta la semana epidemiológica / SE 25 (actualizada al 8 de julio de 2016) en el caribe latino hay un total de 17, 838 casos sospechosos y 118 casos confirmados. De éstos 11,959 corresponde a Puerto Rico con una tasa de incidencia de 324.62%, siendo puerto rico el único país del caribe latino que tiene 118 casos confirmados. En el área andina hay un de total de 155,450 casos sospechosos, Bolivia y Colombia son los países del área andina que tienen un mayor número de Casos Sospechosos de Dengue. (OPS, 2016)

Con respecto al Chickungunya la tendencia a la disminución se mantiene en el 2016, puesto que hasta el 18 de marzo, habían notificado a la OPS 31, 000 casos, es decir, cinco veces menos que en el mismo periodo de 2015. Pese a esta tendencia, la fiebre Chickungunya sigue constituyendo una amenaza para la región, y la Argentina ha notificado recientemente su primer brote de la enfermedad.

Adicionalmente, 5 países de las Américas notificaron casos de Zika transmitidos sexualmente (Argentina, Canadá, Chile, Estados Unidos de América y Perú). (OPS/OMS, 2016).

En el año 1999 y 2000, Martínez Torres, Eric; Polanco Anaya, Ana Concepción; Pleites Sandoval, Ernesto Benjamín realizaron un estudio clínico-patológico de 30 niños fallecidos por dengue en El Salvador ¿Por qué y cómo mueren los niños con dengue?. En 20 de los 24 casos (83 %) que fallecieron durante los primeros 3 días del ingreso hospitalario, la condición asociada a la muerte fue el choque hipovolémico, la coinfección bacteriana fue la condición más frecuente asociada a la muerte por dengue en los niños que fallecieron después del tercer día de hospitalización. (Martínez Torres, Polanco Anaya, & Pleites Sandoval, 1999).

El dengue impone una significativa carga de salud, económica y social en las poblaciones de áreas endémicas. Mundialmente, el número estimado de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad por dengue en 2001 fue de 528 .En el período 1984 a 1994, Puerto Rico perdió una media anual estimada de 580 de personas con discapacidad por un millón de habitantes debido al dengue, similar al total acumulado de pérdida de Disability-Adjusted Life Years (DALY) años de discapacidad con la enfermedad debido a malaria, tuberculosis, helmintos intestinales y los grupos de enfermedades de la infancia en todo los países de América Latina y el Caribe (American Journal de Meicina tropical e Higiene, 1998)

Los datos disponibles de Asia Suroriental se derivan principalmente de los casos infantiles hospitalizados pero, también, es significativa la carga debida a la fiebre por dengue sin complicaciones. En un estudio prospectivo de niños en edad escolar en el norte de Tailandia, la carga media anual de dengue en un período de cinco años fue de 465,3 Disability-Adjusted Life Years (DALY) años de discapacidad con la enfermedad por un millón de habitantes, en de la cual 44% a 73% correspondió a casos dengue no hospitalizados. (Anderson, 2007)

En el 2009, Pacheco Acuña, Raúl; Romero Zúñiga, Juan José estudiaron las Características de los Egresos de una Unidad Hospitalaria de Atención de

Dengue: Costa Rica, 1999-2002. Se encontró que, el 39,7 % presentó algún tipo de manifestación hemorrágica, fuera provocado (26,2 %) o espontáneo (22,8 %), de los cuales el 7,2 % sangraron por más de un sitio. El principal sitio de sangrado fue la piel (52,4 %), seguido de las mucosas de nariz y la encías (35,7 %). La trombocitopenia se presentó en el 68,0 % de los casos. (Acuña & Zuñiga, 2009)

En el año 2009, Duarte López L , Iramain Álvarez E, Basualdo Alfieri realizaron el siguiente artículo: Manejo del Síndrome de Shock dengue (SSD) en una UCIP Pediátricos. Hospital General Pediátrico “Niños de Acosta Nú”, del 1 de enero al 30 de abril de 2007, fueron ingresados 113 pacientes a la UCIP, 16 correspondieron a formas severas del Dengue (14,1%). La edad promedio fue de 10,7 (rango de 8 meses a 16 años), 7/16 del sexo masculino y 9/16 femenino. Los motivos de ingreso fueron: síndrome de shock por dengue (SSD) (12), shock Séptico (1), shock hipovolémico por metrorragia (1), fiebre dengue con manifestaciones hemorrágicas. (Duarte López L, 2009)

Durante el año 2013, Maldonado Álvaro, realizó un estudio descriptivo transversal, para determinar el nivel de conocimiento en los médicos del primer nivel de atención de la Red de Salud Túpac Amaru del Perú, evaluando a 57 médicos encontrando que el género masculino fue el que predominó, la mediana fue de 46 años, la mayoría tiene más de 21 años trabajando, los simposios fueron la fuente de mayor frecuencia para información sobre dengue. El 66% tuvo bajo conocimiento y ninguno alto conocimiento. El 91% respondió correctamente acerca del tratamiento del dengue y el 8.7% acerca de la definición de caso probable. El puntaje promedio fue 7.5 de 16 puntos. Los grupos de edad extremos tuvieron bajo conocimiento al igual que el 81% que no revisó la guía de la Organización Mundial de la Salud. (Maldonado, 2013)

En el año 2016, Sifuentes Franco, Claudia, se realiza un estudio observacional, ambispectivo, longitudinal, en pacientes con diagnóstico de Sepsis durante su estancia hospitalaria, en el Centenario Hospital Miguel Hidalgo , México (en un periodo de 2 años) Índice de choque como predictor temprano de choque séptico y sepsis grave en el departamento de pediatría Resultados: un total de 124

pacientes incluidos en el estudio, de ellos se reporta una sensibilidad de 84.1% y Especificidad de 68.7% con un punto de corte en la curva de 1.22 (valor del IC al diagnóstico de Sepsis); debido a su baja especificidad, se decidió analizar en el grupo de lactantes que fue el de mayor frecuencia; en los cuales, al momento del diagnóstico con un punto de corte en curva de 1.48 ofrece una Sensibilidad de 84.6% y una Especificidad de 87.5%. (Sifuentes Franco, 2016)

En el 2002, Morales G., Federico Pantoja Sevilla, Mercedes Cuadra estudiaron el comportamiento clínico del dengue en pacientes atendidos en los centros de salud Perla María Norori, Mántica Berio y en el Hospital HEODRA del municipio de León .Resultados: Los grados de severidad para el dengue hemorrágico correspondió al grado II con 20 pacientes para un (60.6%) de todos los casos. El tratamiento más utilizado en los pacientes estudiados correspondió a suero mixto, acetaminofén, suero oral en 82 pacientes para un (100%) de los casos. (Morales G., 2002)

III. Justificación

Desde los años ochenta Nicaragua forma parte de la región endémica de dengue. Actualmente Nicaragua está pasando por una transición epidemiológica en la que se está luchando contra un vector que está transmitiendo tres tipos de patologías febriles; Dengue, Chickungunya y Zika constituyendo así un importante problema de salud pública.

El Dengue Clásico Sospechoso, a partir de enero del año 2016 hasta la fecha (11 de julio) Nicaragua tiene un acumulado de 37,759 casos de Dengue clásico sospechoso Dengue Clásico Confirmado: a nivel nacional hay 3569 casos de Dengue Confirmado acumulados hasta 11 de julio de 2016 (MINSA, SIVE, 2016).

El comportamiento regional del Chickungunya a nivel del istmo centro americano hasta la semana epidemiológica 27 hay un total de 524 pacientes confirmados de los cuales 453 casos son de Nicaragua ocupando la segunda tasa de incidencia más alta a nivel del istmo.

Los pacientes sospechosos de Dengue y los clasificados como Dengue sin signos de alarma, al igual que los pacientes con Chickungunya y Zika eran manejados de forma ambulatoria, y en muchas ocasiones pacientes de los cuales ya se les había atendido regresaban a solicitar atención, los cuales terminaban con complicaciones y algunos evolucionaban hasta la muerte.

Para prevenir complicaciones y disminuir la mortalidad por enfermedades febriles, se realizó la habilitación de la unidad de atención a febriles, realizando una vigilancia exhaustiva a los pacientes al menos 24 horas para un mejor seguimiento.

Para brindar atención e iniciar el funcionamiento en esta sala, se les presentó a los recursos la creación de esta unidad, considerando necesario la capacitación de los recursos en el manejo de los pacientes en la Unidad de Atención a Febriles, sabiendo que es de vital importancia el manejo adecuado de éstas patologías, la

identificación de los casos, y el alta de estos pacientes de acuerdo a normas y protocolos, para lograr una evolución satisfactoria.

Debido a que continuamos teniendo dificultades en el manejo de estos pacientes y por lo tanto complicaciones y muerte por estas patologías consideramos importante la realización de este estudio, ya que aportará elementos nuevos, para mejorar la atención de los pacientes febriles y evitar complicaciones y muerte siendo de gran utilidad para los gerentes de salud en la intervención de los principales problemas que están teniendo nuestros recursos para tomar decisiones.

Por lo que el manejo en el primer y segundo niveles de atención (donde los pacientes son examinados y evaluados por primera vez) son críticos en el resultado clínico de las enfermedades febriles especialmente en el Dengue. Una respuesta directa y bien manejada no solo reduce el número de hospitalizaciones innecesarias, sino que salva la vida de los pacientes. (OPS, 2010)

IV. Planteamiento del problema

Las enfermedades producidas por el arbovirus en Nicaragua representan, un importante problema de salud pública, por complicaciones ocurridas, secuelas y muerte secundarias a éstas.

Nuestro modelo, es principalmente preventivo, sin embargo cuando se nos presenta pacientes con algunas de estas patologías febriles, el diagnóstico precoz y oportuno, y el buen manejo es la clave para prevenir complicaciones e incluso la muerte.

Por esta razón se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los conocimientos del personal de salud en el manejo en los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa, Octubre a Noviembre de 2016?

V. Objetivos

Objetivo General

Describir los conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa, Octubre a Noviembre de 2016.

Objetivos específicos

1. Conocer las características generales del personal de salud que realiza ingreso de pacientes a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís
2. Determinar algunas características de las capacitaciones recibidas, sobre el manejo de pacientes febriles.
3. Identificar el nivel de conocimiento que ha alcanzado el personal de salud del hospital José Nieborowski de Boaco y el Hospital Primario San Francisco de Asís, sobre el manejo de los pacientes febriles ingresados a la Unidad de Atención a Febriles.

VI. Marco teórico

Las enfermedades producidas por arbovirus son un problema muy grave a nivel mundial, debido a que su vigilancia y prevención implica también la vigilancia del *Aedes Aegypti*, hace casi imposible evitar su expansión a cualquier país tropical o subtropical, e incluso algunas regiones templadas. A nivel mundial, el dengue es la enfermedad por arbovirus más común con 40% de la población mundial viviendo en zonas de transmisión del virus del dengue. De las 390 millones de infecciones estimadas y 100 millones de casos anuales, una proporción pequeña de estos casos progresa a dengue grave. Aproximadamente uno de cada 2,000 casos de dengue causan la muerte; sin embargo, la tasa de letalidad de los pacientes con dengue grave se puede reducir de casi 10% a menos del 0.1% si se actúa rápidamente y con calidad en la atención clínica que reciben los pacientes. Esto, aunado a la reciente y rápida propagación del virus chikungunya y el brote de virus Zika en países latinoamericanos, hace necesaria la actualización médica y revisión de bibliografía respecto a la prevención, control y gestión de las infecciones causadas por arbovirus. (JL Arredondo-García, 2016)

El Ministerio de Salud (MINSA) en Nicaragua, ha venido realizando esfuerzos para contener y detener el avance del dengue, el cual se ha mantenido como uno de los principales problemas de salud pública, lo que ha significado mejorar los mecanismos de clasificación, abordaje y atención a los casos de dengue, por esta situación una actividad prioritaria del año 2016 ha sido la actualización de la guía clínica de manejo de casos de dengue. (OPS/OMS)

Por esta razón en mayo del año 2016, el MINSA reunió a los puntos focales de los 17 Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) del país, para la revisión y actualización de la Guía sobre el manejo clínico del paciente con dengue, de acuerdo a recomendaciones de la OPS/OMS conforme las basadas en la segunda edición de la Guía de atención de enfermos de dengue en la Región de

las Américas (2015), con el fin de organizar los servicios de salud en caso de brote, epidemias, vigilancia epidemiológica y de laboratorio. (OPS/OMS)

Además se abordaron, aspectos indispensables que se deben tener en cuenta en cada fase de la enfermedad, incluyendo el manejo de las formas graves en el nivel de atención hospitalario; lo que permitirá realizar intervenciones efectivas, en vista de que incluye temas como: el dengue y embarazo, dengue del recién nacido y el lactante, así como en el adulto mayor. (OPS/OMS)

Durante la jornada se revisó el instrumento para el diagnóstico clínico y atención al paciente con sospecha de arbovirosis, haciendo uso de la evidencia científica publicada y experiencia actual en las Américas proporcionado por la OPS/OMS.

Posterior a esta sesión se llevó a cabo ajustes y actualización de la guía nacional de manejo de dengue para la capacitación de todos los recursos humanos en salud del Sistema Nacional de Salud. (OPS/OMS)

El 2 de Octubre del 2016, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y el Ministerio de Salud junto a especialistas de Centroamérica y República Dominicana llevaron a cabo el taller de Manejo Integrado de Vectores Zika, Dengue y Chickungunya, en éste se abordaron las acciones que cada uno de los países de la región están realizando para el control del mosquito *Aedes aegypti*. (OPS/OMS)

**Cuadro 1. Capacitaciones al personal de salud en Enfermedades Febriles
(año 2015,2016) SILAIS Boaco.**

Meses	2015	Nombre Capacitación	2016	Nombre capacitación
Enero	0		6	Complicaciones Dengue
Febrero	2	Normas de Dengue	14	Calculo de Aminas Dengue Grave
Marzo	1	Dengue en Pediatría	12	Dengue en Pediatría y Adultos
Abril	0		6	Manejo Paciente Chickungunya
Mayo	2	Dengue y Chickungunya	6	Manejo de pacientes Zika
Junio	4	Manejo del Dengue	8	Calculo de Líquidos en Dengue
Julio	5	Dengue en Adultos y Niños	0	
Agosto	0		0	
Septiembre	0		0	
Octubre	1	Síndromes Febriles.	0	
Noviembre	0		0	
Diciembre	0		0	

Fuente: Servicios de Salud SILAIS Boaco

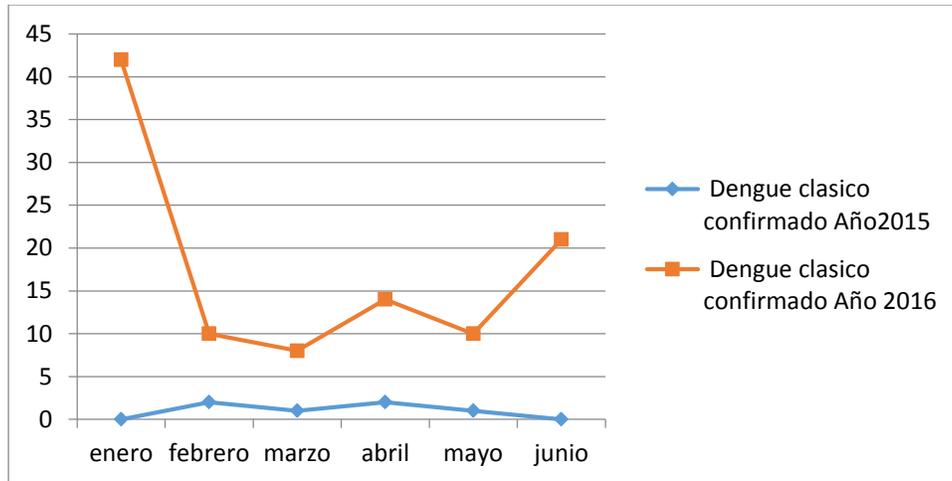
El dengue es la enfermedad viral transmitida por mosquitos con mayor presencia en las Américas y la más sospechada en pacientes febriles. Sin embargo, la reciente introducción de dos nuevas arbovirosis (virus de chickungunya a finales del 2013 y del virus del Zika en el 2014) ha creado un nuevo desafío para la salud pública en las Américas. Las tres arbovirosis (dengue, chickungunya y Zika) pueden producir un cuadro clínico muy similar, principalmente durante la fase aguda (los primeros días de la enfermedad), dificultando así el diagnóstico clínico por parte del personal de salud y por consiguiente, creando problemas para su manejo apropiado y desencadenando en ocasiones eventos fatales. (OPS, 2016)

El Dengue en Nicaragua según el SIVE, a partir de enero del año 2016 hasta la fecha (11de julio) tiene un acumulado de 37,759 casos de dengue clásico sospechoso y a nivel de SILAIS Boaco, hay un acumulado de 2,453 casos, para un 6.49% del total a nivel nacional. (MINSa, SIVE, 2016)

Sobre los casos de Dengue clásico Confirmado, a nivel Nacional hay 3569 casos acumulados hasta 11 de julio de 2016 y a nivel de SILAIS Boaco hay 103 casos acumulados. (MINSa, SIVE, 2016).

Mortalidad por Dengue: Hasta Julio del presente año se contabilizan 13 muertes por Dengue, de la cual 1 muerte es del SILAIS Boaco. (MINSA, SIVE, 2016)

Cuadro 2. Comparativo Dengue confirmado (año 2015,2016) SILAIS Boaco



Fuente: Vigilancia SILAIS Boaco

En relación al Chickungunya, hasta el 11 de julio de 2016, a nivel nacional hay 469 casos confirmados acumulados y a nivel de Silais Boaco hay 36 casos confirmados.

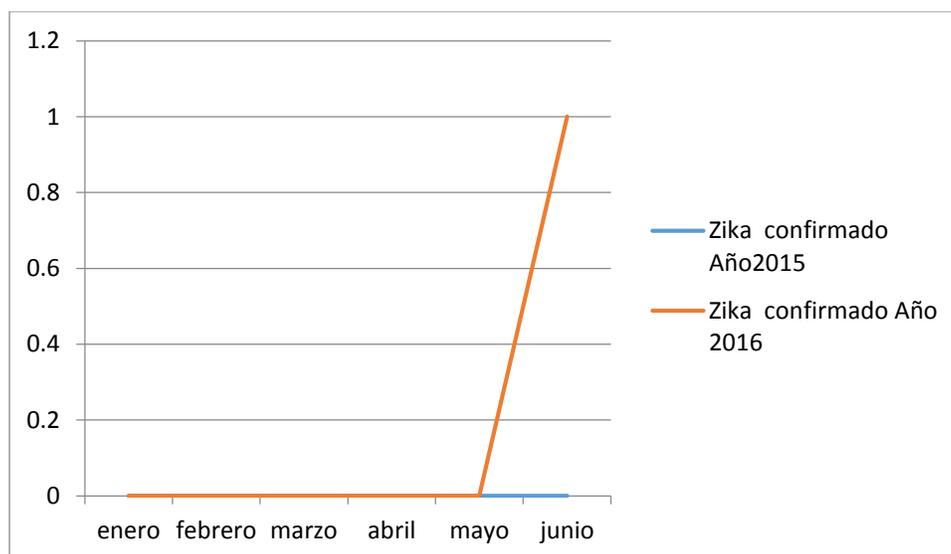
Cuadro 3. Comparativo Chickungunya confirmado (año 2015,2016) SILAIS Boaco



Fuente: Vigilancia SILAIS Boaco

En cuanto al Zika, a Nivel Nacional hay 377 casos de Zika acumulados hasta 11 de julio de 2016 y a nivel de Silais Boaco hay 1 caso confirmado. (MINSA, SIVE, 2016)

Cuadro 4. Comparativo Zika confirmado (año 2015,2016) SILAIS Boaco



Fuente: Vigilancia SILAIS Boaco

Así que durante el primer semestre del año 2016 los casos confirmados de Dengue, Chickungunya y Zika aumentaron en comparación al primer semestre del año 2015.(Ver cuadro 2,3 y 4)Predominando los casos de Dengue, en relación a las otras dos arbovirosis.(Ver cuadro 5)

**Cuadro 5. Comparativo pacientes en UAF/sospechosos/positivos SILAIS
Boaco (semanas 25, 26.)**

SEMANA 25									
MUNICIPIOS	TOTAL DE CAMAS	PACIENTES	PACIENTES	SOSPECHOSOS			PACIENTES POSITIVOS		
	UAF	UAF	DENGUE	CHIK	ZIKA	DENGUE	CHIK	ZIKA	
CAMOAPA	7	64	22	0	0	2	1	0	
HOSPITAL JN	5	29	0	0	0	0	0	0	
TOTAL	12	93	22	6	1	2	1	0	
SEMANA 26									
MUNICIPIOS	TOTAL DE CAMAS	PACIENTES	PACIENTES	SOSPECHOSOS			PACIENTES POSITIVOS		
	UAF	UAF	DENGUE	CHIK	ZIKA	DENGUE	CHIK	ZIKA	
CAMOAPA	7	70	39	1	1	0	0	0	
HOSPITAL JN	5	52	0	0	0	0	0	0	
TOTAL	12	122	39	1	1	0	0	0	

Fuente: Sistema de Vigilancia SILAIS Boaco

Debido a las complicaciones y muerte por Dengue, Zika y Chickungunya, se constituyeron las Unidades de Atención a Febriles (UAF). (MINSa, 2016)

Las Unidades de Atención a Febriles (UAF) son salas para la observación de pacientes con fiebre que deben existir en cada centro de salud y en cada hospital. (MINSa, 2016)

Todo personal asistencial del Ministerio de Salud debe conocer cuando estamos ante la sospecha de una enfermedad sobre todo aquellas que nos puedan afectar la salud pública de nuestra comunidad.

Caso Sospechoso: Es aquel Paciente que cumple con los criterios de la enfermedad, pero además puede tener o no un nexo epidemiológico. (OPS, 2016) (MINSa -Nicaragua, 2013)

Caso Confirmado Es cualquier caso sospechoso con resultado positivo en algún método de laboratorio, establecido para el diagnóstico de esta enfermedad. . (OPS, 2016) (MINSa -Nicaragua, 2013)

Cuadro 6. Elementos que justifican la sospecha de infección por los virus del dengue, chikungunya .Definición de caso.

Dengue	Chikungunya	Zika
<p>Persona que vive o ha viajado en los 14 días más recientes a zonas con transmisión de dengue e inicia fiebre alta y repentina, normalmente de 2 a 7 días de duración, y dos o más de las siguientes manifestaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Náusea, vómitos 2. Exantema 3. Mialgia, artralgia 4. Cefalea, dolor retro-orbitario 5. Petequias o prueba de torniquete positiva 6. Leucopenia 7. Cualquier signo de alarma 8. 8. Cualquier criterio de gravedad del dengue 	<p>Fase aguda: persona que durante las dos semanas anteriores al inicio de los síntomas ha estado en zonas donde la infección por chikungunya es epidémica o endémica y presenta fiebre >38,5 °C y artralgia (habitualmente incapacitante) o artritis acompañada de dolor intenso, incapacitante, que no se explican por otras condiciones de salud.</p> <p>Fase posaguda: persona cuyos síntomas articulares (artritis, artralgias o edema articular) se mantienen por más de 3 semanas hasta el final del tercer mes. Puede darse una evolución continua desde el inicio de los síntomas o presentarse periodos sin síntomas de manera intermitente.</p> <p>Fase crónica (más de 3 meses): pacientes que tuvieron enfermedad por CHIKV y presentan manifestaciones articulares, tales como dolor, edema o rigidez articular por más de tres meses después de la fase aguda. Pueden también cursar con artritis crónica por CHIKV, la cual debe ser estudiada y confirmada. Debe descartarse artritis de otra etiología inflamatoria</p>	<p>Persona que presenta exantema de inicio agudo (casi siempre motivo de la consulta y el primer signo, suele ser pruriginoso, maculopapular y céfalo-caudal), que no tenga otra explicación y que durante las dos semanas anteriores al inicio de los síntomas haya estado en zonas donde la infección por ZIKV es epidémica o endémica y que presenta dos o más de las manifestaciones siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fiebre, generalmente < 38,5°C 2. Conjuntivitis no purulenta o hiperemia conjuntival 3. Artralgia 4. Mialgia 5. Edema periarticular <p>Ocasionalmente se pueden presentar manifestaciones neurológicas, como SGB.</p>

Fuente:(OPS, 2016)

Toda persona que acude a un centro de salud o a un hospital presentando fiebre o con antecedentes de fiebre en los días anteriores, se atiende y se vigila en ésta área por lo menos, durante 24 horas. Los prestadores de atención médica deben controlar estrictamente a los pacientes que se ingresan a la Unidad de Atención a Febriles En este lugar se le toma de forma horaria los signos vitales y se vigilan otras señales que alerten una posible complicación como vómitos, dolor abdominal y diarrea. Además de dar seguimiento a los parámetros establecidos que deben ser controlados de forma horaria, incluyen los signos vitales y la perfusión periférica y la producción de orina para conocer la evolución de los cuadros febriles y ordenar los exámenes necesarios. (MINSA, 2016)

Cuadro 7. Parámetros hemodinámicos para abordaje del paciente febril.

Parámetro	Circulación estable	Choque Inicial o compensado	Choque con Hipotensión
Nivel de conciencia	Claro, lúcido	Claro, lúcido	Inquieto, letárgico
Llenado capilar	< 2 segundos	> 2 segundos	Muy prolongado
Extremidades	Cálidas, rosadas	Frías	Frías, pegajosas
Calidad del pulso periférico	Fuerte, vigoroso	Débil no vigoroso	Débil o ausente
Frecuencia Cardíaca	Normal	Taquicardia	Taquicardia Bradicardia en choque tardío
Presión sanguínea	Presión Arterial y Presión de Pulso normal para la edad	Presión Arterial Sistólica normal Presión Arterial diastólica puede estar aumentada Presión de Pulso entre 30 y 20 mmHg Hipotensión postural	Presión de Pulso \leq 20 mmHg Hipotensión PA no detectable
Frecuencia Respiratoria	Normal para la edad	Taquipnea	Hiperapnea o respiración de Kussmaul, acidosis metabólica
Gasto urinario	Normal	Disminución del volumen urinario	Oliguria o anuria

Fuente: (MINSA, 2012)

Con la presión arterial se puede calcular datos importantes para saber la condición clínica del paciente, entre ellas tenemos: la Presión de Pulso, la Presión Arterial Media, el Índice de Shock.

Básicamente la Presión de pulso se define como la diferencia entre la PAS y la PAD, es decir la “separación” entre ambas. Numéricamente dicha diferencia aumenta a medida que aumenta la PAS y/o disminuye la PAD por lo tanto esta es una razón por la que no debemos abandonar la medida de la PAD dado que es necesario para estimar la PP.

El “**índice de shock**”. El índice de choque (IC), es considerado como una razón matemática entre dos datos clínicos: frecuencia cardíaca/tensión arterial sistólica (FC/TAS), ha sido propuesto como un parámetro eficaz, para la determinación tanto de hipoxia tisular como de la función del ventrículo izquierdo; así pues una herramienta clínicamente relevante. (Sifuentes Franco, 2016)

Se clasifica de la siguiente manera:

1. Normal 0.5
2. Shock moderado (tratamiento) > 1
3. Shock grave > 1.5

La frialdad distal es un parámetro importante, ya que está asociado a un deterioro grave de la circulación general. Fuente: (MINSa, 2012)

Las principales alteraciones que podemos encontrar en la biometría hemática completa y que nos puede alertar a trastornos importantes en nuestro paciente son hemoconcentración, plaquetopenia y leucopenia. (OPS, 2016)

El procedimiento adecuado de recolección de orina para su cuantificación y una buena medición de la diuresis es de vital importancia para descartar trastorno en la hemodinamia del paciente, se le debe explicar al paciente y familiar de recolectar la orina en el frasco milimetrado que se le ha proporcionado, o en caso

de uso de sonda Foley se cuantificará de la bolsa. Una diuresis exacta, ayuda a reducir gradualmente los líquidos intravenosos cuando disminuye la tasa de extravasación de plasma hacia el final de la fase crítica ya que esto está indicado por la producción de orina o por la ingestión oral de líquidos adecuada. Fuente: (MINSA, 2012)

A todos los pacientes ingresados a la Unidad De Atención a Febriles que toleren la vía oral se les debe administrar sales de rehidratación oral., en caso contrario que no tolere la vía oral y que esté asociado a otro parámetro hemodinámico alterado será clasificado como dengue con signo de alarma , para lo cual deberá canalizarse con una bránula de calibre adecuado de acuerdo a la edad , por si se presenta la necesidad de la administración de cargas volumétricas. (MINSA, 2012)

Cuadro 8.Cantidad de líquidos a utilizar para Sales de Rehidratación Oral y líquidos Intravenosos de mantenimiento (Según el esquema de Holiday Seagar)

Peso en Kg.	Volumen ml/kg
< 10	100 ml/kg
11-20	50 ml/kg
≥ 20	20ml/kg

Fuente: (MINSA, 2012)

Esta fórmula se aplica en pacientes menores de 50Kg, y se aplica de la siguiente manera:

Los primeros 10kg se calculan a 100 cc\ kg de peso día.

Por arriba de los primeros 10kg, a razón de 50 cc \kg día.

Después de 20kg, a razón de 20cc\kg día.

El paciente con fiebre o con antecedentes de fiebre que esté ingresado en la UAF y que presente signos de alarma que ponen en peligro la vida del paciente debe ser ingresado a la unidad de cuidados intensivos y atendido por el equipo multidisciplinario hasta lograr su estabilización. (MINSA, 2016)

Cuando un paciente febril con signos de alarma necesita ser trasladado a otra unidad de salud, primero se estabiliza y se coordina previamente con el hospital donde será recibido y debe ir acompañado por personal de salud calificado. (MINSA, 2016)

Si el paciente durante su estancia en la Unidad de Atención a Febriles ha evolucionado estable, con mejoría clínica y de los exámenes de laboratorio y ha permanecido por lo menos 24 horas en la Unidad de Atención a Febriles, se puede dar de alta con seguimiento ambulatorio y múltiples recomendaciones generales, sobre conocimiento de signos de peligro y medidas de prevención

Es importante que el paciente deba estar siempre acompañado de un adulto entrenado en la atención del dengue.

VII. Diseño Metodológico

Tipo de estudio

Estudio descriptivo de corte transversal

Universo y Muestra

Tomando en consideración que la población en estudio es reducida, se estudió la totalidad del universo considerando los criterios de inclusión. Realizando un ajuste de la muestra, por diversas causas.

En el Hospital Departamental José Nieborowski

El Universo estuvo conformado por 17 médicos y 13 enfermeros.

La muestra estuvo conformada por 13 médicos y 7 enfermeros

En el Hospital Primario San Francisco de Asís Camoapa

El Universo estuvo conformado por 9 médicos y 8 enfermeros.

La muestra estuvo conformada por 6 médicos y 2 enfermeros.

Unidad de análisis

Personal de salud médicos y enfermeros (que realizan ingresos a la unidad de atención a febriles).

Criterios de inclusión

Médicos y personal de enfermería asignados a la Unidad de Atención a Febriles.

Médicos y personal de enfermería que realizan turno en la emergencia y hacen ingresos a la UAF.

Médicos y personal de enfermería que están asignados a otras áreas del servicio de salud, pero que realizan turno.

Medico asignado al área administrativa, pero que realiza turno y realiza ingreso a la UAF.

Criterios de Exclusión

Personal médico y enfermeros que tienen años de estar asignados al área de gineceo-obstetricia, labor y parto y cirugía y que no realizan turnos.

Fuentes de información

Entrevista.

Personal entrevistado.

Técnicas de recolección de la información

La encuesta fue realizada por el propio investigador. Se proporcionó una explicación apropiada, se obtuvo el acuerdo del participante, y se obtuvo el permiso correspondiente de la Directora del Hospital.

El primer acápite contiene los datos generales que consta de 6 preguntas cerradas y el segundo acápite se refiere a las capacitaciones recibidas y consta de 2 preguntas y el tercer acápite está compuesta por 15 preguntas abiertas, con el objetivo de determinar el nivel conocimiento del recurso con respecto al tema en estudio .

Con la siguiente escala de calificación:

Inadecuado (0-59 Superable ,60-79 Regular)

Adecuado (80-90Bueno, 90-99 Muy Bueno ,100 Excelente)

Tomando como el 100% las 15 preguntas abiertas, con un valor de cada una de 6.66 %.

Variables del estudio

Objetivo 1. Características Generales

1. Sexo
2. Profesión
3. Antigüedad laboral
4. Servicio Asignado
5. Institución que labora
6. Servicio en el que labora

Objetivo 2. Algunas características de la capacitación

1. Capacitación sobre el objetivo de la apertura de la UAF
2. Número de Capacitaciones recibidas en manejo de pacientes febriles

Objetivo 3. Conocimiento del personal de salud sobre el manejo del paciente sospechoso de dengue según norma.

1. Caso sospechoso
2. Caso confirmado
3. Presión Arterial
4. Parámetros Hemodinámicos
5. Frialdad distal
6. Signos de Shock
7. Concepto Índice de Shock
8. Cálculo del Índice de Shock
9. Pacientes que deben ingresar a la Unidad de Atención a Febriles
10. Sales de Rehidratación Oral
11. Fórmula de Holidey Seagar
12. Bránula
13. Líquidos intravenosos
14. Cuantificación de la Diuresis
15. Biometría Hemática Completa

Operacionalización de variables

VARIABLE	CONCEPTO	Medio de verificación	ESCALA/ VALOR
Objetivo 1. Datos generales			
Sexo	Condición orgánica	Recurso humano	Masculino
			Femenino
Profesión	Actividad habitual de una persona, generalmente para la que se ha preparado, que, al ejercerla, tiene derecho a recibir una remuneración o salario.	Recurso humano	Enfermero
			Médico general
			Médico interno
			Médico Emergenciólogo
Antigüedad laboral	Es el periodo de tiempo que un trabajador lleva vinculado a una empresa.	Recurso humano	< de 10 años
			10-20 años
			mayor 20 años
Servicio asignado	Es el área laboral donde labora el recurso	Recurso Humano	UAF Emergencia Medicina Interna
Institución que labora	Es la institución o establecimiento donde el recurso humano tienen asignado una cargo nominal y funcional.	Recurso Humano	Hospital José Nieborowski (HJN) Hospital Primario San Francisco de Asís (HPSFA)

VARIABLE	CONCEPTO	Medio de verificación	ESCALA/ VALOR
Objetivo 2.Capacitaciones			
Capacitaciones	Actividad realizada que busca mejorar la actitud, conocimiento, habilidades o conductas de su personal.	Recurso humano	0
			1
			2 ó más
Objetivo de la apertura de la UAF	Observar por lo menos durante 24 horas a todo paciente febril.	Recurso Humano	Si No

VARIABLE	CONCEPTO	Medio de verificación	ESCALA/ VALOR
Objetivo 3. Nivel de Conocimiento			
Caso sospechoso	Debe incluir los signos y síntomas clínicos sugestivos de la enfermedad en cuestión; debe de ser lo suficientemente sensible para abarcar la mayoría de los casos. Debe tener un nexo epidemiológico.	Recurso humano	Adecuado
			Inadecuado
Caso confirmado	Es el que cumple los criterios clínicos y epidemiológicos y además está confirmado por laboratorio.	Recurso humano	Adecuado
			Inadecuado
Presión Arterial	Presión que ejerce la sangre al circular por los vasos sanguíneos.	Recurso humano	Adecuado
			Inadecuado
Parámetros Hemodinámicos	nos permite obtener información sobre el funcionalismo cardiovascular del paciente crítico	Recurso humano	Adecuado
			Inadecuado
Frialidad distal	Parámetro hemodinámico que indica inestabilidad	Recurso humano	Adecuado
			Inadecuado
			Inadecuado
Signos de shock	Es el conjunto de signos que determinan falla multiorgánica.	Recurso humano	Adecuado
			Inadecuado
Concepto de Índice de Shock	Es un marcador simple de gravedad	Recurso humano	Adecuado
			Inadecuado

VARIABLE	CONCEPTO	Medio de verificación	ESCALA/ VALOR
Objetivo 3. Nivel de Conocimiento			
Cálculo del Índice de Shock	FC /PAS	Recurso humano	Adecuado
			Inadecuado
Paciente que ingresan a la Unidad de Atención a Febriles	Las personas que acuden a un centro de salud o a un hospital presentando fiebre o con antecedentes de fiebre en los días anteriores, no serán rechazadas, y deberán ser atendido y vigilado en la unidad de atención a febriles durante 24 horas.	Recurso humano	Adecuado
			Inadecuado
Sales de rehidratación oral	Son un compuesto de sales que se administra en caso de desequilibrio hidroelectrolítico ya sea por pérdidas sensibles o insensibles. En el caso de los Febriles se le debe dar a todo paciente que tolere la vía oral.	Recurso humano	Adecuado
			Inadecuado
Fórmula Holidey Seagar	Los primeros 10kg se calculan a 100 cc\ kg de peso día. Por arriba de los primeros 10kg, a razón de 50 cc \kg día. Después de 20kg, a razón de 20cc\kg día.	Recurso humano	Adecuado
			Inadecuado
Bránula	Catéter venoso periférico	Recurso	Adecuado

VARIABLE	CONCEPTO	Medio de verificación	ESCALA/ VALOR
Objetivo 3. Nivel de Conocimiento			
	fabricado en Poliuretano. En el caso de los Pacientes febriles se deberá usar Bránula Numero 14 ó 16.	humano	Inadecuado
Líquidos IV	Es la fluido terapia para mantenimiento o reposición de los líquidos corporales.	Recurso humano	Adecuado
			Inadecuado
Cuantificación de la diuresis	Es el procedimiento por medio del cual se recolecta la orina de forma adecuada para una correcta cuantificación de eliminados.	Recurso humano	Adecuado
			Inadecuado
Interpretación de BHC	Análisis de la biometría en relación a la patología	Recurso humano	Adecuado
			Inadecuado

Plan de análisis

Se inició introduciendo todas las variables en la vista de variables en el programa SPSS, posteriormente en la hoja de vista de datos se fue introduciendo una a una las entrevistas, considerándose la etiqueta de valor para evaluar el conocimiento , como 1 (adecuado)y 2 (inadecuado).

Luego se generó tablas de frecuencias y porcentajes y tablas cruzadas con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento de cada profesional, en qué áreas estaban ubicados y si pertenecían al primer o segundo nivel de atención, además se realizó un gráfico por cada tabla simple, los cuales fueron mejorados en el programa de Excel.

Control de Sesgo

La entrevista fue validada en el centro de salud Ramón Guillén, se tomó una pequeña muestra, las preguntas fueron claras no hubo ninguna duda, con respecto al tema de estudio.

La entrevista fue realizada por el propio investigador, y en ningún momento hubo sesgo de anticipación (CLEROUX, 1987)

Con respecto al tamaño de la muestra, ésta fue ajustada de acuerdo a la presencia del personal asistencial en el momento de la entrevista, para disminuir la probabilidad de alteración de los resultados y evitar el sesgo de contaminación, se procedió a realizar la entrevista en un momento en el tiempo. (CLEROUX, 1987)

El sesgo de la veracidad de las declaraciones de la muestra se superó, entrando en un clima de confianza haciéndole, saber al entrevistado que ésta es anónima. (CLEROUX, 1987)

Consideraciones éticas

Previa presentación del entrevistador y del tema a evaluar con mucho respeto y previo consentimiento informado y de forma verbal.

Se realizó la entrevista de forma privada, se le explicó que la entrevista era anónima de tal forma que no causara temor, en responder, sin ninguna objeción.

VIII. Resultados

El presente, informe describe el nivel de conocimiento en el manejo de los pacientes febriles del personal de salud del Hospital José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís, la muestra estuvo conformada por 13 médicos y 7 enfermeros en el José Nieborowski, y 6 médicos y 2 enfermeros en el Hospital Primario San Francisco de Asís, todo el personal de salud entrevistado participaba en la realización de ingresos a la Unidad de Atención a Febriles.

En relación al sexo el 71.4% (20) son del sexo femenino y el 28.6 % (8) pertenecen al sexo masculino. (Ver tabla 1, Anexo 2)

En relación a la profesión el 42.9 % (12) fueron médicos generales, seguido del personal de enfermería, con un 32.1%(9), los Médico Internos fueron un 14.3% (4), los Médicos de Servicio Social un 7.1% (2) y el emergenciólogo 3.6 %(1). (Ver tabla 1, Anexo 2) En el Hospital José Nieborowski 35%(7) eran enfermeros, 40%(8) médico general, 25 %(5) médico interno, y un emergenciólogo, para un total de 20 (100%) recursos de salud encuestados, en el Hospital Primario San Francisco, 25%(2) eran enfermeros, 50%(4) médico general, 25%(2) médicos de servicio Social para un total de 8 (100%) recursos de salud encuestados, en esta institución. (Ver tabla 2, Anexo 2)

Se pudo observar que el 71.4 % (20) tenían < 10 años de laborar al MINSA, seguido del rango de 10 - 20 años con un 21.4 %(6) y sólo el 7.1 % (2) tenían más de 20 años de antigüedad laboral. (Ver tabla 1, Anexo 2). En el Hospital José Nieborowski, el 70%(14) personas de la población en estudio tenía menos de 10 años de laborar en la institución, (4) 20%tenían de 10-20 años de trabajar y solo (2)10% tenían más de 20 año, por otra parte , en el Hospital Primario San Francisco, (6) 75%personas de la población en estudio tenía menos de 10 años de laborar en la institución, (2)25% tenían de 10-20 años de trabajar y ninguno tenía más de 20 año de trabajar en este Hospital Primario. (Ver tabla 3, Anexo 2)

El personal de salud entrevistado corresponde al servicio de emergencia con un 64.3%(18), seguido de Medicina Interna y ESAF con un 14.3 %(4) y los asignados a la UAF solo representaron el 7.1 %(2). (Ver tabla 1, Anexo 2)

En el Hospital José Nieborowski, 2(10%) recursos estaban asignados a la Unidad De Atención a Febriles, 16 (80%()) pertenecían al área de emergencia y 2(10%) recursos estaban laborando en el área de medicina interna. En el Hospital Primario San Francisco, 2(25%) pertenecían al área de emergencia ,2(25%) recursos estaban laborando en el área de medicina interna y 4 (40%) estaban asignados a los ESAFC. (Ver tabla 4, Anexo 2)

El 64.3% (18) recibió capacitación sobre el objetivo de la apertura de la UAF el otro 35.7% (10) refirió no haber recibido. (Ver tabla 1, Anexo 2) En el Hospital José Nieborowski , 8 de los 16 recursos(40%) de emergencia dijeron que no habían recibido capacitación sobre el objetivo de la apertura de la UAF, el resto de los servicios expresó, que si había recibido capacitación, en el Hospital Primario San Francisco de los 8 entrevistados solo dos(25%) expresaron que no habían recibido capacitación de los cuales 1(12.5%) era un médico general del servicio de medicina interna y el otro 12,5% ,un médico de servicio social de un ESAFC. (Ver tabla 5 y 6, Anexo 2)

El 32.1 % (9) dijo haber recibido capacitación 1 vez sobre el manejo de pacientes febriles, el 28.6%(8) dijo que participó tres veces o más, el 17.9%(5) participó 2 veces y el 21.4 % (6) dijo que ninguna vez había recibido capacitación. (Ver tabla 1, Anexo 2) En el Hospital José Nieborowski el 57.4% (4)de los enfermeros recibieron 3 capacitaciones o más de los cuales pertenecían 3 a emergencia y 1 a la UAF En el Hospital San Francisco el 100% de los enfermeros evaluados recibieron 3 capacitaciones o más. (Ver tabla 7 y 8, Anexo 2).

El 60.7% (17) respondió de forma adecuada que es un caso sospechoso y el 39.3% (11) no están apropiados del tema. (Ver tabla 1, Anexo 2)

Al preguntar sobre qué es un caso confirmado, el 71.4%(20) respondió de forma adecuada y el28.6 %(8) de las personas en estudio lo hizo de forma incorrecta. .

(Ver tabla 1, Anexo 2) En el Hospital José Nieborowski en la unidad de atención a febriles 1 (5%) enfermero contestó de forma inadecuada y el médico general contestó de forma adecuada. De los 16 recursos entrevistados en el área de emergencia ,5 (25%) respondieron de forma inadecuada, entre ellos 4(20%) enfermeros, 1(5%) médico general y 2 (10%) médicos internos, en el servicio de medicina interna, 1(5%) enfermero contestó de forma inadecuada, en el Hospital Primario San Francisco, los dos (10%) enfermeros entrevistados contestaron de forma inadecuada. (Ver tabla 9, Anexo 2).

En relación a qué parámetros importantes podemos determinar en la toma de la presión arterial, el 89.3 % (25) respondió de forma adecuada y el 10.7 % (3) inadecuado. (Ver tabla 1, Anexo 2) En el Hospital José Nieborowski, todos los entrevistados (100%) contestaron adecuadamente. En el Hospital Primario San Francisco, los dos (25%) enfermeros entrevistados contestaron de forma inadecuada y un (12.5%) médico general de un ESAFC contestó incorrectamente. (Ver tabla 10, Anexo 2).

El 100% de los entrevistados conoce los parámetros hemodinámicos. (Ver tabla 1, Anexo 2)

Un 64.3%(18) sabe a qué se debe la frialdad distal y un 35.7% no sabe. (Ver tabla 1, Anexo 2) En el Hospital José Nieborowski 4 (20%) enfermeros (3 de emergencia y 1 de medicina interna), 2(10%) médicos generales y 2(10%) % médicos internos del servicio de emergencia, no tienen conocimiento a que se debe la frialdad distal. En el Hospital Primario San Francisco, los dos (25%) enfermeros entrevistados contestaron de forma inadecuada. (Ver tabla 11 y12, Anexo 2)

Los signos de shock fueron mencionados correctamente en un 96.4%(27) y un 3.6 % (1) no mencionó ningún signo de shock. . (Ver tabla 1, Anexo 2) En el Hospital José Nieborowski solo 1 (5%) médico general contestó de forma incorrecta los signos de Shock. En el Hospital Primario San Francisco, todos respondieron correctamente. (Ver tabla 13, Anexo 2)

Únicamente un 25 % (7) respondió Qué es índice de shock y un 75.0% (21), contestó de forma incorrecta. (Ver tabla 1, Anexo 2). En el Hospital José Nieborowski de los 20 recursos entrevistados ,14 (70%)respondieron de forma inadecuada, entre ellos 6 enfermeros 1(5%) de la UAF, 1 (5%)de medicina interna y 4(20%) de emergencia), 3 (15%)médicos generales y 4 (20%)médicos internos del área de emergencia, en el Hospital Primario San Francisco, los 2(25%) enfermeros entrevistados ,4(50%) médicos generales y 1 (12.5%)servicio social contestó de forma incorrecta, solo un(12.5%) médico de servicio social, respondió correctamente. . (Ver tabla 14, Anexo 2)

Del total de entrevistados solamente el 21.4%(6) contestó adecuadamente Cómo se calcula el índice de shock. . (Ver tabla 1, Anexo 2) En el Hospital José Nieborowski de los 20 recursos entrevistados ,15(75%) respondieron de forma inadecuada, entre ellos 6(30%) enfermeros 1 (5%)de la UAF, 1 (5%)de medicina interna y 4 (20%)de emergencia), 4(20%) médicos generales y 4 (20%)médicos internos del área de emergencia, en el Hospital Primario San Francisco solo un (12.5%)médico de servicio social que está asignado a un ESAFC, respondió correctamente.(Ver tabla 15, Anexo 2)

Con respecto a los criterios para ingresar a los pacientes a la UAF EL 96.4%(27) contestó adecuadamente y un 3.6% contestó inadecuadamente. . (Ver tabla 1, Anexo 2) En en el Hospital José Nieborowski solo 1(5%) médico interno del área de emergencia, respondió de forma inadecuada. En el Hospital Primario San Francisco, todos los entrevistados respondieron adecuadamente.(Ver tabla 16, Anexo 2)

La mayor parte de la población entrevistada 96.4%(27) tiene conocimiento sobre los pacientes a los cuales se les debe de administrar sales de rehidratación oral. . (Ver tabla 1, Anexo 2)En el Hospital José Nieborowski solo 1(5%) médico interno del área de emergencia, respondió de forma inadecuada. En el Hospital Primario San Francisco, el 100 %de los entrevistados respondieron adecuadamente.(Ver tabla 16, Anexo 2)

En cuanto al manejo de líquidos el 57.1% (16), contestó correctamente la fórmula de Holiday Seagar, el 42.9 % lo hizo de forma incorrecta. (Ver tabla 1, Anexo 2) En el Hospital José Nieborowski de los 20 recursos entrevistados, el 50% (10) tienen dominio incorrecto de ésta fórmula, entre ellos 3 (15%) enfermeros de emergencia, 3 (15%) médicos generales (2 de emergencia y 1 de medicina interna) y 4 (20%) médicos internos del área de emergencia. En el Hospital Primario San Francisco, los dos (25%) enfermeros entrevistados, respondieron incorrectamente. (Ver tabla 18, Anexo 2)

Toda la población en estudio el 100%(28) tiene conocimiento sobre la bránula debe usarse en pacientes febriles que requieren líquidos intravenosos y a que pacientes febriles se les debe administrar líquidos intravenosos. (Ver tabla 1, Anexo 2)

Solamente el 7.1% (2) contestó de forma inadecuada, el procedimiento que debe usarse para la cuantificación de la diuresis en los pacientes. (Ver tabla 1, Anexo 1) Al relacionar la ocupación con el procedimiento adecuado para la cuantificación de la diuresis, solo 1 (5%) enfermero del Hospital José Nieborowski contestó de forma inadecuada, el resto contestó correctamente. (Ver tabla 19, Anexo 2)

La mayor parte de la población en estudio 96.4%(27) tiene conocimiento sobre los datos importantes a evaluar en la biometría hemática completa. (Ver tabla 1, Anexo 2).Un (5%) Médico interno del Hospital José Nieborowski contestó de forma inadecuada, el resto contestó correctamente. (Ver tabla 20, Anexo 2)

Según la escala de calificación aplicada un 71.4%(20) de la población en estudio contestó adecuadamente un 28.6%(8) contestó incorrectamente. (Ver tabla 1, Anexo 2)

Al relacionar las variables, profesión, servicio asignado y escala de calificación se encontró que en el Hospital José Nieborowski 1 (5%) médico interno tenía la escala (0-59), 6 (30%) recursos estaban clasificados en el rango de (60-79), entre ellos 1 (5%) enfermero de la Unidad De Atención a Febriles , 3(15%) enfermeros y 1 (5%) médico interno del área de emergencia , y un 1 (%) enfermero del servicio

de medicina interna. En el rango de (80-90), habían 10 (50%) recursos, 2(10%) enfermeros del área de emergencia, 5 (25%) médicos generales, 1 (5%) de UAF, 3 (15%) emergencia y 1(5%) de medicina interna, 2 (10%) médicos internos de emergencia y 1 (5%) emergenciólogo. En la escala de (90-99), estuvieron 2 (10%) médicos generales y solo un (5%) médico general obtuvo la calificación de 100. En el Hospital San Francisco de Asís 7 (87.5%%) recursos de ellos 1 (12.5%) enfermero 4 (50%) médicos generales y un (12.5%) medico servicio social están clasificados adecuadamente solo 1 enfermero está calificado como inadecuado. (Ver tabla 21, Anexo 2)

IX. Discusión de los resultados

La resolución ministerial 173-2016 , se refiere a la habilitación de las unidades de atención a febriles con el objetivo de brindar un mejor seguimiento y vigilancia de los pacientes por lo menos 24 horas ,ésta ,fue una estrategia creada en el año 2016, en donde se orientó dar a conocer a todo el personal en qué consistía la UAF y cuál era el objetivo de su apertura, en este estudio se encontró un porcentaje importante (35.7%) que refirió no haber recibido capacitación sobre cuál era el objetivo de la apertura de la Unidad de Atención a Febriles (MINSA, 2016)

En relación a la capacitación sobre el manejo de pacientes febriles en el Hospital José Nieborowski el 57.4% de los enfermeros recibieron 3 capacitaciones o más En el Hospital San Francisco el 100% de los enfermeros evaluados recibieron 3 capacitaciones o más. El impacto que conlleva entrenar al personal permitirá, la detección temprana de signos que ´determinaran evaluar y dar la atención adecuada al paciente para evitar eventos catastróficos como es la muerte. Por lo tanto no podemos obviar los procesos de capacitación al personal de salud, así como el seguimiento y monitoreo de estos procesos.

Es de vital importancia y es el pilar fundamental de un buen manejo, el conocimiento de los signos y síntomas, que pueda presentar un paciente con infección por algunas de las patologías producidas, por el arbovirus. No olvidando las medidas de prevención que debemos dar a conocer a la comunidad que acude a nuestras unidades de salud ya sea por fiebre o no.

El dengue al igual que el Zika y el Chikungunya son evitables, siendo este problema de salud pública una responsabilidad compartida, como parte de nuestro Modelo de Salud Familiar y Comunitaria, debemos hacerle conciencia a todos y cada uno de los pacientes que acuden a las unidades de salud, que estas enfermedades son prevenibles, manteniendo el patio limpio, tapando los recipientes que tengan agua, durmiendo con mosquitero, usando repelente, entre otras.

También hay que darles a conocer que una vez, que una persona presente un cuadro febril, la comunidad tiene que saber que de su toma de decisión en tiempo y forma para llevar al paciente a la unidad de salud más cercana, depende la vida del paciente.

Medidas tan sencillas tales como que el familiar conozca la importancia de no movilizar al paciente, puede prevenir complicaciones. Una vez obtenido la percepción del riesgo, del paciente, familiares y comunidad se pueden prevenir muchas de éstas complicaciones y se podría evitar la primera demora, elemento crucial, para salvaguardar la vida de una persona.

Entonces, para que el personal de salud pueda dar una buena consejería a pacientes y familiares, de prevención y también en el apoyo al tratamiento de éstos, primero debe haber recibido una capacitación para tener así el conocimiento necesario en el manejo de los pacientes y en las medidas de prevención. (MINSa, 2012)

El conocimiento de la epidemiología de las enfermedades es básico en este tipo de patologías, en este estudio un porcentaje importante no sabe que es un caso sospechoso. . (OPS, 2016) (MINSa -Nicaragua, 2013)

La presión arterial es uno de los signos vitales más importantes para evaluar el estado hemodinámico del paciente ya que a partir de este, podemos calcular varios parámetros tales como Presión Arterial Media (PAM), Presión de Pulso (PP),e Índice de Shock, en este estudio un 10.7 %, no mencionó los parámetros que se pueden determinar con la presión arterial. (MINSa, 2012)

Toda persona con fiebre o con antecedentes de haber tenido fiebre en los días anteriores debe ser atendido y vigilado en la Unidad de Atención a Febriles, solamente una persona entrevistada no conoce este criterio de ingreso, el cual corresponde a un interno del Hospital José Nieborowski, por lo que nos corresponde asegurarnos que el personal de nuevo ingreso se encuentre entrenado para la atención integral al paciente. (MINSa, 2016)

Si bien es cierto que el total de los entrevistados mencionó los parámetros hemodinámicos, un poco más de la tercera parte de la población, no sabe a qué se debe la frialdad distal, por lo que la falta de conocimiento científico pone en riesgo la importancia que tiene la alteración de este parámetro hemodinámico. (MINSA, 2012)

El procedimiento adecuado de la cuantificación de la orina para el cálculo de la diuresis es de suma importancia, para conocer el funcionamiento renal, en nuestro estudio un personal de enfermería contestó de forma inadecuada, esta falta de conocimiento puede conducir a manejos no viables para la vida del paciente, repercutiendo en una diuresis alterada. (MINSA, 2012)

En el año 2015, 2016, a través del Ministerio de Salud, la División de Servicios de Salud, destacó la importancia de conocer el índice de Shock y se había orientado el cálculo de éste parámetro para determinar el estadio del shock y así garantizar el tratamiento adecuado en fases iniciales y salvaguardar la vida del paciente.

La identificación, del shock, por parte del profesional de la salud en su fase inicial, ejerce un doble efecto protector tanto para el paciente como para el mismo ya que del reconocimiento temprano de los signos de peligro y del shock y la instauración rápido y correcto del tratamiento depende la reducción de las formas severas del dengue , evitando así complicaciones y muerte, en este estudio, la mayor parte del personal entrevistado no sabe que es el índice de Shock, ni como se calcula. (Duarte López L, 2009)

En cuanto al manejo de líquidos la fórmula de Holidey Seagar, esta forma de cálculo de líquidos es muy conocida ,se encuentra establecida en nuestras normas para el manejo de líquidos pacientes menores de 50kg, en este estudio un 42.9% del total de los entrevistados tiene dominio incorrecto de ésta fórmula. (MINSA, 2012)

El 100 % debería tener el conocimiento para el manejo adecuado de los pacientes con alguna patología febril, en este estudio la unidad hospitalaria que está mejor preparada es el Hospital San Francisco de Asís con un 87.5%, seguido del

Hospital José Nieborowski con un 65%, el perfil que está mejor preparado es el de médico general en ambos hospitales. El 71.4% de los enfermeros no tiene el conocimiento adecuado para atender estos pacientes en el Hospital José Nieborowski, (MINSa, 2012)

X. Conclusiones

En relación a las características generales, la mayoría del personal de salud entrevistado era médico general, del sexo femenino, del área de emergencia y, con una antigüedad menor a los 10 años.

El 64.3% de la población en estudio recibió capacitación sobre el objetivo de la apertura de la UAF

En cuanto a las capacitaciones sobre el manejo de pacientes febriles la mayor parte de los enfermeros han recibido 3 o más capacitaciones.

El 100% de la población en estudio tienen dominio de los, parámetros hemodinámicos, conocen cuáles pacientes con alguna patología febril requiere líquidos intravenosos, sin embargo más de una cuarta parte no sabe a qué se debe la frialdad distal.

Los entrevistados están apropiados en un 100% sobre el tipo de bránula que debe usarse en los pacientes febriles que requieren líquidos intravenosos.

En el Hospital José Nieborowski el 70% no sabe que es el índice de shock de los cuales 42.8% son enfermeros, 28.57% son médicos internos ,21.4%son médicos generales todos del área de emergencia. Por ende estas personas no conocen como se calcula el índice de shock. En el Hospital Primario San Francisco el 87.5% no sabe que es el índice de shock, siendo un médico de servicio social de un ESAFC el que domina el tema.

El cálculo de líquidos según la fórmula de Holidey Seagar es desconocido en el 42.9% de la población. En el Hospital José Nieborowski el 50% no respondió adecuadamente y en Camoapa un 25% que corresponde a los enfermeros, no tiene dominio de esta forma de calcular líquidos.

El Hospital que tiene mejor dominio de los protocolos es el Hospital Primario San Francisco de Asís en un 87, % siendo el personal de enfermería el que está

pobrementemente instruido, seguido del Hospital José Nieborowski con un dominio de normas en un 65%, al igual que en el San Francisco, el personal de enfermería tiene menos preparación representando el 25% de la muestra de este Hospital.

XI. Recomendaciones

Al Ministerio de Salud:

Brindar acompañamiento sistemático, al cumplimiento de las capacitaciones en manejo de pacientes febriles al *SILAIS Boaco*.

Al SILAIS y Hospital:

Continuar fortaleciendo las capacidades cognitivas del personal de salud, para mejorar las competencias y habilidades en el manejo y vigilancia de los pacientes que acuden a los servicios de salud con reforzamiento trimestral de las enfermedades producidas por arbovirus , integrando la metodología evaluativa de los test pre y post capacitación con algún tipo de escala de calificación, para que el conocimiento sea sostenido, de tal forma que no haya duda alguna en el abordaje de estos pacientes.

Realizar reforzamiento en el manejo de líquidos y el reconocimiento de los estadios de shock según el cálculo del índice shock, a todo el personal asistencial, en especial al personal de enfermería.

Al personal de Salud:

Realizar procesos de sensibilización e inducción al personal de salud asistencial en la responsabilidad adquirida de la evolución de un paciente por el abordaje brindado y la importancia de la actualización para el manejo adecuado de los pacientes.

XII. Bibliografía

- Guía de manejo clínico para la infección por virus chikungunya, Ministerio de Salud Pública,*. (mayo de 2014). Obtenido de Guía de manejo clínico para la infección por virus chikungunya, Ministerio de Salud Pública,.
- Dengue: Consecuencia del mal manejo y de fallecidos. (1998). *American Journal de Meicina tropical e Higiene*, 265-271.
- Guía de manejo clínico para la infección por virus chikungunya, Ministerio de Salud Pública.* (mayo de 2015). Obtenido de Guía de manejo clínico para la infección por virus chikungunya, Ministerio de Salud Pública:
http://www1.paho.org/dor/images/stories/archivos/chikungunya/guia_chikv2.pdf?ua=1
- Acuña, P., & Zuñiga, R. (2009). *Características de los egresos de una Unidad Hospitalaria de Atención de Dengue.* Costa Rica.
- American Journal de Meicina tropical e Higiene. (1998). Dengue: Consecuencia del mal manejo y de fallecidos. *American Journal de Meicina tropical e Higiene*, 265-271.
- Anderson, K. (2007). Carga de la infección sintomática de Dengue en niños de primaria en Tailandia. *Lancet*.
- CLEROUX, M. J. (1987). *EPIDEMIOLOGIA PRINCIPIOS -TECNICAS - APLICACIONES.* BARCELONA: SALVAT EDITORES,S.A-MALLORCA.
- Duarte López L, I. Á. (2009). : Manejo del Síndrome de Shock dengue (SSD) en una UCIP Pediátricos. Hospital General Pediátrico “Niños de Acosta Nú”. *Pediatr. (Asunción)*, Vol. 36; Nº 1; 2009.
- JL Arredondo-García, A. M.-H.-C. (2016). Arbovirus en Latinoamérica. *Acta Pediátrica de México*.
- Maldonado, A. (2013). *Evaluación de Iconocimiento acerca del Dengue en los médicos del primer nivel de atención de la Red de Salud de Tupec Amaru .* Lima, Perú.
- Martínez Torres, E., Polanco Anaya, A. C., & Pleites Sandoval, E. B. (1999). ¿Por qué y cómo mueren los niños con dengue?
www.bvs.sld.cu/revistas/mtr/vol60.
- MattaLorena, MarioM, B., & Plaza, M. (2016). *Caracterización Clínica de Pacientes que consultaron por Dengue.* Cali , Colombia.

- MG, G. (2002). Efecto de la edad sobre las infecciones secundarias a dengue .
Revista internacional de enfermedades infecciosas, 118-124.
- MINSA. (2012). *Normativa 0-72 Normativa 0-73*. Managua.
- MINSA. (30 de Marzo de 2016). *www. Minsa.gob.ni*. Recuperado el 15 de
Noviembre de 2016, de *www. Minsa.gob.ni*:
<http://www.minsa.gob.ni/index.php/105-noticias-2016>
- MINSA -Nicaragua. (2013). *NORMATIVA 119*. En M. -Nicaragua, *Manual de
Vigilancia para la Salud Pública* (pág. 22). MANAGUA.
- MINSA, SIVE. (JULIO de 2016). *Dengue, Chikungunya, Zika :casos por grupos de
edad y sexo , notificación diaria*. Obtenido de Sistema integrado de
vigilancia epidemiológica: <http://minsa.gob.ni:8080/SIVE/login>
- Morales G., F. P. (2002). *comportamiento clínico del dengue en pacientes
atendidos en los centros de salud Perla María Norori, Mántica Berio y en el
Hospital HEODRA del municipio de León . León*.
- Nicaragua, M. (s.f.). En M. Nicaragua, *Normativa - 073*.
- OPS. (2010). *Dengue : Guías para el diagnóstico, tratamiento, prevención y
control*. Obtenido de *Dengue : Guías para el diagnóstico, tratamiento,
prevención y control*: http://www.ops.org.bo/textocompleto/ndeng31482_.pdf
- OPS. (08 de 07 de 2016). Obtenido de Descripción de la situación epidemiologica
actual del dengue en las Américas:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4494&Itemid=2481&lang=es
- OPS. (20 de 09 de 2016). *Conceptualización y manifestaciones clínicas sobre
fiebre de Chikungunya*. Obtenido de *Conceptualización y manifestaciones
clínicas sobre fiebre de Chikungunya*:
<http://www.paho.org/hq/index.php?option=com>
- OPS. (20 de 09 de 2016). *Instrumento para el diagnóstico y la atención a
pacientes con sospecha de arbovirosis*. Obtenido de *Instrumento para el
diagnóstico y la atención a pacientes con sospecha de arbovirosis*:
<http://www.paho.org/hq/index.php?option=com>
- OPS. (20 de 09 de 2016). *Instrumento para el diagnóstico y la atención a pacientes
con sospecha de arbovirosis*. Obtenido de *Instrumento para el diagnóstico y
la atención a pacientes con sospecha de arbovirosis*:
<http://www.paho.org/hq/index.php?option=com>

- OPS/OMS. (23 de 05 de 2014). *Conceptualización de Dengue, manifestaciones clínicas* . Obtenido de Conceptualización de Dengue, manifestaciones clínicas .: www.paho.org/hq/index.php?option=com
- OPS/OMS. (23 de 05 de 2014). *Conceptualización de Dengue, manifestaciones clínicas* . Obtenido de Conceptualización de Dengue, manifestaciones clínicas .: www.paho.org/hq/index.php?option=com
- OPS/OMS. (23 de 05 de 2014). *Conceptualización de Dengue, manifestaciones clínicas* . Obtenido de Conceptualización de Dengue, manifestaciones clínicas .: www.paho.org/hq/index.php?option=com
- OPS/OMS. (07 de 07 de 2016). *comportamiento regional de Zika*. Obtenido de comportamiento regional de Zika: • <http://www.paho.org/hq/index.php?>
- OPS/OMS. (s.f.). OPS/OMS. Recuperado el 17 de febrero de 2017, de OPS/OMS: <http://www.paho.org/nic/index.php>
- Sifuentes Franco, C. (2016). *Índice de choque como predictor temprano de choque séptico y sepsis grave en el departamento de pediatría en el Hospital Miguel Hidalgo* . Mexico.
- Suaya JA, S. D. (2009). Los costos de casos de dengue en 8 países de América y Asia. *American Journal de Medicina Tropical e higiene*, 80:846-855.
- Suaya JA, S. D. (2009). Los costos de casos de dengue en 8 países de América y Asia. *American Journal de Medicina Tropical e higiene*, 80:846-855.

Anexos

Anexo.1

Entrevista

Buenas tardes Señor /señora, soy residente de la especialidad de Dirección en Servicios de salud y epidemiología. La presente entrevista tiene como objetivo evaluar el conocimiento sobre las enfermedades febriles y su manejo en la Unidad de atención a Febriles. Necesitare su consentimiento para realizar la entrevista, ésta será anónima para proteger su privacidad.

El primer acápite contiene los datos generales que consta de 6 preguntas cerradas y el segundo acápite se refiere a las capacitaciones recibidas y consta de 2 preguntas y el tercer acápite está compuesta por 15 preguntas abiertas, con el objetivo de determinar el nivel conocimiento del recurso con respecto al tema en estudio .

Instrumentos utilizados

Entrevista Personal

I. Datos generales

1.

Sexo:

Masculino ()

Femenino ()

2. Profesión:

Enfermero ()

Médico general ()

Médico interno ()

Médico Emergenciólogo ()

3. Antigüedad laboral:

< 10 años ()

10-20años ()

>20 años ()

4. Servicio Asignado

UAF ()

ER ()

Medicina interna ()

5. Institución que labora

Hospital José Nieborowski ()

Hospital San Francisco de Asís ()

II. Capacitación

1. Recibió capacitación sobre el objetivo de la apertura de la UAF

Si ()

No ()

2. Cuántas veces ha recibido capacitación sobre el manejo de pacientes febriles?

Ninguna ()

1()

2()

3ó más ()

III. Conocimiento

1. Sabe usted qué es un caso sospechoso?

2. Que es un caso confirmado?

3. Que datos importantes debemos determinar en la toma de la presión arterial?

4. Podría mencionar los parámetros hemodinámicos?

5. .En los pacientes febriles a qué se debe la Frialdad distal?

6. En las enfermedades febriles mencione los signos de shock:

7. Que es índice de shock?

8. Cómo se calcula el índice de shock?

9. Que pacientes deben ingresar a la UAF?

10.A que pacientes ingresados en la UAF se les debe administrar Sales de Rehidratación Oral?

11. En cuanto al Manejo de líquidos. Describa la fórmula de Holiday Seagar

12. Qué bránula debe usarse en pacientes febriles que requieren líquidos intravenosos?

13.A qué pacientes febriles se les debe administrar líquidos intravenosos?

14. Cuál es el procedimiento adecuado para la cuantificación de la diuresis en los pacientes?

15. Que se debe buscar en la biometría hemática completa?

Escala de calificación

Adecuado (0-59 Superable, 60-79 Regular)

Inadecuado (80-90 Bueno, 90-99 Muy Bueno, 100 Excelente)

ANEXO 2.

Tablas de Resultados

Tabla 1.

Características Generales de la población en estudio. Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa , Octubre a Noviembre de 2016.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	20	71.4
Masculino	8	28.6
Total	28	100.0
Institución en la que labora	Frecuencia	Porcentaje
Hospital José Nieborowski	20	71.4
Hospital Primario San Francisco de Asís	8	28.6
Total	28	100.0
Profesión	Frecuencia	Porcentaje
Enfermero	9	32.1
Médico General	12	42.9
Médico Interno	4	14.3
Médico Emergenciólogo	1	3.6
Médico Servicio Social	2	7.1
Total	28	100.0
Antigüedad laboral	Frecuencia	Porcentaje
< 10 años	20	71.4
10 - 20 años	6	21.4
> 20 años	2	7.1
Total	28	100.0
Servicio Asignado	Frecuencia	Porcentaje
Unidad de atención a febriles	2	7.1
Emergencia	18	64.3
Medicina Interna	4	14.3
ESAF	4	14.3
Total	28	100.0

Tabla 2. Capacitaciones de la población en estudio. Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa , Octubre a Noviembre de 2016.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Recibió capacitación sobre el objetivo de la apertura de la UAF		
Si	18	64.3
No	10	35.7
Total	28	100.0
Cuántas veces ha recibido capacitación sobre el manejo de pacientes febriles?	Frecuencia	Porcentaje
1	9	32.1
2	5	17.9
3 ó más	8	28.6
Ninguna	6	21.4
Total	28	100.0

Tabla 3. Conocimiento de la población en estudio. Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa , Octubre a Noviembre de 2016.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Qué es un caso sospechoso?	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	17	60.7
Inadecuado	11	39.3
Total	28	100.0
Qué es un caso confirmado?	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	20	71.4
Inadecuado	8	28.6
Total	28	100.0
Qué datos importantes debemos determinar en la toma de la presión arterial?	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	25	89.3
Inadecuado	3	10.7

Total	28	100.0
Mencione los parámetros Hemodinámicos	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	28	100.0
Total	41	
En los pacientes febriles a qué se debe la Frialdad distal	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	18	64.3
Inadecuado	10	35.7
Total	28	100.0
En las enfermedades febriles mencione los signos de shock	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	27	96.4
Inadecuado	1	3.6
Total	28	100.0
Que es índice de shock ?		
Adecuado	7	25.0
Inadecuado	21	75.0
Total	28	100.0
Cómo se calcula el índice de shock	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	6	21.4
Inadecuado	22	78.6
Total	28	100.0
Qué pacientes se deben ingresar en la UAF	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	27	96.4
Inadecuado	1	3.6
Total	28	100.0
A que pacientes ingresados en la UAF se les debe administrar SRO?	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	27	96.4
Inadecuado	1	3.6
Total	28	100.0
En cuanto al Manejo de líquidos. Describa la fórmula de Holidey Seagar	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	16	57.1
Inadecuado	12	42.9
Total	28	100.0
Qué bránula debe usarse en	Frecuencia	Porcentaje

pacientes febriles que requieren líquidos intravenosos		
Adecuado	28	100.0
A que pacientes febriles se les debe administrar líquidos intravenosos?	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	28	100.0
Cuál es el procedimiento adecuado para la medición de la diuresis en los pacientes?	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	26	92.9
Inadecuado	2	7.1
Total	28	100.0
Que se debe buscar en la biometría hemática completa?	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	27	96.4
Inadecuado	1	3.6
Total	28	100.0
Escala de calificación	Frecuencia	Porcentaje
adecuado (80-90,90-99,100)	20	71.4
inadecuado(0-59,60-79)	8	28.6

Fuente: Entrevista

Tabla 4. Profesión*Institución que labora. Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa , Octubre a Noviembre de 2016.

Profesión	Hospital José Nieborowski	Hospital Primario San Francisco de Asís	Total
Enfermero	7	2	9
MG	8	4	12
MI	4	0	4
M ER	1	0	1
MSS	0	2	2
Total	20	8	28

Fuente: Entrevista

Tabla 5. Antigüedad laboral/Institución. Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa , Octubre a Noviembre de 2016.

Antigüedad laboral	Hospital José Nieborowski	Hospital Primario San Francisco de Asís	Total
< 10 años	14	6	20
10 - 20 años	4	2	6
> 20 años	2	0	2
Total	20	8	28

Fuente: Entrevista

Tabla 6. Servicio Asignado/Institución .Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa , Octubre a Noviembre de 2016

Servicio Asignado	Hospital José Nieborowski	Hospital Primario San Francisco de Asís	Total
UAF	2	0	2
Emergencia	16	2	18
Medicina Interna	2	2	4
ESAF	0	4	4
Total	20	8	28

Fuente: Entrevista

Tabla 7. Recibió capacitación sobre el objetivo de la apertura de la UAF? Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa , Octubre a Noviembre de 2016

Recibió capacitación sobre el objetivo de la apertura de la UAF?	Institución que labora		Total
	Hospital José Nieborowski	Hospital Primario San Francisco de Asís	
Si	12	6	18
No	8	2	10
Total	20	8	28

Fuente: Entrevista

Tabla 8. Profesión*Servicio Asignado*Recibió capacitación sobre el objetivo de la apertura de la UAF?*Institución que labora. Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa , Octubre a Noviembre de 2016

Institución que labora	Recibió capacitación sobre el objetivo de la apertura de la UAF?	Profesión	UAF	Emergencia	Medicina Interna	ESAF	Total
Hospital Primario San Francisco de Asís	Si	Enfermero	1	4	1		6
		MG	1	2	1		4
		MI	0	1	0		1
		M ER	0	1	0		1
		Total	2	8	2		12
	No	Enfermero		1			1
		MG		4			4
		MI		3			3
	Total	8			8		
Hospital Primario San Francisco de Asís	Si	Enfermero		1	1	0	2
		MG		1	0	2	3
		MSS		0	0	1	1
		Total		2	1	3	6
	No	MG			1	0	1
		MSS			0	1	1
		Total			1	1	2

Fuente: Entrevista

Tabla 9. Cuántas veces ha recibido capacitación sobre el manejo de pacientes febriles?*Institución .Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa , Octubre a Noviembre de 2016

Cuántas veces ha recibido capacitación sobre el manejo de pacientes febriles?*Institución	Hospital José Nieborowski	Hospital Primario San Francisco de Asís	Total
1	9	0	9
2	2	3	5
3 ó más	4	4	8
Ninguna	5	1	6
Total	20	8	28

Fuente: Entrevista

Tabla 10. Profesión*Servicio Asignado*Cuántas veces ha recibido capacitación sobre el manejo de pacientes febriles?*Institución .Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa , Octubre a Noviembre de 2016.

Institución/ Cuántas veces ha recibido capacitación sobre el manejo de pacientes febriles?/ Profesión				Servicio Asignado				Total
				UAF	Emergencia	Medicina Interna	ESAF	
Hospital José Nieborowski	1	Profesión	Enfermero	0	2	1		3
			MG	1	2	1		4
			MI	0	1	0		1
			MER	0	1	0		1
	Total			1	6	2		9
	2	Profesión	MG		1			1
			MI		1			1
		Total				2		
	3 ó más	Profesión	Enfermero	1	3			4
			Total			1	3	
	ninguna	Profesión	MG		3			3
			MI		2			2
Total				5			5	
Hospital Primario San Francisco de Asís	2	Profesión	MG		1		1	2
			MSS		0		1	1
		Total				1		2
	3 ó más	Profesión	Enfermero		1	1	0	2
			MG		0	1	0	1
			MSS		0	0	1	1
		Total				1	2	1
	ninguna	Profesión	MG				1	1
			Total					

Fuente: Entrevista

Tabla 11. Qué es un caso confirmado Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa , Octubre a Noviembre de 2016

Institución que labora /Qué es un caso confirmado ?				Servicio Asignado				Total
				UAF	Emergencia	Medicina Interna	ESAF	
Hospital José Nieborowski	Adecuado	Profesión	Enfermero	0	2	1		3
			MG	1	6	1		8
			MI	0	2	0		2
			MER	0	1	0		1
	Total			1	11	2		14
	Inadecuado	Profesión	Enfermero	1	3			4
			MI	0	2			2
Total			1	5			6	
Hospital Primario San Francisco de Asís	Adecuado	Profesión	MG		1	1	2	4
			MSS		0	0	2	2
		Total				1	1	4
	Inadecuado	Profesión	Enfermero		1	1		2
Total				1	1		2	
Fuente : Entrevista								

Tabla 12. Profesión*Servicio Asignado*Qué datos importantes debemos determinar en la toma de la presión arterial ?*Institución Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa , Octubre a Noviembre de 2016.

Institución Qué datos importantes debemos determinar en la toma de la presión arterial?				Servicio Asignado				Total
				UAF	Emergencia	Medicina Interna	ES AF	
Hospital José Nieborowski	Adecuado	Profesión	Enfermero	1	5	1		7
			MG	1	6	1		8
			MI	0	4	0		4
			MER	0	1	0		1
		Total	2	16	2		20	
Hospital Primario San Francisco de Asís	Adecuado	Profesión	MG		1	1	1	3
			MSS		0	0	2	2
		Total		1	1	3	5	
	inadecuado	Profesión	Enfermero		1	1	0	2
			MG		0	0	1	1
Total			1	1	1	3		

Fuente: Entrevista

Tabla 13. En los pacientes febriles a qué se debe la Frialidad distal? Institución Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa , Octubre a Noviembre de 2016

A qué se debe la Frialidad distal?	Hospital José Nieborowski	Hospital Primario San Francisco de Asís	Total
adecuado	12	6	18
inadecuado	8	2	10
Total	20	8	28

Fuente: Entrevista

Tabla 14. Institución* a que se debe la frialdad distal. Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa, Octubre a Noviembre de 2016

Institución	a que se debe la frialdad distal			UAF	Emergen cia	Medicina Interna	ESAF	Total
Hospital José Nieborows ki	adecuado	Profesión	Enfermer o	1	2	0		3
			MG	1	4	1		6
			MI	0	2	0		2
			MER	0	1	0		1
		Total		2	9	1		12
	inadecuad o	Profesión	Enfermer o		3	1		4
			MG		2	0		2
			MI		2	0		2
		Total			7	1		8
	Hospital Primario San Francisco de Asís	adecuado	Profesión	MG		1	1	2
MSS					0	0	2	2
Total					1	1	4	6
inadecuad o		Profesión	Enfermer o		1	1		2
		Total			1	1		2

Fuente: Entrevista

Tabla 15. Profesión*Servicio Asignado*En las enfermedades febriles mencione los signos de shock:*Institución Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa , Octubre a Noviembre de 2016.

En las enfermedades febriles mencione los signos de shock				UA F	Emergen cia	Medici na Interna	ESA F	Total
Hospital José Nieborowski	adecuado	Profesión	Enfermero	1	5	1		7
			MG	0	6	1		7
			MI	0	4	0		4
			MER	0	1	0		1
	Total			1	16	2		19
	inadecuado	Profesión	MG	1				1
Total			1			1		
Hospital Primario San Francisco de Asís	adecuado	Profesión	Enfermero		1	1	0	2
			MG		1	1	2	4
			MSS		0	0	2	2
		Total				2	2	4

Fuente: Entrevista

Tabla 16. Profesión*Servicio Asignado*Que es índice de shock ?*Institución Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa , Octubre a Noviembre de 2016

Qué es índice de Shock				UAF	Emergencia	Medicina Interna	ESAF	Total
Hospital José Nieborowski	adecuado	Profesión	Enfermero	0	1	0		1
			MG	1	3	1		5
		Total			1	4	1	
	inadecuado	Profesión	Enfermero	1	4	1		6
			MG	0	3	0		3
			MI	0	4	0		4
			MER	0	1	0		1
	Total			1	12	1		14
Hospital Primario San Francisco de Asís	adecuado	Profesión	MSS				1	1
		Total						1
	inadecuado	Profesión	Enfermero		1	1	0	2
			MG		1	1	2	4
			MSS		0	0	1	1
Total				2	2	3	7	

Fuente: Entrevista

Tabla 17. Profesión*Servicio Asignado*Cómo se calcula el índice de shock *Institución Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa , Octubre a Noviembre de 2016

Cómo se calcula el índice de Shock ?				UAF	Emergencia	Medicina Interna	ESAF	Total
Hospital José Nieborowski	Adecuado	Profesión	Enfermero	0	1	0		1
			MG	1	2	1		4
		Total			1	3	1	
	inadecuado	Profesión	Enfermero	1	4	1		6
			MG	0	4	0		4
			MI	0	4	0		4
			MER	0	1	0		1
	Total			1	13	1		15
Hospital Primario San Francisco de Asís	Adecuado	Profesión	MSS				1	1
		Total						1

Francisco de Asís	Inadecuado	Profesión	Enfermero	1	1	0	2
			MG	1	1	2	4
			MSS	0	0	1	1
		Total	2	2	3	7	

Fuente: Entrevista

Tabla 18. Profesión*Servicio Asignado*En cuanto al Manejo de líquidos. Describa la fórmula de Holidey Seagar Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa , Octubre a Noviembre de 2016.

Institución *En cuanto al Manejo de líquidos. Describe la fórmula de Holidey Seagar				UA F	Emergencia	Medicina Interna	ES AF	Total
Hospital José Nieborowski	Adecuado	Profesión	Enfermero	1	2	1		4
			MG	0	5	0		5
			MER	0	1	0		1
		Total	1	8	1		10	
	Inadecuado	Profesión	Enfermero	0	3	0		3
			MG	1	1	1		3
			MI	0	4	0		4
Total		1	8	1		10		
Hospital Primario San Francisco de Asís	Adecuado	Profesión	MG		1	1	2	4
			MSS		0	0	2	2
		Total		1	1	4	6	
	Inadecuado	Profesión	Enfermero		1	1		2
		Total		1	1		2	

Fuente: Entrevista

Tabla 19. .Profesión*Servicio Asignado*Cuál es el procedimiento adecuado para la cuantificación de la diuresis en los pacientes?*Institución Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa , Octubre a Noviembre de 2016.

Institución *Cuál es el procedimiento adecuado para la cuantificación de la diuresis en los pacientes?				UAF	Emergencia	Medicina Interna	ESAF	Total
Hospital José Nieborowski	adecuado	Profesión	Enfermero	1	3	1		5
			MG	1	6	1		8
			MI	0	4	0		4
			MER	0	1	0		1
		Total			2	14	2	
	inadecuado	Profesión	Enfermero		2			2
		Total				2		2
Hospital Primario San Francisco de Asís	adecuado	Profesión	Enfermero		1	1	0	2
			MG		1	1	2	4
			MSS		0	0	2	2
		Total				2	2	4

Fuente: Entrevista

Tabla 20. Profesión*Servicio Asignado*Que se debe buscar en la biometría hemática completa ?*Institución Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa , Octubre a Noviembre de 2016.

Institución*Que se debe buscar en la biometría hemática completa ?				UA F	Emergencia	Medicina Interna	ESAF	Total
Hospital José Nieborowski	adecuado	Profesión	Enfermero	1	5	1		7
			MG	1	6	1		8
			MI	0	3	0		3
			MER	0	1	0		1
		Total	2	15	2		19	
	inadecuado	Profesión	MI		1			1
		Total			1			1
Hospital Primario San Francisco de Asís	adecuado	Profesión	Enfermero		1	1	0	2
			MG		1	1	2	4
			MSS		0	0	2	2
		Total		2	2	4	8	

Fuente: Entrevista

Tabla 21. Institución*Escala de calificación*Profesión. Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa , Octubre a Noviembre de 2016.

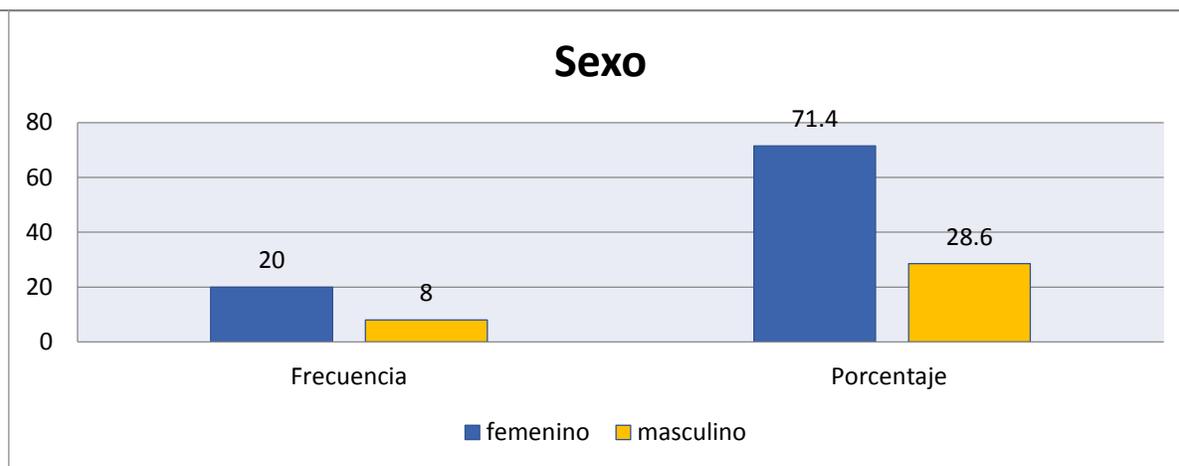
Institución	*Escala de calificación*	Profesión	UAF	Emergencia	Medicina Interna	ESAF	Total
Hospital José Nieborowski	adecuado (80-90,90-99,100)	Enfermero	0	2	0		2
		MG	1	6	1		8
		MI	0	2	0		2
		MER	0	1	0		1
		1	11	1		13	
	inadecuado (0-59,60-79)	Enfermero	1	3	1		5
		MI	0	2	0		2
		1	5	1		7	
Hospital Primario San Francisco de Asís	adecuado (80-90,90-99,100)	Enfermero		1	0	0	1
		MG		1	1	2	4
		MS		0	0	2	2
				2	1	4	7
	inadecuado (0-59,60-79)	Enfermero			1		1
					1		1

Fuente: Entrevista

Anexo 3

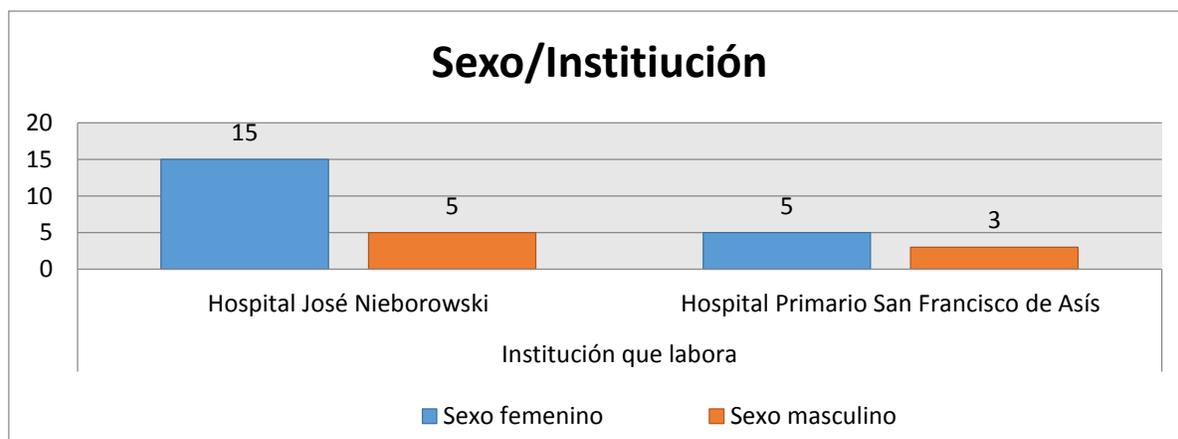
Gráficos

Gráfico 1. Características generales. Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa, Octubre a Noviembre de 2016.



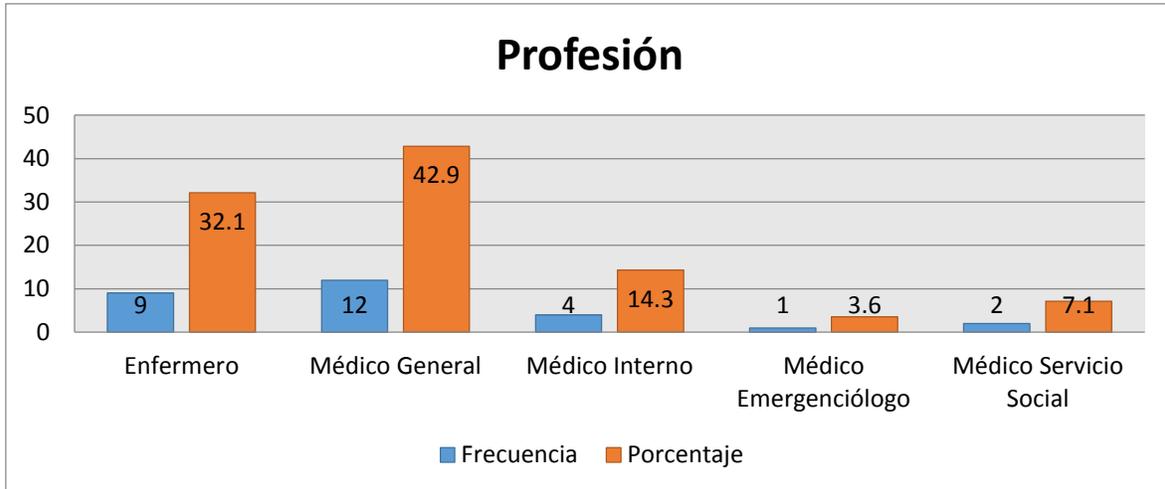
Fuente: Tabla 1.

Gráfico 2. Características generales. Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa, Octubre a Noviembre de 2016.



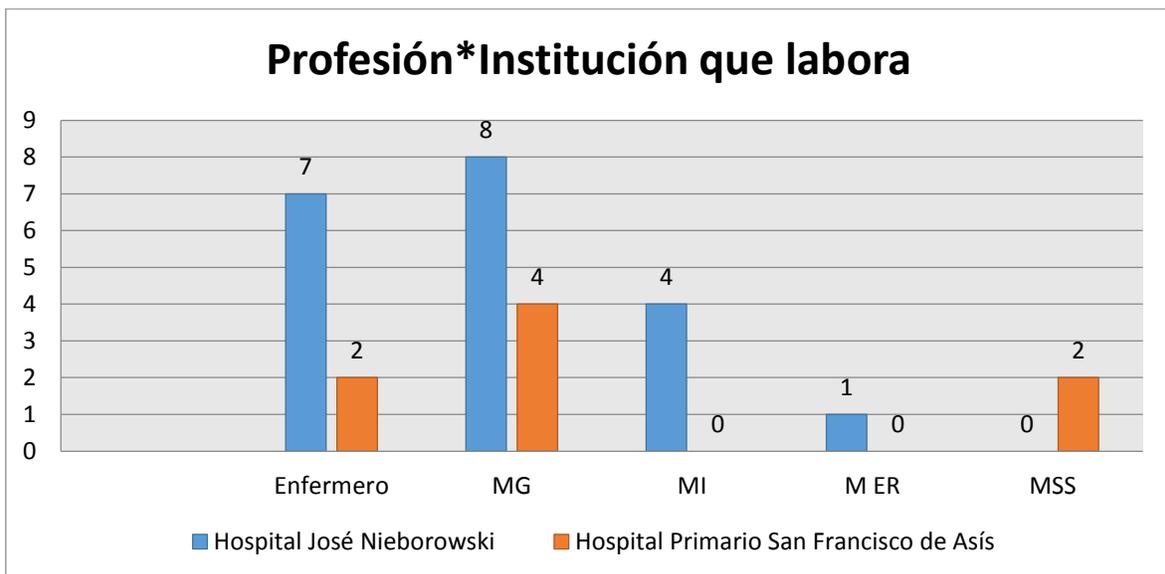
Fuente: Tabla 1.

Gráfico 3. Características generales. Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa , Octubre a Noviembre de 2016.



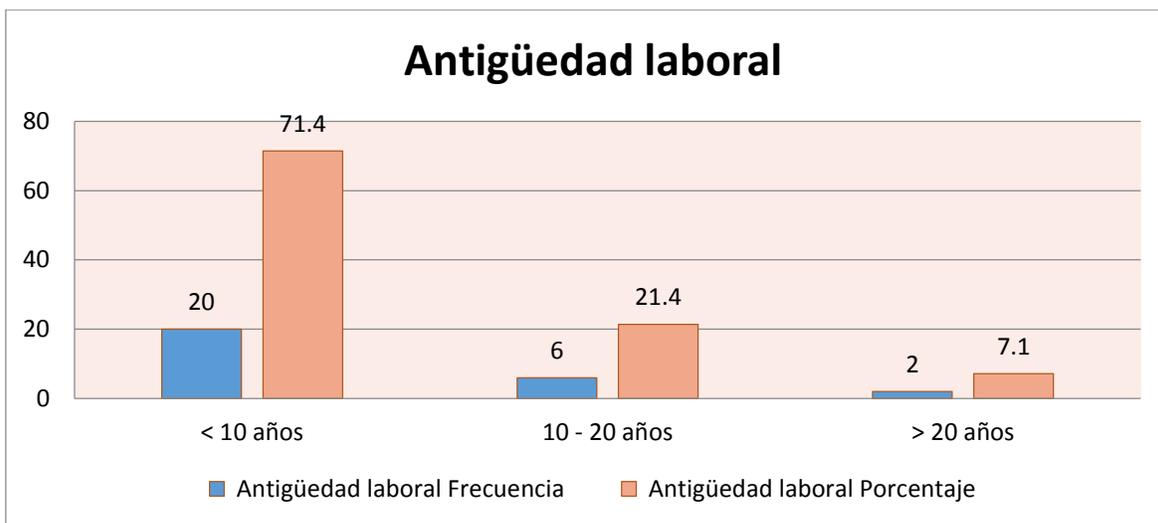
Fuente: Tabla 1.

Gráfico 4. Características generales. Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa , Octubre a Noviembre de 2016.



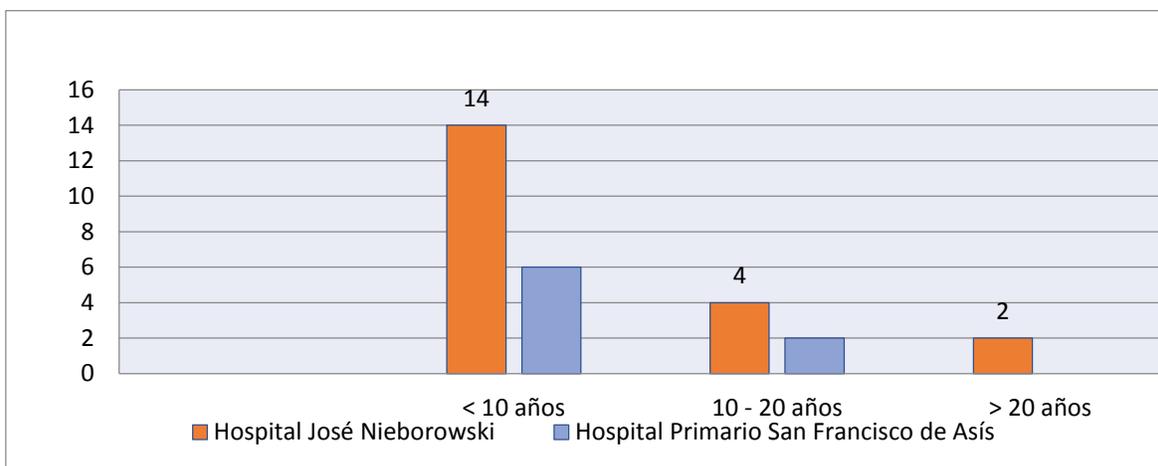
Fuente: Tabla 4.

Gráfico 5. Características generales. Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa , Octubre a Noviembre de 2016.



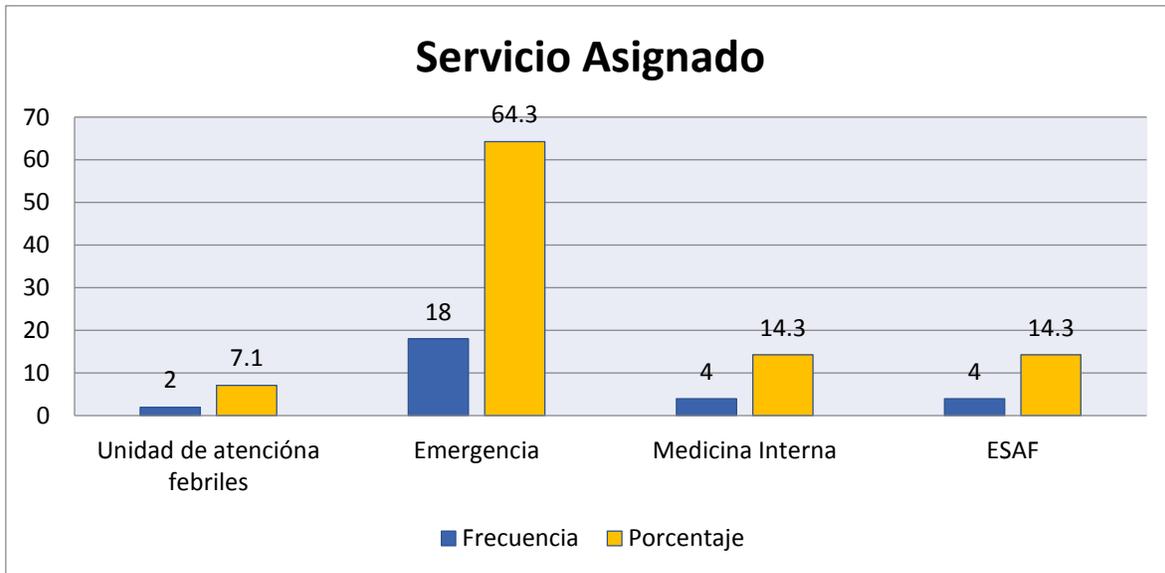
Fuente: tabla 1.

Gráfico 6. Características generales (Antigüedad laboral). Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa , Octubre a Noviembre.



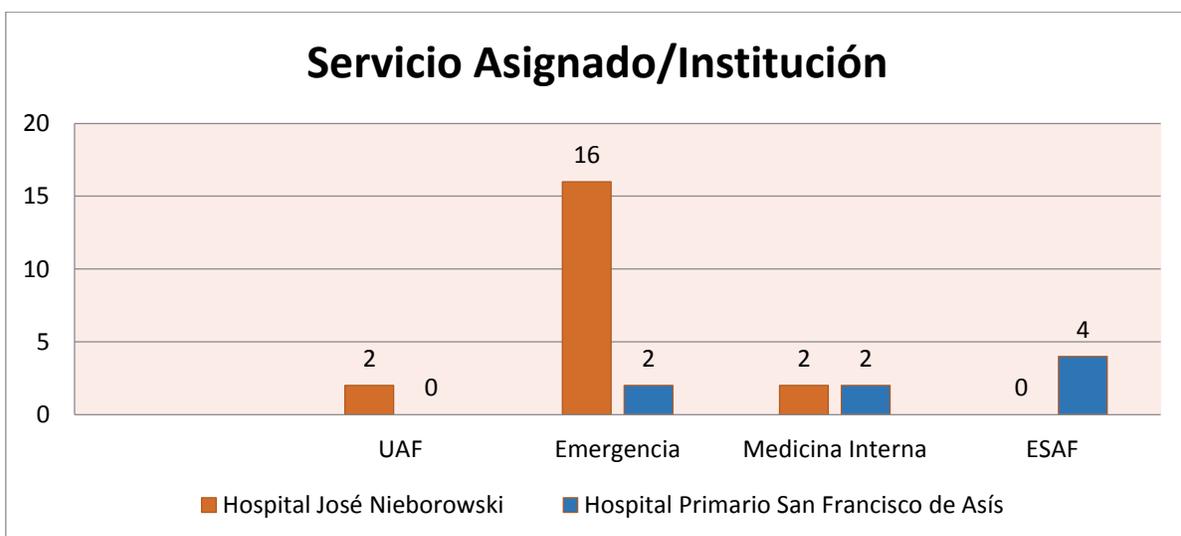
Fuente: Tabla 1.

Gráfico 7. Características generales. Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa , Octubre a Noviembre.



Fuente: Tabla 1.

Gráfico 8. Características generales. Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa , Octubre a Noviembre



Fuente: Tabla 6.

Gráfico 9. Capacitaciones. Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa, Octubre a Noviembre 2016.

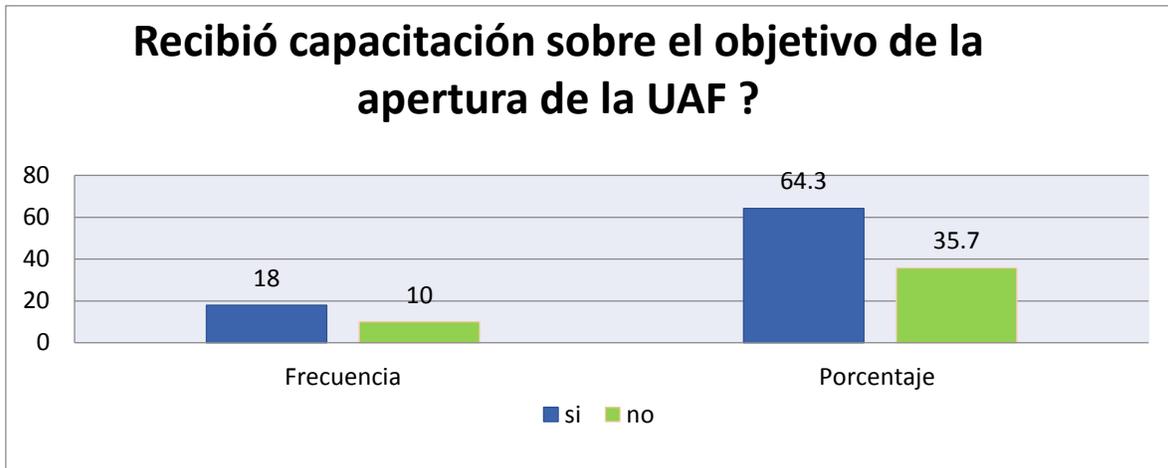
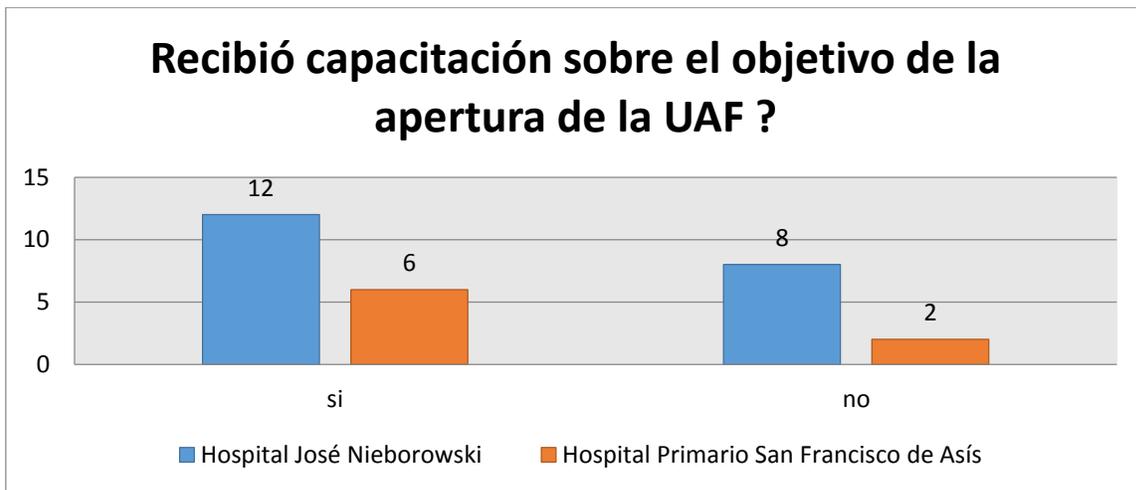


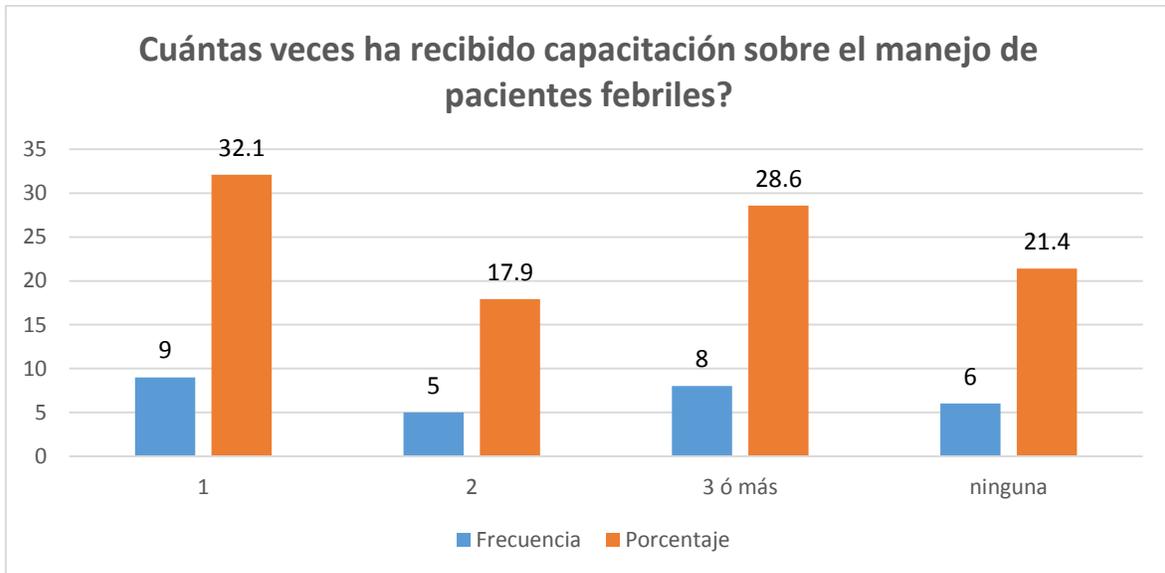
Tabla 2

Gráfico 10. Capacitaciones. Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa, Octubre a Noviembre 2016.



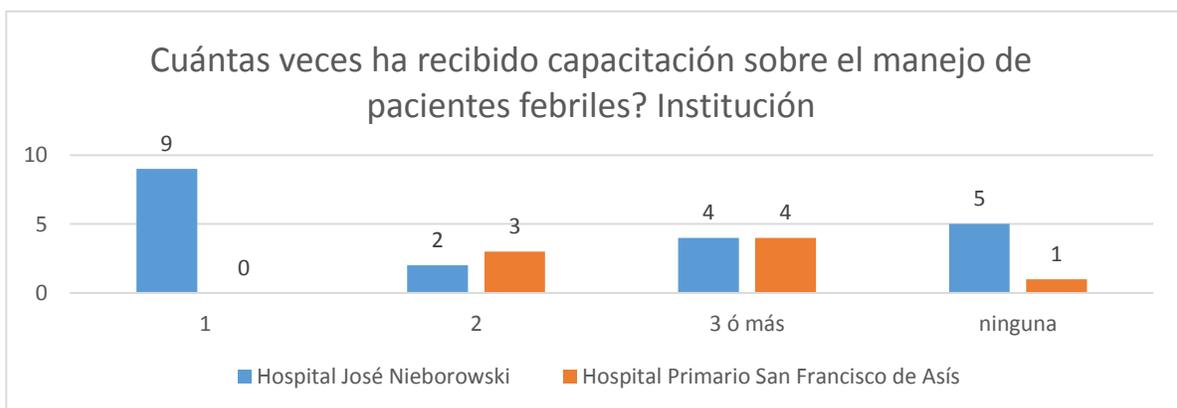
Fuente: Tabla 6.

Gráfico 11. Capacitaciones. Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa , Octubre a Noviembre 2016.



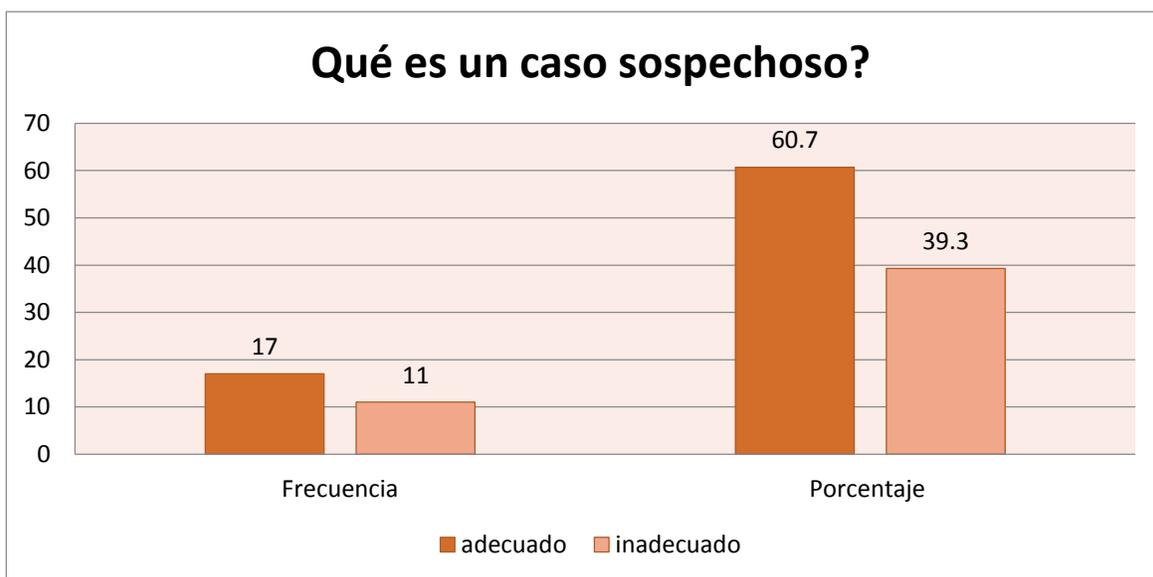
Fuente: Tabla 2

Gráfico 12. Capacitaciones. Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa , Octubre a Noviembre 2016.



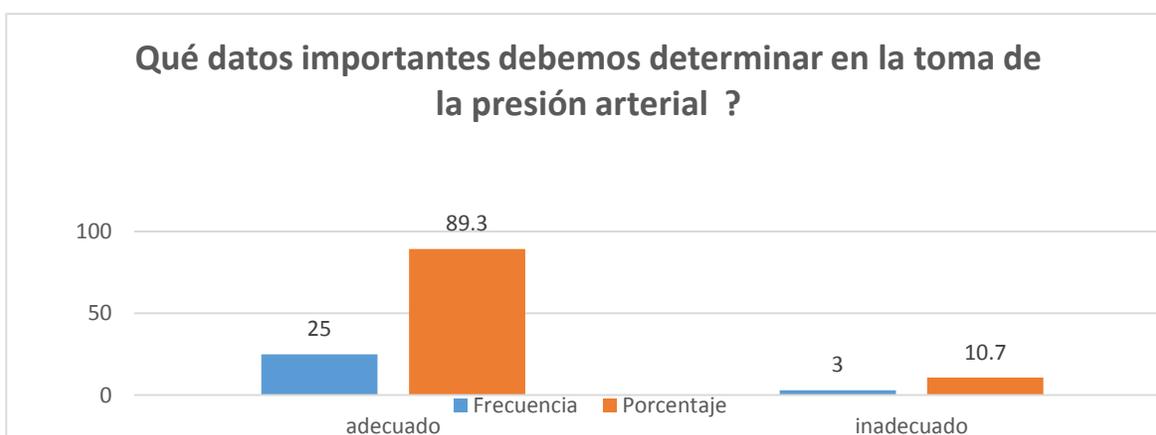
Fuente: Tabla 8.

Gráfico 13. Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa , Octubre a Noviembre 2016.



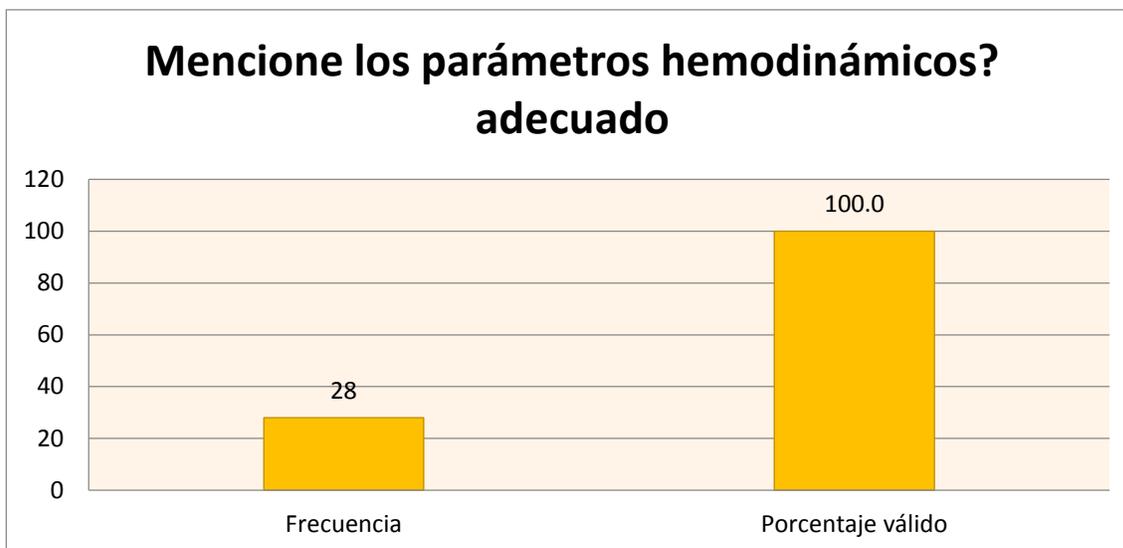
Fuente: Tabla 3

Gráfico 14. Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa , Octubre a Noviembre 2016.



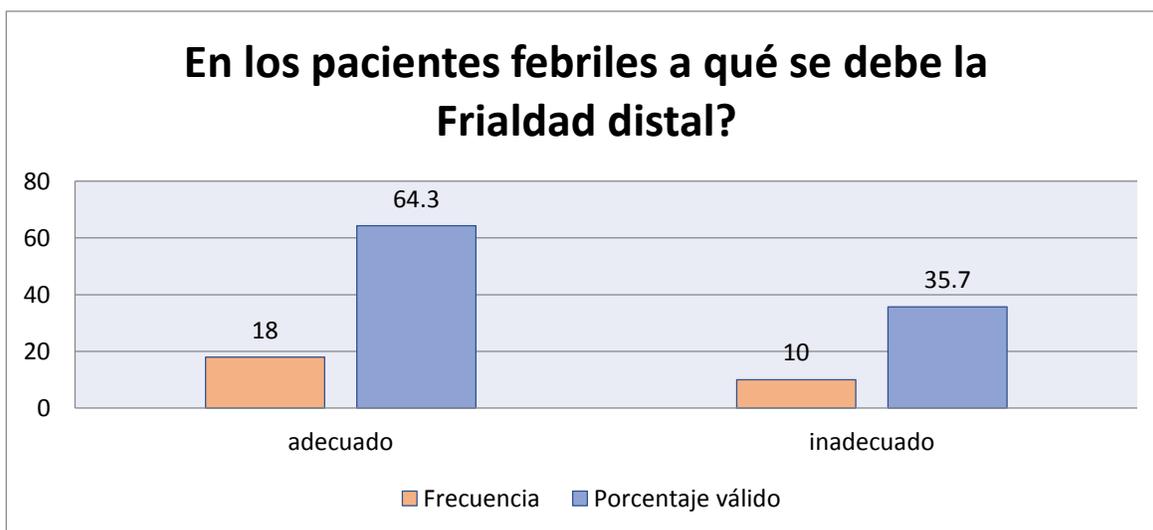
Fuente: Tabla 3

Gráfico 15. Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa, Octubre a Noviembre 2016.



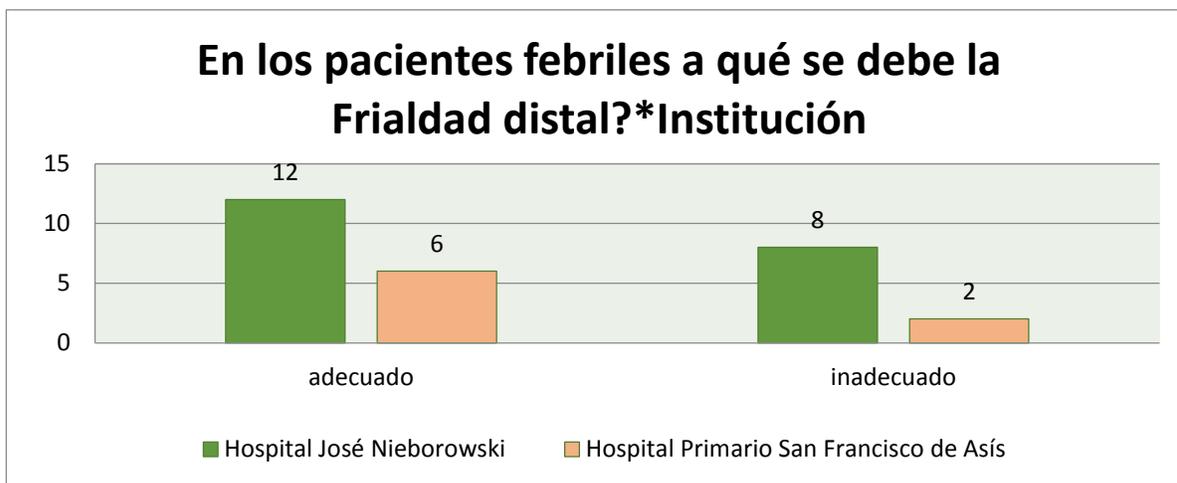
Fuente: Tabla 3.

Gráfico 16. Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa, Octubre a Noviembre 2016.



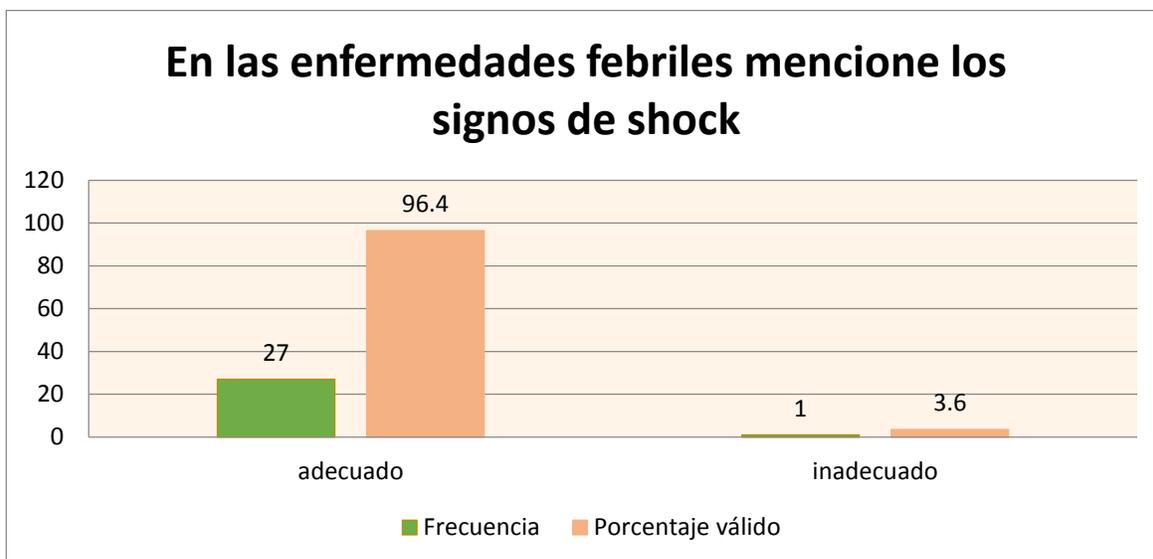
Fuente: Tabla 3.

Gráfico 17. Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa, Octubre a Noviembre 2016.



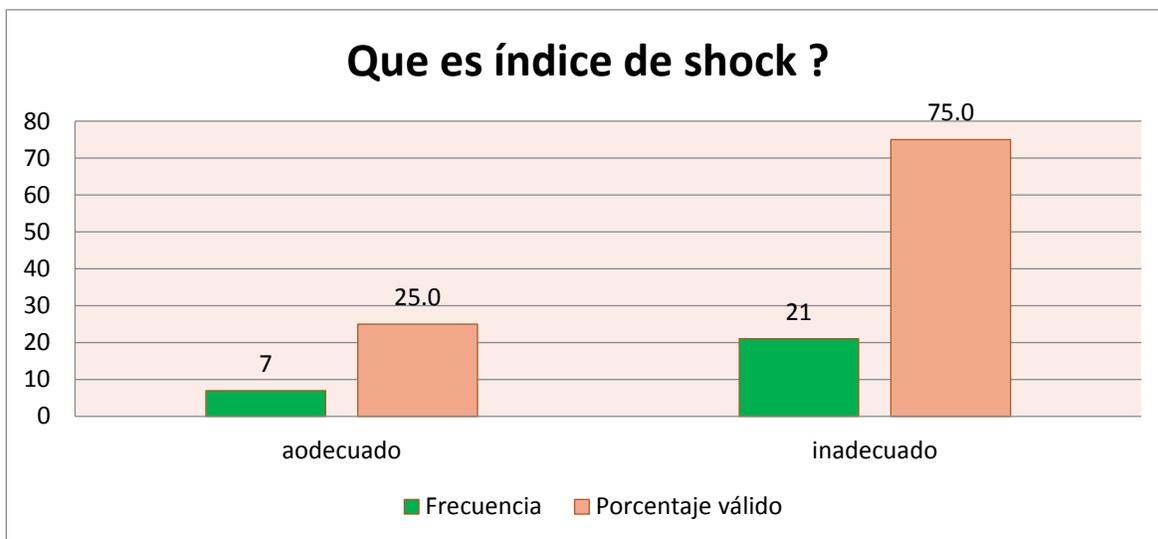
Fuente: Tabla 3.

Gráfico 18. Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa, Octubre a Noviembre 2016.



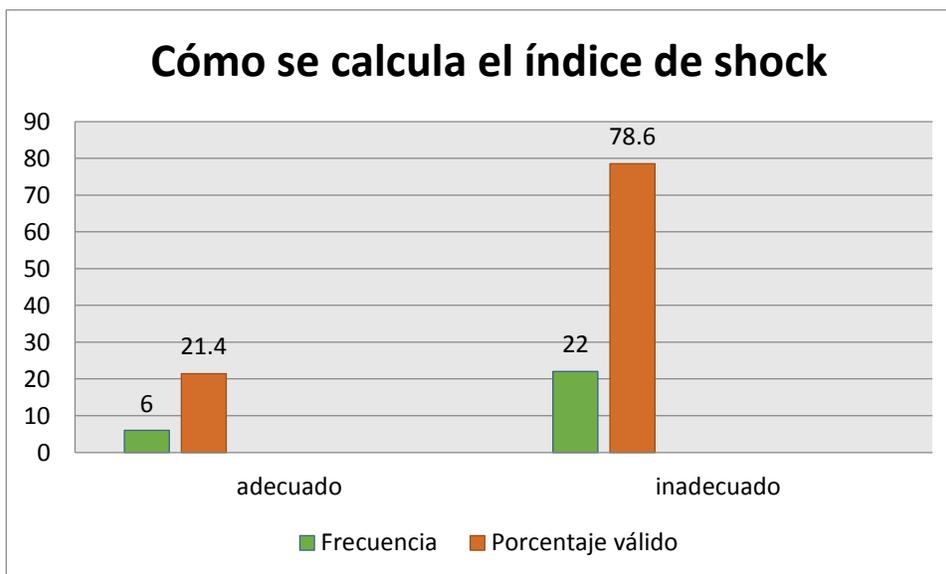
Fuente: Tabla 3.

Gráfico 19. Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa, Octubre a Noviembre 2016.



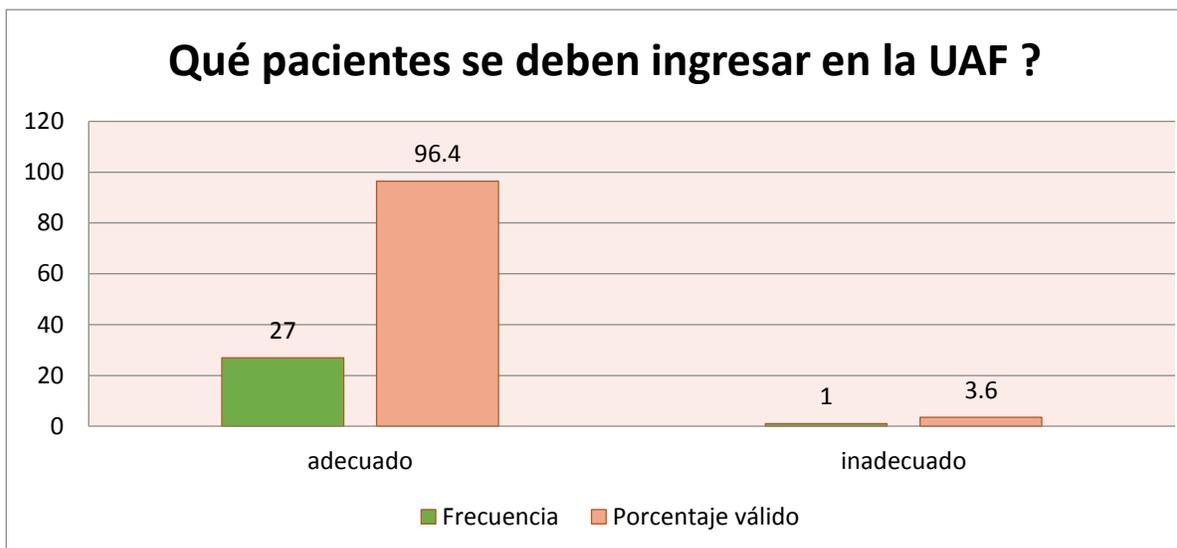
Fuente. Tabla 3.

Gráfico 20. Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa, Octubre a Noviembre 2016.



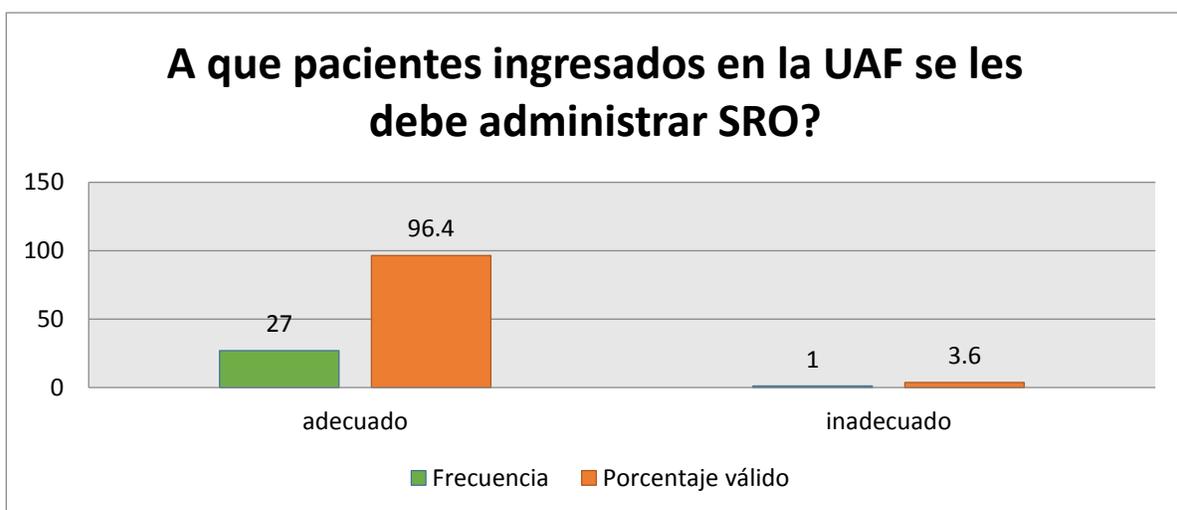
Fuente: Tabla 3

Gráfico 21 Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa , Octubre a Noviembre 2016.



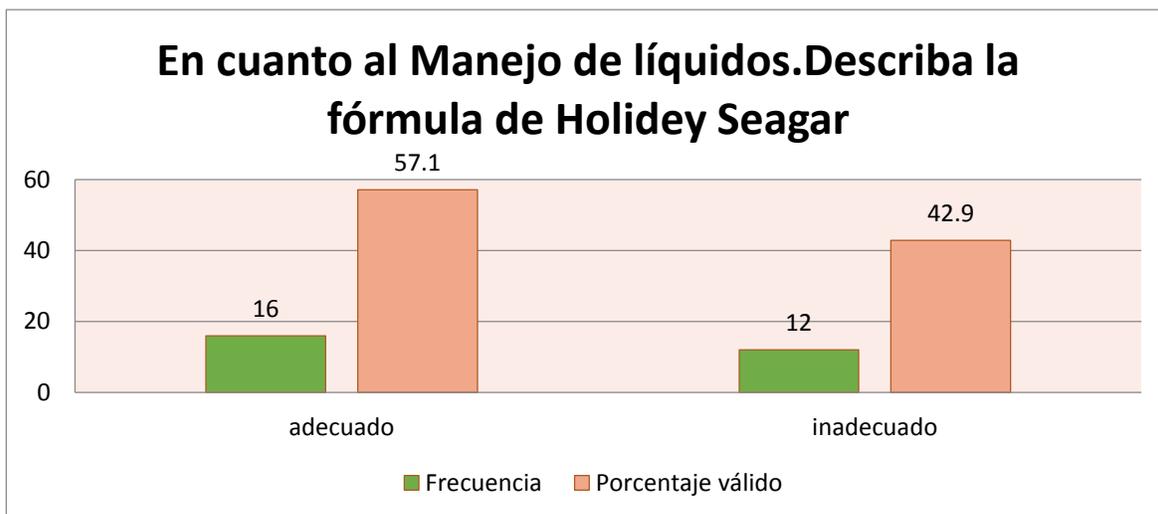
Fuente: Tabla 3.

Gráfico 22. Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa , Octubre a Noviembre 2016.



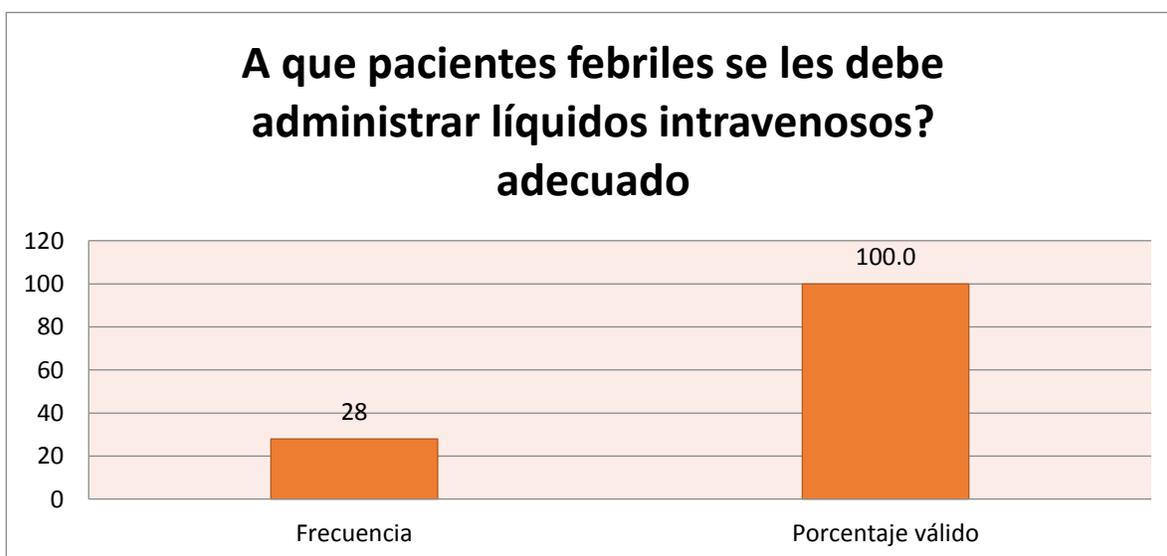
Fuente : Tabla 3.

Gráfico 23. Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa, Octubre a Noviembre 2016.



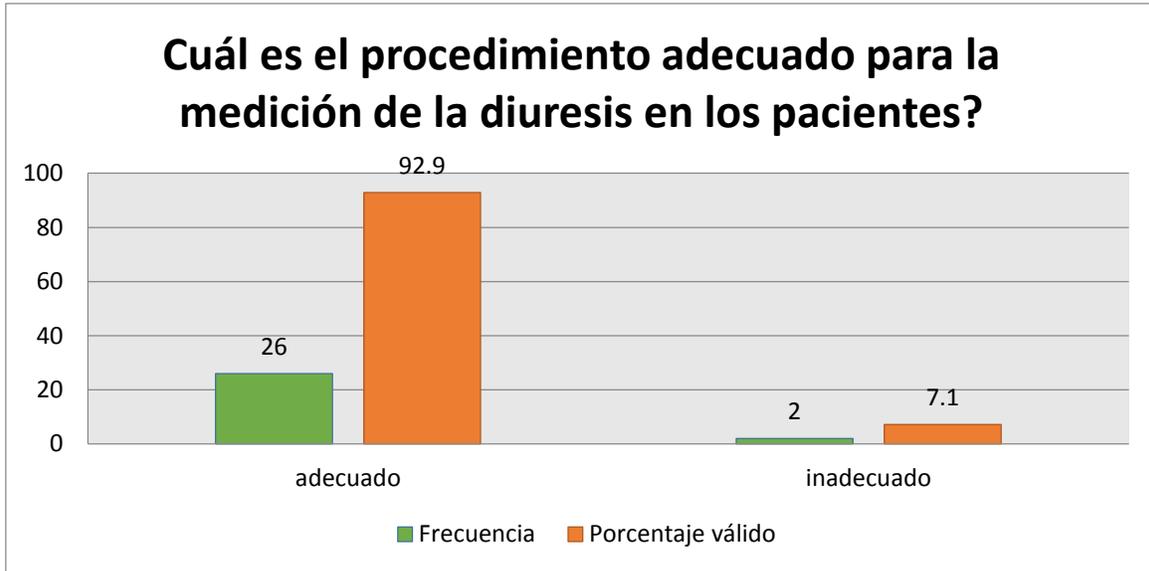
Fuente: Tabla 3.

Gráfico 24. Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa, Octubre a Noviembre 2016.



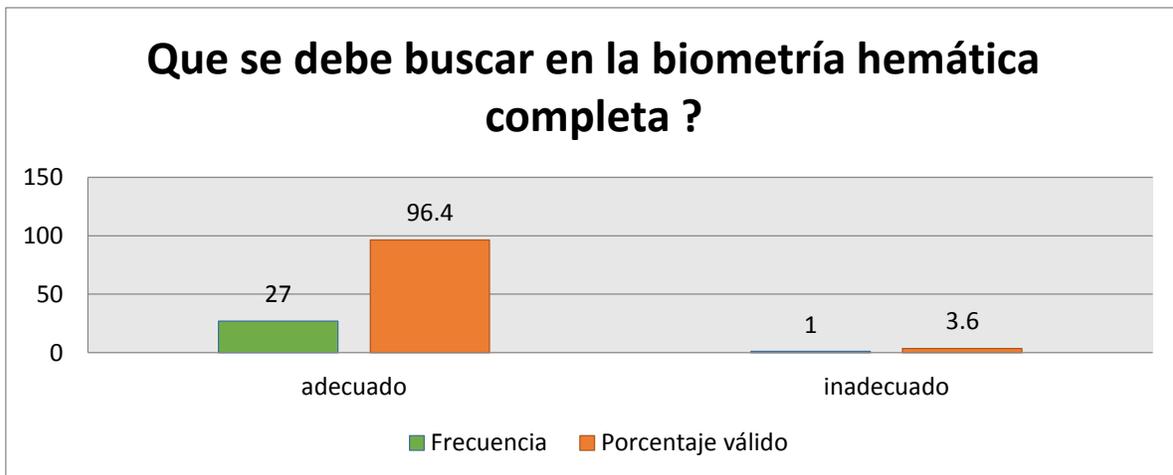
Fuente: Tabla 3.

Gráfico 25. Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa, Octubre a Noviembre 2016.



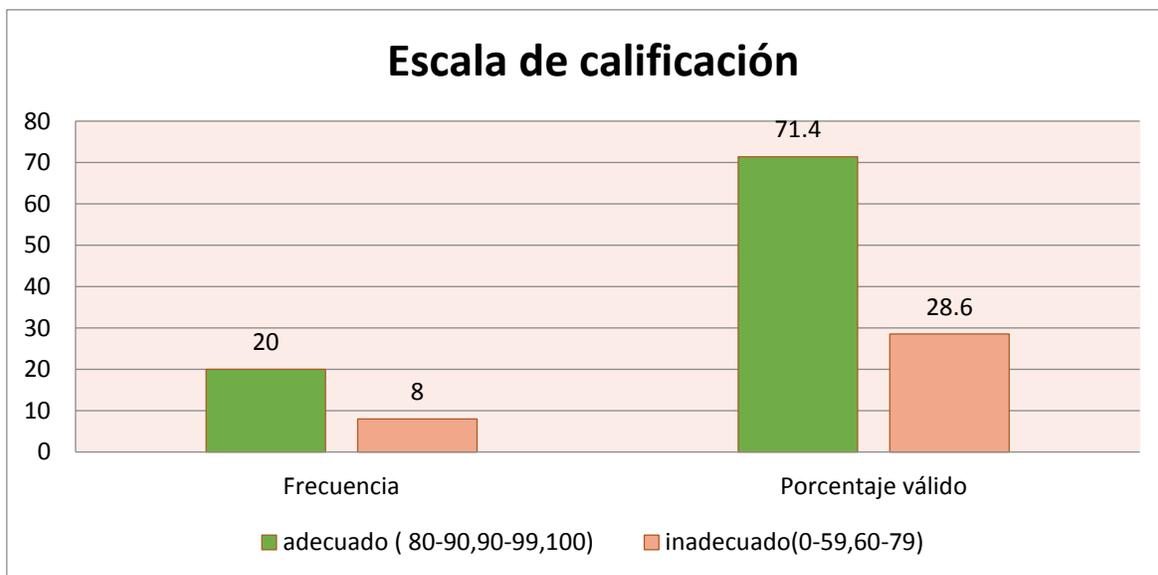
Fuente: Tabla 3.

Gráfico 26. Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa, Octubre a Noviembre 2016.



Fuente: Tabla 3

Gráfico 27 .Conocimientos del personal de salud en el manejo de los pacientes ingresados a la Unidad de Atención a Febriles del Hospital Departamental de Boaco José Nieborowski y el Hospital Primario San Francisco de Asís del Municipio de Camoapa , Octubre a Noviembre 2016.



Fuente: Tabla 3.