

Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila
José Aseff Yara
Policlínico Universitario Sur de Morón

**Intervención educativa sobre
Influencia Aviar en personal de salud. Área Sur.
Municipio Morón**

Autora: Lic. Odalys López Morales.
Master en Enfermedades Infecciosas.
Residente de 2do año en Enfermería Comunitaria.

Tutor: Dr. Norman Gutiérrez Villa.
Especialista de 1er grado en Higiene y Epidemiología.
Master en Enfermedades Infecciosas.
Profesor asistente adjunto a la FCM de Morón.

Asesora: Dra. Ilsa Marty Jiménez.
Especialista de 2do grado en MGI. Profesora asistente.

**TRABAJO DE TERMINACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO
DE ESPECIALISTA EN 1ER GRADO EN ENFERMERÍA
COMUNITARIA**

INDICE.

No.		Pág.
1.-	Introducción	1
2.-	Objetivos.	3
3.-	Marco teórico	4
4.-	Método.	11
5.-	Análisis y discusión de los resultados.	15
6.-	Conclusiones	24
7.-	Recomendaciones.	25
8.-	Referencias Bibliográficas.	26
9.-	Anexos	32

Resumen

Se realizó un estudio pre-experimental (antes-después) de intervención educativa con el objetivo de evaluar el impacto sobre Fiebre Aviar en los profesionales, pertenecientes a los consultorios del área de salud Sur del municipio Morón, para elevar los conocimientos sobre el tema, durante el período de enero a diciembre de 2008 y que realicen el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de la influenza. El Universo de trabajo estuvo constituido por 71 profesionales, donde se aplicaron encuestas y realizaron actividades del programa educativo, aplicándose el instrumento inicial, comprobándose los resultados antes y después de la intervención educativa. Del universo encuestado, el 90.1% eran femeninas, de ellas el 31.2% se encontraban en el grupo de edad de 35 a 39 años, 40,8% eran técnicos medios de enfermería, después de la intervención educativa el 91.5% reconocen que la influenza aviar es transmitida “por contacto estrecho con aves infectadas vivas”, entre los síntomas y signos sospechosos más referidos fueron “la tos” en el 95.7%, “la fiebre” y “la disnea grave” en el 100%; el 100% de los capacitados incorporan en sus conocimientos que el periodo de incubación oscila “entre 2 y 7 días”, también refieren que el “ingreso en Hospitales”, “notificación” y “tratamiento inmediato” son las conductas a seguir ante un caso sospechoso. La evaluación del nivel de conocimiento después de dicha intervención refleja que se logra que el 52.1% y el 43.6% adquirieron conocimientos de mediano y alto nivel respectivamente para una $p = 0.05\%$ de confiabilidad de pruebas de hipótesis, llegando a la conclusión de que hay significación, por lo que se aceptó la hipótesis trazada.

PALABRAS CLAVES: INTERVENCIÓN EDUCATIVA/ INFLUENCIA AVIAR

***“Que la dureza de estos tiempos no amarguen la ternura de
nuestros corazones”***

Raúl Castro Ruz

Dedico este trabajo:

✚ A mis padres: por su constante apoyo y dedicación durante toda mi vida.

✚ A mi esposo: por el amor, apoyo, dedicación y confianza que siempre me ha brindado. A mi tutor y mi asesora el Dr. Norman Gutiérrez Villa y Ilsa Marty Jiménez, por su esfuerzo, dedicación y ayuda en la terminación de mi trabajo.

✚ A la Revolución, a Fidel sin cuya presencia en esta hermosa obra de darle a cada cubano la oportunidad que se supere, no hubiera sido posible concluir esta especialidad.

✚ A mi hijo querido Alaín por ser el mejor regalo que la vida me ha dado y darme la alegría de vivir día a día.

La acción de agradecer es tan hermosa como la de crear. Esta acciona sobre los hombres como enzima que estimula el noble afán de dar sin intención de recibir. Sea el agradecimiento a aquellos que han colaborado en la realización de este trabajo.

En especial a mis profesores, el Dr. Norman Gutiérrez Villa y la Dra. Ilsa Marty Jiménez

A mi esposo e hijo que me apoyaron e incentivaron con su quehacer cotidiano estos esfuerzos.

Además a mis compañeros de trabajo que supieron brindar su apoyo para poder desempeñar con éxitos mis estudios y la realización de este trabajo. Y a todas aquellas personas que pusieron su granito de arena en esta obra.

Muchas Gracias.

Introducción

La gripe aviaria o gripe aviar, también llamada técnicamente influenza aviar, y comúnmente gripe del *pollo* y gripe de *los pájaros*, designa a una enfermedad viral de las aves, pero con el suficiente potencial como para infectar a distintas especies de mamíferos, incluido el ser humano, el cerdo o el gato doméstico. Fue identificada por primera vez en Italia a principios del siglo XX y hasta la fecha se ha manifestado en diversas partes del mundo. ^(1, 2, 3)

Un subtipo del virus de influenza aviar H5N1, que apareció en 1997 en Hong Kong, ha sido identificado como la fuente más probable de una futura pandemia de gripe humana

La peligrosa extensión de la gripe aviar, que ya ha causado la muerte a 60 personas, mantiene alerta a las autoridades sanitarias de Europa y de otros continentes que temen que la amenaza actual se convierta en una pandemia mundial como ocurrió en las primeras décadas del siglo pasado. ^(4, 5)

El Comisario europeo de Sanidad, Markos Kyprianou, aconsejó a los países comunitarios vacunar al máximo de población posible contra la gripe común, ya que es la "primera medida" que evitará una pandemia a causa de la gripe aviar.

Asimismo, Bruselas sugiere a las personas que viajen a estos dos países o a otros estados en los que se ha registrado la infección, que extremen las precauciones y eviten el contacto con granjas y con aves silvestres. ^(6, 7, 8, 9)

El virus H5N1 es el causante de los brotes que han acabado con millones de aves en Asia y han provocado 90 muertes humanas. Los episodios recientes de cepas víricas de origen animal que causan enfermedades en los seres humanos apoyan la opinión de los expertos de que una nueva pandemia es inevitable. Algunos modelos epidemiológicos proyectan que otra pandemia de gripe podría ocasionar entre 57 y 132 millones de consultas de pacientes ambulatorios, entre 1 y 2,3 millones de ingresos en hospitales y entre 280.000 y 650.000 defunciones en menos de dos años, tan sólo en los países industrializados. ^(10, 11, 2, 4)

Aunque no se considera factible detener la propagación de un virus de la influenza de carácter pandémico, la meta debe ser limitar la carga de morbilidad, reducir al mínimo los trastornos sociales y aminorar las pérdidas económicas. Para ello, la vigilancia virológica constituye el cimiento de los sistemas nacionales e internacionales de vigilancia de la influenza.

Hay 16 países de América que tienen centros nacionales para la vigilancia; a saber: Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, Estados Unidos, Jamaica, México, Perú, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela. Bolivia y Paraguay empezaron la notificación en 2000, pero no tienen centros nacionales de referencia certificados. ^(12, 13, 14, 15)

Pregunta de investigación: ¿Se incrementará el nivel de conocimiento significativamente sobre fiebre aviar en los profesionales del área de salud Sur de Morón después de aplicada una intervención educativa?

La hipótesis de dicha investigación:

Si se aplica una intervención educativa se incrementarán los conocimientos de los profesionales de la salud sobre la Influenza Aviar y se realizará un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Objetivos

1- Objetivo General

1.1- Evaluar el impacto de una intervención educativa sobre Fiebre Aviar en los profesionales del área de salud Sur del municipio Morón, para elevar los conocimientos sobre el tema.

2- Objetivos Específicos

2.1- Relacionar los profesionales de la muestra de acuerdo a las siguientes variables:

- Grupo de edad y Sexo.
- Profesión.

2.2- Valorar antes y después de la intervención educativa el conocimiento de las siguientes variables:

- Síntomas y signos sospechosos de Fiebre aviar.
- Vías de transmisión.
- Periodo de incubación.
- Conducta a seguir ante un caso sospechoso de Fiebre aviar.

2.3- Evaluar el nivel de conocimiento general de los profesionales de la salud encuestados antes y después de la intervención educativa.

Marco teórico

La gripe es una infección de las vías respiratorias de origen viral. Actualmente se distinguen tres tipos de virus de la gripe: A, B, y C, según las características de su estructura. El tipo A es el que se presenta con mayor frecuencia. ^(1, 2)

Los virus de la gripe aviaria forman parte del género Influenza virus A de la familia *Orthomyxoviridae* y son virus ARN segmentados, de cadena negativa. Esta familia incluye varios virus clasificados en tres tipos, A, B ó C, basándose en el carácter antigénico de una nucleoproteína interna. El tipo A es el único que provoca infecciones naturales en las aves. Los tipos B y C infectan de modo primario a humanos, y ocasionalmente cerdos. ^(1, 2, 3, 4, 5)

Los niños de corta edad pueden sufrir tres o cuatro de estas infecciones al año, y es raro el adulto que escapa sin sufrir alguna.

Las góticas expulsadas al toser y estornudar por los individuos que la padecen, son las principales responsables de la transmisión del virus de la gripe a personas susceptibles.

El virus se multiplica en las vías respiratorias, alcanzando su máxima concentración en las secreciones a los 2 ó 3 días de la infección. Deja de ser detectable después de unos 7 días, aunque los niños infectados por primera vez pueden eliminarlo durante 2 semanas. ^(12, 13, 14)

En los climas templados, la gripe es una enfermedad de los meses fríos que suele presentarse de forma epidémica. ⁽¹⁴⁾

Los virus de la gripe pueden originar un amplio espectro de manifestaciones clínicas, que comprenden desde la infección sin síntomas hasta una neumonía viral grave. La mayor gravedad tiende a asociarse al tipo A. El período de incubación es variable entre 1 y 5 días. ^(15, 16, 1, 2, 5)

Esta enfermedad suele iniciarse bruscamente con faringitis, dolores de cabeza, escalofríos y tos seca, con fiebre alta (que tiende a ser más elevada en niños), dolores musculares, profundo malestar general y falta de apetito. A veces se observa obstrucción nasal, eliminación de secreciones acuosas por la nariz, estornudos y molestias oculares. La fiebre comienza a descender hacia el

segundo o tercer día y no es frecuente más allá del sexto día. La tos y la debilidad general pueden persistir varias semanas luego del contagio. Se presenta con mayor frecuencia y gravedad en personas fumadoras. ^(17, 18, 19, 20, 5, 6, 8)

En los niños, las manifestaciones clínicas son similares, pero algunas diferencias son evidentes. La frecuencia de manifestaciones gastrointestinales como vómitos y dolor abdominal es relativamente elevada. ^(20, 21)

Entre las complicaciones que pueden aparecer se destaca la neumonía viral, en el 25% de los casos, siendo muy frecuente en mujeres embarazadas. En la actualidad, la vacunación es la medida preventiva más eficaz, aunque su eficacia es relativa, puesto que sólo evita la enfermedad en el 60-80% de los vacunados. La vacuna se administra en una sola dosis, pero es conveniente revacunar cada otoño, antes de que comience la epidemia invernal. En los individuos jóvenes tiende a ser más eficaz y evita mejor las complicaciones y la mala evolución clínica que en los ancianos. ^(22, 23, 24, 11)

El embarazo no contraindica el uso de la vacuna, aunque tampoco es una indicación absoluta. La vacuna anual está especialmente indicada en personas susceptibles, aunque puede administrarse a cualquier persona que lo desee. ⁽²⁵⁾

Cuando comienzan los inviernos, en diciembre y julio respectivamente para los hemisferios Norte y Sur, la alarma por posibles epidemias de gripe (o influenza) se enciende. Las organizaciones internacionales como OMS y OPS (*) ofrecen sus recomendaciones y cooperación con los países para poder afrontar sus consecuencias. Según la Organización Panamericana de la Salud, una epidemia de gripe afecta entre el 10% y 20% en la población general y supera el 50% en comunidades cerradas, como los hogares. ^(26, 27, 28, 15)

Se sabe muy poco acerca de la importancia que la influenza tiene para la salud pública en las zonas tropicales, donde la transmisión vírica puede ocurrir durante todo el año.

En Estados Unidos, más del 90% de las defunciones relacionadas con esta enfermedad ocurren entre las personas de más de 65 años de edad. ^(29, 30)

Las hospitalizaciones se dan sobre todo en los subgrupos de población situados en los extremos de la escala de edad, y en las personas que previamente padecen afecciones crónicas respiratorias o cardiovasculares. ^(4, 6)

Los episodios recientes de cepas víricas de origen animal, que causan enfermedades en los seres humanos, apoyan la opinión de los expertos de que una nueva pandemia es inevitable.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) advirtió del posible riesgo para la salud humana que significa la altamente patógena cepa H5N1 de la gripe aviar, peligrosa por su capacidad de mutar rápidamente y su tendencia a adquirir genes de virus que afectan a otros animales. ⁽²⁹⁾

Muchos son los temores que ha despertado la aparición de brotes fuera de Asia, donde se registraron los primeros casos en diciembre del 2003, en que murieron poco más de 90 personas infectadas precisamente con el subtipo H5N1. ^(30, 31, 32, 33, 12)

Autoridades sanitarias mundiales miran con preocupación los casos confirmados en Rusia, Turquía, Rumania o Croacia, mientras que la incertidumbre en torno a la virosis siguen en aumento. ^(34, 35)

De acuerdo con la OMS, en caso de que se produzca una mutación del virus y este se vuelva fácilmente contagioso para los humanos, podría estallar una epidemia que mate tantas personas o más que la influenza en 1918, la cual costó la vida a 50 millones. ^(36, 25, 28)

Esta infección está ocasionada por cepas A del virus de la gripe y fue detectada por primera vez en Italia hace más de una centuria. Todas las aves son susceptibles de contraer la enfermedad, pero las de corral presentan mayor vulnerabilidad que las migratorias acuáticas en particular. Los patos salvajes, de forma natural es el principal hospedero de los virus de la gripe aviar. ⁽³⁷⁾

De la enfermedad se conocen 15 subtipos que infectan a las aves, lo cual constituye un amplio reservorio de virus gripales potencialmente circulantes en las poblaciones de aves. Hasta el momento, los virus hiperpatógenos han sido ocasionados por los subtipos H5 y H7 de la cepa A del virus, según la OMS. ^(38, 29)

En ocasiones virus de baja patogenicidad se han vuelto letales transcurridos algunos meses, explica la OMS. Así ocurrió en Estados Unidos en 1983 y 1984: la cepa H5N2 de la gripe causó inicialmente una baja mortalidad, pero en solo seis meses adquirió una alta virulencia, con una mortalidad cercana al 90 por ciento. ^(39, 40)

Las autoridades sanitarias se vieron obligadas entonces a sacrificar más de 17 millones de aves, lo que costó alrededor de 65 millones de dólares. ⁽⁴¹⁾

En Italia la cepa H7N1 tuvo en un inicio, baja patogenicidad, pero transcurridos nueve meses se volvió altamente peligrosa, por lo que 13 millones de aves, murieron o tuvieron que ser sacrificadas. ⁽⁴²⁾

El contacto de las aves domésticas con las migratorias, representa una causa frecuente de las epidemias y los mercados de animales vivos son otro eslabón importante en su propagación. ^(42, 43, 25, 26)

Por esa razón, en países como Suiza, en algunas regiones de Francia, Bélgica y Gran Bretaña se decretó el confinamiento preventivo de aves domésticas y se prohibió su exposición en los mercados. Aunque África todavía ha reportado brotes de la epizootia, se teme que aparezcan con la llegada de las aves migratorias desde algunos puntos de Europa. ^(8, 10)

Las consecuencias serían mucho más severas que en Asia, porque la enfermedad podría volverse endémica a causa de que muy pocos países del continente están preparados para enfrentarla. ⁽⁴⁴⁾

La epizootia no haría más que agravar el hambre en ese continente, donde las personas conviven junto a sus animales de corral, declaró el secretario general de las Naciones Unidas, Kofi Annan. ^(45, 46, 47)

Peligro para el hombre

De acuerdo con la OMS, los virus de la gripe tipo A, incluso los que afectan a los humanos, están adaptados para burlar las defensas del organismo. Estos carecen de los mecanismos de corrección de errores que operan durante la replicación.⁽⁴⁸⁾

De esa forma la composición genética del virus cambia, conforme se replica en el hombre y los animales y la cepa inicial se ve reemplazada por una nueva variante antigénica.⁽⁴⁸⁾

Otra característica muy preocupante de la cepa gripal A es que puede intercambiar o recombinar el material genético y fusionarse, proceso llamado cambio antigénico, que desemboca en un subtipo diferente de los dos virus originales, ante el cual el organismo está desprotegido.⁽⁴⁸⁾

Para que ello ocurra, el nuevo subtipo ha de poseer genes de los virus de la gripe humana que le permitan transmitirse fácilmente de una persona a otra durante períodos sostenibles, según la OMS.^(49, 50, 51)

Los síntomas que provoca la gripe aviar en humanos son fiebre, dolor de garganta y tos, en los casos mortales disnea grave por neumonía vírica.

Hasta ahora, no existe una vacuna contra la enfermedad, pero muchos países toman medidas preventivas, como prohibir la importación de carne y aves procedentes de los países afectados y la producción de potentes antivirales como el Tamiflu, de patente suiza.

El consumo de pollos y huevos bien cocinados, no resulta peligroso para la salud humana, pues el virus se destruye a temperaturas superiores a 70 grados Celsius.^(5, 16, 24, 30)

La temida mutación del virus causante de la gripe aviar aún no se ha producido, pero la comunidad internacional se mantiene alerta para evitar una epidemia entre humanos de proporciones inimaginables.

Una vacuna experimental para prevenir la influenza aviar fue probada con relativo éxito en humanos, pero su disponibilidad en cantidades masivas para prevenir una epidemia mundial es aún lejana, informó el gobierno estadounidense. La vacuna fue desarrollada a partir de huevos de gallina por la farmacéutica francesa Sanofi-Aventis y análisis iniciales en personas menores de sesenta y cinco años han mostrado una respuesta positiva del sistema inmunológico para combatir el mal, indicó el doctor Anthony Fauci. "Es un logro importante de un plan más amplio sobre como prevenir a un país para una pandemia de influenza", dijo Fauci, director del Instituto Nacional para Alergias y Enfermedades Infecciosas. El funcionario, considerado la principal autoridad científica en la medicina estadounidense, advirtió que a pesar de lo prometedores que son los resultados, el gran reto es la producción en masa de la vacuna. ⁽⁵²⁾

El funcionario recomendó a todos los gobiernos del Viejo Continente seguir los dictámenes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la necesidad de vacunar contra la gripe común y recordó que en estos momentos no existe una vacunación contra la gripe aviar en humanos, pues la amenaza de la enfermedad radica en que se produzca una "mutación" y que se propague de humanos a humanos (la gripe avícola actual no se contagia así y sólo afecta a las personas si están en contacto con los animales). Además, Bruselas acelerará las discusiones con las industrias para asegurar el abastecimiento de vacunas y de medicamentos. ⁽⁵³⁾

Kyprianou calculó que podría haber una nueva vacunación en 6 u 8 meses. El comisario dijo que según los resultados de los laboratorios de referencia de la UE, situados en el Reino Unido, el virus altamente peligroso detectado en Turquía tiene relación directa con los encontrados en Rusia, Mongolia y China. Es similar a los registrados en Siberia (Rusia), lo que refuerza las ideas sobre el riesgo de las aves migratorias como propagadoras de la enfermedad. ⁽⁵³⁾

La influenza aviar que ha causado la muerte a más de 90 personas desde el 2003 en Asia, en particular en China, Tailandia y el oriente de Rusia, es conocida en la comunidad científica como "H5N1", y fue transmitida por ingestión o contacto con pollos infectados. Millones de aves infectadas han sido

sacrificadas en los últimos dos años en esas y otras naciones del área, en un intento por prevenir un contagio masivo. Hasta ahora no existe evidencia de que esta cepa de influenza se transmita entre humanos, pero los científicos temen que una mutación del virus desate el contagio entre humanos y genere una pandemia global en cuestión de semanas o meses.

Alcance Comunitario de la intervención educativa:

La intervención educativa que se propone realizar en nuestra investigación a los profesionales que laboran en los consultorios del medico de la familia del área de salud Sur es con el objetivo de evaluar el impacto de la intervención educativa sobre fiebre aviar, para elevar el nivel de conocimiento de dichos profesionales sobre el tema y de esa forma aumentar la calidad de vida de la población moronense.

Método

Se realizó un estudio pre-experimental (antes-después) de intervención educativa con el objetivo de evaluar el impacto de una intervención educativa sobre Fiebre Aviar en los profesionales (Médicos y enfermeras de la familia) pertenecientes a los consultorios del área de salud Sur del municipio Morón, para elevar los conocimientos sobre el tema, durante el período de enero del 2008 hasta diciembre del 2008

Esta investigación se realizó con el consentimiento informado de los profesionales de la salud, los cuales se comprometieron con no divulgar la información. (Anexo 1)

El Universo de trabajo estuvo constituido por 71 profesionales (médicos y enfermeras de la familia) pertenecientes a los consultorios del área de salud, municipio y periodo antes mencionado; a los mismos se le aplicó una encuesta (anexo No.2) previa discusión y aprobación por los autores del trabajo (la cual se validó en un pilotaje del 10% del total de profesionales que intervinieron en el estudio de acuerdo a los objetivos propuesto por nuestros investigadores). A los mismos se le realizaron diferentes actividades del programa educativo (anexo No. 3) y después se aplicó el instrumento inicial y se comprobó los resultados obtenidos antes y después de la intervención educativa.

Las variables que se utilizaron en el estudio fueron: grupos de edad y sexo, profesión, síntomas y signos sospechosos de Fiebre Aviar, vías de transmisión, periodo de incubación y conducta a seguir ante un caso confirmado de Fiebre Aviar.

El programa educativo (anexo No. 3) contó con ocho sesiones donde se trabajó con las variables antes mencionada mediante conferencia, videos-debate, técnicas reflexivas y técnicas participativas. Las sesiones fueron quincenales y se evaluó el aumento del nivel de conocimiento adquirido sobre diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la Fiebre Aviar mediante la aplicación del instrumento.

La estrategia metodológica del trabajo se basó en principios, categorías y leyes del materialismo dialéctico y del método científico, aplicados al estudio de una parte de la realidad social.

Los métodos aplicados durante la investigación fueron:

Métodos del nivel teórico:

- Análisis – síntesis: Permitió penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.
- Análisis histórico –lógico: Se seleccionó con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el decursar de su historia, por lo que se empleó para indagar sobre la fiebre aviar.
- Inducción – deducción: Se establecieron generalizaciones que confirman empíricamente la hipótesis.
- Hipotético –deductivo: Dedujo una hipótesis como respuesta al problema.

Métodos empíricos tenemos:

- La observación: Mediante la misma se conoció la realidad del proceso, para así diagnosticar y poder aplicar un programa de intervención educativa que logró resolver el objetivo de la investigación.

Se utilizan diferentes técnicas, tales como:

- La encuesta o instrumento: Dadas sus características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó a los profesionales de la salud que intervinieron en el estudio para saber los conocimientos que tienen los mismos acerca de la influenza aviar.
- El procesamiento estadístico: Se utilizó para comparar los datos obtenidos como resultado del instrumento aplicado; el procesamiento se realizó en una microcomputadora PENTIUM, utilizando el paquete

estadístico SPSS para Windows y se realizó la validación y revisión de la misma, como medida de resumen de la información se utilizó los porcentajes (%) y como medida de significación estadística se usó el (Chi cuadrado (X^2)). Los resultados se expresaron en forma de tablas estadísticas los que se analizaron en correspondencia con los objetivos propuestos para emitir las conclusiones.

Para el procesamiento estadístico de la prueba de hipótesis se plantea que:
Si Chi-cuadrado calculado (X^2) es mayor que la Chi-Cuadrado Tabulado ($X^2_{(0.05)^{(n-1)(k-1)}}$) entonces rechazamos H_0 y aceptamos H_1

H_0 : No hay significación estadística

H_1 : Hay significación estadística

Conceptualización y operacionalización de las variables:

VARIABLE DEPENDIENTE:

Conocimiento sobre Fiebre Aviar: La adquisición de conocimientos relacionado con la influenza aviar durante su labor como profesional en cuanto a temas como: los síntomas y signos sospechosos de la enfermedad, las vías por la que se puede enfermar una persona con influenza aviar, el periodo de incubación y la conducta a seguir ante la confirmación de un caso de influenza aviar.

A partir de estos se operacionalizó dicha variable y se establecieron las dimensiones y los indicadores, así como la técnica o ítem que evaluó los mismos (anexo No. 4)

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Intervención educativa: Sistema de actividades educativas efectiva para lograr cambios en el nivel de conocimiento de los profesionales de la salud; Debe estar centrado en el sujeto (el profesional de la salud), implicándolo afectivamente, con una comunicación horizontal.

Variables	Tipo	Operacionalización	
		Escalas	Descripción
Edad	Cuantitativo	Entre 20 y 24 Entre 25 y 29 Entre 30 y 34 Entre 35 y 39 Entre 40 y 45 Más de 45	Según último año cumplido
Ocupación	Cuantitativo	-Médico General Integral -Especialista -Técnico de Enfermería -Licenciada en enfermería	Según certificado de graduado.
sexo	Cualitativo	Masculino Femenina	Según sexo biológico

Aspectos Éticos

Se redactó un informe final teniendo en cuenta los requisitos establecidos por el departamento de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila, cumpliendo con el resguardo de la información personal de cada participante, además de cumplir con los requisitos docentes en estos casos.

Control Semántico

Influencia aviar: Es una enfermedad viral de las aves, pero con el suficiente potencial como para infectar a distintas especies de mamíferos, incluido el ser humano, el cerdo o el gato doméstico. Fue identificada por primera vez en Italia a principios del siglo XX y hasta la fecha se ha manifestado en diversas partes del mundo.

Análisis y discusión de los resultados

Intervención educativa sobre Influenza Aviar en personal de salud municipio Morón

Tabla No.1: Distribución de los médicos y enfermeras encuestados del policlínico Sur en el municipio Morón según edad y sexo durante el período de enero del 2008 hasta diciembre del 2008.

Grupo de edad (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenina		No.	%
	No.	%	No.	%		
20-24	3	42.8	5	7.8	8	11.2
25-29	-	-	7	10.9	7	9.9
30-34	-	-	16	25	16	22.5
35-39	3	42.8	20	31.2	23	32.3
40 - 45	1	14.3	16	25	17	23.9
45 y más	-	-	-	-	-	-
Total	7	9.9	64	90.1	71	100.0

Fuente: Encuesta

La tabla No.1. Muestra la distribución de los médicos y enfermeras de la familia del policlínico Sur en el municipio Morón. Durante el período de enero del 2008 hasta diciembre del 2008 según edad y sexo. Del total de encuestado 71, el 90.1% (64 encuestados) son del sexo femenino, de ellas el 31,2% (20 Fémimas) se encuentran en el grupo de edad de 35 – 39 años, seguido por el de 30-34 y 40 y más con un 25% que representan 16 encuestados respectivamente.

De los 7 masculinos, el 42,8%(3) se encuentra en los grupos de edades de 20-24 y 35-39 años respectivamente. Del total de encuestados 71; el 32,3% (23) se encuentran en el grupo de edad de 35-39 años.

Tabla No.2: Distribución de los encuestados según profesión

Profesión	Total	
	No.	%
Médico General Integral	14	19.7
Especialista	17	24
Téc. Medio de Enfermería	29	40.8
Lic en Enfermería	11	15.5
Total	71	100.0

En cuanto a la distribución de los encuestados según profesión (tabla No.2). De 71 encuestados el 40.8% (29) son Técnico medio de enfermería, seguido por el 24% (17encuestados) que son especialistas y el 19.7% (14) Médico general Integral.

Tabla No.3: Conocimiento de los encuestados antes y después de la intervención educativa según vía de transmisión de la influenza aviar.

Vías de transmisión	Total (n=71)			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Por contacto directo con un enfermo.	36	50.7	6	8.5
Por contacto estrecho con aves infectadas vivas.	22	30.9	65	91.5
Por relaciones sexuales	-	-	-	-
Por vía oral cuando se ingiere pollo.	13	18.3	-	-

Con respecto al conocimiento de los encuestados antes y después de la intervención educativa sobre vías de transmisión de la influenza aviar (Tabla No.3) podemos apreciar que de un total de 71 profesional encuestados, el 50.7% (36 encuestados) refieren que la influenza aviar es transmitida por “contacto directo con un enfermo”; seguido por el 30.9%(22) que refieren “por contacto estrecho con aves infectada vivas”; en el modelo antes ya que después de la intervención educativa el 91.5% (65 encuestados) reconocen que la influenza aviar es transmitida al hombre cuando éste se pone en contacto estrecho con aves infectadas vivas, y solo 6 para un 8.5% refieren que se transmite por contacto directo con un enfermo, cuestión esta que no se ha demostrado hasta ahora .

Resultados semejantes al nuestro fue encontrado por Van Voris y colaboradores en 1981⁽²³⁾ y por Whitley RJ y colaboradores en niños que enfermaron por contacto directo con aves infestadas vivas, los cuales contaban con el conocimiento de que era la forma de infestarse⁽²⁵⁾.

Sin embargo, en relación con el conocimiento sobre la fiebre aviar y su forma de transmisión en la intervención magistral de La Rosa AM en el 39º Congreso Anual de la Infectious Diseases Society of America en San Francisco, California, en el 2001 hacen un llamado a incrementar dichos conocimientos en los profesionales de la salud del mundo debido a la pandemia que se estaba extendiendo⁽³⁷⁾.

Tabla No.4: Conocimiento de los encuestados antes y después sobre síntomas y signos sospechosos de la enfermedad aviar.

Síntomas y signos sospechosos	Total (n=71)			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Fiebre	69	97.2	71	100.0
Diarrea.	8	11.3	-	-
Dolor de garganta	39	54.9	51	71.8
Pérdida del apetito.	42	59.1	25	35.2
Disnea grave	39	54.9	71	100.0
Tos	51	71.8	68	95.7

Sobre los conocimientos de los encuestados antes y después de la intervención en cuanto ha síntomas y signo sospechoso de la enfermedad aviar (Tabla No.4) podemos apreciar que antes de la intervención el 97.2% (69 encuestados) refirieron que la fiebre es un síntoma sospechoso; seguido por el 71.8% (51) y el 59.1% (42) que refirieron la Tos y la perdida de apetito como otros síntomas y signos sospechosos del la infección aviar en el humano respectivamente, después de la intervención el 100.0% (71 encuestados) refirieron la fiebre y la disnea grave; seguida por el 95,7% (68profesionales) y 71.8% (51) que refieren la “ Tos” y “ dolor de garganta” respectivamente.

Solamente el 35.2% (25 encuestados) en el modelo después mantienen en su conocimiento que la “pérdida de apetito” es uno de los síntomas y signos sospechosos de la influenza aviar.

Dicho resultados se asemejan a los encontrados por el Hayden y colaboradores en sus estudios de la prevención familiar durante el 2000 donde más del 95% de los encuestados reconocieron los síntomas y signos más comunes de la infección por el virus que causa la influenza aviar después de la intervención comunitaria ⁽²⁸⁾.

Resultados semejantes al nuestro se expuso por La Rosa y colaboradores en el 39º Congreso Anual de la Infectious Diseases Society of America en San Francisco, California, en el 2001 que más del 95% de los infectados en el mundo presentaban la tos, fiebre y disnea grave ⁽³⁷⁾.

Tabla No.5: Reconocimiento por los profesionales de la salud (antes y después) sobre período de incubación de la influenza aviar.

Período de Incubación	Total (n=71)			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
De 2 a 7 Día	58	81.6	71	100.0
De 1 a 2 meses.	5	7.0	-	-
De 3 a 5 meses	7	9.8	-	-
Un año.	1	1.4	-	-

En la tabla No. 5 podemos apreciar la distribución de los profesionales de la salud antes y después de la intervención educativa sobre el período de incubación de la influenza aviar. Del total de encuestados (71); el 81.6% (58) refirieron que el período de incubación es “de 2 a 7 días” y el 18.3% (13 encuestados) no reconocieron correctamente dicho período (antes) por que después de la intervención fueron reconocidos por el 100.0% (71 encuestados), es decir el 18.3% (13 encuestados) incorporaron en sus conocimientos correctamente el período de incubación de la influenza aviar y el resto reforzaron sus conocimientos.

Los resultados obtenidos después de la intervención en cuanto al periodo de incubación de la influenza aviar donde el 100.0% de los educados incorporan en sus conocimientos lo expresado en el plan de acción para el enfrentamiento de la pandemia de la influenza en Ginebra durante 2004, que el periodo de incubación de la infección es de dos a siete días ⁽⁷⁾.

Tabla No.6: Conocimiento sobre conducta a seguir ante un caso sospechoso de influenza aviar, antes y después de la intervención.

Conducta a seguir	Total (n=71)			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Ingreso en Hospital	42	59.1	71	100.0
Aislamiento por 7 día después de los síntomas.	17	23.9	49	69.0
Notificación	67	94.3	71	100.0
Orientar desinfección de las secreciones.	17	23.9	10	14.0
Evaluación por el grupo operativo provincial	42	59.1	49	69.0
Quimioprofilaxis	9	12.6	9	12.6
Tratamiento inmediato	28	39.4	71	100.0
Destruir los animales infectados y sospechosos	54	76.0	63	88.7
Toma de muestra para estudio virológico	57	80.2	68	95.7

Con respecto al conocimiento sobre “conducta a seguir ante un caso sospechoso de influenza aviar” antes y después de la intervención (Tabla No.6) podemos apreciar que de un total de 71 profesional antes de la intervención, el 94.3% (67 encuestados) refirieron que se debe “notificar” inmediatamente, seguido por el 80.2 y 76.0% que representan 57 y 54 encuestados que refieren “la toma de muestra para estudio virológico” y “destruir los animales infectados y sospechosos” respectivamente son otros de las conductas a seguir ante un caso sospechoso de influenza aviar.

Después de la intervención educativa los profesionales adquirieron conocimiento sobre la conducta a seguir ante un caso sospechoso de influenza aviar ya que el 100.0% (71 encuestados) refieren que se tiene que “ingresar en Hospital”, “notificarlo” y ponerle “tratamiento inmediato” respectivamente,

seguido por el 95.7% (68 encuestados) y el 88.7% (63) que reconocen que se debe “ tomar muestra para estudio virológico” y “destruir los animales infectados y sospechosos” respectivamente.

También podemos apreciar que las demás medidas de conductas a seguir como son el “aislamiento por 7 días después de los síntomas” y la “evaluación por el grupo operativo provincial” fueron incorporados en sus conocimientos después de la intervención educativa en los profesionales de la muestra en un 69% (49 encuestados) respectivamente.

Estos resultados se corresponden con los realizados por Mc Kimn-Breschkin JL y colaboradores en el 2000; donde hacen referencia que el 100% de su muestra de estudio reconocen el ingreso hospitalario, notificación y el tratamiento inmediato como conducta a seguir para disminuir la resistencia a la influenza aviar ⁽³⁸⁾.

Tabla No.7: Evaluación del nivel de conocimiento de los profesionales de la salud del policlínico Sur del municipio Morón sobre influenza aviar.

Evaluación del conocimiento	Total			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Alto	-	-	31	43.6
Medio	25	35.2	37	52.2
Bajo	46	64.8	3	4.2
Total	71	100.0	71	100.0

$$X^2 = 601.1 \quad X^2_{(0.05)}^{(2)} = 5.99 \quad p = 0.05 \quad X^2 > X^2_{(0.05)}^{(2)}$$

Con respecto a la tabla No. 7 podemos apreciar la evaluación del nivel de conocimiento de los profesionales de la salud del policlínico Sur, en el municipio Morón antes y después de la intervención educativa. En el modelo

antes podemos ver que el 64.8% (46 encuestados) presentaban niveles de conocimientos bajos, seguido por el 35.2% (25 profesionales) con nivel medio.

Después de la intervención educativa el 52.2% (37 encuestados) adquirieron conocimientos medios seguidos por el 43.6% (31) con altos conocimientos y solamente 3 para un 4.2% se mantuvieron con bajos conocimientos.

Para el 95% (0.05) de confiabilidad de prueba de hipótesis se rechaza H_0 y aceptamos H_1 por lo que hay significación estadística y existe una marcada relación entre el antes y después; es decir los profesionales que recibieron la intervención educativa sobre influencia aviar adquirieron conocimientos entre medio y alto.

Conclusiones

Hemos llegado a la conclusión de aceptar la Hipótesis trazada en nuestra investigación, ya que a través de la aplicación de una intervención educativa sobre la Fiebre aviar en los profesionales del área de salud Sur, ellos adquirieron conocimientos satisfactorios sobre las formas de transmisión, síntomas y signos sospechosos, periodo de incubación y conducta a seguir ante un caso sospechoso. Por lo que están capacitados para lograr un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno con la finalidad de aumentar la calidad de vida de la población moronense ante la introducción de la influenza aviar en nuestro territorio.

Recomendaciones.

Seguir realizando intervenciones educativas al personal de salud que labore en asistencia médica en la atención primaria de salud del municipio Morón, por la vulnerabilidad de la introducción de la enfermedad en nuestro municipio.

Referencias Bibliográficas

1. Yen Ky et al. *Clinical features and rapid viral diagnosis of human disease associated with avian influenza A H5N1 virus*. [Lancet](#). 1998 Feb 14; 351(9101):460-1.
2. Frederick G. Hayden, *Antiviral Resistance in Influenza Viruses — Implications for Management and Pandemic Response*. [NEJM](#). 354:785-8
3. Alvarado de la Barrera, C. & Reyes-Terán, G., Influenza: Forecast for a pandemic. *Arch. Med. Res.* 2005; 36:628-36.
4. Brown, H. WHO confirms human-to-human avian flu transmission. *Lancet* 2004; 363(9407):462.
5. Le, Q. M., Kiso, M., Someya, K., Sakai, Y. T., Nguyen, T. H., Nguyen, K. H., Pham, N. D., Ngyen, H. H., Yamada, S., Muramoto, Y., Horimoto, T., Takada, A., Goto, H., Suzuki, T., Suzuki, Y., & Kawaoka, Y., 2005, Avian flu: Isolation of drug-resistant H5N1 virus. *Nature*. [citado 7 dic 2009] [aprox. 3p] Disponible en: "http://es.wikipedia.org/wiki/Gripe_aviaria"
6. WHO consultation on priority public health interventions before and during an influenza pandemic (Ginebra, 16 a 18 de marzo de 2004). Documento WHO/CDS/CSR/RMD/2004.9. [citado 7 dic 2009] [aprox. 4p] Disponible en: http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/consultation .
7. Influenza pandemic plan: the role of WHO and guidelines for national or regional planning (Ginebra, abril de 2004). Documento WHO/CDS/CSR/EDC/99/1. [citado 7 dic 2009] [aprox 3p] Disponible en: http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_EDC_99_1/

8. *WHO checklist for influenza pandemic preparedness planning*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005. (Documento WHO/CDS/CSR/GIP/2005.4). Documento en español: Lista de verificación de la OMS del plan preparativo para una pandemia de influenza. [citado 12 dic 2009] [aprox 2p] Disponible en: http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_2005_4/en/
9. *WHO consultation on priority public health interventions before and during an influenza pandemic*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004. (Documento HO/CDS/CSR/RMD/2004.9). Documento en español: Reunión de consulta de la OMS sobre medidas de salud pública antes y durante una pandemia influenza. [citado 12 dic 2009] [apro 2p] Disponible en: http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/consultation/en/
10. *WHO guidelines on the use of vaccines and antivirals during influenza pandemics*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004. (Documento WHO/CDS/CSR/RMD/2004.8). Documento en español: Guías de la OMS para el uso de vacunas y antivíricos en las pandemias de influenza. [citado 12 dic 2009] [apro 2p] Disponible en: http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_RMD_2004_8/en/
11. *WHO outbreak communications guidelines*. Singapur, septiembre 2004. [citado 12 dic 2009] [apro 4p] Disponible en: http://www.who.int/infectious-diseasenews/Ddocs/whocds_2005_28/whocds_2005_28_en.pdf
12. *Selected WHO guidelines on influenza H5N1*. [citado 14 dic 2009] [apro 3p] Disponible en: http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/en/
13. Murphy K, Eivindson A, Pauksens K et al. Efficacy and safety of inhaled zanamivir for the treatment of influenza in patients with

asthma or chronic obstructive pulmonary disease. *Clin Drug Invest* 2000 Nov; 20(5):337-49.

14. Nicholson KG, Aoki FY, Osterhaus AD et al. Efficacy and safety of oseltamivir in treatment of acute influenza: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2000; 335: 1845- 1850.
15. Peters PH, Gravenstein S, Norwood P et al. Long-term use of oseltamivir for the prophylaxis of influenza in a vaccinated frail older population. *Journal of the American Geriatric Society*. 2001; 49:1025-1031.
16. Saito R, Oshitani H, Masuda H y Suzuki H. Detection of amantadine-resistant influenza A virus strains in nursing homes by PCR-Restriction fragment length polymorphism analysis with nasopharyngeal swabs. *Journal of Clinical Microbiology*. 2002; 40:84-88.
17. Scholtissek C y Webster RG. Long-term stability of the anti-influenza A compounds amantadine and rimantadine. *Antiviral Research* 1998; 38: 213-215.
18. Smith CB, Charette RP, Fox JP et al. Lack of effect of oral ribavirin in naturally occurring influenza A virus (H1N1) infection. *Journal of Infectious Diseases*. 1980; 141:548-554.
19. Stein DS, Creticos CM, Jackson GG et al. Oral ribavirin treatment of influenza A and B. *Antimicrobial Agents & Chemotherap*. 1987; 31:1285-1287.
20. Stilianakis NI, Perelson AS y Hayden FG. Emergence of drug resistance during an influenza epidemic: Insights from a mathematical model. *Journal of Infectious Diseases*. 1998; 177:863-873.
21. Tisdale M. Monitoring of viral susceptibility: new challenges with the development of influenza NA inhibitors. *Reviews in Medical Virology*. 2000; 10: 45-55.
22. Treanor JJ, Hayden FG, Vrooman PS et al. Efficacy and safety of the oral neuraminidase inhibitor oseltamivir in treating acute influenza. *JAMA*. 2000; 283: 1016-1024.
23. VanVorhis LP, Betts RF, Hayden FG. Successful treatment of naturally occurring influenza A/USSR/77 H1N1. *JAMA*. 1981;

245:1128-1131.

24. Welliver R, Monto AS, Carewicz O et al. Effectiveness of oseltamivir in preventing influenza in household contacts. *JAMA*. 2001; 285:748-754.
25. Whitley RJ, Hayden FG, Reisinger K. Oral oseltamivir treatment of influenza in children. *Pediatric Infectious Disease Journal*. 2001; 20:127-133.
26. Zambon M y Hayden FG. Position statement: global neuraminidase inhibitor susceptibility network. *Antiviral Research*. 2001; 49:147-156.
27. Ziegler T, Hemphill ML, Ziegler ML. Low incidence of rimantadine resistance in field isolates of influenza A viruses. *Journal of Infectious Diseases*. 1999; 180: 935-939.
28. Hayden FG, Gubareva LV, Monto AS. Inhaled zanamivir for the prevention of influenza in families. *New England Journal of Medicine* 2000; 343:1282-1289.
29. Hayden FG, Osterhaus ADME, Treanor JJ. Efficacy and safety of the neuraminidase inhibitor zanamivir in the treatment of influenza virus infections. *New England Journal of Medicine*. 1997; 337:874-880.
30. Hayden FG, Treanor JJ, Fritz RS. Use of the oral neuraminidase inhibitor oseltamivir in experimental human influenza. *JAMA*. 1999; 282:1240-1246.
31. Houck P, Hemphill M, LaCroix S et al. Amantadine-resistant influenza A in nursing homes. Identification of a resistant virus prior to drug use. *Archives of Internal Medicine*. 1995; 155:533-537.
32. Iwahashi J, Tsuji K, Ishibashi T. Isolation of amantadine-resistant influenza A viruses (H3N2) from patients following administration of amantadine in Japan. *Journal of Clinical Microbiology*. 2001; 39:1652-1653.
33. Jackson HC, Roberts N, Wang Z y Belshe R. Management of influenza Use of new antivirals and resistance in perspective. *Clin Drug Invest* 2000; 20(6):447-54.
34. Kaiser L, Keene ON, Hammond J. Impact of zanamivir on antibiotics use for respiratory events following acute influenza in adolescents and adults. *Archives of Internal Medicine*. 2000; 160:3234-3240.

35. Kaiser L, Wat C, Mills T, Mahoney P, Ward P y Hayden F. Impact of oseltamivir treatment on influenza-related lower respiratory tract complications and hospitalizations. *Archives of Internal Medicine*. 2003; 163:1667-1672.
36. Keyser LA, Karl M, Nafziger AN y Bertino JS Jr. Comparison of central nervous system adverse effects of amantadine and rimantadine used as sequential prophylaxis of influenza A in elderly nursing home patients. *Archives of Internal Medicine*. 2000; 160:1485-1488.
37. La Rosa AM, Malik S, Englund JA, Couch R, Raad II, Rolston KV, Jacobson KL, Kontoyiannis DP y Whimbey E. Influenza A in hospitalized adults with leukemia and hematopoietic stem cell transplant (HSCT) recipients; risk factors for progression to pneumonia. Resúmenes del 39º Congreso Anual de la Infectious Diseases Society of America, San Francisco, California; 25-28 de octubre de 2001, resumen No. 418.
38. McKimm-Breschkin JL. Resistance of influenza viruses to neuraminidase inhibitors – a review. *Antiviral Research*. 2000; 47:1-17.
39. Meltzer MI, Cox NJ y Fukuda K. The economic impact of pandemic influenza in the United States: priorities for intervention. *Emerging Infectious Diseases*. 1999; 5:659- 671.
40. Monto AS, Robinson DP, Herlocher L. Zanamivir in the prevention of influenza among healthy adults. *JAMA*. 1999; 282:31-35.
41. Ferguson NM y Mallett S. An epidemiological model of influenza to investigate the potential transmission of drug resistant virus during community use of antiviral treatment of influenza. *Antiviral Research*. 2001; 50: A85 (resumen No. 163).
42. Galbraith AW, Oxford JS, Schild GC. Therapeutic effect of 1-adamantanamine hydrochloride in naturally occurring influenza A 2 - Hong Kong infection. A controlled double-blind study. *Lancet*. 1971; 2:113-115.
43. Galbraith AW, Oxford JS, Schild GC y Watson GI. Study of 1-adamantanamine hydrochloride used prophylactically during the

Hong Kong influenza epidemic in the family environment. *Bulletin of the World Health Organization*, 1969; 41:677-682.

44. Gravenstein S, Drinka P, Osterweil D, Schilling M, McElhaney JE, Elliott M, Hammond J, Keene, O, Krause P y Flack N. A multicenter prospective double-blind randomized controlled trial comparing the relative safety and efficacy of zanamivir to rimantadine for nursing home influenza outbreak control. Resúmenes del 40º Congreso Interdisciplinario sobre Antimicrobianos y Quimioterapia, Toronto, Canadá, 17-20 de septiembre de 2000; 270. Resumen No. 1155.
45. Gubareva LV y Hayden FG. Influenza virus neuraminidase inhibitors. *Lancet*. 2000; 355:827-835.
46. Gubareva LV, Matrosovich MN, Brenner MK et al. Evidence for zanamivir resistance in an immunocompromised child infected with influenza B virus. *Journal of Infectious Diseases*. 1998; 178:1257-1262.
47. Gubareva LV, Webster RG y Hayden FG. Comparison of the activities of zanamivir, oseltamivir, and RWJ-270201 against clinical isolates of influenza virus and neuraminidase inhibitor-resistant variants. *Antimicrobial Agents Chemotherapy*. 2001; 45:3403-3408.
48. Hall CB, Dolin R, Gala CL et al. Children with influenza A infection: treatment with rimantadine. *Pediatrics*. 1987; 80:275-282.
49. Hay AJ. Amantadine and Rimantadine - Mechanisms. En: Richman DD, editor. *Antiviral Drug Resistance*. John Wiley & Sons Ltd 1996. p. 43-58.
50. Hayden FG. Perspectives on antiviral use during pandemic influenza. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*. 2001; 356:1877-1884.
51. Hayden FG. Amantadine and rimantadine - clinical aspects. En: Richman DD, editor. *Antiviral Drug Resistance*. John Wiley & Sons Ltd. 1996 59-77.
52. Hayden FG y Aoki FY. Amantadine, Rimantadine, and Related Agents. En: Yu VL, Merigan TC, White NJ, Barriere S, editors. *Antimicrobial Chemotherapy*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins, 1999. p.1344-65.

53. Hayden FG, Belshe RB, Clover RD et al. Emergence and apparent transmission of rimantadine-resistant influenza A virus in families. *New England Journal of Medicine*. 1989; 321:1696-1702.

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA LOS PROFESIONALES QUE SE INCLUYEN EN LA INVESTIGACIÓN

Yo _____ acepto participar en el estudio que evaluará la intervención educativa sobre Influenza Aviar de forma voluntaria, con la seguridad de que la información allí obtenida será empleada de forma confidencial y con fines científicos. Además se me permitirá retirarme de la investigación si así lo deseo, sin que eso implique consecuencias negativas hacia mí.

Para que así conste, firmo junto a la Licenciada que me brinda las explicaciones.

NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA

NOMBRES Y APELLIDOS
(INVESTIGADOR)

FIRMA

ANEXO # 2

Encuesta

Tu participación en este proyecto será muy útil para tu vida profesional en cuanto la Fiebre Aviar. Necesitamos que respondas cada una de las preguntas cuidadosamente, después de leerlas y pensar cual es la mejor respuesta y cual es tu criterio personal. (Marcar las respuestas con una o más X si fuera necesario).

NO ES IMPRESCINDIBLE QUE ESCRIBAS TU NOMBRE.

1) Edad _____ Años.

2) Sexo. 2.1-Femenino _____ 2.2-Masculino _____.

3) Profesión

3.1- _____ Médico General

3.2- _____ Especialista

3.3- _____ Interno (a)

3.4- _____ Técnico Medio de Enfermería

3.5- _____ Licenciado (a) en enfermería

4) ¿Qué es la gripe aviar?

4.1- _____ Una enfermedad infecciosa de las aves causada por cepas A del virus de la gripe

4.2- _____ Una enfermedad infecciosa de las aves causada por cepas B del virus de la gripe.

5) ¿Marque con una "X" cuales constituyen reservorio natural de la Gripe aviar?

- 5.1 ____ Cerdo.
- 5.2 ____ Pollos.
- 5.3 ____ Zorrillo
- 5.4 ____ Patos salvajes.
- 5.5 ____ Tomeguines.
- 5.6 ____ Pavos

6) Cual es la vía de contagio de la infección por el virus de la influenza aviar. (Marca con una X los que usted conoce).

- 6.1 ____ Por contacto directo con un enfermo
- 6.2 ____ Por contacto estrecho con aves infectadas vivas.
- 6.3 ____ Por relaciones sexuales.
- 6.4 ____ Por vías oral cuando se ingiere pollos

7) ¿Cuáles son los síntomas de la fiebre aviar en humanos?

- 7.1- ____ Fiebre
- 7.2- ____ Diarreas
- 7.3- ____ Dolor de garganta
- 7.4- ____ Perdida de apetito
- 7.5- ____ Disnea grave
- 7.6- ____ Tos

8) ¿Cuál es el periodo de incubación de la influenza aviar?

- 8.1- ____ De 2 a 7 días
- 8.2 ____ De 1 a 2 meses
- 8.3- ____ De 3 a 5 meses
- 8.4- ____ 1 año

9) Cual es la conducta a seguir ante un caso sospechoso o probable en su consultorio del médico de la familia

- 9.1 _____ Ingreso en hospital.
- 9.2 _____ Aislarlo por 7 días después de los síntomas.

- 9.3 _____ Notificarlo.
- 9.4 _____ Orientar Desinfección de las secreciones.
- 9.5 _____ Evaluación por el Grupo Operativo Provincial
- 9.6 _____ Quimioprofilaxis.
- 9.7 _____ Ponerle tratamiento inmediato.
- 9.8 _____ Destruir los animales infectados y sospechosos de estar infectados
- 9.9 _____ Toma de Muestra para estudio Viroológico

Anexo No. 3

Programa educativo para la actualización de los conocimientos sobre como enfrentar una epidemia de influenza aviar.

Tema No.1: Presentación del programa

Sumario:

1. Participación de los participantes y el programa.
2. Aplicación a la encuesta
3. Cierre

Objetivo: Crear un ambiente de confianza, desinhibición, establecer reglas del grupo dentro de los profesionales de la salud a capacitar.

Tipo de actividad: Dinámica de grupo

Recursos: Papel, lápiz, papelógrafo.

Frecuencia: 1 vez

Responsable: Investigadores.

Participantes: Profesionales a capacitar

Tema No.2: Epidemiología de la influenza aviar

Sumario:

1. Vías o modo por el cual se puede adquirir la influenza aviar
2. Tipos de virus.
3. Principales síntomas de la influenza aviar en humanos.

Objetivo: Valorar los conocimientos, así como las nuevas experiencias a las que se puedan enfrentar los profesionales de la salud en su consultorio

Tipo de actividad: Videos -Debate

Recursos: Televisor, Responsable: Jefe del Programa de Zoonosis y IRA

Responsable: Investigadores.

Participantes: Profesionales de los consultorios

Tema No.3: Prevención de la influenza aviar

Sumario:

1. Principales medidas para prevenir la influenza aviar.
2. Conducta a seguir en caso confirmado o sospechoso.

Objetivo: Crear en los profesionales de la salud que atienden consultorios como prevenir una influenza aviar y su conducta a seguir en caso de un sospechoso o confirmado.

Tipo de actividad: conferencia

Recursos: Hojas, lápices, pápelo grafo.

Frecuencia: 1 vez

Responsable: Responsable de los programas de IRA y Zoonosis

Participantes: Profesionales de salud de los consultorios que se encuentran en el estudio

Tema No.4: Cierre y evaluación

Sumario:

1. Reafirmación del contenido
2. Aplicación de la encuesta

Objetivo: Que los profesionales de la salud que atienden población eleven sus conocimientos sobre la conducta a seguir ante la un caso de influenza aviar.

Tipo de actividad: Debate

Recursos: Hojas, lápices, pápelografo.

Frecuencia: 1 vez

Responsable: Responsable de los programas de IRA y Zoonosis

Participantes: Profesionales de la salud que atienden consultorios y se encuentran en el estudio

Anexo No. 4

Operacionalización de la variable dependiente, dimensiones y los indicadores, así como la técnica o ítem que evaluó los mismos

VARIABLE DEPENDIENTE	INDICADORES / DIMENSIONES	TECNICA QUE UTILIZÓ O ÍTEM QUE EVALUA
1. Conocimiento en profesionales de la salud sobre influenza aviar	- Alto: Si conoce los síntomas y signos sospechosos, las vías de transmisión de la enfermedad, el periodo de incubación y la conducta a seguir ante el diagnostico de un caso confirmado de influenza aviar. - Medio: Si conoce 2 o más de los síntomas y signos sospechosos, al menos la vía de transmisión más común, el periodo de incubación y algo sobre la conducta a seguir ante el diagnostico de un caso confirmado - Bajo: Si no conoce o al menos 2 de los síntomas y signos sospechosos, 1 o ninguna de las vías de transmisión, no tener conocimiento sobre el periodo de incubación y que no conozca sobre la conducta a seguir ante el diagnostico de un caso confirmado.	- Encuesta Pregunta 4: Evaluar con 7 pts (Incisos: 4.1) Pregunta 5: Evaluar con 18 pts 6 pts para cada inciso correcto. Incisos: 5.2, 5.4 y 5.6 Pregunta 6: Evaluar con 6 pts (Incisos: 6.2) Pregunta 7: Evaluar con 28 pts 6 pts para cada inciso correcto. Incisos: 7.1, 7.3, 7.5 y 7.6 Pregunta 8: Evaluar con 6 pts (Incisos: 8.1) Pregunta 9: Evaluar con 35 pts Incisos: 9.1, 9.2, 9.3, 9.5, 9.7, 9.8 y 9.9 Alto: 85 - 100 pts Medio: 60 - 84.9 pts Bajo: 0 - 59.9 pts.