

Validación y desarrollo del instrumento: Nivel de conocimientos en diagnóstico y tratamiento sobre dengue en médicos de la región Lambayeque

Validation and development of an instrument: Level of knowledge for the diagnosis and treatment of dengue fever in Lambayeque region

Claudia Paico-Romero^{1,3}, Ana Polo-Capuñay^{1,3}, Grecia Díaz-Exebio^{1,3}, Cristian Díaz-Vélez^{2,4,5}

RESUMEN

Objetivos: Validar un instrumento y determinar el nivel de conocimientos sobre diagnóstico y tratamiento a aplicar en casos de dengue por parte de los médicos generales.

Material y Método: Estudio descriptivo, transversal. Se realizó un estudio piloto con 30 médicos para validación del instrumento. El cuestionario final constó de 16 preguntas. El tamaño de muestra fue de 115 médicos de establecimientos del primer nivel de atención y servicios de Emergencia en hospitales de la región. Para el análisis estadístico utilizamos frecuencia absoluta y relativa, χ^2 y ANOVA.

Resultados: En la validación del instrumento se encontró un Alfa de Cronbach de 0,804 ($>0,8$) además las correlaciones en los 16 ítems fueron 0,438 y 0,852. En Validez de Contenido, los expertos asignaron puntaje en pertinencia y claridad de 3,5/5. Validez del constructo, el test de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin fue 0,082 y el test de esfericidad de Bartlett fue 0,023. Se encontró que el 50,4 % de los médicos encuestados tienen un nivel de conocimiento bajo, el 48,7 % un nivel de conocimiento medio y únicamente un 0,9 % obtuvo nivel alto en conocimiento sobre diagnóstico y tratamiento de Dengue, estando asociado con capacitación previa y número de años de egresado del médico ($p < 0,05$).

Conclusiones: Existe un bajo nivel de conocimiento sobre diagnóstico y tratamiento de dengue y asociación entre nivel de conocimientos con los antecedentes de capacitación previa y número de años de egresado del médico de la región Lambayeque.

Palabras clave: Dengue, Conocimiento, médicos. (DeCS)

SUMMARY

Objectives: To validate an instrument for determining the knowledge status with respect to the diagnosis and treatment to be used by general practitioners when facing cases of dengue fever.

Material and Method: This is a descriptive and cross-sectional study. We performed a pilot study with 30 physicians for validating the instrument. The final questionnaire had 16 questions. The sample included 115 primary health care facilities and emergency services in hospitals in Lambayeque region. The statistical analysis was performed using absolute and relative rates, chi-square, and ANOVA.

Results: When validating the instrument, a Cronbach 0,804 alpha value ($>0,8$) was found; and the 16-item correlations were 0,438 and 0,852. With respect to the validity of contents, experts assigned 3,5/5 values for pertinence and clarity scores. In construct validity, the Kaiser-Meyer-Olkin score for sample adequacy was 0,082, and the Bartlett's sphericity test value was 0,023. We found that 50,4 % of interviewed physicians had a low level of knowledge with respect to diagnosis and management of dengue fever cases; 48,7 % had a midline knowledge level, and only 0,9% had a good level with respect to diagnosing and managing cases of dengue fever. These findings were associated with prior training and years being in practice ($p < 0,05$).

Conclusions: There is a low level of knowledge in Lambayeque region physicians with respect to the diagnosis and treatment of dengue fever cases, and there is an association between this and the prior training history and years being in practice.

Keywords: Dengue fever, knowledge, medical. (MeSH)

INTRODUCCIÓN

El dengue es una de las enfermedades con mayor importancia en Salud Pública; según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es una enfermedad endémica en más de 100 países de zonas tropicales y subtropicales¹. Esta enfermedad es producida por 4 serotipos de un virus de la familia *Flaviviridae* (DEN1, DEN2, DEN3 y DEN4). La infección por un serotipo produce inmunidad para toda la vida contra la infección por ese serotipo, pero solo confiere protección temporal y parcial contra los otros².

La transmisión de una persona a otra solo es posible mediante la picadura de un vector: la hembra del mosquito *Aedes aegypti*. Este vector vive en zonas

domésticas y deposita sus huevos en almacenes de agua limpia y generalmente pica a horas tempranas del día y últimas horas de la tarde³. Un mosquito se vuelve infectante después de 8 a 12 días de haber picado a una persona enferma con dengue y puede transmitir el virus durante toda su vida (45 días), iniciándose los síntomas en la persona infectada entre 3 a 14 días después de la picadura del mosquito portador³.

En los meses de abril a junio del 2010 se presentó una epidemia de dengue, con una tasa aproximada de 30 casos por 100 000 habitantes en diversos distritos de regiones como Loreto, Madre de Dios, Tumbes, Piura, Amazonas y Lambayeque. Las tasas anuales nacionales desde el 2006 están aumentando, encontrando: 22,8 (año 2006), 25 (año 2007), 45,7 (año 2008), 43,6 (año 2009), 56,6 (año 2010) por 100 000 habitantes⁴. En nuestra región, se han reportado en el 2010, 193 casos confirmados, de los cuales 165 fueron provenientes de 20 distritos de la región; en el 2011, hubieron 56 casos confirmados siendo 46 casos importados⁵.

1. Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres - Filial Norte. Chiclayo- Perú.

2. Epidemiólogo clínico. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Red Asistencial Essalud de Lambayeque- Perú.

3. Estudiante de Medicina.

4. Docente de la Universidad San Martín de Porres- Filial Norte.

5. Miembro del Comité Permanente de Salud Pública del Consejo Regional VIII- Chiclayo del Colegio Médico del Perú.

En el 2012, hasta la semana epidemiológica (SE) 10, la incidencia acumulada (IA) en el país fue de 23,9 por 100 000 hab. que corresponden a 7208 casos de dengue, siendo 1681 confirmados y 5527 probables. Además, 1322 (18,34 %) fueron clasificados como casos de dengue con señales de alarma y 34 (0,47 %) como casos de dengue grave. Las Direcciones Regionales de Salud con mayor incidencia son: Ucayali (689,0), Madre de Dios (208,4), Loreto (122,9), Amazonas (50,29), Junín (47,50), Cajamarca (Jaén, San Ignacio y Cutervo) (265,1), teniendo en la provincia de Jaén un aproximado de 135 casos confirmados y 1196 casos probables de Dengue^{4,5}.

El dengue, clínicamente es definido como una enfermedad infecciosa sistémica y dinámica. Posee un espectro clínico amplio que incluye expresiones severas y no severas. Después del periodo de incubación, la enfermedad comienza abruptamente y es seguida por 3 fases: una fase febril presente en todos los casos de dengue, una fase crítica en dengue grave y una fase de recuperación. Según la Guía simplificada^{2,6} para la detección y atención de casos de Dengue del Ministerio de Salud, esta enfermedad se define clínicamente en:

- Caso probable de dengue: persona con antecedente de fiebre procedente de zonas con reporte de Dengue y/o infestación con *Aedes aegypti*, presenta 2 ó más de las siguientes: cefalea, dolor retroocular, mialgia y/o artralgia, erupción cutánea, sangrado espontáneo en piel o prueba de torniquete positiva, leucopenia.

- Caso de dengue con signos de alarma: persona dada como caso probable de Dengue la cual después del periodo febril presenta: dolor abdominal intenso y mantenido (espontáneo y/o a la palpación), vómitos frecuentes, acumulación de fluidos clínicamente demostrable (ascitis, derrame pleural), sangrado de mucosas, letargia, irritabilidad, hepatomegalia >2cm, aumento de hematocrito asociado con rápida caída de plaquetas. Estos signos identifican precozmente la extravasación de líquidos, lo cual puede producirse súbitamente y descompensar volémicamente al paciente. Esto obliga al personal de salud a un estricto monitoreo clínico laboratorial durante las primeras 72 horas de hospitalización.

- Caso de dengue grave: presencia de extravasación masiva de plasma con Shock y/o Síndrome de Distress Respiratorio Agudo (SDRA), sangrado grave y daño grave de órganos como hígado, miocardio, encéfalo.

- Caso de dengue confirmado: Toda persona que cumple con el criterio para ser caso de dengue y da positivo en pruebas de laboratorio: Aislamiento del virus del dengue del suero, de plasma, los leucocitos o las muestras de autopsia; comprobación de un aumento al cuádruple de anticuerpos IgG e IgM; demostración de antígenos genómicos víricos en el tejido de la autopsia mediante pruebas de inmunoquímica o inmunofluorescencia o muestras séricas o por reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

- Caso de dengue por nexo epidemiológico: Persona que cumpla con la definición de caso probable que reside o proceda de una localidad con presencia de vector *Aedes aegypti* y notifique transmisión confirmada de dengue en los últimos 15 días.

El manejo de casos de dengue es fundamentalmente de soporte; en casos no graves se trata de aliviar el dolor y la fiebre con Paracetamol, se aísla al paciente con mosquiteros para evitar que infecte zancudos y se recomienda la ingesta de líquidos y realizar hemograma completo cada 48 horas. Está contraindicado el uso de AINEs por riesgo a hemorragias. Si el paciente empieza a presentar hemorragias debe ser hospitalizado y tratarse como caso de Dengue con signos de Alarma.

Al no existir ni vacuna ni medicamentos para el dengue, la mejor forma de combatirla es la prevención mediante el control vectorial, educando a las comunidades en la utilización de mallas en ventanas y puertas o de repelentes. También es muy eficaz el saneamiento ambiental eliminando posibles criaderos del vector como envases de agua o neumáticos. La vigilancia entomológica se emplea para determinar los cambios en la distribución geográfica del vector, según 3 escenarios epidemiológicos que se conocen como Escenario I: áreas sin el vector y sin casos, Escenario II: áreas con el vector y sin casos y Escenario III: áreas con el vector y con casos.

Frente a una situación de brote epidémico, creemos conveniente saber: ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre dengue en los médicos de la región Lambayeque en el periodo mayo - junio del 2010? Nuestra hipótesis es que la mayoría de médicos en la región tienen un nivel de conocimiento "medio" para diagnóstico y "adecuado" para el tratamiento.

El objetivo general de la presente investigación fue determinar el nivel de conocimiento sobre diagnóstico y tratamiento a aplicar en casos de dengue por parte de los médicos generales de la región Lambayeque en el periodo mayo - junio del 2010.

Los objetivos específicos fueron la validación de un cuestionario para medir el nivel de conocimiento de los médicos sobre diagnóstico y tratamiento de dengue y medir el nivel de conocimiento de los médicos según cada uno de los antecedentes personales.

MATERIAL Y MÉTODO

Fase I: Validación del instrumento

La validación de nuestro instrumento se realizó en 3 fases: la creación del constructo del cuestionario, revisión por cinco expertos con más de 5 años de experiencia en el tema, 4 en epidemiología (uno perteneciente al Ministerio de Salud, dos a EsSalud y uno a las Fuerzas Armadas) y 1 en Infectología usándose la metodología Delphi (envío del cuestionario por correo electrónico a los expertos para las observaciones

pertinentes logrando un consenso final)⁷. Cada uno de ellos evaluó las preguntas tomando en cuenta en cada una si era pertinente y clara, en una escala de 1 al 5 (En Claridad se consideró 1: claridad totalmente ausente, 5: pregunta muy clara; en Pertinencia se consideró 1: poco pertinente, 5: muy pertinente); posteriormente se realizaron las modificaciones de las preguntas según las recomendaciones de los expertos hasta obtener un consenso final quedando 16 preguntas; y finalmente, se realizó la validación estadística con una muestra piloto de 30 médicos elegidos por conveniencia pertenecientes al distrito de Chiclayo a quienes se les entregó un cuestionario autoaplicado en el que podían hacer sus observaciones. Para el análisis estadístico se determinó la confiabilidad con el coeficiente Alfa de Cronbach (valor mayor de 0,7 define una confiabilidad aceptable)⁸. Para la validez del constructo, se procedió a la realización de la prueba estadística de Kaiser-Meyer-Olkin (los valores fluctúan entre 0 y 1, siendo un valor aceptable mayor de 0,8)⁸ y a la prueba de esfericidad de Bartlett (valor aceptable mayor de 0,05);⁸ éstas pruebas permiten determinar si es recomendable llevar a cabo un análisis factorial que define el número adecuado de factores o dimensiones de un instrumento⁸.

Fase II: Aplicación del instrumento

Esta es una investigación de tipo observacional, descriptiva y prospectiva en la cual utilizamos una muestra de 115 médicos, trabajando con calculadora estadística Epidat 3,1; con una población de 219 médicos⁹, una proporción esperada de 80,5 %¹⁰, precisión absoluta de 5 % y un nivel de confianza 95 %, a los cuales se les aplicó el cuestionario previamente validado conformado por dos partes: una de antecedentes personales (edad, año de egreso de pregrado, práctica privada y si recibió capacitación sobre dengue) y otra de conocimientos con 16 preguntas (9 de diagnóstico y 7 de tratamiento preventivo y médico).

- Los criterios de inclusión fueron: médicos generales de establecimientos de atención nivel I y médicos del servicio de Emergencia de hospitales y policlínicos de la región Lambayeque de las instituciones EsSalud y Ministerio de Salud. Se excluyeron los médicos que se negaron a responder el cuestionario.

El procesamiento de la información y análisis estadístico se llevó a cabo con la utilización del programa estadístico SPSS versión 17,0 utilizando estadísticos descriptivos (frecuencia absoluta y relativa) y media. Para el análisis inferencial se usó χ^2 para las variables cualitativas y ANOVA para las variables cuantitativas. El nivel de conocimiento se evaluó en 3 categorías (Bajo: 0-8 respuestas correctas, Medio: 9-12 respuestas correctas y Alto: 13-16 respuestas correctas).

RESULTADOS

- Validación estadística del instrumento: todos refirieron comprender las preguntas adecuadamente y el tiempo

promedio en que resolvieron el cuestionario fue de 15 minutos. Fiabilidad: El cuestionario con un número de 16 preguntas obtuvo un valor de Alfa de Cronbach de 0,804 (>0,8). Los ítems 1, 8, 11 y 13 tienen un coeficiente Alfa de Cronbach menor de 6 (Ver tabla 1), además observamos que las correlaciones existentes en los 16 ítems oscilan entre 0,438 y 0,852.

TABLA1. Análisis de consistencia y confiabilidad del cuestionario de conocimiento de los médicos sobre diagnóstico y tratamiento de Dengue. Lambayeque, Mayo-Junio 2010

Ítems	Alfa de Cronbach
1. Medidas para control larvario	0,570
2. Medidas para control mosquito adulto	0,824
3. Toma de muestra en fase virémica	0,774
4. En qué consiste abatización	0,688
5. Definición caso probable	0,657
6. Exámenes laboratorio prioritarios	0,852
7. En qué consiste la prueba de lazo	0,606
8. Transmisibilidad del dengue	0,573
9. Realización de toma de 1 ^{era} muestra	0,832
10. Realización de muestra pareada	0,677
11. Tratamiento de dengue	0,438
12. Prevención en escenario epidemiológico I	0,677
13. Clasificación de dengue	0,491
14. Sintomatología en dengue	0,832
15. Monitoreo - signos de alarma (hrs)	0,754
16. Definición caso confirmado	0,775

VALIDEZ

- **Validez de Contenido:** El puntaje promedio que dieron los expertos sobre las preguntas en una escala del 1-5 en pertinencia y claridad fue de 3,5.

- **Validez del constructo:** El test de adecuación de la muestra de Kaiser- Meyer-Olkin fue de 0,082 y el test de esfericidad de Bartlett fue de 0,023 por lo que no se realizó el análisis factorial.

Cuestionario Final

El cuestionario final constó de 16 preguntas, ninguna se eliminó pero si se modificaron el orden de las alternativas y la estructura de algunas preguntas. Dividiéndose en 8 preguntas sobre diagnóstico y 5 sobre pronóstico y tratamiento.

Aplicación del cuestionario: se recomendó a los que aceptaron participar que desarrollaran el cuestionario inmediatamente para evitar que lleven a cabo una revisión bibliográfica o intercambio de ideas con otros profesionales, siendo un criterio de eliminación si no aceptaban esa condición, llegando a aplicarse el cuestionario a 115 médicos de los diferentes establecimientos de salud de la región con una tasa de rechazo (negativa a la resolución del cuestionario) de 16 médicos (13,9 %).

La edad media de los médicos encuestados fue de 39,3 años; de los cuales el 50,4 % obtuvieron un nivel de conocimiento bajo, 48,7 % un nivel medio y 0,9 % un nivel de conocimiento alto. Si categorizamos el nivel de conocimiento en Alto (9 -16 respuestas correctas) y Bajo (0-8 respuestas correctas) obtenemos que el 24,3 % obtiene nivel Alto y el 75,7 % nivel bajo. En relación al nivel de conocimiento se encontró asociación entre la existencia de capacitación de dengue y el número de años de egreso ($p<0,05$) (Ver tabla 2)

TABLA 2. Antecedentes según nivel de conocimientos sobre diagnóstico y tratamiento de Dengue en médicos. Lambayeque, Mayo-Junio 2010

Antecedentes	Nivel de Conocimiento				p
	General	Alto	Medio	Bajo	
Edad	39,3 ± 10,8	43	36,8 ± 9,4	41,5 ± 11,7	p>0,05
Años de Egreso	11,8 ± 9,1	14	9,3 ± 7,5	14,2 ± 10,1	p<0,05
Institución:					
EsSalud	43,4	100	35,7	50	p>0,05
MINSA	56,6	0	64,3	50	
Nivel de establecimiento:					
Posta médica	19,1	0	17,8	20,7	p>0,05
Centro de Salud	49,6	0	55,3	44,8	
Hospital - policlínico	31,3	100	26,9	34,5	
Post - grado	46	100	42,8	48,2	p>0,05
Práctica privada	59,1	0	60,7	58,6	p>0,05
Capacitación en dengue	46	100	57,1	34,4	p<0,05

El máximo de ítems correctamente respondidos fue de 13 y la mínima fue de 0, con una media de 7,4 y mediana de 6,5 respuestas correctas. Las preguntas más acertadas fueron "tratamiento de dengue" y "la prueba de lazo" con 87,8 % y 81,7 % respectivamente. Por otro lado, las preguntas con menor frecuencia de acierto fue "clasificación de dengue" y "definición de caso probable" con 7 % y 12,2 % respectivamente. (Ver tabla 3).

TABLA 3. Distribución porcentual según pregunta correcta de las preguntas del cuestionario sobre diagnóstico y tratamiento de dengue. Lambayeque, Mayo-Junio 2010

Nº Pregunta	% de respuesta correcta
1. Medidas para control larvario	57,4
2. Medidas para control mosquito adulto	29,6
3. Toma de muestra en fase virémica	29,6
4. Definición de abatización	69,6
5. Definición caso probable	12,2
6. Exámenes laboratorio prioritarios manejo dengue	27,8
7. Prueba de lazo	81,7
8. Transmisibilidad del dengue	73
9. Realización de toma de 1 ^{ra} muestra	54,8
10. Realización de muestra pareada	48,7
11. Tratamiento de dengue	87,8
12. Prevención en escenario epidemiológico I	42,6
13. Clasificación de dengue	7
14. Sintomatología en dengue	20,9
15. Tiempo de monitoreo en dengue con signos de alarma	43,5
16. Definición caso confirmado	53,9

DISCUSIÓN

La evaluación del cuestionario realizada por los expertos fue adecuada, se contó con 5 expertos; la literatura recomienda de 5 a 10 expertos, siendo siempre mejor un número impar para la toma de decisiones¹¹. En esta evaluación se formularon y reformularon preguntas en base a los conocimientos actualizados que es una de las alternativas válidas que menciona Hernández R¹¹, tomando como base la guía técnica "Guía de práctica clínica para la atención de casos de dengue en el Perú"². Respecto al número de preguntas, la literatura recomienda de 10 a 90, de manera que se abarquen de forma proporcional cada una de las dimensiones definidas a priori en el constructo; en el cuestionario propuesto el número de preguntas fue 16, encontrándose dentro del límite indicado¹².

Se realizaron cambios en la ubicación de las alternativas de cada pregunta para evitar el sesgo de "tendencia central", es decir la tendencia que tienen los participantes de elegir la alternativa central, porque la perciben como la neutral; también el sesgo de "deseabilidad social" (tendencia a responder según lo que se considere socialmente aceptable) se disminuyó a través del uso de información confiable y validada por expertos¹³. La aplicación presencial del cuestionario debe durar como máximo entre 60 y 90 minutos¹⁴, se consideró para nuestro caso 15 minutos, lo que se encuentra dentro del límite, sabiendo que al ser breve su aplicación es más factible.

El cuestionario demostró tener buena fiabilidad (Alfa de Cronbach de 0,804) por lo que se considera una buena aceptación para el instrumento¹⁵, siendo reproducible y confiable para medir la variable a diferentes sujetos en un momento diferente y en condiciones parecidas.

La presencia de dengue en los diferentes distritos del departamento de Lambayeque, el surgimiento de brotes en el primer semestre del 2010 y los primeros meses del 2011, los conocimientos no adecuados o suficientes del personal médico sobre este tema de salud pública (0,9 % clasificados como conocimiento alto, 48,7 % conocimiento medio, y 50,4 % conocimiento bajo), nos muestran un panorama difícil. Estos hallazgos difieren de los resultados de un estudio realizado en los hospitales del Ministerio de Salud del departamento de Lambayeque en el año 2001, donde se encontró un nivel de conocimiento medio de 80,5 % de los médicos e internos; aunque el instrumento usado en ese estudio no fue validado, además actualmente existen nuevos aspectos en diagnóstico y tratamiento^{2,6}.

El antecedente de capacitación previa se encontró asociado al nivel de conocimiento ($p<0,05$), encontrando en los que recibieron capacitación una frecuencia mayor de conocimiento medio o alto, donde cobra importancia que los médicos se encuentren con conocimiento adecuado sobre todo en momentos de alerta como es una epidemia. Sackett, estimó que el tiempo invertido por

estudiantes y médicos de un hospital universitario para la lectura acerca de los problemas de los pacientes a su cargo, fluctuaba entre 15 y 60 minutos semanales. Los mayores tiempos eran invertidos por los estudiantes de pregrado y los menores por los internos, los residentes de primero y segundo años y aquellos profesores que egresaron como especialistas hace más de 20 años.

Las preguntas con mayor frecuencia de error, corresponden a tratamiento y clasificación de dengue; esto podría atribuirse a la existencia de una nueva norma técnica sobre la detección y atención de casos de dengue realizadas aún por el Ministerio del Salud en el 2010²⁶, donde se presenta una nueva clasificación, eliminando los denominados dengue clásico y dengue hemorrágico; además, este estudio se realizó entre finales de abril y junio del 2010 por lo que la mayoría de los médicos aún desconocían esta nueva norma al responder estas preguntas.

Podemos concluir que existe un nivel bajo en el conocimiento sobre diagnóstico y tratamiento y que el nivel de conocimiento está asociado con los antecedentes de capacitación previa sobre Dengue y el número de años de egresado en médicos de la región Lambayeque.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Consejo Regional VIII a los estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo por el apoyo brindado para la aplicación del instrumento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cáceres-Manrique Flor de María, Vesga-Gómez Celmira, Perea-Florez Xiomara, Ruitorte Mónica, Talbot Yves. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Dengue en Dos Barrios de Bucaramanga, Colombia. *Rev. salud pública [serial on the Internet]*. 2009 Feb [cited 2012 Mar 27]; 11(1): 27-38. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n1/v11n1a04.pdf>
2. Perú. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial. Guía de práctica clínica para la atención de casos de dengue en el Perú. Lima, el Ministerio de Salud; 2010. [acceso 07 Ene 2012]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1377.pdf>
3. Ávila Agüero María L. Dengue: Una enfermedad que vino para quedarse. *Rev. méd. Hosp. Nac. Niños (Costa Rica) [revista en la Internet]*. 2004 [citado 2012 Mar 26]; 39(1): 34-41. Disponible en :http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1017-85462004000100004&script=sci_arttext
4. Dirección General de Epidemiología [en línea]. Ministerio de Salud. Sala de Situación de Salud. [acceso 12 Mar 2012]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe>
5. Oficina de Epidemiología [en línea]. Boletín Epidemiológico 2012 [acceso 12 Ene 2012]. Gerencia Regional de Salud Lambayeque. <http://salud.regionlambayeque.gob.pe/>
6. Resolución Ministerial N° 658-2010/MINSA - Aprueban

"Directiva Sanitaria para la Notificación de casos en la Vigilancia Epidemiológica del Dengue" [Internet][Citado el 21 octubre 2011]. Disponible en <http://vlex.com.pe/vid/notificacion-epidemiologica-dengue-219316815#ixzz1D8zPzB27>

7. Blasco J, López A, Mengual S. Validación mediante método Delphi de un cuestionario para conocer las experiencias e interés hacia las actividades acuáticas con especial atención al windsurf. *Ágora para la EF y el deporte*. 2010; 12 (1): 75 - 96. (citada el 26 de julio del 2011). En: http://www5.uva.es/agora/revista/12_1/agora_12_1d_blasco_et_al.pdf

8. Enciclopedia Multimedia virtual Interactiva. Técnicas de análisis de la información. (Citada el 20 de julio del 2011). En: <http://www.eumed.net/tesis/2006/mpmb/2g.htm>

9. Perú. Gerencia. Regional de Salud de Lambayeque. Oficina de Recursos Humanos. Informe de personal médico según establecimientos de salud. Lambayeque, 2009.

10. Gordillo L. Nivel de Conocimientos sobre la enfermedad del Dengue en personal Médico e Internos de Medicina de hospitales del Ministerio de Salud del Departamento de Lambayeque [Tesis para optar por el título de Médico Cirujano]. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo; 2001.

11. Hernández R. Metodología de la Investigación. 4° ed. México: Mc Graw Hill; 2006

12. Iglesias J, Rodríguez N, Pérez J. Validación de un cuestionario de conocimientos sobre hipercolesterolemia en la farmacia comunitaria. *Investigación original*. 2005; 3(4): 189-196.

13. Scribd.com. Cuestionarios y respuestas. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/256584/cuestionarios-y-encuestas> Consultado: 21 de junio de 2010.

14. Argimón J, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 2° ed. Madrid: Harcourt; 2000.

15. Aymerich M, Berra S, Guillamón i, Herdman M, Alonso J, Ravens S, Rajmil L. Desarrollo de la versión en español del KIDSCREEN, un cuestionario de calidad de vida para la población infantil y adolescente. *Gac Sanit*. 2005 [revista en la Internet]; 19(2):93-102. (citado el 21 de junio del 2011). En: <http://www.scielosp.org/pdf/gsv19n2/original1.pdf>

16. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence Based-Medicine: How to Practice & Teach EBM. 1ª Edición. Londres UK. Churchill Livingstone. [cited 2012 Ene 21] 1997: 1-36. Disponible en: <http://jama.ama-assn.org/content/284/18/2382.extract>

CORRESPONDENCIA