



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“CONOCIMIENTO SOBRE LA INFLUENZA AH1N1 EN MADRES
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CRED DEL HOSPITAL
ULDÁRICO ROCCA FERNÁNDEZ VILLA EL SALVADOR,
MARZO - JUNIO. LIMA - 2014”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

BACHILLER: COLLAZOS HUAMANTUMBA, LUISA

LIMA - PERÚ

2016

**“CONOCIMIENTO SOBRE LA INFLUENZA AH1N1 EN MADRES
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CRED DEL HOSPITAL
ULDÁRICO ROCCA FERNÁNDEZ VILLA EL SALVADOR,
MARZO - JUNIO. LIMA - 2014”**

DEDICATORIA

A DIOS por permitirme lograr mis metas y en especial a Mis padres por me inculcarme el deseo de superación, valores como la responsabilidad y perseverancia para seguir con mis estudios.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi familia por brindarme su apoyo incondicional y ser mi soporte en cada momento vivido.

RESÚMEN

El objetivo del estudio fue establecer el nivel de conocimiento sobre la Influenza AH1N1 en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Uldárico Rocca Fernández Villa El Salvador; Marzo- Junio Lima -2014. Fue un estudio de tipo no experimental de nivel descriptivo y de corte transversal. Entre sus principales conclusiones están: El promedio de edad de las madres que acuden al Servicio de CRED del Hospital Uldarico Rocca Fernández que más predomina es de 24 a 28.años, seguida de ellas que tienen 29 a 33 años.

El mayor porcentaje de las madres de la unidad muestral tiene grado de instrucción secundaria, seguida de aquellas que tienen grado de instrucción técnico superior y solamente el 10%(17) tiene grado de instrucción primaria. Asimismo gran parte de las madres no trabaja.

El nivel de conocimiento sobre síntomas y medidas de prevención es de nivel medio y bajo en el 38.4 (63) respectivamente y solamente fue alto en el 23%(38) madres.

El 39% (64) madres tienen un nivel de conocimiento medio y son aquellas que tienen nivel de instrucción secundaria, el 38%(62) tienen grado de instrucción superior. Asimismo solamente el 23%(38) madres con grado de instrucción superior tiene un nivel de conocimiento alto.

Palabras Claves: Conocimiento e Influenza AH1N1

ABSTRAC

The aim of the study was to establish the level of knowledge about Influenza AH1N1 in mothers who come to the service of Uldaric CRED Hospital El Salvador Fernández Villa Rocca; March- June -2014 Lima. It was a non-experimental study of descriptive and cross-sectional level. Among its main conclusions they are: The average age of the mothers who come to the Uldaric CRED Service Hospital Fernández Rocca predominates more than 24 to 28.años followed them with 29 to 33 years.

The highest percentage of mothers of the sample unit has degree of secondary education, followed by those with higher technical education degree and only 10% (17) has grade instruction. Also most of the mothers do not work.

The level of knowledge about symptoms and prevention measures is midlevel and low in the 38.4 (63) respectively and was only high in 23% (38) mothers.

39% (64) mothers have a medium level of knowledge and are those with secondary education level, 38% (62) have a degree of higher education. Also only 23% (38) mothers with higher education degree has a high level of knowledge.

Keywords: Knowledge and Influenza AH1N1

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

i

ABSTRACT

ii

ÍNDICE

iii

INTRODUCCIÓN

v

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	9
1.3. Objetivos de la investigación	
1.3.1. Objetivo general	10
1.3.2. Objetivos específicos	10
1.4. Justificación del estudio	11
1.5. Limitaciones de la investigación	13

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio	14
2.2. Bases teóricas	19
2.3. Definición de términos	41
2.4. Hipótesis	42
2.5. Variables	43
2.5.1. Definición conceptual de la variable	43
2.5.2. Definición operacional de la variable	43
2.5.3. Operacionalización de la variable	44

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo y nivel de investigación	46
------------------------------------	----

3.2. Descripción del ámbito de la investigación	46
3.3. Población y muestra	47
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	47
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	48
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	48
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	49
CAPÍTULO V: DISCUSION DE RESULTADOS	59
CONCLUSIONES	60
RECOMENDACIONES	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación tuvo como propósito determinar los conocimientos sobre la influenza AH1N1 iniciando con amplia información que nos muestra la problemática entorno a la enfermedad. Da un seguimiento a la aparición y origen de la influenza en 2009, que finalmente fue denominada A (H1N1). Presenta los pasos y principales lineamientos que ante este nuevo virus dio la Organización Mundial de la Salud. Explora cómo se fue detectando esta influenza. Hace un seguimiento de los conocimientos como medio de prevención ya que considerando que el nivel es bajo se comprende que es un riesgo para encarar este súbito, y al principio desconocido, mal. Plantea los posibles riesgos que se deberán afrontar en una segunda oleada que se vaticina se agudizará en la temporada invernal.

Esta investigación contiene hallazgos importantes y valiosos que contribuirán al enriquecimiento de conocimientos teóricos y prácticos principalmente para los profesionales de Enfermería incrementando las medidas preventivas promocionales sobre lactancia materna exclusiva.

La presente investigación para fines de estudio contiene

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos.

Capítulo IV: en él se hace referencia a los resultados obtenidos a través de un procesamiento de datos y se presentan en gráficos para su mejor comprensión

Capítulo V: se discuten los resultados confrontándolo con la literatura para luego dar las conclusiones y recomendaciones pertinentes y finalizar la presentación de las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el campo médico internacional se había previsto que pronto aparecería la primera pandemia del siglo XXI; algunos consideraban que podría ser la gripe aviar. En el ámbito político, por un lado, se había propiciado la utilización de conocimientos científicos para la creación de armas bacteriológicas y, por otro, se instigaba el temor de pandemias para controlar a la población (Wolin, 2008). A las contradicciones del campo económico se agregaba la tensión de las ganancias que estos escenarios producían para las grandes corporaciones farmacéuticas y los problemas económicos de los gobiernos en los que repercutía gravemente la crisis económica (Ramonet, 2009b). En 2009 irrumpió la pandemia que se denominó influenza A (H1N1). La complejidad de las pandemias tiene que ser estudiada por muchas disciplinas y desde énfasis diversos. Desde una perspectiva médica puede privilegiarse la infectología, que se centra en el estudio del virus (Muñoz,

1995), o la epidemiología, que destaca cómo enfrentarse a las enfermedades infecciosas y cómo tratar de evitar que se propaguen recurriendo a las políticas sanitarias.¹

A principios de mayo, 2009 la OMS difundió la lista de países que tenían capacidad instalada para diagnosticar el nuevo subtipo del virus de influenza A (H1N1) en humanos. Entre esos 71 países se encontraba México (OMS, 2009c). También participó en una declaración conjunta con la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE), en la que se insistía en que no había constancia de que el nuevo virus se transmitiera al ser humano por ingestión de carne de cerdo (OMS, 2009d). El 11 de junio, decretó que se había llegado a la fase más alta de alerta epidemiológica, la de pandemia (OMS, 2009e).²

A inicios de julio, la OMS reveló que autoridades sanitarias de Dinamarca, Japón y Hong Kong informaron sobre casos en los que el virus A (H1N1) era resistente al medicamento más efectivo para enfrentarlo, el oseltamivir¹², pero el zanamivir seguía siendo efectivo (OMS, 2009f). A mediados de julio el organismo internacional dio a conocer dos notas informativas más. La primera se refería a las vacunas contra la gripe A (H1N1): la OMS analizó la situación de la producción de la vacuna estacional y la capacidad potencial para producir la vacuna contra el nuevo virus. Planteó que la pandemia era "moderadamente grave", pero que había grupos de riesgo que podían sufrir un cuadro grave y aun la muerte, como las embarazadas, las personas asmáticas, los que padecían obesidad patológica y aquellos con trastornos crónicos. Llegaba a la conclusión de que la vacuna era necesaria en todos los países, por lo que había que esforzarse para lograr equidad en el acceso a ella. Se hacían varias recomendaciones, entre las que destacaba la siguiente: como algunas vacunas se producían mediante tecnología nueva y

su inocuidad no se había evaluado lo suficiente en ciertos grupos de población, era importante implantar mecanismos de fármaco vigilancia de la mayor calidad posible. Otra recomendación tenía que ver con la previsión de que no habría vacunas suficientes en el ámbito mundial, por lo cual se debía buscar medidas alternativas. Una más era que no se dejara de elaborar la vacuna estacional por concentrarse en la producción de la vacuna antipandémica (OMS, 2009g).²

La segunda de estas notas informativas tenía que ver con el cambio de notificación de los casos de infección del virus pandémico A (H1N1). Se argumentaba que conforme evolucionaba la pandemia de 2009, variaban también los datos necesarios para evaluar los riesgos, tanto en los países afectados como a nivel mundial. Se aceptaba como inevitable el hecho de que la pandemia se seguiría propagando en los países afectados y que llegaría a otros nuevos. Se destacaba que la pandemia se había difundido a una velocidad sin precedentes. Mientras que en pandemias anteriores los virus tardaron seis meses en extenderse, este nuevo virus lo había hecho en seis semanas. Debido al número creciente de casos registrados en muchos países, estaba resultando extremadamente difícil, cuando no imposible, confirmarlos mediante pruebas de laboratorio. La detección de todos los casos requería cuantiosos recursos. Además, el recuento de casos había dejado de ser esencial, pues se volvió más importante vigilar el nivel o la naturaleza de los riesgos asociados con el virus para orientar la aplicación de medidas apropiadas.

La OMS destacó que la pandemia se había caracterizado, hasta ese momento, por la levedad de los síntomas en la gran mayoría de los pacientes, los cuales por lo general se recuperaban después de una semana. No obstante, se hacía un llamado a que todos los países mantuvieran una estricta vigilancia para detectar cualquier evento inusual. Habría que estar

atentos, por ejemplo, a la aparición de pautas de transmisiones nuevas, inesperadas o muy marcadas. Algunas de esas señales podían ser el ausentismo escolar o laboral, una mayor gravedad de los cuadros clínicos, etc. Los sistemas de salud podrían sufrir tensiones.

Para esas fechas había más de 100 mil casos en el mundo. La OMS anunciaba que ya no publicaría tablas globales con las cifras de los casos confirmados en cada país, pero sí proporcionaría actualizaciones regulares sobre la situación de los países recientemente afectados, a los que les pediría cifras semanales agregadas de los casos. En los países donde había transmisión en comunidades, las actividades de vigilancia se centrarían en la notificación de los casos de acuerdo con los indicadores para la vigilancia de la gripe estacional, por lo que no tendrían que notificar a la OMS cada uno de los casos y muertes confirmados. No obstante, era muy importante el seguimiento de las características epidemiológicas del virus pandémico (OMS, 2009h).

Entre el 24 de julio y el 28 de agosto, la OMS emitió otras seis notas informativas. Anunció que se seguía estudiando la evolución de la enfermedad. A medida que aumentaba su propagación, también crecía ligeramente la edad promedio de los casos. El organismo internacional lanzó la hipótesis de que eso podía deberse a que en los primeros países afectados, se produjeron al principio brotes en las escuelas y después la enfermedad se propagó al resto de la población. Aceptaba que todavía no se conocían bien las características epidemiológicas de la pandemia, porque en muchos países circulaban al mismo tiempo los virus de la gripe estacional y los de la gripe pandémica. Reconocía que aún no se habían establecido a cabalidad los factores de riesgo de la gripe pandémica grave. Se constataba que las embarazadas mostraban un riesgo más elevado de sufrir la forma grave e incluso mortal de la gripe. Debido a que los medicamentos

correspondientes tenían resultados óptimos si se administraban antes de transcurridas 48 horas de la aparición de los síntomas, la OMS recomendaba que se iniciara el tratamiento sin esperar a conocer el resultado de las pruebas de laboratorio. Otra recomendación versaba sobre la aplicación de las vacunas cuando estuvieran listas: las embarazadas debían considerarse un grupo prioritario. Las vacunas eran importantes para disminuir el número de casos y de defunciones. La OMS aseguraba que las vacunas antigripales tenían un historial establecido de inocuidad (OMS, 2009 i, j, k, m, n).³

El 28 de agosto la OMS aconsejó a los países del hemisferio norte que se prepararan para una fuerte oleada del virus en la época invernal. Planteó que pese a que la mayoría de los casos serían leves, habría enfermos graves que implicarían una carga para los sistemas sanitarios. Precisó que 60% de las muertes provocadas por este virus se producía en personas con problemas de salud, pero que el restante 40% correspondía a jóvenes y adultos sanos. El virus pandémico A (H1N1) había arraigado con rapidez y constituía, para entonces, la cepa de virus gripal dominante en la mayor parte del mundo. Por esas fechas, sólo se habían detectado unos cuantos casos de resistencia a los medicamentos. Las investigaciones mostraban diferencias relevantes entre las pautas de morbilidad de la pandemia y de las epidemias estacionales de gripe. La mayoría de los casos graves y mortales correspondía a adultos menores de 50 años, lo que contrastaba con el perfil de la gripe estacional. Médicos de todo el mundo estaban notificando una forma muy grave de la enfermedad cuando el virus infectaba el pulmón y causaba insuficiencia respiratoria grave. Para salvar esas vidas, se requería una atención altamente especializada y exigente en una unidad de cuidados intensivos. Además del embarazo, algunas dolencias acentuaban el riesgo de que la enfermedad adquiriera gravedad y condujera a la muerte, como las enfermedades respiratorias, especialmente el asma, las enfermedades

cardiovasculares, la diabetes y los estados de inmunodepresión (OMS, 2009p).³

La Influenza es causada por un virus que ataca preferentemente el tracto respiratorio alto – la nariz y garganta- bronquios y raramente también los pulmones. La infección usualmente dura una semana. Es caracterizada por un inicio súbito de fiebre alta, dolores musculares, dolor de cabeza, severo malestar general, tos no productiva, dolor de garganta y secreción nasal. En los extremos de la vida (infancia y ancianidad) así como en personas que padecen enfermedades previas como: Enfermedades Respiratorias Crónicas, Diabetes Mellitus, Cáncer, Enfermedades Renales o Cardiológicas, la Influenza se constituye en un serio riesgo para la vida. En estas personas la infección puede desarrollar severas complicaciones, empeorar las enfermedades de fondo llegando inclusive a la neumonía y la muerte. ⁽¹⁾

La Influenza aparece rápidamente alrededor del mundo en epidemias estacionales, generando impacto económico en las poblaciones afectadas por los gastos que origina por concepto de atenciones, medicamentos, hospitalización y manejo de las complicaciones, así como por la pérdida de la capacidad laboral de las personas afectadas.⁽¹⁾

El Programa de Regulaciones Internacionales de Salud de los EE. UU. Informó sobre los casos de influenza AH1N1 2009 a la Organización Mundial de la Salud (OMS, por sus siglas en inglés). Los casos también se informaron a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Canadá y México, como parte de la Sociedad para la Seguridad y Prosperidad de América del Norte.

El 11 de junio de 2009, la OMS señaló que se estaba desarrollando una pandemia global de influenza H1N1 2009 al aumentar aún más el nivel de alerta de pandemia a nivel mundial a Fase 6. La decisión de la OMS de elevar el nivel de alerta de pandemia a la Fase 6 fue un reflejo de la diseminación

del virus en otras partes del mundo y no un reflejo de cambios en el virus de la influenza H1N1 2009 o en la enfermedad asociada.⁽²⁾

Después de la declaración de pandemia de la OMS el 11 de junio, el virus H1N1 2009 continuó diseminándose y el número de países que informaban casos H1N1 2009 casi se duplicó desde mediados de junio de 2009 hasta principios de julio de 2009. Los niveles de la enfermedad producida por el virus H1N1 2009 continuaron siendo significativos, con brotes localizados y en algunos casos de actividad intensa. Para el 19 de junio de 2009, los 50 estados en los Estados Unidos, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE. UU. Informaron casos de infección por el virus H1N1 2009.⁽²⁾

En Estados Unidos, en la SE 03, a nivel nacional, la proporción de consultas por ETI (4,3%) en pacientes ambulatorios, disminuyó por tercera semana consecutiva, aunque permanece por encima de la línea de base nacional (2,2%). Cinco de las regiones (5/10) reportaron actividad de ETI en descenso; aunque todas las regiones reportaron actividad por encima de su línea de base. A nivel regional, 26 estados y la ciudad de Nueva York reportaron actividad de ETI alta.

A nivel nacional, la proporción de defunciones atribuidas a neumonía e influenza para la SE 03 (9.8%) incrementó respecto a la semana previa y permanece por encima del umbral epidémico para esta época del año (7,3%). En la SE 03, se reportaron ocho defunciones pediátricas asociadas a influenza (dos asociadas a influenza A no subtipificada, y seis a influenza B). Entre 1 de octubre y el 19 de enero, la tasa de hospitalización por influenza fue 22,2/100.000 habitante, presentándose mayor tasa entre los mayores de 64 años.⁽³⁾

El informe de la OMS, que analiza datos hasta el 3 de marzo, en el primer bimestre del año hay presencia de esta infección viral en 67 países, que en conjunto suman 7.095 casos. De esta manera, México concentra el 77% de los enfermos a escala mundial en 2012 y el resto de los 66 países engloba solo el 23%, es decir, 1.627 casos. Según la Secretaría de Salud, el 90% de los pacientes que han fallecido este año por gripe en el país no estaban vacunados y el 75 % tenían complicaciones, principalmente por diabetes mellitus, obesidad e hipertensión arterial. ⁽⁴⁾

La OMS estima que cada año en el mundo se presentan alrededor de 1,000 millones de casos de influenza estacional (~15% de la población mundial), entre 3 y 5 millones de casos severos y de 300 a 500 mil muertes.^{8,9} En Estados Unidos, entre el 5 al 20% de la población enfermará de influenza cada año, cobrando la vida de unas 36,000 personas y la hospitalización de otras 200,000, ocasionando costos médicos de alrededor de 10 mil millones de dólares;¹⁰ el impacto económico total anual se estima en casi 90 mil millones de dólares.¹¹ En México, no contamos con estadísticas similares, aunque algunos estudios estiman que en nuestro país fallecen por influenza y neumonía alrededor de 10,000 personas al año.⁽⁵⁾

En el Perú, se ha intensificado la vigilancia epidemiológica, estableciendo la notificación inmediata, según definiciones de caso establecidas por la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud, de acuerdo a los lineamientos propuestos por la OMS²; se ha activado los equipos de Alerta Respuesta en cada región de salud del país. ⁽³⁾

Asimismo, confirmó el deceso de diez personas por esta enfermedad, de los cuales cuatro pertenecen al Callao, tres a Junín, una a Ancash, otra a Arequipa y una a Lima.

Mediante un comunicado, el Minsa señaló que entre abril y mayo de este año se ha distribuido 1'700,000 dosis de vacunas de influenza adulto y 1'200,000 dosis pediátricas, que se encuentran distribuidas en todos los establecimientos de salud.

El Ministerio de Salud informó que a la fecha se tienen 216 casos de Influenza AH1N1 confirmados en todo el Perú, de los cuales el 75% (162 casos) se encuentran en Lima y Callao. El Ministerio de Salud (Minsa) informó este martes que a la fecha se tienen 216 casos de Influenza AH1N1 confirmados en todo el Perú, de los cuales el 75% (162 casos) se encuentran en Lima y Callao.⁽⁶⁾

El Hospital Uldarico Rocca Fernández no cuenta con una guía para la preparación del sector de salud adyacente ante una posible epidemia de Influenza AH1N1. Se debe tomar muy en cuenta su realidad local en especial de las costumbres sanitarias de la mayoría de la Población Indígena y de bajo y medio nivel social, que por sus limitaciones económicas, educativas y de información son los más propensos a contraer y propagar este virus con consecuencias impredecibles.

Frente a las situaciones planteadas se formula la siguiente interrogante.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la Influenza AH1N1 en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Uldárico Rocca Fernández, Villa El Salvador. Marzo- Junio – Lima - 2014?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemográficos (edad, grado de instrucción y ocupación) de las madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Uldarico Rocca Fernández Villa El Salvador Marzo- Junio – Lima Perú 2014?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre síntomas y medidas de prevención de la Influenza AH1N1 en las madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Uldarico Rocca Fernández, Villa El Salvador. Marzo- Junio – Lima - 2014?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento según grado de instrucción de las madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Uldarico Rocca Fernández, Villa El Salvador. Marzo- Junio – Lima - 2014?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General

Determinar el nivel de conocimiento sobre la Influenza AH1N1 en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Uldarico Rocca Fernández, Villa El Salvador. Marzo- Junio – Lima – 2014.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Reconocer las características sociodemográficos (edad, grado de instrucción y ocupación) de las madres que acuden al

servicio de CRED del Hospital Uldarico Rocca Fernández, Villa El Salvador. Marzo- Junio – Lima – 2014.

- Reconocer el nivel de conocimiento sobre síntomas y medidas de prevención de la Influenza AH1N1 en las madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Uldarico Rocca Fernández, Villa El Salvador. Marzo- Junio – Lima – 2014.
- Identificar el nivel de conocimiento según grado de instrucción de las madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Uldarico Rocca Fernández, Villa El Salvador. Marzo- Junio – Lima – 2014.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

En el último siglo la humanidad han existido 3 pandemias y una variedad de epidemia de la estación; entonces la formación científica de los profesionales de salud nos permite ser críticos en casos relevantes de los servicios públicos que se dan en la medicina para mejorar los mismos y plantar acciones para un eficiente servicio a favor de las personas más vulnerables de la sociedad a nivel nacional con mucha eficacia ante una problemática que se genera en nuestro país y en el mundo para aportar nuestras soluciones prácticas como del presente estudio en el cual determinare el siguiente problema.

Actualmente el país se encuentra en el período de bajas temperaturas, con mayor impacto en algunas regiones, situación que favorece la circulación de los virus de influenza y otros virus respiratorios.

Por otra parte queremos estimular a la ciudadanía para que se proteja contra esta nueva infección respiratoria que ha ocasionado la muerte de varias personas, aplicándose la Vacuna Influenza que el Ministerio de Salud Pública está ofreciendo gratuitamente a nivel nacional, así como también brindar una educación continua a los grupos más vulnerables que pueden contraer la enfermedad y poder disminuir el número de infectados por este virus.

Al comenzar el siguiente trabajo investigativo deseamos concientizar a las personas; que asistan inmediatamente a los centros de salud cercanos a su casa para ser tratado por los profesionales de salud; pero para eso tienen que conocer los síntomas de esta enfermedad.

Cabe resaltar que es de suma importancia tomar las medidas de precaución para prevenir los contagios de virus y el tratamiento a tiempo a toda la población más vulnerable que ha de tener esta enfermedad de la influenza AH1N1.

Muchas veces las madres practican la medicina alternativa y casera, que puede ser beneficiosa inocua para salud del niño pero también perjudiciales cuando no son utilizado adecuadamente; pudiendo poder complicar el estado de salud. En otras costumbres, como la higiene, el lavado de manos, la alimentación y los signos de alarma; se denota dificultad en su conocimiento y practicas saludables, remarcando la automedicación en la mayoría de las madres.

Por ello se considera de gran relevancia realizar el estudio en este campo de la salud, porque pondrá en evidencia el comportamiento de una población de madres basado en el nivel de conocimiento que maneja de la Influenza.

Información que será de línea base para innovar estrategias y políticas sanitarias acordes con la realidad territorial y costumbres antropológicas de estas madres.

El hospital Uldarico Rocca Fernández se encuentra ubicado en la provincia de Lima, en el Distrito de Villa el Salvador con Dirección Av. Separadora Industrial y Av. Cesar Vallejo; cuenta con un total de 46,666 pacientes que han asistido a consulta externa en los meses de Enero a Marzo y al servicio de CRED acudieron 1200 pacientes; donde el mes de mayo solo acudieron 300 personas.

Es una institución asistencial de Primer Nivel que funciona como único centro hospitalario de referencia; para brindar una atención rápida, oportuna y con trato digno a los 130 mil asegurados en la emblemática ciudad autogestionaria de cono Sur de Lima Metropolitana. De manera general, el hospital consta de un volumen principal de 3 pisos de altura con un sótano donde se encuentra 2 salas de Operaciones, sala de Parto; Central de Esterilización; con servicios de hospitalización, Consultorios Externos y Programas de Enfermería.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Están dado por:

- Los gastos económicos que se generarían al realizar esta investigación.
- La cantidad de pacientes que asistan al Hospital.
- El tiempo que tomare para encuestar a los pacientes del Hospital Uldarico Rocca.

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 A nivel internacional

Alonso Reynoso Carlos.- La influenza A (H1N1) y las medidas adoptadas por las autoridades sanitarias-2009. Este artículo ofrece una visión compendiada de las principales epidemias de influenza. Da un seguimiento a la aparición y origen de la influenza en 2009, que finalmente fue denominada A (H1N1). Presenta los pasos y principales lineamientos que ante este nuevo virus dio la Organización Mundial de la Salud. Explora cómo se fue detectando esta influenza en México. Hace un seguimiento de los cambios en la estrategia que siguieron las autoridades sanitarias en México para encarar este súbito, y al principio desconocido, mal. Inquieta si un nuevo incremento de casos se debe a un anticipado rebrote o a la continuación de la epidemia. Plantea los posibles riesgos que se deberán afrontar en una segunda oleada que se vaticina se agudizará en la temporada invernal.

Finalmente sintetiza las principales discusiones que han surgido sobre esta nueva influenza.⁷

Guaña Torres Jorge Luis. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de enfermería del Hospital San Luis de Otavalo Sobre la atención de pacientes con AH1N1; Ecuador; de enero a noviembre 2010” Síntesis: Tiene como objetivo general. Determinar los conocimientos actitudes y prácticas del personal de Enfermería que labora en el Hospital San Luis de Otavalo sobre la atención a pacientes con AH1N1. El presente trabajo Investigativo es básicamente un estudio descriptivo, retrospectivo, encaminado a determinar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de Enfermería que labora en el Hospital San Luis de Otavalo sobre la atención de pacientes con AH1N1. Tiene como resultado De las encuestas mantenidas con el personal de Enfermería del Hospital de Otavalo, se determinó que existen normativas para atender este tipo de emergencias sanitarias emitidas por el Ministerio de Salud Pública, que inclusive esta normativa deviene de procedimientos que establecen tanto la OMS y OPS a las cuales se deben someter. Sus conclusiones fueron: Después del análisis el personal encuestado, demuestra conocer sobre la temática. El conocimiento del personal de enfermería que labora en el Hospital San Luis de Otavalo es bueno en cuanto a características fisiopatologías de la enfermedad, transmisión, prevención, diagnóstico, tratamiento.⁽⁸⁾

Gavilánez Karla Paulina; Borja María Patricia. “Factores de riesgo por Influenza Humana AH1N1 de los pacientes que ingresan al área de aislamiento del servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial General Docente Riobamba Noviembre del 2009 a Marzo del 2010.

Los signos de la gripe por A (H1N1) son los típicos de un cuadro gripal, esto es, fiebre, tos, cefalea, dolores musculares y articulares, dolor de garganta y rinorrea, y a veces vómitos y diarrea. No se conoce ningún caso de personas que hayan resultado contagiadas por exposición a cerdos u otros animales. Se desconoce el lugar de origen del virus. Tiene como Objetivo General Desarrollar un proceso como identificar los factores de riesgo de transmisión de la Influenza Humana AH1N1 y el protocolo de atención. Tipo de Estudio es Descriptiva Porque durante esta investigación se podrá analizar y medir las características de las variables expuestas anteriormente y Cuantitativa Porque la investigación se basa en datos y lo que se va a lograr con el estudio es describir los resultados obtenidos durante la misma, analizarlos y relacionarlos. Las conclusiones fueron En la población de estudio se pudo verificar una de las causas primordiales para la propagación de este virus que es el hacinamiento en un 93% de los contagiados ya que la mayoría asistía a lugares de concentración masiva de personas. ⁽⁹⁾

2.1.2. A nivel Nacional

Santa Cruz Lazo María Isela. “Nivel de Conocimiento que tienen las madres de los niños que asisten al consultorio de CRED sobre la prevención y Tratamiento de las Infecciones Respiratorias Agudas en el Centro de Salud Tablada de Lurín 2011” Síntesis: El presente estudio titulado “Nivel de Conocimiento que tienen las madres de los niños que asisten al consultorio de CRED sobre la prevención y Tratamiento de las Infecciones Respiratorias Agudas en el Centro de Salud Tablada de Lurín 2011”, tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento de las madres de los niños que asisten al consultorio de CRED sobre la prevención y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas, identificándolo y describiéndolo. El estudio es de

nivel aplicativo, método descriptivo tipo cuantitativo. La población estuvo conformada por 200 madres de niños de un mes a menores de 5 años que asisten a CRED. La muestra fue 60 madres los resultados fueron de 60 madres (100%), el 48% tiene un nivel de conocimiento medio el cual predomina, pero el 27% tienen conocimiento bajo, entonces el 75% de madres tienen conocimiento de medio a bajo sobre prevención y tratamiento de estas enfermedades.

En cuanto a nivel de conocimiento sobre la prevención de las IRAs el 73% de las madres tienen un nivel de medio a bajo, sin embargo el porcentaje de conocimiento sobre el tratamiento es un poco más elevado ya que hay un alto porcentaje de conocimiento medio (60%) y nivel alto, 22% por lo que se concluye que el nivel de conocimiento de las madres sobre la prevención y tratamiento de las IRAs es de medio a bajo, pero sus conocimientos son mayores en cuanto a tratamiento.

Alarcón Ramos Ángela Isabel. “Conocimiento que poseen las madres de niños menores de 5 años sobre el manejo de las infecciones respiratorias agudas. Centro de salud “Nueva Esperanza”, 2010.” Síntesis: El objetivo fue; determinar los conocimientos que poseen las madres de niños menores de 5 años sobre el manejo de las infecciones respiratorias agudas en el Centro de Salud Nueva Esperanza. Material y método, el estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 54 madres. La técnica fue la entrevista y el instrumento un cuestionario considerando el consentimiento informado. Resultados del 100% (54), 63%, (34) conocen y 37% (20) desconocen acerca del manejo de las infecciones respiratorias agudas. Conclusiones. Un porcentaje considerable (63%) conocen los aspectos relacionados a los signos y síntomas, las

señales de peligro y un porcentaje significativo (37%) desconocen relacionado al motivo de enfermedad y protección de personas enfermas dentro del hogar. Lo cual resulta favorable que las madres tengan conocimientos básicos para reconocer las IRAS acudiendo oportunamente a los establecimientos de salud sin embargo es necesario la educación continua a la población para que adopten conductas saludables que eviten la enfermedad.

Torres-Fierro, Anahí. Muñoz-Zurita, Guillermo. Rojas-Ruíz Norma Elena Nivel de conocimientos sobre las medidas higiénico-preventivas para evitar nuevos brotes de influenza A(H1N1) en estudiantes del área de la salud. Ante la pandemia de gripe provocada por la cepa del virus influenza A/ California/4/2009 A(H1N1) en el mundo, se implementaron y difundieron medidas higiénico-preventivas para controlar la propagación del virus como, uso de desinfectantes, sistema de ventilación controlada, medidas de distanciamiento social, higiene respiratoria y de manos, densidad humana, equipos de protección personal y vacunación destinados al personal médico. Se determinó el nivel de conocimientos en estudiantes del área de la salud con respecto al virus influenza A(H1N1): epidemiología, nomenclatura, fisiopatología, sintomatología, tratamiento y profilaxis para prevenir nuevos brotes. Resultados. Sólo el 33.6% de los universitarios conoce la escala de Triage. El 25.6% conoce la distancia de propagación del virus influenza A(H1N1) aerosolizado. Y 228 alumnos (91.2%) conocen las medidas generales de 1 Facultad de Medicina. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. 2 Instituto de Ciencias. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Folio: 119/11 Artículo recibido: 14 de febrero de 2011 Artículo aceptado: 8 de diciembre de 2011 Correspondencia: Dr. Guillermo Muñoz Zurita. Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de

Puebla. Edificio 13 Sur 2702 Col. Volcanes, C.P. 72000. Puebla, prevención de contagio por el virus influenza A(H1N1) Conclusión. El nivel de conocimientos sobre la influenza A(H1N1) en los estudiantes del área de la salud de la BUAP es deficiente ¹²

2.2. BASES TEORICAS

2.2.1. Base histórica entorno a la Influenza AH1N1

La gripe A (H1N1) surgida en 2009, es una pandemia causada por una variante del Influenza virus A de origen porcino (subtipo H1N1), conocido oficialmente por la Organización Mundial de la Salud como Virus H1N1/09 Pandémico. Esta nueva cepa viral es conocida como gripe porcina (nombre dado inicialmente), gripe norteamericana (propuesto por la Organización Mundial de la Salud Animal) y nueva gripe (propuesto por la Unión Europea), nombres que han sido objeto de diversas controversias. El 30 de abril de 2009 la Organización Mundial de la Salud (OMS) decidió denominarla gripe A (H1N1). Ésta es una descripción del virus: la letra A designa la familia de los virus de la gripe humana y de la de algunos animales como cerdos y aves, y las letras H y N (Hemaglutininas y Neuraminidasas) corresponden a las proteínas. El origen de la infección es una variante de la cepa H1N1, con material genético proveniente de una cepa aviaria, dos cepas porcinas y una humana que sufrió una mutación y dio un salto entre especies (o heterocontagio) de los cerdos a los humanos, y contagiándose de persona a persona. Según expertos (como el jefe del Departamento de Microbiología del Hospital Mount Sinai de Toronto, el doctor Donald Low), está por confirmarse la relación entre el virus de la gripe porcina H1N1 y el de los casos confirmados en

México. El 11 de junio de 2009 la Organización Mundial de la Salud (OMS) la clasificó como de nivel de alerta seis; es decir, pandemia actualmente en curso que involucra la aparición de brotes comunitarios (ocasionados localmente sin la presencia de una persona infectada proveniente de la región del brote inicial). Ese nivel de alerta no define la gravedad de la enfermedad producida por el virus, sino su extensión geográfica. La tasa de letalidad de la enfermedad que inicialmente fue alta, ha pasado a ser baja al iniciar los tratamientos antivirales a los que es sensible, sin embargo la futura evolución del virus es impredecible, como constata la directora general de la OMS Margaret Chan el 4 de mayo, ya que "puede que en un mes este virus desaparezca, puede que se quede como está o puede que se agrave."¹³

2.2.2. Concepto Influenza Humana A H1N1

¿Qué es la Influenza Humana A H1N1?

Es una enfermedad ocasionada por un nuevo tipo de virus que afecta a las vías respiratorias del ser humano. Fue inicialmente conocida como "gripe porcina", "gripe norteamericana" y "nueva gripe". La Organización Mundial de la Salud (OMS) la ha denominado oficialmente influenza AH1N1. ⁽¹⁴⁾

La gripe por A (H1N1) es una infección respiratoria aguda y muy contagiosa de los cerdos, causada por alguno de los varios virus gripales de tipo A de esa especie. La morbilidad suele ser alta, y la mortalidad baja (1%-4%). El virus se transmite entre los cerdos a través de aerosoles, por contacto directo o indirecto, y a través de cerdos portadores asintomáticos. Durante todo el año se producen

brotos en esos animales, pero la incidencia es mayor en otoño e invierno en las zonas templadas. Muchos países vacunan sistemáticamente a sus cabañas de cerdos contra la gripe por A (H1N1).⁽¹²⁾

Antecedentes históricos

Los numerosos autores que han estudiado los primeros datos en relación con la influenza tienen el convencimiento de que la enfermedad se conocía en la antigüedad, se sabe que Hipócrates la describió 400 años antes de Cristo, desafortunadamente no existen registros históricos certeros debido al comportamiento variable que la caracteriza, y a su desaparición por largos períodos.

La denominación de influenza, para las infecciones provocadas por los virus de la familia ortomixovirus, data de la época medieval, cuando existía la creencia generalizada de que las epidemias eran debidas a la influencia de los astros, en ese entonces el término influenza se utilizaba para describir indistintamente varias enfermedades diferentes.

La evolución del pensamiento médico, alrededor del siglo XVIII, empezó a cuestionar la afirmación de que los astros influían en las enfermedades, por lo que se comenzó a utilizar el término como una contracción de «influenza di freddo», es decir «influenza del frío», pues se había observado que era una enfermedad que se daba predominantemente en los meses fríos.

El término gripe, que suele usarse como sinonimia, es de origen francés. La primera descripción aceptable ocurre cuando Enrique Tudor derrotó a Ricardo III en la batalla de Bosworth Field, (22 de agosto de 1485). La enfermedad atacó al ejército vencedor siendo

llevada posteriormente a Londres, causando muerte y desorganización, obligando a postergar la ceremonia de coronación necesaria para establecer los derechos divinos del nuevo soberano. La enfermedad era de corta duración, con muerte o recuperación total en pocos días, manifestada por fiebre alta, cefalea, dolor articular y sudor mal oliente, probablemente relacionado con la escasa higiene de la época. Se le conoció como sudor anglicus o transpiración inglesa. Durante ese siglo hubo brotes sucesivos uno de los cuales llegó a Alemania en donde se le conoció como peste inglesa.

Estacionalidad

En los climas templados, las epidemias son más corrientes en invierno y en la primavera, pero puede darse la enfermedad en otras estaciones, especialmente durante las pandemias. Una epidemia típica llega a su punto culminante sobre poco más o menos un mes después de iniciada y declina al cabo de otro mes. Antes de que se declare la epidemia propiamente dicha puede haber un corto número de casos durante un periodo prolongado, por ejemplo la epidemia puede iniciarse en la estación fría después de la aparición de casos aislados en la estación cálida, así ocurrió en las pandemias de 1889 y 1918. En el verano y otoño de 1957 se observaron asimismo en varios países brotes epidémicos muy dispersos, seguidos de extensas epidemias en invierno.

Según ciertos autores, si el virus penetra en una zona en una estación desfavorable, puede tener una diseminación muy extensa, antes de causar un brote explosivo al invierno siguiente. La aparición de casos dispersos en Suecia y Noruega, durante mayo y junio de 1950, terminó a fines de ese último mes, pero de octubre a diciembre hubo una serie de extensas epidemias en toda Escandinavia. En 1965, la

influenza se extendió por toda la mitad oriental de los Estados Unidos, en los primeros meses del año, mientras que en la parte occidental del país sólo se registró un corto número de brotes localizados algún tiempo más tarde. En los meses de verano no se registraron casos, pero a invierno siguiente hubo en la región occidental extensos brotes con una mortalidad muy superior a lo habitual en un periodo no epidémico comparable.⁽¹⁰⁾

2.2.3. Agente etiológico (¿Qué la causa?)

El agente causal fue aislado por primera vez en 1933, a partir de secreciones respiratorias de casos humanos y fue denominado virus influenza tipo A. Desde entonces es quizás el virus humano mejor estudiado, su estructura bien caracterizada y su genoma secuenciado.

Los virus de influenza, pertenecen a la familia de los ortomixovirus, de acuerdo con su estructura genómica, se clasifican en tres tipos A, B y C; los tres son patógenos para el hombre. Los virus de influenza tipo A son antigénicamente muy variables, con lo que consiguen eludir al sistema inmunológico de sus huéspedes, son además responsables de brotes epidémicos y pandemias, tiene la capacidad de infectar además del hombre, a cerdos, caballos, mamíferos marinos, aves de corral, y muchas especies de aves silvestres. El tipo B posee una variabilidad antigénica menor y solo afecta al hombre. El tipo C es más estable, sólo causa enfermedad respiratoria leve, afecta a humanos principalmente, pero se ha aislado también en cerdos.

2.2.4. Taxonomía del virus (¿Cómo se clasifica el virus?)

El virus de la influenza es un género perteneciente a la familia Orthomixoviridae (del griego orthos: derecho y myxo: mucus) está

familia se divide en cinco géneros, según el Comité Internacional para la Taxonomía y Clasificación de los Virus, y está integrada por virus que poseen afinidad por las mucinas.

Estructura taxonómica de la familia

- Orthomyxoviridae
- Influenzavirus A
- Influenzavirus B
- Influenzavirus B
- Thogotovirus
- Isavirus

Morfología del Influenza virus A (¿Qué forma tiene?)

Morfológicamente los ortomixovirus son esféricos pleomórficos (gran variabilidad en su forma), aunque, generalmente, son esféricos, vistos al microscopio electrónico (ME), con preparaciones teñidas negativamente, tienen un tamaño de 80 a 120 nanómetros (nm) de diámetro (un nanómetro equivale a la mil millonésima parte de un metro). Algunas veces adopta una forma alargada de hasta 400nm.

Estructura y composición

El virus está compuesto por una envoltura cubierta de proyecciones, que recubre una estructura proteica (nucleocápside) segmentada de simetría helicoidal. La envoltura presenta dos capas, una externa de naturaleza lipídica, derivada de la membrana citoplásmica de la célula huésped, y una capa interna, constituida por una proteína de información viral, de bajo peso molecular, que representa el 33% de todas las proteínas y comunica estabilidad al virión, se le conoce como proteína matriz o M.

En la envoltura lipídica se insertan radialmente a modo de proyecciones o espículas, las dos glicoproteínas del virus, la Hemaglutinina (HA) en forma alargada de sección triangular, con la extremidad libre en forma globular, están constituidas por 3 polipéptidos (trímero) y cada polipéptido se descompone a su vez en dos subunidades HA1 y HA2. Por la extremidad hidrófoba (HA2) se une a la capa lipídica de la envoltura y por su extremidad hidrófila (HA1) se fija a los receptores mucoproteicos de los glóbulos rojos y de las células del epitelio respiratorio, son responsables del fenómeno de hemaglutinación y de la fijación del virus a las células, primer paso para su penetración y replicación. Las espículas de neuraminidasa (NA) están compuestas por una cabeza y un filamento, la cabeza está constituida por la asociación de cuatro glicopéptidos (tetramero), que presentan actividad fermentativa, pues al actuar sobre el ácido siálico (N-acetilneuramínico), principal componente de los receptores celulares, los destruye, produciendo el fenómeno de elución o separación del virus de los glóbulos rojos y células infectadas.

El virus de influenza, está constituido por nueve proteínas estructurales diferentes:

- Hemaglutinina (HA) Fijación al receptor celular
- Neuraminidasa (NA) Enzima que descompone el ácido siálico y libera el virus del receptor.
- Nucleoproteína (NP) Ordenación helicoidal. Síntesis de ARN-
- Ribonucleoproteína nucleocápsida o RNP (reunión de la NP con el RNA viral)
- Transcriptasa. Síntesis de ARN+ (PB2)

- Transcriptasa. Síntesis de ARN+ (PB1)
- Transcriptasa. Síntesis de ARN- (PA)
- Proteína matriz (M1) Maduración y liberación del virus
- Proteína no estructural (M2)
- Existen además dos proteínas virales no estructurales que se detectan en las células infectadas (NS1 y NS2) cuya función se desconoce. (12) El genoma de estos virus está compuesto por ARN lineal, es una molécula única, de cadena simple, de polaridad negativa, segmentado. Para los tipos A y B, el genoma está constituido por 8 segmentos de ARN y 7 segmentos para el tipo C. Cada segmento codifica una proteína viral, excepto el 7 y el 8 que contienen dos genes (M y NS).

Potencial pandémico (¿Cuál es su capacidad de distribuirse por el mundo?)

Una pandemia de influenza inicia con un cambio abrupto y significativo del virus, la gran variabilidad antigénica del virus de la influenza hace que la infección por este, se desarrolle generalmente en forma de brotes epidémicos y pandemias, con una gran morbilidad.

La clave del potencial epidémico de este virus reside en la gran variabilidad de las dos glicoproteínas de superficie, la Hemaglutinina (HA) y la Neuranimidasa (NA). Por eso, tan pronto como se genera una respuesta inmune en la población aparece un “nuevo virus” que la elude, no siendo posible hasta el momento controlarla por medio de la vacunación.

Se han descrito dos mecanismos que contribuyen al cambio en el virus: salto antigénico (shifty) y la desviación antigénica (drift). El salto antigénico, es un cambio grande, en uno o ambos antígenos superficiales del virus. Este implica la aparición de una HA nueva, que puede ir acompañada o no por la aparición de una también nueva NA. Se han identificado 16 subtipos antigénicos de HA y 9 de NA. La causa más probable de estos cambios es la redistribución o reordenamiento de segmentos de ARNv (ARN viral) en células infectadas simultáneamente con cepas de virus de influenza A humano y de animales, estas recombinaciones son las responsables del surgimiento de las cepas pandémicas.

La desviación antigénica (drift), se da dentro de un mismo subtipo. Implica una serie de mutaciones puntuales o cambios genéticos menores que se acumulan en los determinantes antigénicos del virus y que confieren a este una cierta resistencia a la neutralización por los anticuerpos preexistentes en la población. La alta probabilidad para que ocurra una pandemia se da cuando el nuevo virus es altamente transmisible de persona a persona, y si hay grandes poblaciones humanas susceptibles.

En los últimos 10 años se han producido varias mutaciones amenazantes de pandemia. Son destacables por su número en humanos las cepas de origen aviar: A (H7N7) con 89 casos, que apareció en Holanda en el 2003, con un cuadro clínico caracterizado preferentemente por conjuntivitis, aunque provocó 1 fallecido, y la cepa A (H5N1), con presencia en el sudeste de Asia desde el año 2003, de la que se ha reportado una alta letalidad (51,4%).

Clasificación y nomenclatura

Los antígenos NC y M son específicos de tipo y en base a ellos se caracteriza al virión como perteneciente al tipo A, B o C. Las variaciones antigénicas se producen en los antígenos de superficie NA y HA. Considerando el papel fundamental de estas glicoproteínas en la determinación del carácter antigénico la OMS ha propuesto un sistema de nomenclatura en el cual los antígenos de superficie se designan numéricamente.

En la designación actual se consideran las variedades del virus de la influenza de acuerdo con su tipo (A, B, o C), de acuerdo a las especies donde fue detectado (se omite si es humano), el lugar donde fue detectado, el número de la detección, el año en que se detectó, y en el caso de la influenza de virus A, la Hemaglutinina (HA) y el subtipo de Neuraminidasa (NA).

Por ejemplo, el virus de subtipo H5N1 detectado en pollos en Hong Kong en 1997 es: influenza A/pollo/Hong Kong/220/97 (H5N1) virus. Como ya se mencionó actualmente son conocidos 16 distintos subtipos de hemaglutininas (H1 hasta H16) y 9 diferentes subtipos de neuraminidasa (N1 hasta N9).

2.2.5. Trasmisión (¿cómo se trasmite?)

A.-Vehículo

La transmisión del virus de la influenza es de humano a humano a través de las secreciones diseminadas por toser o estornudar, contacto directo con personas infectadas (saludar de mano o besar) o por tocar superficies contaminadas. El virus puede vivir durante cierto tiempo sobre objetos como las manijas de las

puertas, lápices o plumas, teclados, receptores del teléfono y utensilios para comer o beber. Por lo tanto, también se puede adquirir al tocar algo que ha sido tocado por una persona infectada con el virus y después tocarse la boca, la nariz o los ojos sin antes haberse lavado las manos con jabón.

B.-Puerta de entrada

El virus entra al organismo a través de los ojos, nariz o garganta.

C.-Periodo de incubación

Usualmente es de dos días, pero puede variar de 1 a 5 días.

D.-Periodo Infeccioso

El periodo de transmisión puede ir desde un día antes de la aparición de síntomas hasta siete días después. Los niños pueden transmitir el virus incluso durante más días.

2.2.6. Signos y síntomas (¿cómo se manifiesta?)

El virus de la influenza, primariamente invade la mucosa respiratoria, provocando marcados síntomas sistémicos. En la mayoría de los casos, se transmite de persona a persona por vía aérea (gotitas de saliva), en un corto periodo, o por contacto con manos o superficies contaminadas.

En dependencia del grado de inmunidad a la cepa circulante, el cuadro puede ser asintomático, presentándose en la mayoría de los casos infecciones leves o inaparentes; o sintomáticos e incluso grave en pacientes predispuestos por alguna patología crónica. La influenza se presenta abrupta o súbitamente con síntomas sistémicos y comunes que incluyen fiebre alta, malestar general,

escalofríos, cefalea, mialgias, postración y síntomas respiratorios como: tos seca, estornudos, secreción nasal abundante, enrojecimiento de la conjuntiva, dolor de garganta, anorexia y adenopatías cervicales. La fiebre es el signo más prominente y los signos sistémicos desaparecen usualmente después de 3 a 5 días, pero los signos respiratorios se incrementan con el aumento de la tos seca que cambia frecuentemente a productiva, con inflamación subesternal. La recuperación es total, en un periodo de 2 a 4 semanas.

Estos síntomas corresponden a cualquier cepa del tipo A o B. En la infección por el tipo B, predominan la miositis y la miocarditis, pudiendo desarrollarse también complicaciones neurológicas como encefalitis, meningitis, polineuritis, Síndrome de Reye (encefalopatía aguda de niños y adolescentes) y Guillan Barré (especialmente después de campañas de vacunación con el tipo B).

En los niños la sintomatología es similar a la observada en los adultos, pero la fiebre es más alta, y pueden ocurrir las convulsiones febriles. También hay mayor incidencia de manifestaciones gastrointestinales como náusea, vómito, dolor gastrointestinal y diarreas.

En menores de un año, la enfermedad es más severa debido a la poca inmunidad y el pequeño calibre de las vías aerógenas; en estos casos pueden observarse manifestaciones clínicas de crup, bronquitis, laringotraqueítis, vómitos, diarrea y manifestaciones neurológicas como apnea, convulsiones febriles frecuentes y meningitis (más frecuente por el tipo B). En los adolescentes, la

otitis, sinusitis y la neumonía complicada se manifiesta en el 5% de los casos.

Síntomas	Catarro común	Influenza
Fiebre	Es poco frecuente en adolescentes y adultos; en los niños puede llegar hasta 38-39 C°	Generalmente llega a 39 C°, pero puede elevarse hasta los 40 C°, dura de tres a cuatro días
Dolor de cabeza	Es raro que se presente	Se presenta en forma brusca y es muy intenso
Dolores musculares	Leves a moderados	Generalmente son muy intensos
Cansancio y debilidad	Leves a moderados	A menudo son intensos y pueden durar dos o tres semanas
Postración	Nunca	Es de inicio brusco y muy intensa
Congestión nasal	Es frecuente	Algunas veces aparece
Estornudos	Frecuentes	Algunas veces aparece
Ardor y/o dolor de garganta	A menudo	Algunas veces
Tos	Tos leve a moderada	Se presenta casi siempre y puede ser muy intensa

La influenza C origina el resfriado común y no se encuentra implicado en la producción de epidemias. Las definiciones clínicas para diagnosticar influenza varían de entre 63 a 78% de

sensibilidad y de 55 a 71% de especificidad, tomando como estándar de oro el cultivo viral. ⁽¹¹⁾

Estos criterios clínicos generalmente incluyen la presencia de fiebre elevada de inicio abrupto, gran ataque al estado general, hasta llegar a la postración, cefalea, mialgias y calosfríos. No obstante, la sensibilidad y el valor predictivo de estos criterios diagnósticos pueden variar dependiendo del grado de circulación de otros patógenos respiratorios y del grado de actividad de la influenza. Es frecuente que se confunda al Catarro Común con la Influenza.

La siguiente tabla muestra las diferencias, en cuanto a síntomas y signos, que existen entre ambas enfermedades.

Características de los grupos de más altos riesgos

Factor	Grupo
Edad	Mayores de 60 y menores de 5 años
Enfermedad crónica o debilitante	Cardiopatías Enfermedad respiratoria crónica Diabetes mellitus Cáncer Condiciones con depresión inmunológica

Definición de caso

Según el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC)

Un presunto caso de infección por el virus de la influenza tipo A (H1N1) se define como:

- Una persona con una enfermedad respiratoria aguda que fue un contacto cercano de un caso confirmado de infección por el virus de la influenza porcina tipo A (H1N1) durante el periodo infeccioso del caso o
- Una persona con una enfermedad respiratoria aguda que viajó o reside en un área en donde se han presentado casos confirmados de infecciones por el virus de la influenza porcina A (H1N1).

Según la secretaría de Salud

- Caso sospechoso de influenza A H1N1
- Persona de cualquier edad que presente fiebre y tos acompañada de dificultad respiratoria.
- Caso probable de influenza A H1N1
- Caso sospechoso con prueba de laboratorio positiva para influenza A sin tipificación.
- Caso confirmado de influenza A H1N1
- Caso probable con confirmación por laboratorio de influenza A H1N1.
- Caso probable de influenza estacional

- Persona de cualquier edad que presente fiebre, tos seca, rinorrea hialina y cefalea acompañada de uno o más de los siguientes signos o síntomas: coriza, artralgias, mialgias, postración, odinofagia, dolor torácico, dolor abdominal, y/o congestión nasal.
- Caso fallecido de influenza porcina por nexo epidemiológico
- Defunción en un caso sospechoso o probable, con contacto establecido con un caso confirmado o con exposición comprobada a porcinos

Tratamiento. Los medicamentos son de uso delicado, sólo el médico está capacitado para determinar si deben administrarse a un paciente, ya que no están exentos de efectos secundarios. El objetivo del tratamiento es ayudar a prevenir o disminuir la gravedad de los síntomas. Por lo que puede incluir sintomáticos y antivirales, así como medidas generales (reposo, aumento en la ingesta de líquidos y aislamiento).

Vacuna. Los virus de la influenza porcina H1N1 son antigénicamente muy diferentes de los virus H1N1 de los seres humanos, por consiguiente las vacunas de la influenza estacional para las personas no proporcionan protección contra los virus de la influenza porcina H1N1.

Recomendaciones para la población en general

- ✓ Mantenerse alejados de las personas que tengan infección respiratoria.
- ✓ No saludar de beso ni de mano. No compartir alimentos, vasos o cubiertos.

- ✓ Ventilar y permitir la entrada de sol en la casa, las oficinas y en todos los lugares cerrados.
- ✓ Mantener limpias las cubiertas de cocina y baño, manijas y barandales, así como juguetes, teléfonos u objetos de uso común.
- ✓ En caso de presentar un cuadro de fiebre alta de manera repentina, tos, dolor de cabeza, muscular y de articulaciones, se deberá de acudir de inmediato a su médico o a su unidad de salud.
- ✓ Abrigarse y evitar cambios bruscos de temperatura.
- ✓ Comer frutas y verduras ricas en vitaminas A y C (zanahoria, papaya, guayaba, naranja, mandarina, lima, limón y piña).
- ✓ Lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón.
- ✓ Evitar exposición a contaminantes ambientales.
- ✓ No fumar en lugares cerrados ni cerca de niños, ancianos o enfermos.
- ✓ Acudir al médico inmediatamente si se presentan los síntomas.

2.2.7. Medidas recomendadas para los enfermos de influenza

- Permanecer en casa, evite acudir a centros de trabajo, escuelas o lugares donde exista concentración de personas (teatros, cines, bares, autobuses, metro, discotecas, fiestas, etc.). Esto evitará que otros se infecten a través de usted.

- Cúbrase boca y nariz con un pañuelo al hablar, toser, estornudar. Esto evitará que las personas a su alrededor se enfermen.
- Evite tocarse ojos, boca y nariz ya que el virus se disemina cuando una persona toca algún objeto contaminado y luego se toca los ojos, boca o nariz.
- La influenza se puede prevenir mediante la aplicación de una vacuna que se prepara según el tipo de virus circulante en el mundo), es necesario vacunarse cada año.
- Evite el polvo, humo del tabaco y otras sustancias que pueden interferir con la respiración y que hace a los niños más propensos a enfermarse.
- Utilizar cubre bocas, tirar el pañuelo desechable en una bolsa de plástico y estornudar sobre el ángulo interno del codo.
- Una vez transcurridas 24 horas sin ningún síntoma, se puede regresar a las labores habituales. ⁽¹¹⁾

2.2.8. Teóricas que dan sustento a la Investigación

Nola Pender

Pender nació en 1941 en Lansing, Michigan, EE.UU y fue hija única de unos padres defensores acérrimos de la educación de la mujer. A los 7 años vivió la experiencia de ver como su tía recibía cuidados de enfermería, lo que creó en ella “una gran fascinación por el trabajo de enfermería” su idea de enfermería era cuidar de ayudar a otras personas a cuidar de sí mismas.

Su familia la animó en su objetivo de llegar a ser enfermera diplomada, merced a lo cual se matriculó en la escuela de enfermería del West

Suburban Hospital del Oak Park en Illinois. Recibió su diploma de enfermería en 1962 y empezó a trabajar en una unidad médico-quirúrgica en un hospital de Michigan.

En 1964, Pender obtuvo un bachillerato de ciencias de enfermería (BSN) de la universidad de Michigan. Obtuvo el MA en crecimiento y desarrollo humano por la Universidad del Estado de Michigan en 1965, el grado de PhD en Psicología y Educación en 1969, por la Universidad del Noroeste en Evanston, Illinois.

Cuando obtuvo su PhD, Pender experimento una desviación en su pensamiento que la llevo a definir el objetivo de la enfermería como la salud optima del individuo.

En 1975, la Dra. Pender publicó “un modelo conceptual de conducta para la salud preventiva”, que constituyo una base para estudiar el modo en que los individuos toman las decisiones sobre el cuidado de su propia salud dentro del contexto de la enfermería. En este artículo identificaba factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones de los individuos para prevenir las enfermedades. En 1981 es admitida como miembro de la American Academy of Nursing, fue presidenta en los años 1991 y 1993.

En 1982 presento la 1ra edición del modelo de promoción de la salud. Y en 1996 la 2da edición de este.

Modelo de promoción de la salud

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables. Esta teoría continua siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria.

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. *“Hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”*

Metaparadigmas:

- **Salud:** La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.
- **Persona:** Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.
- **Entorno:** No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- perceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.
- **Enfermería:** El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos.

Nola J. Pender, Licenciada en Enfermería de la Universidad de Michigan (Estados Unidos de América) es reconocida en la profesión por su aporte con el Modelo de Promoción de la Salud. Planteó que promover un estado óptimo de salud era un objetivo que debía anteponerse a las acciones preventivas. Esto se constituyó como una novedad, pues identificó los factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones tomadas para prevenir la enfermedad. El modelo de promoción de la salud propuesto por Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud.

La valoración de las creencias en salud relacionadas con los conocimientos y experiencias previas, determinan las conductas adoptadas por la persona; según el Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Pender, estas creencias están dadas por:

- Los beneficios de la acción percibidos o los resultados esperados, proporcionan motivación para adquirir una conducta de promoción de la salud, en la cual se da prioridad a los beneficios conductuales, destacando esta conducta entre otras personas, para que ellas puedan imitarla.
- La presencia de barreras para la acción, las cuales pueden ser personales, interpersonal salud desempeña un papel fundamental al

determinar el estado de salud de cada persona, lo cual permitirá identificar las dificultades que se presentan y diseñar los mecanismos que permitan cambiar o disminuir una conducta de riesgo con el fin de mejorar la calidad de vida, para establecer un estado óptimo de salud a nivel físico, mental y social.

- Las influencias interpersonales y situacionales, son fuentes importantes de motivación para las conductas de salud, el impacto de las redes familiares y sociales o del entorno dentro del cual se desenvuelve la persona, pueden actuar positivamente generando un sentimiento de apoyo y aceptación, lo que brinda confianza a sus habilidades, esta sería una fuente valiosa para la creación de una conducta que promueva la salud; sin embargo, en el caso contrario, cuando el entorno familiar o social es adverso y nocivo, crea dificultades para adoptar dicha conducta, de ahí que sea a veces más conveniente cambiar algunas condiciones del medio social y económico, que apuntar al cambio de conducta en una persona.
- Edad: particularmente tiene que ver en gran medida por la etapa específica del ciclo vital en la cual se encuentre la persona; a partir de la etapa en la que la persona se encuentre se verá afectado el estilo de vida.
- Género: éste es un determinante del comportamiento de la persona, ya que el ser hombre o ser mujer hará que el individuo adopte determinada postura respecto a cómo actuar, además de lo que implica la prevalencia de algunas enfermedades que se verán reflejadas en mayor proporción en un género en específico.
- Cultura: es una de las más importantes condiciones que llevan a las personas a adoptar un estilo de vida ya sea saludable o no; en

ésta se incluyen los hábitos de alimentación, el tiempo de ocio y descanso, el deporte, entre otros.

- Clase o nivel socioeconómico: es un factor fundamental al momento de llevar un estilo de vida saludable, ya que si se pertenece a una clase media o alta se tendrán muchas más alternativas al momento de poder elegir una alimentación adecuada, y no sólo la alimentación sino también el acceso a la salud; mientras que para una persona de un nivel socioeconómico bajo, sus opciones se verán limitadas por la escasez de sus recursos económicos.
- Estados emocionales.
- Autoestima.
- Grado de urbanización. ⁽¹⁵⁾

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

2.3.1 Anatomía: rama de la medicina que estudia la estructura íntima del cuerpo humano en su estado normal, incluyendo sobre todo los aspectos sistemáticos.

2.3.2 Diagnostico: proceso para determinar la naturaleza de un trastorno, teniendo en cuenta los signos y síntomas del paciente, los antecedentes o historia clínica del mismo, que en la práctica es la suma de conocimientos sobre los que se basa el tratamiento.

2.3.3 Diseminación: es aquello que se distribuye por un órgano o todo el organismo.

2.3.4 Enfermedades Respiratorias: alteración o anormalidad en el funcionamiento normal del sistema respiratorio.

2.3.5 Etiología: ciencia que estudia la causa de las enfermedades, como ser los factores internos o externos que producen enfermedades.

2.3.6 Expiración: es el proceso por el cual se produce la entrada de aire, ocurre al ensancharse la cavidad torácica.

2.3.7 Fisiología: ciencia de la naturaleza que tiene por objeto el estudio de la dinámica de los cuerpos organizados.

2.3.8 Inhalación: inspiración a través de la boca la nariz de finísimas partículas hacia los órganos respiratorios.

2.3.9 inmunología: ciencia que estudia la inmunidad y todos los fenómenos relacionados con los mecanismos de defensa de nuestro cuerpo.

2.3.10 Morbilidad: número proporcional de personas que enferman en una población y en un período de tiempo determinado.

2.3.11 Mortalidad: número de muertes que se producen en una determinada población.

2.3.12 Proliferación: multiplicación de formas similares, especialmente tratándose de células y quistes morbosos.

2.3.13 Respiración: proceso vital del organismo que asegura el aporte de oxígeno a las células y la eliminación de anhídrido carbónico.

2.4. HIPOTESIS

H^a El conocimiento sobre la Influenza AH1N1 en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Uldárico Rocca Fernández Villa El Salvador, Marzo- Junio – Lima -2014, es medio

H^o El conocimiento sobre la Influenza AH1N1 en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Uldárico Rocca Fernández Villa El Salvador, Marzo- Junio – Lima -2014, es bajo

2.5. VARIABLES

2.5.1. Definición Conceptual de la Variable:

Es univariable

Nivel de conocimiento sobre El Virus de la Influenza AH1N1.- Es el grado cognitivo alcanzado sobre la Influenza Ah1N1 que asisten al hospital Uldarico Rocca.

Características sociodemográficos

Edad.- Es el periodo transcurrido desde el nacimiento hasta a actualidad.

Ocupación Es el conjunto de características laborales

Grados de instrucción.- Es una distinción dada por alguna institución educativa, generalmente después de la terminación exitosa de algún programa de estudios.

2.5.2. Definición operacional de la variable

Es univariable

El Nivel De Conocimiento Sobre La Influenza Ah1n1.- se determinara mediante la Escala de Estaninos según prueba piloto.

Características sociodemográfica

Edad.- Variable que se consignara a las madres que acuden al servicio de CRED

Grado de instrucción.- Variable que se consignará mediante las madres que asisten al hospital Uldarico Rocca Fernández identificando su rango académico.

Vacunado. Variable que se consignara a las madres que se han aplicado la vacuna de la Influenza

Conocimiento sobre los síntomas y medidas de prevención de la Influenza Ah1n1.-

Se determinara mediante la Escala de Estaninos según prueba piloto.

2.5.3. Operacionalización de la variable

El Nivel de Conocimiento Sobre la Influenza Ah1n1

Dimensiones

Características sociodemográficos

Edad

Grado de Instrucción

Ocupación

Conocimiento sobre síntomas de la Influenza Ah1n1

Nivel de conocimiento

- Alto
- Medio

- Bajo

**Conocimiento sobre medidas de prevención de la Influenza
Ah1n1**

- Alto
- Medio
- Bajo

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Tipo de Investigación

De tipo no experimental. Porque no se manipularán las variables de estudio.

Nivel de Investigación

De nivel descriptiva: Ya que está orientada al a describir una situación y/o un hecho en este caso el nivel de conocimiento sobre la influenza A1H1 en las madres

Es de corte transversal, ya que el contacto del investigador con la población en estudio será en un determinado momento.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación se realizó en el Hospital I Uldarico Rocca Fernández ESSALUD ubicada en el Distrito de Villa el Salvador

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

Estuvo conformada por las 164 madres que asisten al servicio de CRED DEL Hospital Uldarico Rocca de Villa El Salvador.

3.3.2. Muestra

Fue de manera no probabilístico e intencional ya que se consideró a los 164 madres que conforman la población de estudio.

Criterio de inclusión

- Todas las madres que asisten al servicio de CRED del Hospital Uldarico Rocca del Villa El Salvador.
- Todas las madres que deseen participar en este estudio.

Criterio de exclusión

- Los padres que asisten al hospital Uldarico Rocca del Villa El Salvador.
- Las madres que no asistan al Hospital Uldarico Rocca.

3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se obtiene con la Técnica de la encuesta y el instrumento es el cuestionario estructurado con preguntas sobre el tema de la investigación.

Con el objetivo de obtener información sobre el nivel de conocimiento que tienen las madres que acuden al servicio de CRED. Este procedimiento es de gran utilidad para este tipo de investigación.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para validar el instrumento, se procedió a someterlo a juicio de expertos,

Quienes realizaron observaciones que luego fueron incorporadas antes de aplicarlos. Los expertos indicaron que el instrumento es pertinente a los fines y objetivos de la investigación dando su aprobación mediante un certificado.

El instrumento fue validado a través de la prueba de confiabilidad de KR20 por medio de la aplicación de una prueba piloto con madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Uldarico Rocca Fernández. El instrumento dio una confiabilidad de 0,76 lo cual indica que este instrumento mide la variable de estudio.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Para la recolección de los datos en esta investigación se elabora un Instrumento: El cuestionario.

La recolección de datos estuvo determinada por 30 ítems destinados a conocer el nivel de conocimiento que tienen las madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Uldarico Rocca Fernández de villa el salvador.

Para el procesamiento Estadístico de los datos se utilizó el paquete SPSS (Statistical Package for the Social Sciencies), en la creación y codificación de la base de datos del instrumento de la presente investigación. Se utilizó la estadística descriptiva, medidas de tendencia central (media aritmética) y medidas de dispersión (Rango, Desviación Estándar y Varianza).

Para la realización de este estudio se solicitó la autorización del Hospital por medio de una solicitud dirigido al director del Hospital Uldarico Rocca Fernández: Dr. Cesar Romero Osorio con el fin de obtener el permiso para su realización.

CAPITULO IV: RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICOS (Edad, grado de instrucción y ocupación)

TABLA N° 1

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE LAS MADRES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE CRED DEL HOSPITAL ULDÁRICO ROCCA FERNÁNDEZ
VILLA EL SALVADOR, MARZO - JUNIO. LIMA - 2014

Edad	f	f%
18 a 23 años	32	20
24 a 28 años	76	46
29 a 33 años	56	34
Total	164	100

Fuente: HOSPITAL ULDÁRICO ROCCA FERNÁNDEZ

Análisis: Se puede apreciar que el 46%(76) de las madres tienen 24 a 28 años, un 34%(56) tienen 29 a 33 años y 20%(32) tienen 18 a 23 años.

GRAFICO N° 1

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE LAS MADRES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE CRED DEL HOSPITAL ULDÁRICO ROCCA FERNÁNDEZ
VILLA EL SALVADOR, MARZO - JUNIO. LIMA - 2014**

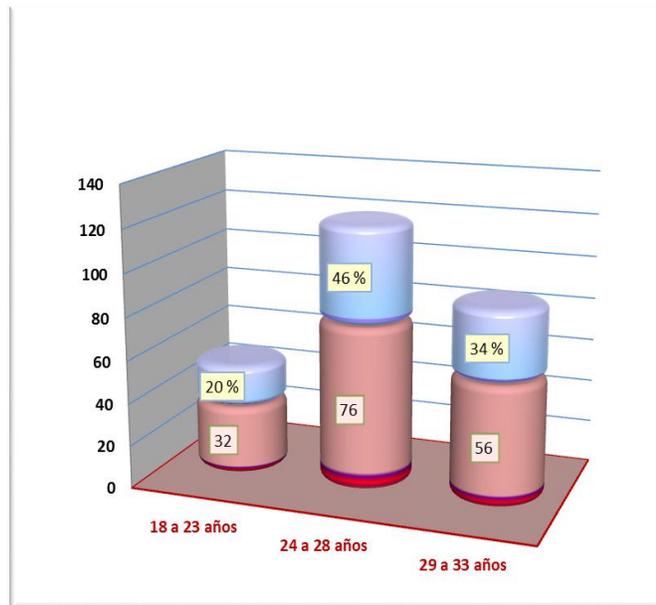


TABLA: 2

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRADO DE ESTUDIOS DE LAS MADRES
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CRED DEL HOSPITAL ULDÁRICO ROCCA
FERNÁNDEZ VILLA EL SALVADOR, MARZO - JUNIO. LIMA - 2014**

Grado de Estudios			
		Frecuencia	Porcent aje
Válidos	Primaria	17	10
	secundaria	80	49
	Técnico superior	67	41
	Total	164	100

Fuente: HOSPITAL ULDÁRICO ROCCA FERNÁNDEZ

Interpretación: Se observa que el 49%(80) tiene grado de instrucción secundaria, el 41%(67) tiene grado de instrucción técnico superior y solamente el 10%(17) tiene grado de instrucción primaria.

GRAFICO N° 2

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRADO DE ESTUDIOS DE LAS MADRES
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CRED DEL HOSPITAL ULDÁRICO
ROCCA FERNÁNDEZ VILLA EL SALVADOR, MARZO - JUNIO. LIMA -
2014**

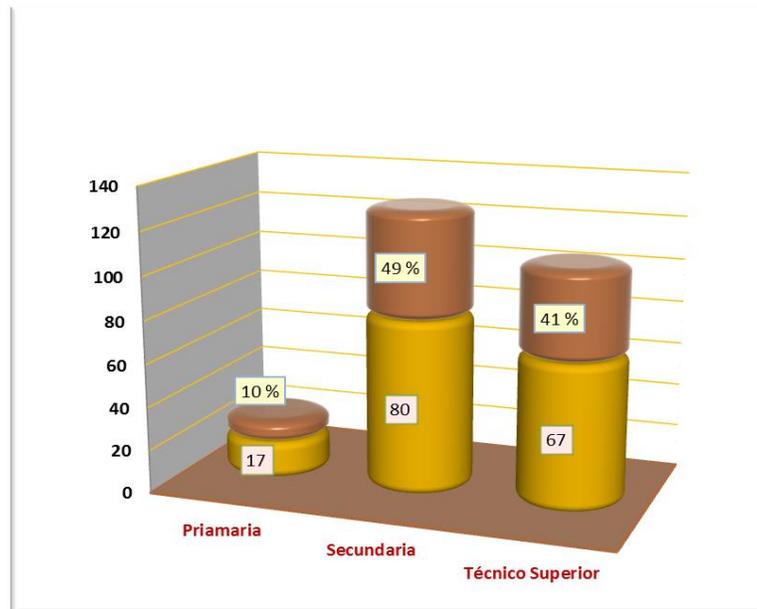


TABLA N° 3

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN OCUPACIÓN DE LAS MADRES QUE
ACUDEN AL SERVICIO DE CRED DEL HOSPITAL ULDÁRICO
ROCCA FERNÁNDEZ VILLA EL SALVADOR, MARZO - JUNIO.
LIMA - 2014**

Ocupación	f	f%
Trabaja	52	32
No trabaja	76	46
Estudia	36	22
Total	164	100

Fuente: HOSPITAL ULDÁRICO ROCCA FERNÁNDEZ

Interpretación: Se puede apreciar que el 46%(76) de las madres no trabaja, un 32%(52) trabajan y un 22%(36) estudia.

GRAFICO N° 3

DISTRIBUCIÓN SEGÚN OCUPACIÓN DE LAS MADRES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CRED DEL HOSPITAL ULDÁRICO ROCCA FERNÁNDEZ VILLA EL SALVADOR, MARZO - JUNIO. LIMA - 2014

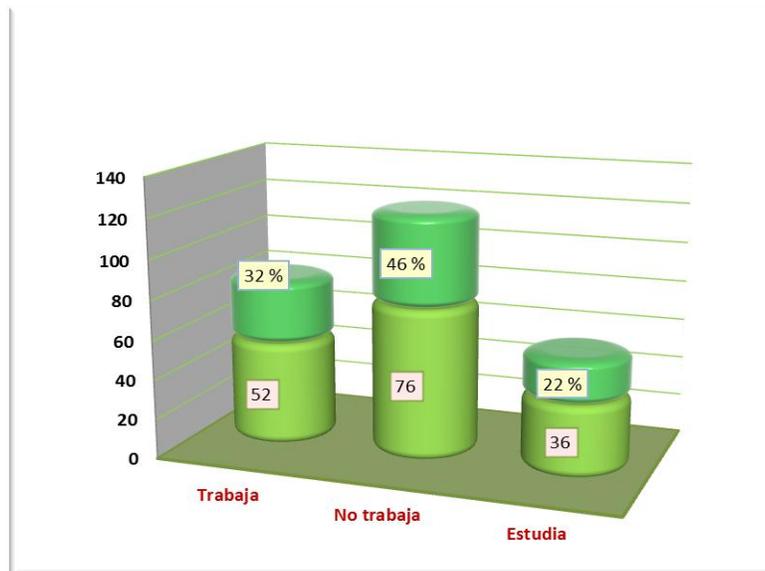


TABLA N° 4

EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SÍNTOMAS Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA INFLUENZA AH1N1 EN LAS MADRES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CRED DEL HOSPITAL ULDÁRICO ROCCA FERNÁNDEZ VILLA EL SALVADOR, MARZO - JUNIO. LIMA - 2014

Nivel de Conocimiento			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Bajo	63	38,4
	Medio	63	38,4
	Alto	38	23,2
	Total	164	100,0

Interpretación: Se observa que el nivel de conocimiento sobre síntomas y medidas de prevención es de nivel medio y bajo en el 38.4 (63) respectivamente y solamente fue alto en el 23%(38) madres.

GRAFICO N° 4

EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SÍNTOMAS Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA INFLUENZA AH1N1 EN LAS MADRES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CRED DEL HOSPITAL ULDÁRICO ROCCA FERNÁNDEZ VILLA EL SALVADOR, MARZO - JUNIO. LIMA - 2014

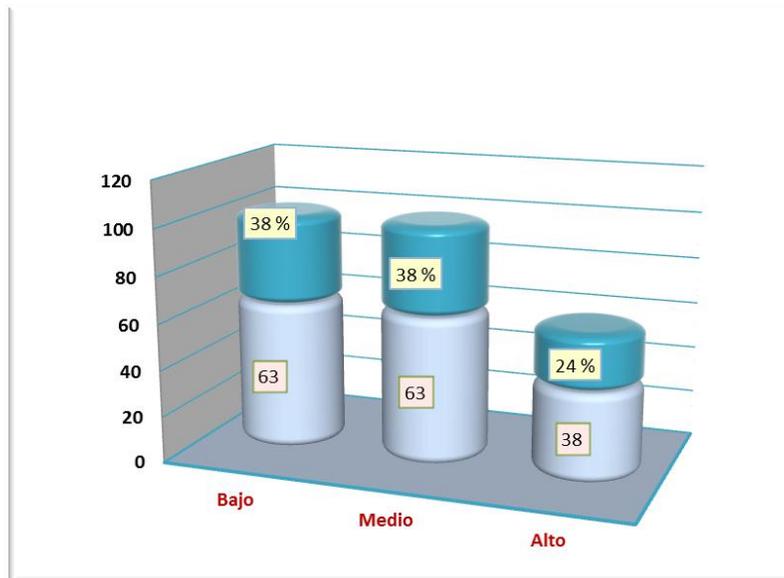


TABLA N° 5

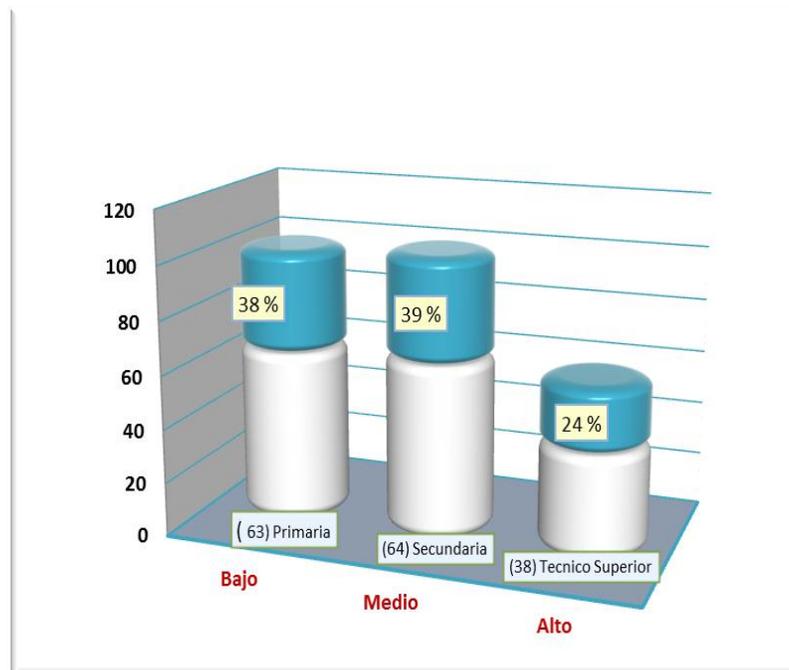
NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CRED DEL HOSPITAL ULDÁRICO ROCCA FERNÁNDEZ VILLA EL SALVADOR, MARZO - JUNIO. LIMA - 2014

Según Grado de Estudios * Nivel de Conocimiento					
		Nivel de Conocimiento			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Grado de Estudios	primaria	11	4	2	17
	secundaria	37	26	18	80
	técnico superior	14	34	18	57
Total		62	64	38	164

Interpretación: Se puede observar que el 39% (64) madres tienen un nivel de conocimiento medio y predomina en el nivel de instrucción secundaria, en el 38%(62) tienen grado de instrucción superior. Asimismo solamente fue alto en el 23%(38) madres con grado de instrucción superior

GRAFICO N° 5

NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CRED DEL HOSPITAL ULDÁRICO ROCCA FERNÁNDEZ VILLA EL SALVADOR, MARZO - JUNIO. LIMA - 2014



CAPÍTULO V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El conocimiento que poseen las madres que acuden al servicio de CRED acerca de la influenza, de 164 (100%) madres encuestadas el 23.2%, están con un nivel de conocimiento alto, el 38.4% medio y 38.4% es bajo. Los resultados nos muestran que a pesar que se hace difusión y orientación sobre la influenza AH1N1 se encuentran conocimientos bajos o de nivel medio, haciéndonos ver la necesidad de trabajar aún más en brindar orientación a la personas. Estos resultados guarda cierta similitud con los datos encontrados y registrados asemejan a los resultados encontrados según SANTA CRUZ, que manifiesta que a nivel nacional un 75% de la población tiene nivel de conocimiento medio a bajo; se fundamenta que la influenza es una afección respiratoria causada por microorganismos virales, bacterianas, y otros con evolución menor a 15 días lo cual se fundamenta en la investigación. .

Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y las madres con el grado de Estudios (Chi cuadrado de Pearson: .008 y razón de verosimilitud: .007). Por qué las madres que tienen estudios superiores tienen un 3.2% de nivel de conocimiento malo a las madres con estudios secundarios tienen 58.7% con un nivel de conocimiento malo. Es decir la población de Villa el Salvador demuestran desinterés por conocer al menos los aspectos básicos de la prevención de la influenza y carecen de los conocimientos esenciales para el control de la propagación de la enfermedad.

CONCLUSIONES

- El promedio de edad de las madres que acuden al Servicio de CRED del Hospital Uldarico Rocca Fernández que más predomina es de 24 a 28 años, seguida de ellas que tienen 29 a 33 años.
- El mayor porcentaje de las madres de la unidad muestral tiene grado de instrucción secundaria, seguida de aquellas que tienen grado de instrucción técnico superior y solamente el 10%(17) tiene grado de instrucción primaria. Asimismo gran parte de las madres no trabaja.
- El nivel de conocimiento sobre síntomas y medidas de prevención es de nivel medio y bajo en el 38.4 (63) respectivamente y solamente fue alto en el 23%(38) madres.
- El 39% (64) madres tienen un nivel de conocimiento medio y son aquellas que tienen nivel de instrucción secundaria, el 38%(62) tienen grado de instrucción superior. Asimismo solamente el 23%(38) madres con grado de instrucción superior tiene un nivel de conocimiento alto.

RECOMENDACIONES

1. A los profesionales de la salud en cumplimiento de acciones preventivos promocionales en el primer nivel de atención, se recomienda promover, planear y ejecutar actividades educativas continuas y permanentes dirigidas a los usuarios que acuden al centro asistencial.
2. Se recomienda trabajar brindar orientación específica cada vez que las madres o personas responsables del cuidado de los niños en el hogar se acerquen por atención de salud tratando de enfatizar en el reconocimiento de los signos de alarma, factores de riesgo y medidas preventivas de la influenza, disminuyendo de esta manera sus complicaciones.
3. Desarrollar propuestas que capaciten a las madres sin perder la esencia de su tradición (creencias, actitudes y costumbres) y plantear estrategias que mejoren la atención que brindan los profesionales y futuros profesionales de enfermería en un enfoque intercultural.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alonso Reynoso Carlos: La influenza A (H1N1) y las medidas adoptadas por las autoridades sanitarias Desacatos N°.32 México ene./abr. 2010
2. OMS Organización Mundial de la Salud, 2009, "Gripe por A (H1N1): preguntas frecuentes", 27 de abril, en línea: <http://www.who.int/es/>. <http://www.who.int/es/>.
3. Organización Mundial de la Salud. Influenza. Generalidades.(Serie de Internet) Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/est_san/enf_frecuentes/influenza.htm
4. <http://espanol.cdc.gov/enes/h1n1flu/cdcresponse.htm>
5. Actualización Regional SE 03, 2013. Influenza y otros virus respiratorios (29 de enero, 2013) (Serie de internet). Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19973&Itemid=
6. UNIVERSIA. MÉXICO: Noticias de actualidad. El 77% de los casos de A-H1N1 del mundo están en México: OMS (Serie de Internet) Disponible en: <http://noticias.universia.net.mx/en-portada/noticia/2012/03/14/917583/77-casos-h1n1-mundo-estan-mexico-oms.html>.
7. Plan Nacional de Preparación y respuesta ante la intensificación de la Influenza Estacional o ante una Pandemia de Influenza. Dirección General de Epidemiología. (Serie de Internet). Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manual/es/Plan_Nal_Pandemia_Influenza.pdf
8. Santa cruz Lazo M. I. "Nivel de Conocimiento que tienen las madres de los niños que asisten al consultorio de CRED sobre la prevención y

Tratamiento de las Infecciones Respiratorias Agudas en el Centro de Salud Tablada de Lurín 2011. (Tesis de Licenciatura) Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Escuela Académico Profesional de Enfermería. Lima Perú 2012

9. Alarcón Ramos A.I. “Conocimientos que poseen las madres de niños menores de 5 años sobre el manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas. Centro De Salud Nueva Esperanza 2010. (Tesis de Licenciatura) Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Escuela Académico Profesional de Enfermería. Lima Perú 2011
10. Organización Mundial de la Salud Organización Panamericana de la Salud Ministerio de Salud Pública de Ecuador
11. Repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/664/2/06%20ENF%20406%20t tesis.pdf
12. El cuidado. Viernes, 15 de junio de 2012. (Serie de Internet) Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/nola-pender.html>

ANEXOS



MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: CONOCIMIENTO SOBRE LA INFLUENZA AH1N1 EN MADRES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CRED DEL HOSPITAL ULDÁRICO ROCCA FERNÁNDEZ VILLA EL SALVADOR; MARZO- JUNIO. LIMA -2014

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la Influenza AH1N1 en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Uldárico Rocca Fernández Villa El Salvador; Marzo-Junio – Lima -2014?	<p>OBJETIVO GENERAL: Determinar el nivel de conocimiento sobre la Influenza AH1N1 en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Uldárico Rocca Fernández Villa El Salvador; Marzo- Junio – Lima -2014</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Reconocer las características sociodemográficos (edad, grado de instrucción y ocupación) de las madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Uldarico Rocca Fernández Villa 	<p>H^a El conocimiento sobre la Influenza AH1N1 en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Uldárico Rocca Fernández Villa El Salvador; Marzo-Junio – Lima -2014, es medio</p> <p>H^o El conocimiento sobre la Influenza AH1N1 en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Uldárico Rocca Fernández Villa El Salvador; Marzo-Junio – Lima -2014, es bajo</p>	El Nivel de conocimiento sobre la influenza AH1N1 que tienen las madres	<ul style="list-style-type: none"> Características sociodemográficos Cuadro clínico 	<p>Edad, ocupación y grado de instrucción</p> <p>Síntomas Diagnostico Tratamiento</p> <p>Signos y Síntomas Características asociadas</p> <p>Uso de Medicamentos Reposo absoluto Consumo de líquidos</p>

	<p>El Salvador Marzo- Junio – Lima Perú 2014</p> <ul style="list-style-type: none">• Reconocer el nivel de conocimiento sobre síntomas y medidas de prevención de la Influenza AH1N1 en las madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Uldárico Rocca Fernández Villa El Salvador; Marzo-Junio – Lima -2014• Identificar el nivel de conocimiento según grado de instrucción de las madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Uldarico Rocca Fernández Villa El Salvador Marzo-Junio – Lima Perú 2014.				
--	--	--	--	--	--

CUESTIONARIO

Fecha:.....

I.-PRESENTACIÓN:

Buenos días soy alumna del VII Ciclo de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Alas peruanas. A continuación se le presenta el siguiente cuestionario cuyo objetivo es recopilar información sobre los conocimientos que Ud. Tiene acerca de la Influenza H1N1, lo cual será exclusivamente para fines de la investigación; por lo que solicito su total honestidad y agradezco su anticipadamente participación.

II.- INSTRUCCIONES:

A continuación se le presenta una serie de preguntas, lea cuidadosamente y marque con un aspa (x) la respuesta que de acuerdo a su criterio es la correcta.

III.- DATOS GENERALES:

Edad:.....años

Grado de Instrucción:

Primaria	<input type="checkbox"/>	Secundaria	<input type="checkbox"/>
Téc. Superior	<input type="checkbox"/>	Universidad	<input type="checkbox"/>
Ninguno	<input type="checkbox"/>		

Vacunado de la Influenza:

SI NO

- 1.- La influenza AH1N1 es:
 - a) Es una infección respiratoria viral
 - b) Es una gripe bacteriana
 - c) Es asma
 - d) Ninguna de las anteriores.
 - e) Todas son correctas.

- 2.- ¿Cuál es el agente causal de esta enfermedad?
 - a) Una bacteria
 - b) Virus influenza tipo A
 - c) Es un parasito
 - d) Es un microbio
 - e) Ninguna de las anteriores.

- 3.- ¿Qué forma tiene este Virus de la Influenza AH1N1?
 - a) Son ramificados
 - b) Son de un solo núcleo
 - c) Son esféricos pleomórficos
 - d) Adopta una forma alargada
 - d) Solo c y d
 - e) Todas son correctas

- 4- ¿El virus de la influenza; está constituido por proteínas:
 - a) Hemaglutinina; Nucleoproteína
 - b) Proteína matriz; Proteína no estructural
 - c) Minerales y vitaminas
 - d) Agua y Proteínas
 - e) Solo a y b

- 5.- ¿Cómo se transmite la enfermedad?

a) De humano a humano con secreciones diseminadas por toser o estornudar.

b) Por tomar agua contaminada

c) Por picadura de mosquito

d) Por estar en contacto directo con persona infectadas

e) Solo a y d

6.- ¿Cuál es el medio de contagio de este virus?

a) Los ojos, nariz o garganta.

b) Al no lavarse las manos.

c) Al compartir utensilios de un enfermo

d) Por tocar superficies contaminadas

e) Todas son correctas

7.- ¿Cuántos días de incubación tiene la enfermedad?

a) Varía de 1 a 5 días

b) Varía de 2 a 3 días

c) Varía de 1 a 10 días

d) Varía de 3 a 8 días

e) Ninguna de las anteriores

8.- ¿Cuáles son los signos y síntomas?

a) Malestar general

b) Fiebre alta

c) Escalofríos

d) Dolores Musculares

e) Todas las anteriores

9.- ¿Cómo puedo evitar contagiarme?

a) Usando pañuelos desechables.

b) No estar con gente enferma.

c) Lavarse las manos.

d) Solo a, b y c

e) Ninguna de las anteriores

10.- ¿Cuáles son los signos de peligro de la influenza Ah1n1?

a) Dificultad para alimentarse

b) Dificultad para respirar o respiración rápida

c) Solo a y b

d) Dificultad para reírse

e) Ninguna de las anteriores.

11.- ¿Cuál de los factores de riesgos es la más frecuente para contraer la enfermedad de la influenza Ah1n1?

a) Deficiente alimentación

b) Falta de vacunación

c) Cambios climáticos

d) Bajas defensas del organismo

e) Todas las anteriores

12.- ¿Qué debe hacer si su hijo presenta algún signo de peligro de la enfermedad de la influenza Ah1n1?

a) Llevarlo a la Unidad de Salud u Hospital

b) Lo auto medica

c) No haría nada

d) Todas son correctas

e) Ninguna de las anteriores

13.- ¿Dónde acude usted para un consejo o tratamiento?

a) Hospital / Centro de Salud

b) Curandero

c) Familiar/Amigo

d) Naturista / Farmacia

e) Ninguna de las anteriores

14.- ¿Cuál es la razón para no acudir al establecimiento de salud, cuando su hijo estuvo con fiebre o tos?

- a) Queda muy lejos
- b) No hay medicamentos
- c) No lo considere necesario
- d) Lo automedico
- e) Le doy medicamentos caseros

15.- ¿Qué debes dar a tu hijo para tratar la fiebre o la tos?

- a) Medicamentos que receta el médico
- b) Remedios caseros
- c) Ambas
- d) Medicamentos que compro en la farmacia
- e) Ninguna de las anteriores

16.- ¿Qué tipo de lactancia le brindas a tu hijo para prevenir la enfermedad respiratoria?

- a) Lactancia materna
- b) Lactancia artificial
- c) Lactancia mixta (materna, artificial)
- d) Ninguna de las anteriores.
- e) Todas las anteriores.

17.-¿Quién está capacitado para determinar la administración de medicamentos ante una influenza?

- a) El médico
- b) La enfermera
- c) Químico Farmacéutico
- d) El tecnólogo médico
- e) Ninguna de las anteriores

18.- ¿Cuál de estas actividades realizas para prevenir los problemas respiratorios de tu hijo?

- a) Cumplir con el esquema de vacunación
- b) Brindar una alimentación balanceada
- c) Proteger de cambios bruscos de temperatura
- d) Todas las anteriores
- e) Ninguna de las anteriores

19.- ¿Cómo ocurre la pandemia de gripe?

- a) Por la aparición de casos aislados
- b) Por la epidemia propiamente dicha
- c) Por contagio directo
- d) Solo a y b
- e) Ninguna de las anteriores.

20.- ¿Sirve la vacuna antigripal que aplicamos habitualmente contra este virus?

- a) Si
- b) no

21.- ¿Cómo entra el virus al cuerpo?

- a) Por contacto, al darse la mano o besarse en la mejilla y
- b) Por la nariz, boca y ojos.
- c) Por el ambiente contaminado
- d) Todas son correctas
- e) Ninguna de las anteriores.

22.- ¿Qué complicaciones ocasiona esta enfermedad?

- a) Ocasiona la muerte
- b) La neumonía.

- c) Bronco Espasmo
- d) Ninguna de las anteriores
- e) Todas son correctas

23.- ¿Qué mata al virus?

- a) El sol, más de 5 días
- b) El gel de alcohol
- c) El jabón.
- d) Son correctas a, b y c
- e) Ninguna de las anteriores.

24.-¿Cuándo se inicia el contagio de la Influenza AH1N1?

- a) Desde que se tiene el virus,
- b) Antes que aparezcan de los síntomas.
- c) Cuando se tiene gripe
- d) Cuanto se tiene asma
- e) Ninguna son correctas.

25.- ¿Dónde se encuentra este virus?

- a) Cuando una persona que lo porta estornuda o tose.
- b) El virus puede quedar en las superficies lisas como manijas, dinero, papel, documentos
- c) En un ambiente contaminado y cerrado.
- d) Todas son correctas
- e) Ninguna de las anteriores.

26.-¿Qué personas son más susceptibles al contagio de la influenza AH1N1

- a) VIH, sida,
- b) diabetes
- c) cáncer
- d) Hipertensión
- e) solo a, b y c

27.- ¿En el caso de las superficies infectadas con el virus, cuánto tiempo dura vivo?

- a) De 3 a10 días.
- b) De 5 a 15 días
- c) De 2 a 17 días
- d) De 5 a 20 Días
- e) Ninguna de las anteriores

28.- ¿Qué deben hacer los hospitales para evitar contagios a otros enfermos que no tienen el virus?

- a) El aislamiento.
- b) Alojamiento
- c) Hacinamiento
- d) Todas son verdaderas
- e) Ninguna de las anteriores.

29.- ¿Qué vacuna ayuda a prevenir esta gripe?

- a) vacuna de Influenza AH1N1
- b) Vacuna de Influenza estacional
- c) Vacuna según el calendario de vacunación
- d) Todas son correctas
- e) Ninguna de las anteriores

30.- ¿Quiénes deben tener prioridad cuando se realiza la vacuna de la Influenza AH1N1?

- a) Niños menores de 5 años
- b) Personas mayores de 65 años
- c) Personal de salud
- d) Son correctas a y c.
- e) Son correctas a, b y c