



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

TESIS

**“CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS DE PROTECCIÓN Y VACUNACIÓN
PARA LA INFLUENZA EN POBLADORES DEL CASERÍO SAN RAFAEL
JULIO – AGOSTO 2018”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR:
BACHILLER: ROSA EDITH HUAMÁN LARA**

**ASESORA:
Mg. NORMA PASTOR RAMIREZ**

ICA – PERÚ

2018

DEDICATORIA A:

DIOS, mis padres e hija, Pablo y Lina que siempre me apoyaron incondicionalmente en la parte moral y económicamente para poder llegar a ser un profesional.

A mis hermanas que son fuente de inspiración en mis momentos de angustia, esmero, dedicación para que siguiera adelante; siempre sea perseverante y cumpla con mis ideales.

AGRADECIMIENTO A:

DIOS por protegerme durante todo mi camino y a mis padres que son los que me impulsan a seguir esforzándome en mi carrera profesional.

A mis licenciados de quienes forman parte de mis conocimientos y agradeciéndoles por su paciencia, enseñanzas y apoyo incondicional desde los inicios de esta tesis.

ÍNDICE	Pág
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE GENERAL	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	3
1.2.1. Problema principal	3
1.2.2. Problemas específicos	3
1.3. Objetivos	3
1.3.1. Objetivo general	3
1.3.2. Objetivo específico	4
1.4. Justificación de estudio	4
1.5. Delimitaciones de la investigación	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación	7
2.2. Bases teóricas	13
2.3. Definición de términos básicos	27
2.4. Variables	28
2.4.1. Definición conceptual de la variable	28
2.4.2. Definición operacional de la variable	29
2.4.3. Operacionalización de la variable	30

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo y nivel de investigación	31
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	31
3.3. Población y muestra	31
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	33
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	33
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	33

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

34

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	41
CONCLUSIONES	43
RECOMENDACIONES	44

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

- Matríz de consistencia
- Modelo de instrumento

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar el nivel de conocimientos sobre medidas de protección y vacunación para la influenza en los pobladores del caserío San Rafael julio – agosto 2018.

METODOLOGÍA: Estudio de tipo observacional, transversal, prospectiva y descriptiva, sobre la influenza, realizado en 192 pobladores del Caserío de San Rafael mayores de 15 años, a quienes se les aplicó un cuestionario sobre medidas de protección y vacunación de esta enfermedad.

RESULTADOS: El 49.0% tienen nivel bajo de conocimientos sobre la etiología de la influenza, el 32.3% nivel medio y el 18.7% nivel alto. El 38.5% tienen nivel bajo de conocimientos sobre síntomas, el 39.6% nivel medio y el 21.9% nivel alto. El 37.0% tienen nivel bajo de conocimientos sobre medidas de protección, el 39.6% nivel medio y el 23.4% nivel alto. El 44.3% tienen nivel bajo de conocimientos sobre vacunación, el 38.5% nivel medio y el 17.2% nivel alto. El 36.5% tienen nivel bajo de conocimientos sobre medidas de precaución, el 41.7% nivel medio y el 21.8% nivel alto.

CONCLUSIONES: Los pobladores del Caserío San Rafael el 40.6% tienen nivel bajo de conocimientos sobre protección y vacunación de la influenza, el 38.6% tiene nivel medio y el 20.8% tiene nivel alto.

PALABRAS CLAVE: Conocimientos sobre protección, vacunación, influenza

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the level of knowledge about protection and vaccination measures for influenza in the San Rafael villagers July - August 2018.

METHODOLOGY: An observational, cross-sectional, prospective and descriptive study on influenza, carried out in 192 residents of the Caserío de San Rafael over 15 years old, who received a questionnaire about protection measures and vaccination of this disease.

RESULTS: 49.0% have a low level of knowledge about the aetiology of influenza, 32.3% medium level and 18.7% high level. 38.5% have low level of knowledge about symptoms, 39.6% medium level and 21.9% high level. 37.0% have a low level of knowledge about protection measures, 39.6% average level and 23.4% high level. 44.3% have a low level of knowledge about vaccination, 38.5% medium level and 17.2% high level. 36.5% have a low level of knowledge about precautionary measures, 41.7% average level and 21.8% high level.

CONCLUSIONS: The inhabitants of Caserío San Rafael 40.6% have a low level of knowledge about influenza protection and vaccination, 38.6% have medium level and 20.8% have high level.

KEY WORDS: Knowledge about protection, vaccination, influenza

ÍNDICE DE TABLAS

N°	TABLA	Pág
1	NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS DE PROTECCIÓN Y VACUNACIÓN PARA LA INFLUENZA EN LOS POBLADORES DEL CASERÍO SAN RAFAEL JULIO – AGOSTO 2018	37
2	NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ETIOLOGÍA DE LA INFLUENZA EN LOS POBLADORES DEL CASERÍO SAN RAFAEL JULIO – AGOSTO 2018	38
3	NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS SÍNTOMAS DE LA INFLUENZA EN LOS POBLADORES DEL CASERÍO SAN RAFAEL JULIO – AGOSTO 2018	39
4	NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN DE LA INFLUENZA EN LOS POBLADORES DEL CASERÍO SAN RAFAEL JULIO – AGOSTO 2018	40
5	NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA VACUNACIÓN PARA LA INFLUENZA EN LOS POBLADORES DEL CASERÍO SAN RAFAEL JULIO – AGOSTO 2018	41
6	NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LAS MEDIDAS DE PRECAUCIÓN A TOMAR, LUEGO DE PRESENTAR SÍNTOMAS DE INFLUENZA EN LOS POBLADORES DEL CASERÍO SAN RAFAEL JULIO – AGOSTO 2018	42

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Nº	GRÁFICO	PÁG
1	NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE PROTECCIÓN Y VACUNACIÓN PARA LA INFLUENZA	37
2	NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ETIOLOGÍA DE LA INFLUENZA	38
3	NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SÍNTOMAS DE LA INFLUENZA	39
4	NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS DE PROTECCIÓN DE LA INFLUENZA	40
5	NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE VACUNACIÓN DE LA INFLUENZA	41
6	NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LAS MEDIDAS DE PRECAUCIÓN DE LA INFLUENZA	42

INTRODUCCIÓN

Actualmente el foco principal del manejo de la influenza es la prevención a través de la vacunación, y se recomienda la vacunación anual para todas las personas mayores de 6 meses. La población es considerada como un grupo clave en cuanto a la diseminación de la enfermedad: su protección personal, es necesario para un correcto control de la enfermedad.

La evaluación de la percepción de riesgo sobre un evento se considera un elemento fundamental para explicar las acciones preventivas que puede tener un conjunto de individuos o comunidad, en este sentido hay evidencia empírica que sugiere que la percepción de un evento como amenazante permite la emisión de comportamientos consecuentes.

Quienes presentan un riesgo más elevado de sufrir una influenza grave, o con complicaciones son las embarazadas, niños pequeños y personas de cualquier edad aquejadas de ciertas afecciones crónicas pulmonares y de otro tipo, muchos de estos pacientes han requerido cuidados intensivos.

El personal de enfermería es la primera línea de detección y actuación en la atención a este tipo de pacientes por lo cual un posible contagio hacia el personal es una realidad palpable dentro de la vida hospitalaria cuya incidencia varía de acuerdo a la atención brindada por parte del personal de enfermería que está a cargo de estos pacientes.

A la vista de la presencia de casos de Influenza en la ciudad de Ica y su distribución en toda la Región es que involucra a la investigadora tener una idea real del nivel de conocimientos que tienen los pobladores del caserío de San Rafael sobre las medidas de protección y prevención de esta enfermedad. Se empieza el estudio realizando una visión de la realidad mundial nacional y local del problema, se trazan los problemas a resolver, se investiga el problema en otras realidades, se indican las variables, la metodología, la población y el instrumento. Sobre la base de la estructura de la Universidad Alas Peruanas, filial Ica.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Todos los años, aproximadamente 10% de la población del mundo contrae influenza, pero el impacto de la enfermedad no es uniforme. Hay grandes variaciones de la incidencia en diversas regiones y estaciones; en las zonas tropicales, el virus de la influenza circula a lo largo de todo el año. La vacunación es la mejor manera para prevenir la influenza y sus complicaciones. Las vacunas contra esta enfermedad son consideradas seguras, con riesgo bajo de eventos adversos locales y sistémicos. ¹

En los niños menores de cinco años, esta enfermedad es muy peligrosa, un resfriado común pasa a una neumonía bacteriana o vírica, la cual puede resultar mortal en la infancia, las principales causas de muerte en los niños de 1 a 4 años de edad son las infecciones respiratorias agudas con el 16.4%. Cada año, los niños se enferman con la influenza estacional, en algunos casos provocan la muerte. Este problema se da por los cambios climáticos que se producen a nivel mundial. ¹

La influenza AH1N1 es una patología de tipo respiratorio, según los estudios realizados por la OMS la tasa de mortalidad ha sido casi 20 veces mayor en algunos países como, México, Argentina y Brasil, con las tasas más altas de mortalidad respiratoria en el mundo, mientras

que el número de víctimas fue mucho menor en Nueva Zelanda, Australia y la mayor parte de Europa.¹

Según reportes de la OMS 2018 en América Central los indicadores epidemiológicos permanecieron en niveles moderados y se informó que la circulación de influenza y del Virus Sincitial Respiratorio se encuentran en descenso en toda la sub-región. En Guatemala, la actividad de influenza continuó elevada con predominio de influenza A(H1N1).¹

Sub-región Andina: La actividad general de influenza y otros virus respiratorios permaneció estable en la sub-región. En Perú, la actividad de influenza A(H1N1) aumentó. En Colombia, la actividad de influenza permaneció elevada asociada a casos de IRA.²

Se han establecido campañas a nivel nacional, difundidas por los medios de comunicación, haciendo énfasis en los cuidados que se debe a tener, normas de bioseguridad que se deben aplicar. En las áreas de salud el control en cuanto a lo que tiene que ver a la prevención de contagios frente a la atención del paciente se ha incrementado con respecto al uso de métodos de barrera, la patología se presume está controlada pero no deja de ser un riesgo para la población, así como también para el personal salubrista que atiende estos casos y da cuidado directo a pacientes en las casas asistenciales.²

De lo planteado se extrae la necesidad de conocer nuestra realidad sobre si estamos preparados para prevenir y evitar la infección por este virus que podría convertirse en una epidemia por los casos que se presentan en Ica. En total en lo que va del año, han sido reportados 18 casos de influenza tipo AH1-N1. Los distritos de procedencia de los pacientes son Huancavelica (14), Ascensión (4), Huachocolpa (2), Acoria (2), Acobambilla (1), Querco (1), Pilpichaca (1), Ica (6), Yauyos - Jauja (1) y Ate Vitarte -Lima (1).³

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre medidas de protección y vacunación para la influenza en los pobladores del caserío San Rafael julio – agosto 2018?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre la etiología de la influenza en los pobladores del caserío San Rafael julio – agosto 2018?

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre los síntomas de la influenza en los pobladores del caserío San Rafael julio – agosto 2018?

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre las medidas de protección de la influenza en los pobladores del caserío San Rafael julio – agosto 2018?

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre la vacunación para la influenza en los pobladores del caserío San Rafael julio – agosto 2018?

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre las medidas de precaución a tomar, luego de presentar síntomas de influenza en los pobladores del caserío San Rafael julio – agosto 2018?

1.3 OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar el nivel de conocimientos sobre medidas de protección y vacunación para la influenza en los pobladores del caserío San Rafael julio – agosto 2018.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer el nivel de conocimientos sobre la etiología de la influenza en los pobladores del caserío San Rafael julio – agosto 2018.
2. Indicar el nivel de conocimientos sobre los síntomas de la influenza en los pobladores del caserío San Rafael julio – agosto 2018.
3. Precisar el nivel de conocimientos sobre las medidas de protección de la influenza en los pobladores del caserío San Rafael julio – agosto 2018.
4. Verificar el nivel de conocimientos sobre la vacunación para la influenza en los pobladores del caserío San Rafael julio – agosto 2018.
5. Valorar el nivel de conocimientos sobre las medidas de precaución a tomar, luego de presentar síntomas de influenza en los pobladores del caserío San Rafael julio – agosto 2018.

1.4 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Dado que este virus tiene una elevada tasa de transmisión, la comunidad juega un papel importante en la prevención y en el control de esta pandemia; esto se debe a que las formas más efectivas de evitar la propagación y la transmisión de la enfermedad son métodos sencillos que requieren la participación activa de la comunidad, de los cuales, se puede resaltar el adecuado conocimiento sobre qué es la infección por influenza AH1N1, cómo se contagia, cómo prevenir este contagio, los factores que lo predisponen y las diversas recomendaciones que se deben seguir para mitigar la pandemia.¹

La influenza afecta a la población con niveles de vulnerabilidad que son sectores rurales, población con un nivel socioeconómico bajo; que son quienes desconocen sobre el cuidado a los niños al menos menores de cinco años.

Es de vital importancia tener claro el desarrollo de esta enfermedad por la gran cantidad de casos que se presentan a nivel mundial, y sobre todo en la ciudad de Ica para así disminuir sus complicaciones y brindar un mejor servicio de salud a los pacientes que acuden a los Establecimientos de Salud.

Justificación práctica

El presente estudio investigativo, ayuda a determinar formas de prevenir y cómo manejar dicha a los pacientes que presenten casos de influenza; de esta manera se ha desarrollado una estrategia para la adecuada atención de los pacientes. Le recuerda a la población que un manejo oportuno y eficaz beneficia al paciente, su familia, la casa de salud y población en general ya que los recursos económicos y personales tendrán un mayor ahorro y se ofrecerá una mejor calidad de vida.

Justificación metodológica

El estudio está diseñado científicamente y contribuye a conocer el abordaje de las medidas preventivas de la influenza que son de utilidad para estudios posteriores sobre la base de lo encontrado en esta investigación.

Factibilidad y viabilidad

La investigación es factible porque se plantea información adecuada en términos entendibles, actualizada y específica que la población requiere conocer y puedan aplicar sin ningún inconveniente y fácil de efectuarlo.

1.5 DELIMITACIONES DEL ESTUDIO

Delimitación espacial: La investigación se desarrolló en el Caserío de San Rafael, del distrito de Pueblo Nuevo en la ciudad de Ica.

Delimitación temporal: La investigación se desarrolló en el mes de julio y agosto del 2018.

Delimitación social: La investigación se realizó en la población de distintos sexos y edades de este caserío.

Delimitación conceptual: La investigación se limita a conocer el nivel de conocimientos sobre la influenza desde el punto de vista de las medidas preventivas y de protección.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 Antecedentes internacionales

Mehmood, T. et al. (2016). Conocimiento, la conciencia y la actitud de trabajadores de la salud hacia la vacunación contra la influenza Pakistán. Se distribuyeron un total de N = 170 cuestionarios. La edad mediana de los respondedores fue de 30 años y la mayoría de ellos. 98 (59,0%). eran de grupo de 24 a 30 años. La mayoría de los que participaron en este estudio fueron varones 106 (64,2%). Resultados: Una mayoría 114 (69.1%) creía que no era obligatorio vacunarse contra la gripe. Las tres principales barreras identificadas para la vacunación fueron; no todos están familiarizados con la disponibilidad de la vacuna contra la influenza en su institución, debido al miedo a la aguja. En general, la puntuación de las respuestas correctas reveló que las enfermeras tienen un mejor conocimiento y comprensión sobre la gripe y la vacunación contra la gripe seguido por los farmacéuticos y los médicos.⁴

Tomer, N. (2016). Conocimientos y actitudes de los profesionales sobre la vacunación antigripal, y determinar los factores asociados a ella por parte de profesionales de atención primaria en Cataluña España. Resultados. Se encontró una cobertura vacunal global del 46,6%. En cuanto a conocimientos, actitudes y opiniones sobre la gripe, el 56.5% tenía

conocimientos insuficientes sobre la gripe, representados por los que respondían de forma errónea sobre el periodo de incubación, el 48,9% estaba preocupado por infectarse en su lugar de trabajo, el 73,8% consideraba importante que los profesionales se vacunaran, el 93,1% opinaba que la vacuna protegía a los grupos de riesgo, el 55,3% que la vacunación de los profesionales reduce los brotes de gripe y el 78,5% consideraba que la vacunación era la mejor medida preventiva. Así la vacunación de los profesionales fue superior en los que estaban preocupados por infectarse en su lugar de trabajo (71,5%), en los que consideraban importante que los profesionales se vacunaran (56,4%). en los que opinaban que la vacuna protegía a los grupos de riesgo (48,7%) y que la vacunación de los profesionales reduce los brotes de gripe (58,1%), y entre los que consideraban que la vacunación es la mejor medida preventiva (55,4%).⁵

Alshammari, T. (2014). Conciencia, conocimiento y actitud de los trabajadores de salud hacia la vacunación contra la influenza, Arabia Saudi. Objetivo investigar la conciencia, el conocimiento y la actitud de los trabajadores hacia la vacunación contra la influenza y determinar las razones para no vacunarse. El cuestionario validado, aunque no reporta las cifras. Se recibieron 242 cuestionarios completos, con una tasa de respuesta del 98%. 38% de los Trabajadores de Salud (TS) informaron haber sido vacunados. Las razones más comunes dadas por los TS para no vacunarse fueron: miedo de contraer la enfermedad (16%), creencia que no están en riesgo de la gripe porque son jóvenes y sanos (13%) y no están enterados de la disponibilidad de la vacuna (13%). La falta de disponibilidad de la vacuna (43%) fue la mayor barrera para no proporcionar vacunas para pacientes y TS seguidas de preocupaciones de seguridad para los pacientes (35%) y los encuestados (33%). Casi el 75% de los TS no eran conscientes de las directrices de vacunación contra la influenza publicadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización y el Centro de Control de Enfermedades.⁶

Aguirre, G. (2016). Nivel de aceptación de las madres sobre la vacuna anti-influenza en niños menores de 5 años en la parroquia La Esperanza, Ibarra Ecuador. objetivo de determinar el nivel de aceptación que tienen las madres en la vacuna anti-influenza en niños menores de 5 años en la parroquia La Esperanza, se trata de un estudio descriptivo, transversal, con enfoque cuantitativo, la población estuvo constituida por madres de la parroquia, se estableció un muestreo aleatorio simple, conformado por 143 madres, contestaron una encuesta conformada por 16 ítems, de preguntas abiertas y cerradas. Entre los principales resultados, se tiene que el 48% de la población está entre los 20 a 35 años de edad, el 32,8% cuenta con secundaria incompleta, apenas el 18% tiene secundaria completa, en esta localidad el 52% se auto identifica como indígenas, siendo el 32% del grupo de estudio quienes desconocen la importancia de la vacuna además los factores que dificultan la aceptación de la vacuna anti-influenza son los efectos que esta produce, ubicación geográfica, la dificultad para acudir a la unidad de salud, mientras que los factores que fortalecen la aceptación de la vacuna son los beneficios adquiridos por la misma. En cuanto al nivel de conocimiento el 32% del grupo de estudio no posee información sobre la vacuna. Por lo que se concluye que la aceptación está relacionada con grado de información que presentan las madres sobre el esquema de vacunación.⁷

2.1.2. Antecedentes nacionales

Beltran, C. (2018). Conocimiento, actitud y comportamiento hacia la vacuna de influenza en personal de salud de la UMF N°. 8 Aguascalientes Perú. Objetivo general: Conocer las actitudes y conocimientos hacia la vacuna de la influenza en el personal de salud de la UMF No. 8 del IMSS. Material y métodos: El Diseño de la Investigación es transversal descriptivo. Población en estudio: Médicos y enfermeras que acepten participar en el estudio, adscritos a la UMF N° 8, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes. Tipo de muestreo: Aleatorio simple. Tamaño de la muestra: 102 trabajadores de salud (médicos y

enfermeras). Resultados: El instrumento tuvo un Alfa de Cronbach de 0.7. La muestra final analizada fue de 50 médicos y 35 enfermeros. Más del 60% de los entrevistados respondió correctamente a todas las preguntas sobre la vacuna de influenza. De acuerdo a los resultados obtenidos en la escala de Likert el 88% (N =44) de los médicos tienen buena actitud hacia la vacuna y un 12% (N=6) tiene mala actitud. Dentro de los enfermeros. 86% (N=30) tienen buena actitud mientras que el 14% (N=5) tienen mala actitud. En cuanto al comportamiento hacia la vacuna en la temporada 2016-2017 el 64% de los médicos y el 66% de los enfermeros se aplicó la vacuna. Conclusiones: Los resultados de este estudio nos permiten concluir que en general, el personal de salud de la UMF 8IMSS Aguascalientes, tiene una buena actitud y relativamente alta cobertura en cuanto a la vacuna de influenza.⁸

Fuentes, O. (2017). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la influenza y su vacuna en personal de salud del hospital provincial docente Belén de Lambayeque. Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la influenza y su vacuna en profesionales de salud del Hospital Provincial Belén de Lambayeque durante enero-febrero del 2017. Material y Métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal; la población total fue de 130 profesionales de salud entre médicos, enfermeras y obstetras. Resultados: Se obtuvo que el nivel de conocimiento fue 53,1% bajo, el 43,9 % alcanzó un puntaje intermedio, alto fue 3,1% no existiendo diferencia estadísticamente significativa entre los tres estratos. En actitudes el 43,9 % tuvieron una actitud adecuada, no existe diferencia estadísticamente significativa entre los profesionales. En relación a las prácticas sólo el 36,7% tuvo prácticas adecuadas y se encontró alta asociación estadística entre la profesión a la que pertenecen y las prácticas sobre influenza y su vacuna. Conclusiones: Los profesionales de la salud respondieron en conocimientos con niveles intermedios y bajos, respecto a actitudes los participantes mostraron respuestas inadecuadas en su mayoría y en relación a las prácticas solo uno de cada tres profesionales de la salud las realiza de forma adecuada.⁹

Acosta, J. (2016). Conocimientos, Actitudes y Prácticas del Personal de Salud de los Servicios de Medicina y Emergencia del Hospital III Goyeneche - MINSA frente a la influenza AH1N1, Arequipa. Objetivo: identificar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud de los Servicios de Medicina y Emergencia del Hospital III Goyeneche - MINSA frente a la influenza AH1N1. Métodos: Se encuestó a los trabajadores de los servicios de Medicina y Emergencia aplicando un cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas previamente validado. Resultados: Se encuestaron 69 trabajadores, el 63.77% de ellos mujeres y 36.23% varones, con edades que en 31.88% estuvieron entre los 20 y 29 años, y en 27.54% entre los 50 y 59 años. Un 71.01% conoce el concepto de influenza, 60.87% identifica correctamente al agente etiológico, 72.46% conoce el significado de las siglas del nombre, 94.20% reconoce la forma de transmisión, 42.03% conoce las manifestaciones y 65.22% conoce el tratamiento a realizar, por lo que el nivel de conocimiento alcanzado en los trabajadores fue deficiente en 33.33%, regular en 30.43% y bueno en 36.23%. La actitud de los trabajadores frente a un potencial paciente con influenza es adecuada en 52.17% e inadecuada en 47.83%. Todos los trabajadores reconocen a la higiene como principal medio de prevención, 88.41% práctica medidas de protección y el 84.06% cumple las normas de bioseguridad, en 75.36% se realiza educación al paciente, 60.87% usa respiradores adecuados, 69.57% hace un correcto lavado de manos, 69.57% usa bata al ingresar a ambientes de aislamiento, y 72.46% usa el equipo de protección, lo que hace que las prácticas hacia la influenza sean favorables en 86.96% y desfavorables en 13.04%. Conclusiones: Existe un adecuado nivel de conocimiento en un tercio de trabajadores, actitudes adecuadas en casi la mitad y buenas prácticas en la mayoría, por lo que se requieren medidas permanentes de capacitación ante una potencial pandemia de influenza.¹⁰

Huapaya, J. (2015). Conocimientos, prácticas y actitudes hacia el voluntariado ante una influenza pandémica: estudio transversal con estudiantes de medicina en Perú. El objetivo del artículo es determinar los

conocimientos y prácticas sobre influenza pandémica y la actitud hacia el voluntariado en estudiantes de medicina peruanos. Métodos. Estudio transversal analítico por muestreo simple utilizando una encuesta. Resultados. 848 aceptaron participar en el estudio (54% varones, edad promedio $22,1 \pm 3,03$). El 97% identificó de manera correcta las vías de propagación de la influenza y el 81% conocía su tratamiento. Sobre medidas preventivas correctas, cubrirse al toser o estornudar y lavado de manos fueron las respuestas mejores reconocidas (95% y 92%, respectivamente) y la vacunación fue la menor (54%). La práctica más frecuentemente realizada fue cubrirse al toser o estornudar (86%). Al respecto del voluntariado los participantes respondieron que es un deber moral/ético/profesional (77%), que se debe instituir un servicio universitario de contingencia (88%), que no debe suplir la falencia de trabajadores (49%) y que debe radicar en atención médica hospitalaria (83%). Conclusiones. En general, los estudiantes poseen un buen nivel de conocimientos y prácticas sobre influenza. Hay una buena disposición hacia el voluntariado reconociéndolo como una obligación moral/ética/profesional.¹¹

Carro, E. (2016). Percepción de riesgo y prevención en un contexto de emergencia sanitaria: caso influenza A (H1N1). El objetivo del presente trabajo fue conocer la evaluación que hicieron personas residentes de la zona conurbana del sur de Tamaulipas, México, sobre el riesgo de verse afectadas por el virus de la influenza A H1N1 y las medidas de prevención que adoptaron, durante los meses de abril a mayo del 2009. La muestra fue de 60 sujetos voluntarios que respondieron a un cuestionario mixto y escala de percepción de riesgo a través de correo electrónico. Se encontró que las medidas de prevención más frecuentes fueron: evitar lugares públicos (69.5%), faltar al trabajo o escuela (68.3%), y el uso del cubre boca (40%). Por otra parte se observó que aquellos que decidieron acatar alguna de las medidas preventivas recomendadas por las instituciones de salud evaluaron como más peligrosa y contagiosa la influenza A H1N1 que aquellos que no lo hicieron ($p < .05$).¹²

2.1.2. Antecedentes locales

No se encontraron estudios de relevancia en la región.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. EL VIRUS

2.2.1.1. Características del Virus de la Influenza

Todos los virus de la influenza del tipo A, incluidos los que regularmente causan epidemias estacionales en el hombre, son genéticamente lábiles y están bien adaptados para eludir las defensas del huésped. Los virus de la influenza carecen de los mecanismos de «corrección de pruebas» y reparación de errores que operan durante la replicación genética. Como resultado de esos errores no corregidos, la composición genética de los virus cambia conforme se van replicando en el hombre y en los animales, y la cepa original se reemplaza por una nueva variante antigénica.

2.2.1.2. Fisiopatología

Los virus de influenza se enlazan mediante hemaglutinina en residuos de azúcares de ácido siálico en las superficies de las células epiteliales; típicamente en la nariz, garganta y pulmones de mamíferos o en el intestino de las aves.

Tracto respiratorio.

Es una disposición de órganos que constan de las fosas nasales, la faringe, la laringe, la tráquea, los bronquios y los bronquiolos, que hacen que el aire inhalado logre los alvéolos y los pulmones. Las estructuras como, por ejemplo, el estómago y los músculos intercostales, también participan en el proceso de respiración.

Infecciones del tracto respiratorio

El marco mucociliar y la actividad de lavado que ejerce la salivación constituyen la principal protección contra la contaminación del tracto respiratorio superior. El aire que respiramos contiene una gran cantidad de partículas suspendidas, incluidos microorganismos. Todos estos microorganismos son inofensivos, con la excepción de la cercanía de

personas contaminadas, donde el aire puede contener una gran cantidad de microorganismos patógenos.

Los grandes sistemas de limpieza son, en esta línea, segmentos indispensables de las salvaguardas naturales contra la enfermedad, tanto en el tracto respiratorio superior como en el inferior. La enfermedad ocurre sobre la base de estos componentes de salvaguardas comunes y, en ocasiones, su colapso. En el tracto respiratorio superior, la disposición mucociliar de la nasofaringe y la actividad de lavado por la salivación en la orofaringe son esenciales. Al igual que en otras superficies corporales, hay algunos microorganismos que viven sin dañar la orofaringe y el tracto respiratorio superior; colonizar la nariz, la boca, la garganta y los dientes y están todos ajustados a la vida en estas regiones.¹³

Normalmente son invitados de buen comportamiento, que no invaden los tejidos profundos ni produciendo enfermedades. Sin embargo, como en otras partes de la anatomía, los microorganismos residentes pueden generar problemas cuando se debilita la resistencia del huésped.

2.2.1.3. Clasificación taxonómica del virus

Existen tres tipos de virus gripales, que pertenecen a la familia de los Orthomyxoviridae. Estos tres tipos son el A, el B y el C:

Virus de tipo A: Son los patógenos más agresivos y los principales causantes de las epidemias que se producen cada año. Cada temporada se incluyen en la vacuna antigripal las dos cepas más frecuentes del virus A. El virus de la gripe A, altamente variable, afecta al hombre y también a los cerdos, caballos, focas ballenas y aves acuáticas, en los que se replica propagando la enfermedad, lo que hace que la gripe sea una enfermedad no “erradicable”.

Virus de tipo B: Son menos frecuentes que los anteriores, suelen presentarse en brotes más localizados y la inmunidad frente al virus se adquiere habitualmente desde la infancia. Su tasa de mutación es entre dos y tres veces más baja que la del tipo A, pero esta menor actividad replicativa no es suficiente para conseguir la inmunidad completa y

definitiva. Por ello, cada año se incluye una cepa del virus B en la vacuna antigripal. El virus B de la gripe sólo afecta a seres humanos.

Virus de tipo C: Son menos comunes que los dos anteriores, no produce epidemias y sólo provoca infecciones asintomáticas o con cuadros clínicos poco relevantes. Esa es la razón de que no se incluya en las vacunas antigripales. Los virus gripales tipo A se dividen en subtipos a partir de las diferencias estructurales de dos proteínas de la superficie del patógeno; estas proteínas se denominan hemaglutinina (H) y neuraminidasa (N). Entre sus muchos subtipos, los que actualmente circulan en humanos son el H1N1 y el H3N2, que son los que siguiendo las recomendaciones de la OMS se incluyen anualmente en las vacunas antigripales. En cambio, los virus gripales tipo B y C presentan menores rangos de variación.¹⁴

2.2.2. INFLUENZA

En el lapso de la historia, el hombre ha estado en contacto confiablemente con infecciones, organismos microscópicos, bacilos y diferentes microorganismos que han causado incontables. La viruela, la fiebre tifoidea, el tormento, el cólera, la fiebre amarilla, la gripe y el VIH, entre diferentes pestes y pandemias, han matado a un gran número de personas en el planeta.

La influenza es causada por una infección que ataca especialmente el tracto respiratorio superior, la nariz y la garganta, los bronquios y, con poca frecuencia, los pulmones. La enfermedad generalmente dura siete días. Se describe por un comienzo repentino de fiebre alta, dolores musculares, dolor cerebral, inquietud extrema, pirateo inútil, dolor de garganta y secreción nasal. La gran mayoría se recupera en medio mes sin requerir ningún tratamiento.

En los extremos de la vida (adolescencia y madurez) y también en individuos que experimentan enfermedades pasadas, por ejemplo, enfermedades respiratorias incesantes, diabetes mellitus, infecciones tumorales, renales o cardiológicas, la gripe constituye un verdadero peligro para la vida. En estos individuos, la contaminación puede crear

complicaciones serias, lo que intensifica las dolencias y compromiso de algunos órganos, provocando neumonía y el fallecimiento.

La hospitalización y muerte podrían ocurrir en grupos de elevado riesgo (ancianos y personas que padecen enfermedades crónicas). Se calcula como resultado de las epidemias anuales entre tres y cinco millones de casos severos de la enfermedad, así como entre 250 000 y 500 000 muertes cada año alrededor del mundo. La mayoría de muertes ocurren en mayores de 65 años.¹⁵

La gripe A fue una pandemia causada por una variación del virus de la influenza A (subtipo H1N1), que aumentó en 2009. Por lo tanto, esta infección fue referida formalmente por la Organización Mundial de la Salud como la pandemia H1N1 / 09, haciendo referencia al momento de su aparición. aparición.

Esta nueva variedad popular se conoce como influenza porcina (nombre dado al principio), influenza estadounidense (propuesta por la Organización Mundial de Sanidad Animal) y nueva influenza (propuesta por la Unión Europea), nombres que han sido objeto de diferentes debates. El 30 de abril de 2009, la Organización Mundial de la Salud (OMS) decidió considerarla como gripe A (H1N1).

Esta es una descripción de la infección: la letra A asigna el grupo de infecciones de gripe humana y la de algunas criaturas, por ejemplo, cerdos y aves, y las letras H y N (Hemaglutininas y Neuraminidasas) se relacionan con proteínas en la superficie de la infección infecciones que lo retratan.

La fuente de la enfermedad es una variación de la cepa H1N1, con material hereditario de una cepa aviar, dos cepas porcinas y una humana que experimentó una transformación y dio un salto entre los tipos de animales (o heterocontagio) de los cerdos a las personas, a luego habilite el virus de individuo a individuo.

A nivel mundial, la OMS sigue siendo cautelosa en los casos que surgen de esta dolencia a través de la administración de convenciones y elabora informes semanales por parte de las masas terrestres y las naciones, en particular para un control suficiente de la severidad y la mortalidad.¹⁶

2.2.2.1. Impacto de la influenza

El aumento de la circulación de los virus de la influenza se asocia con un incremento de las enfermedades respiratorias agudas, mayor demanda de consultas médicas, hospitalizaciones y muertes.

En general, la tasa de enfermedad por influenza primaria observada es más alta en la edad escolar, entre quienes puede exceder el 30% en algunos años e inferior entre los adultos. Durante los años interpandémicos, las tasas de infección por influenza entre los adultos suelen oscilar entre el 1 y 15%.

Las tasas más altas de hospitalización por causas relacionadas con la influenza ocurren entre:

- Menores de dos años
- Personas de cualquier edad con enfermedades crónicas (cardiopatía, asma, diabetes, insuficiencia renal o los estados de inmunodepresión o inmunosupresión)
- Los mayores de 65 años.

Las tasas de hospitalización son altas en ambos extremos del espectro de la edad, incluso en personas sin enfermedades crónicas, las tasas de hospitalización han sido mayores en las temporadas donde ha predominado el virus de la influenza tipo A (H3N2), que en años con predominio del virus de la influenza tipo B o el tipo A (H1N1). Generalmente las muertes están directamente relacionadas con la hospitalización y el predominio de la influenza del tipo A (H3N2).

Las mujeres embarazadas también parecen estar en mayor riesgo de presentar complicaciones derivadas de la influenza.

2.2.2.2. Fuente de infección y modo de transmisión

En la mayoría de los casos es una enfermedad de moderada gravedad que se transmite de persona a persona por secreciones nasales o por la tos.¹⁷

2.2.2.3. Historia natural

Período de incubación

Comprende de 1 a 4 días desde el contacto. El tipo fundamental de transmisión son las gotitas de saliva que permanecen suspendidas perceptiblemente por todas partes después de un paciente con gripe o inhalaciones (enfermedad por perlas). También es concebible obtener la enfermedad cuando los objetos contaminados con las gotitas de saliva de un paciente contaminado se ponen en contacto y se transportan a la boca o la nariz sin antes lavarse las manos.

Período de estado

Se caracteriza por la aparición repentina de manifestaciones, por ejemplo, fiebre de más de 38 grados, corte seco, podredumbre controlada, escalofríos, dolor cerebral, efectos secundarios oculares, odinodisfagia, mialgias, rinorrea leve.

La fiebre alcanza su pináculo más extremo 24 horas después del comienzo de los efectos secundarios y se mantiene durante un tiempo de alrededor de 5 días.

Periodo infeccioso

Se extiende desde hasta 8 días después del comienzo de las indicaciones y en niños o personas con inmunosupresión hasta 15 días.

2.2.2.4. Distribución

Se presenta en epidemias casi anuales en forma de brotes localizados y casos esporádicos. Las tasas de ataque clínico durante las epidemias varían del 10 a 20% en la población general y del 50% en población cerrada (asilos para ancianos, escuelas).

Durante la fase inicial de las epidemias en los países industrializados, tanto la infección como la enfermedad manifiesta predominan en los niños en edad escolar, lo que ocasiona un aumento brusco de las ausencias escolares, las consultas médicas y los ingresos de los pacientes pediátricos a los hospitales. Los escolares infectan a miembros de la familia, a otros niños y adultos. Durante una fase ulterior, la infección y la enfermedad afectan a los adultos, lo que ocasiona ausentismo laboral,

ingresos de adultos a los hospitales y un aumento en la mortalidad por neumonía secundaria a influenza. En las zonas de clima templado, las epidemias tienden a aparecer en el invierno; en los trópicos, se observan a menudo en estación de lluvia, pero pueden presentarse brotes o casos esporádicos en cualquier mes del año. Las tasas y la gravedad de la enfermedad gripal pueden variar considerablemente de un año al siguiente, dependiendo de diversos factores:

- Tipos, subtipos y cepas circulantes
- Incidencia de las infecciones respiratorias
- Concentraciones de anticuerpos específicos en la población.¹⁸

2.2.2.5. Circulación de virus influenza

En relación a los países que se ubican en el hemisferio norte y sur en los cuales la actividad de virus de influenza están claramente marcados durante los períodos de invierno, los países de la zona ecuatorial tienen poca variación en el clima, por lo que no se define claramente un patrón de comportamiento de virus de Influenza; sin embargo, en los últimos años a través de los estudios realizados en el Perú y los resultados de la vigilancia centinela de Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG), se observa que existe circulación de virus de influenza todo el año, con dos períodos donde se observa incremento de esta actividad.

El primer período corresponde a los meses de diciembre a abril mucho más intenso para todos los virus respiratorios afectando todo el país y el segundo período a los meses de junio a agosto con menor actividad viral que afecta principalmente a las provincias de la sierra centro y norte.

Por otro lado, el comportamiento de los virus de influenza es diferente en las regiones del país, ya sea en intensidad como en tipos, posiblemente relacionados a factores climáticos que requieren mayor estudio. Cabe anotar que el virus de influenza coexiste con otros virus respiratorios como Virus Sincitial Respiratorios (VSR), Parainfluenza I-II y III, Adenovirus entre otros por lo que diagnóstico de influenza es complejo, ya que todos ellos pueden presentar sintomatología similar y cuadros graves.¹⁹

2.2.2.6. Cuadro clínico

Se describe por la aparición inesperada de los efectos secundarios acompañantes: fiebre (hasta 40°), escalofríos, migraña, odinofagia, mialgias, anorexia y tos sin expectoración. La fiebre generalmente logra un poder más notable 24 horas después del comienzo de la sintomatología y se mantiene durante un período no mayor a 5 días.

Tras el examen físico, un paciente se ve complicado, con un color rubicundo de la cara, mucosa conjuntival e hiperémica y rinorrea serosa. En general, las manifestaciones que son comunes a todos los grupos de edad son la mialgia, la anorexia y el dolor de cabeza.

2.2.2.7. Factores de riesgo y comorbilidades

De acuerdo a la información del Sistema de Vigilancia de Infecciones Respiratorias Agudas Graves, del Perú el 17% de casos hospitalizados presentaron algún tipo de comorbilidad, este porcentaje se incrementa en casos ingresados a UCI (38%) y en los fallecidos (59%).

Las comorbilidades más frecuentes en los casos de IRA grave hospitalizados, ingresados a UCI y fallecidos, son las enfermedades cardíacas, neurológicas, enfermedades pulmonares crónicas e inmunodeficiencias.²⁰

2.2.2.8. Complicaciones

Pulmonares

La principal dificultad es la neumonía viral que tiene una alta mortalidad y ocurre dentro de los primeros 24 tramos largos de la escena febril; Se manifiesta mediante tos seca que luego termina fluidificándose y expectorando, taquipnea, crepitación difusa, cianosis y colapso respiratorio. En la radiografía de tórax se observan imágenes como enfermedades bacterianas. Tiene un desarrollo lento a pesar del tratamiento antiinfeccioso.

La otra complicación regular es la neumonía bacteriana opcional, dada por la presencia de fiebre y la tos con expectoración en medio de la recuperación de la sintomatología viral. Las bacterias oportunistas

fundamentales reconocidos son: neumococo, s. aureus, H. influenzae y sp. Hemolytic An y B. Tiene una reacción sensible al tratamiento contra la infección.

También se puede observar recaídas de bronquitis intensa (en pacientes con enfermedades crónicas restrictivas de oxígeno como asma y fibrosis quística, por ejemplo) y efectos secundarios de obstrucción bronquial en los asmáticos.²¹

Neurológicas

Se ha descrito el síndrome de Reye, caracterizado por encefalopatía e infiltración grasa hepática. Otras complicaciones son la encefalitis post influenza, alteración en tiempos de reacción, mielitis transversa y síndrome Guillian Barre. Otras menos frecuentes son el síndrome de shock tóxico por S. aureus, miositis y alteraciones tanto en el ECG como de las enzimas cardiacas.

Los criterios de gravedad en adultos son: taquipnea, frecuencia respiratoria mayor a 26 por minuto, hipotensión (sistólica menor a 90mm de Hg) disnea, cianosis, hipoxemia (saturación de O₂ menor a 90 por oxímetro de pulso) y consulta repetida por deterioro clínico.²²

2.2.2.9. Definición de casos

Casos Sospechosos de Influenza AH1N1

Se considerará caso sospechoso de infección por el nuevo virus influenza AH1N1 a una persona que cumpla los siguientes criterios:

- Presenta Enfermedad Tipo Influenza (ETI): fiebre superior a 38°C y por lo menos uno de los siguientes síntomas:
- Tos
- Dolor de garganta
- Ha estado en contacto cercano con personas sospechosas, probables o confirmadas de una infección por el nuevo virus influenza A (H1N1).

Caso Probable de Influenza AH1N1

Se considerará caso probable de infección por el nuevo virus de influenza A (H1N1) a todo caso sospechoso que resultó positivo para influenza A

por la prueba de PCR disponible actualmente para la detección del virus de la influenza, pero no subtipificable para influenza estacional.

Caso Confirmado de Influenza AH1N1

Se considera caso confirmado de infección por el nuevo virus influenza A(H1N1) a todo caso probable que tiene un resultado de laboratorio que determine la presencia del nuevo subtipo del virus de influenza A(H1N1), mediante la prueba de PCR, específico al nuevo subtipo A(H1N1).

Caso Descartado

Se considerará caso descartado de infección por el nuevo virus de influenza A (H1N1) a todo caso sospechoso que dio uno de los siguientes resultados:

- PCR negativa para influenza A.
- PCR positiva para influenza A con un subtipo estacional
- Subtipificación PCR negativa para el nuevo virus influenza tipo A(H1N1)

Contacto Cercano

Se define como contacto cercano a un individuo que ha cuidado o convivido con un caso probable o confirmado de Influenza A (H1N1), o que ha tenido contacto directo con secreciones respiratorias de un caso probable o confirmado.^{23,24}

2.2.2.10. Tipos de influenza

Influenza Estacional: Se produce durante algunas épocas del año, principalmente en los meses más fríos y en los países donde las estaciones climáticas son marcadas. En los países de clima tropical es menos definida la época en que se presenta. Varía cada año por la mutación o cambio del virus. Esta influenza se puede prevenir con la vacuna anual.

Influenza o gripe por A (H1N1): Es la enfermedad causada por el nuevo virus Influenza por A (H1N1). Es muy contagioso y ha causado la primera pandemia de influenza de este siglo. Actualmente no existen vacunas y la población no tiene defensas para este virus

2.2.3. PREVENCIÓN DE LA INFLUENZA

La exposición del virus de influenza por vacunación o por enfermedad protege temporalmente contra la infección por el mismo virus. Los cambios de los serotipos hacen necesario el cambio anual de la composición de la vacuna de influenza. La Vacuna triple para Influenza proporciona inmunidad por el lapso de un año para los virus de AH1N1, AH3N2 y virus de la Influenza B.²⁵

Población Objetivo

Para el propósito de prevenir muertes y morbilidad grave causada o secundaria a infección por virus influenza, la población objetivo de la vacunación está compuesta por los siguientes grupos de personas:

- Las embarazadas, a partir de la 13 semana de gestación.
- Los niños y niñas de edades comprendidas entre los 6 y los 23 meses.
- Las personas de 65 años y más.
- Las personas entre 2 y 64 años portadores de alguna de las siguientes condiciones de riesgo:
 - ✓ Diabetes
 - ✓ Enfermedades pulmonares crónicas: asma bronquial; EPOC
 - ✓ Cardiopatías; congénitas; reumáticas; isquémica y miocardiopatías.
 - ✓ Enfermedades neuromusculares congénitas o adquiridas que determinan trastornos de la deglución o del manejo de secreciones respiratorias.
 - ✓ Obesidad Mórbida.
 - ✓ Insuficiencia renal en etapa 4 o mayor.
 - ✓ Insuficiencia renal en diálisis.
 - ✓ Insuficiencia hepática crónica.
 - ✓ Enfermedades autoinmunes como: lupus, escleroderma; artritis reumatoide, enfermedad de Crohn, etc.
 - ✓ Cáncer en tratamiento con radioterapia, quimioterapia, terapias hormonales o medidas paliativas de cualquier tipo.
 - ✓ Infección por VIH.

- ✓ Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas.²⁶

En las cuatro últimas condiciones de riesgo mencionadas puede considerarse, con indicación de médico tratante, retrasar la administración de la vacuna hasta la remisión o estabilización de la enfermedad de base, de modo de lograr una mejor respuesta inmune. La postergación se basa en lograr mejor inmunogenicidad de la vacuna, no en problemas de seguridad. En situaciones epidemiológicas de riesgo debe administrarse la vacuna según el esquema habitual.

La población objetivo podrá sufrir variaciones, dependiendo de la situación epidemiológica u otras variables.

Contraindicaciones para la vacunación anti-influenza

- Reacciones alérgicas severas a algún componente de la vacuna en dosis previas.
- Reacciones alérgicas severas al huevo.
- Historia de Guillain-Barré, a dosis previas de Influenza.
- Personas con terapia inmunosupresora (prednisona o su equivalente en dosis de 2mg/kg/día), hasta tres meses de terminada dicha terapia y personas que están recibiendo dosis decrecientes de corticoides, hasta tres meses de recibir dosis inferiores a 0,5 mg/k/día.²⁷

2.2.3.1. Vacunación

La OPS / OMS sugiere que las mujeres embarazadas tengan la necesidad más notable de aceptar vacunas contra la gripe, debido a su debilidad para enfrentar los inconvenientes de esta enfermedad. Los diferentes grupos etarios en peligro, así como las mujeres embarazadas, deberían considerarse los ancianos y su necesidad de inmunización, los niños de 6 a 59 meses de edad, personas con depresión profunda y personal de salud.

La inmunización contra la gripe no se considera como un sistema de control de episodios, sin embargo, es una medida preventiva para evitar las complicaciones identificados con la gripe.

En 1945, la inmunización principal fue efectiva contra la gripe, comenzando un procedimiento obligatorio de determinación anual de las cepas que fluyen en todo el mundo para el anticuerpo de cada estación y el cambio mecánico de su generación.

Las inmunizaciones, por ejemplo, anticuerpos de infección completa, inmunizaciones de antígeno de superficie e infección de anticuerpos contraídos se han probado en individuos en peligro. Su invulnerabilidad es de breve duración, últimamente el anticuerpo sugerido es latente y trivalente, presentando cada vez más diversidad en su planificación, su única contraindicación es que hay un pasado lleno de hipersensibilidad a la proteína del huevo. Debe ser aplicado antes del comienzo de la temporada de gripe.

Después de esta inoculación, las contaminaciones clínicas se reducen en un 70-90% en niños y jóvenes adultos, sin embargo, solo en un 30-40% en individuos de edad avanzada, a pesar de que se mantiene lejos de la cercanía de indicaciones extremas y la desaparición en alrededor de 70%.^{28,29}

2.2.4. ROL DE ENFERMERÍA

Hoy día, la atención a la promoción de la salud se ha vuelto un asunto prioritario, orientado a fomentar, conservar y restaurar la salud, así como la adaptación a efectos residuales, ya que la capacidad de ciertos virus para variar rápidamente en la naturaleza y cambiar su estructura antigénica, reduce el efecto protector de la respuesta inmune del hospedero y su control se convierte en un reto para los científicos.

Las tasas de morbilidad y mortalidad se incrementan de manera importante, según se eleva la expectativa de vida. Contribuyen a esta elevación la facilidad de contagio (vía respiratoria), el corto período de incubación, la distribución universal, la diversidad de los agentes causales y la dificultad para su prevención.

Para reducir la propagación del proceso infeccioso se requiere el conocimiento de las vías usuales de propagación transmisión del microorganismo y el riesgo de transmisión al paciente. El enfermero

desempeña un rol importante en esta prevención. De ahí la importancia de que el enfermero incluya en sus actividades prioritarias la educación e información a las autoridades sanitarias, así como también la comunicación con contactos y convivientes, y el seguimiento de los enfermos. El tratamiento incluye: notificación, tratamiento sintomático, medidas de control y el aislamiento.

El enfermero que presta sus servicios en la atención primaria de salud aplica esta vacunación en dosis de 0.5 ml por vía IM en el deltoides, producto que se presenta cargado en la misma jeringuilla desechable.

El enfermero podrá ofrecer la atención de este paciente, ya sea en las instituciones o en su hogar. Tendrá presente el establecimiento de políticas que reduzcan las visitas a los pacientes. La práctica estratégica de la higiene personal y ambiental, sin olvidar jamás el frecuente lavado de las manos. En su quehacer educativo insistirá en una nutrición adecuada sin restricciones y con el ofrecimiento frecuente de líquidos a ingerir, lo cual recupera las pérdidas motivadas por la fiebre, además de facilitar el flujo de secreciones respiratorias hacia el exterior, enfatizar que los útiles y fómites de que haga uso el enfermo, después de un aseo normal puede contaminar su uso familiar.

No debe prescindirse en el proceso educativo de las orientaciones correspondientes al uso de pañuelos, así como su cambio frecuente. La circulación adecuada de aire en los locales resulta necesaria para controlar la transmisibilidad. La permeabilidad de las fosas nasales es otra medida necesaria en el cuidado general de estos pacientes.

2.2.5. TEORÍA DE ENFERMERÍA

Dorotea Oren: Déficit de autocuidado

La enfermería desde su inicio ha sido vista como una profesión social conectada a la especialidad de psiquiatría, por lo que reacciona a la necesidad de alentar a las personas, cuando no tienen la capacidad adecuada de darse a sí mismas o a la población en general que dependen de ellos, la calidad del autocuidado, distinguiendo los problemas médicos

y las necesidades fundamentales y / o potenciales del individuo, tanto de la familia como de la comunidad.

El cuidado personal es una capacidad humana que cada individuo debe aplicar deliberadamente para mantener su vida y su condición de bienestar, mejora y prosperidad, de esta manera, es una disposición del individuo. La elaboración de las ideas de autoconsciencia, requerimiento de autocuidado permiten comprender las necesidades e impedimentos de la actividad de la población en general que puede beneficiarse de la labor de enfermería.³⁰

El autocuidado debe aprenderse y aplicarse de forma deliberada y continúa en el tiempo, siempre en correspondencia con las necesidades de regulación que tienen los individuos en sus etapas de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características sanitarias o fases de desarrollos específicas, factores del entorno y niveles de consumo de energía.

Esta teoría sugiere que la enfermería es una acción humana articulada en sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras a través del ejercicio de ser una actividad profesional ante personas con limitaciones en el conocimiento de autocuidado sobre determinadas enfermedades, por lo tanto, su intervención científica es de gran interés en general el autocuidado en la población sobre medidas sencillas que pueden controlar brotes de influenza.³¹

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Anticuerpo: Sustancia segregada por los linfocitos de la sangre para combatir una infección de virus o bacterias que afecta al organismo.

Antígeno: Sustancia que al introducirse en el organismo induce en este una respuesta inmunitaria provocando la formación de anticuerpos.

Actitud: Se ha definido a la actitud como: “una predisposición evaluativa” (es decir positiva o negativa) que determina las intenciones personales e influye en el comportamiento, por otro lado, se le describe como forma de actuar, sentir o pensar que muestran la disposición u opinión de una persona.

Vacunas. La vacuna es un preparado de antígenos que una vez dentro del organismo provoca la producción de anticuerpos y con ello una respuesta de defensa ante microorganismos patógenos. Esta respuesta genera, en algunos casos, cierta memoria inmunitaria produciendo inmunidad transitoria frente al ataque patógeno correspondiente.

Complicación: Fenómeno que sobreviene en el curso habitual de una enfermedad y que la agrava.

Comportamiento: Manera de comportarse.

Comportar (comportarse): Actuar de una persona, en general o en una situación determinada, de la manera que se expresa.

Conducta: Podemos entender, por conducta humana toda acción de cualquier tipo realizada por un ser humano, por un individuo. Conviene distinguir que entendemos la conducta como esa acción total globalizadora que da significado a todo un conjunto de pequeñas acciones o movimientos del individuo.

Conocimiento: Acción de conocer, facultad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. Conjunto de datos o noticias relacionados con algo, especialmente conjunto de saberes que se tienen de una materia o ciencia concreta.

2.4. VARIABLES

Variable de estudio

Conocimientos sobre influenza

Dimensiones

- Conocimientos sobre la etiología de la influenza
- Conocimientos sobre los síntomas de la influenza
- Conocimientos sobre las medidas de protección de la influenza
- Conocimientos sobre la vacunación para la influenza
- Conocimientos sobre las medidas de precaución a tomar, luego de presentar síntomas de influenza

2.4.1. Definición conceptual de la variable

Conocimientos sobre influenza.- Conjunto de saberes que se tienen sobre la influenza.

2.4.2. Definición operacional de la variable

Conocimientos sobre influenza.- La variable se obtendrá a través de un cuestionario y analizada en escala ordinal.

2.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	INSTRUMENTO	FUENTE
Variable de estudio Conocimientos sobre influenza	Conjunto de saberes que se tienen sobre la influenza.	La variable se obtendrá a través de un cuestionario y analizada en escala ordinal.	Conocimientos sobre la etiología de la influenza.	Alto Medio Bajo	Cuestionario	Poblador
			Conocimientos sobre los síntomas de la influenza	Alto Medio Bajo	Cuestionario	Poblador
			Conocimientos sobre las medidas de protección de la influenza.	Alto Medio Bajo	Cuestionario	Poblador
			Conocimientos sobre la vacunación para la influenza.	Alto Medio Bajo	Cuestionario	Poblador
			Conocimientos sobre las medidas de precaución a tomar, luego de presentar síntomas de influenza.	Alto Medio Bajo	Cuestionario	Poblador

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Observacional. Pues las variables son estudiadas en su ambiente natural.

Transversal. Debido a que la medida de la variable es solo en una ocasión.

Prospectiva. Debido a que los datos son obtenidos por el investigador.

Descriptiva. Debido a que la investigación presenta una variable analizada bajo 5 dimensiones.

NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptiva

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se realizará en el Caserío de San Rafael que pertenece al distrito de Pueblo Nuevo en la ciudad de Ica.

3.3. POBLACIÓN

Se estudiará en la población del Caserío de San Rafael que son 420 pobladores mayores de 15 años.

MUESTRA:

$$n = \frac{N Z^2 pq}{(N-1) d^2 + Z^2 pq}$$

Dónde:

n	:	X
N	:	420
Z	:	1.96
p	:	0.5
q	:	0.5
d	:	0.05

$$n = \frac{420(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(439)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = 403.4/2.1 = 192 \text{ pobladores}$$

Muestra= 192 pobladores mayores de 15 años

Criterios de inclusión:

Poblador del caserío de San Rafael que desee colaborar con la investigación.

Poblador del caserío de San Rafael que esté en condiciones de colaborar con la investigación.

Poblador que pertenezca al Caserío de san Rafael.

Criterios de exclusión:

Poblador del Caserío de San Rafael que no desee colaborar con la investigación.

Poblador del Caserío de San Rafael que no esté en condiciones de colaborar con la investigación como son ancianos dependientes.

Poblador de otros lugares que estén de visita en el Caserío de San Rafael.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. TÉCNICA

La encuesta. Para ello se pidió al poblador previo saludo, la colaboración en el desarrollo del cuestionario sobre influenza.

3.4.2. INSTRUMENTOS

Cuestionario que cuenta con las preguntas que recogen la información necesaria para la investigación.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Se realizó una prueba piloto para la validez y confiabilidad del instrumento.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

RECOLECCIÓN.- La recolección de los datos será directamente por la investigadora para evitar los sesgos de información.

PROCESAMIENTO.- Los datos obtenidos fueron procesados en el programa estadístico SPSS v23 para disponer de las tablas y gráficos las que se presenta en formato Word para su interpretación.

ÉTICA

Los datos obtenidos fueron de carácter anónimo, identificados por un número, y la información obtenida es solo de utilidad para la investigación conservando dichos datos confidencialmente.

El estudio no trae consigo ningún riesgo para los participantes.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Tabla N° 1
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS DE PROTECCIÓN Y
VACUNACIÓN PARA LA INFLUENZA EN LOS POBLADORES DEL CASERÍO
SAN RAFAEL JULIO – AGOSTO 2018

Conocimientos sobre protección y vacunación	N°	Porcentaje	% acumulado
Bajo	78	40.6%	40.6%
Medio	74	38.6%	79.2%
Alto	40	20.8%	100.0%
Total	192	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

La tabla ilustra que los pobladores del Caserío San Rafael el 40.6% (78) tienen nivel bajo de conocimientos sobre protección y vacunación de la influenza, el 38.6% (74) nivel medio y el 20.8% nivel alto (40). El 79.2% de los pobladores presenta conocimientos entre nivel bajo y medio

Gráfico N° 1

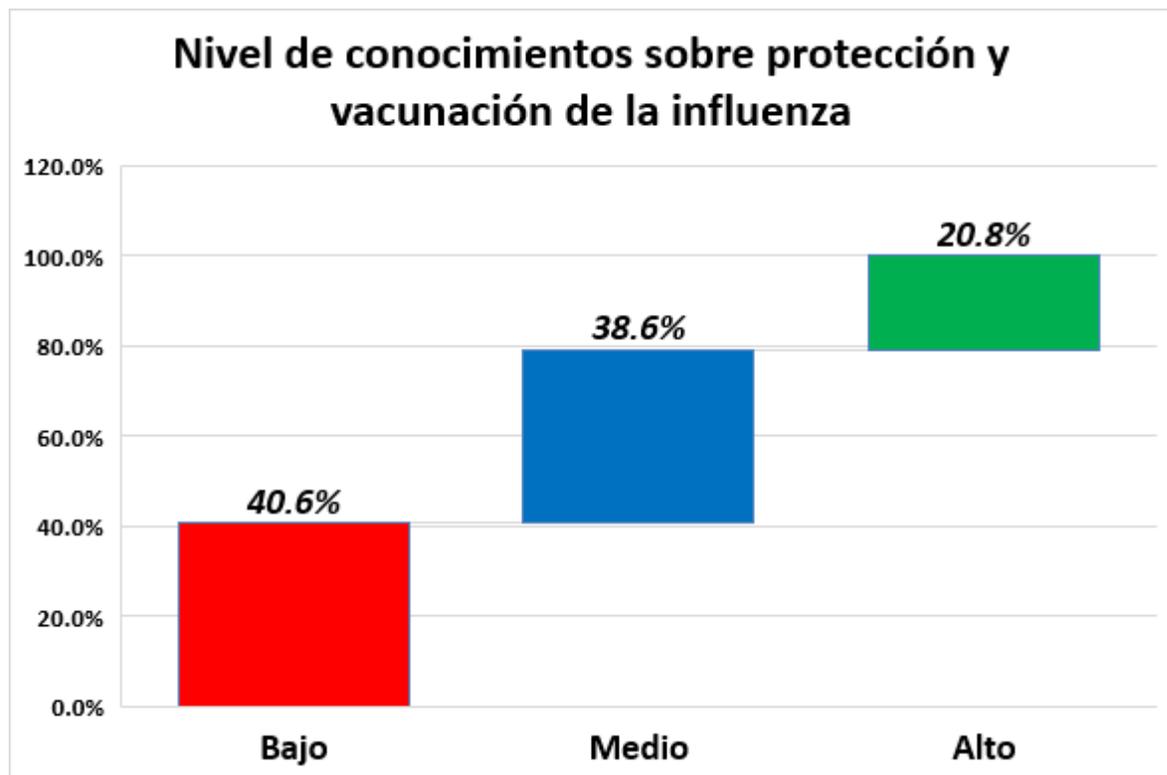


Tabla N° 2

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ETIOLOGÍA DE LA INFLUENZA EN
LOS POBLADORES DEL CASERÍO SAN RAFAEL JULIO – AGOSTO 2018**

Conocimientos sobre etiología	N°	Porcentaje	% acumulado
Bajo	94	49.0%	49.0%
Medio	62	32.3%	81.3%
Alto	36	18.7%	100.0%
Total	192	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

La tabla ilustra que los pobladores del Caserío San Rafael el 49.0% (94) tienen nivel bajo de conocimientos sobre la etiología de la influenza, el 32.3% (62) nivel medio y el 18.7% nivel alto (36). El 81.3% de los pobladores presenta conocimientos entre nivel bajo y medio

Gráfico N° 2

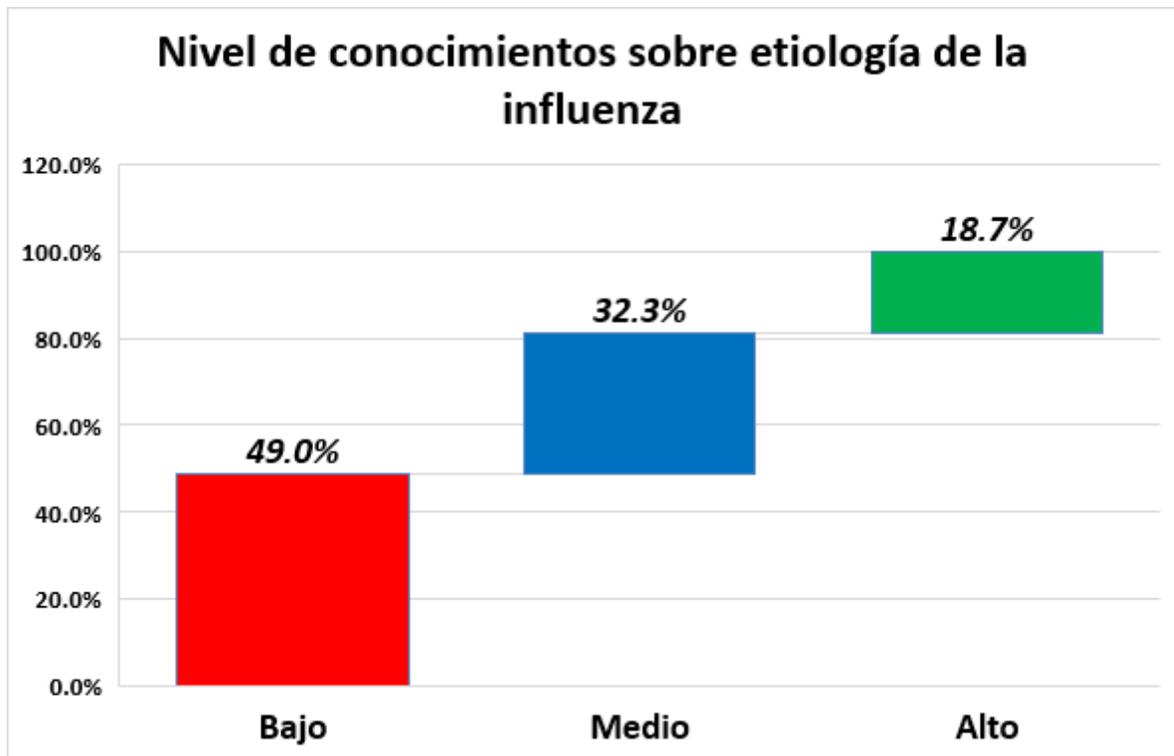


Tabla N° 3

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS SÍNTOMAS DE LA INFLUENZA EN
LOS POBLADORES DEL CASERÍO SAN RAFAEL JULIO – AGOSTO 2018**

Conocimientos sobre síntomas	N°	Porcentaje	% acumulado
Bajo	74	38.5%	38.5%
Medio	76	39.6%	78.1%
Alto	42	21.9%	100.0%
Total	192	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

La tabla ilustra que los pobladores del Caserío San Rafael el 38.5% (74) tienen nivel bajo de conocimientos sobre síntomas, el 39.6% (76) nivel medio y el 21.9% nivel alto (42). El 78.1% de los pobladores presenta conocimientos entre nivel bajo y medio.

Gráfico N° 3

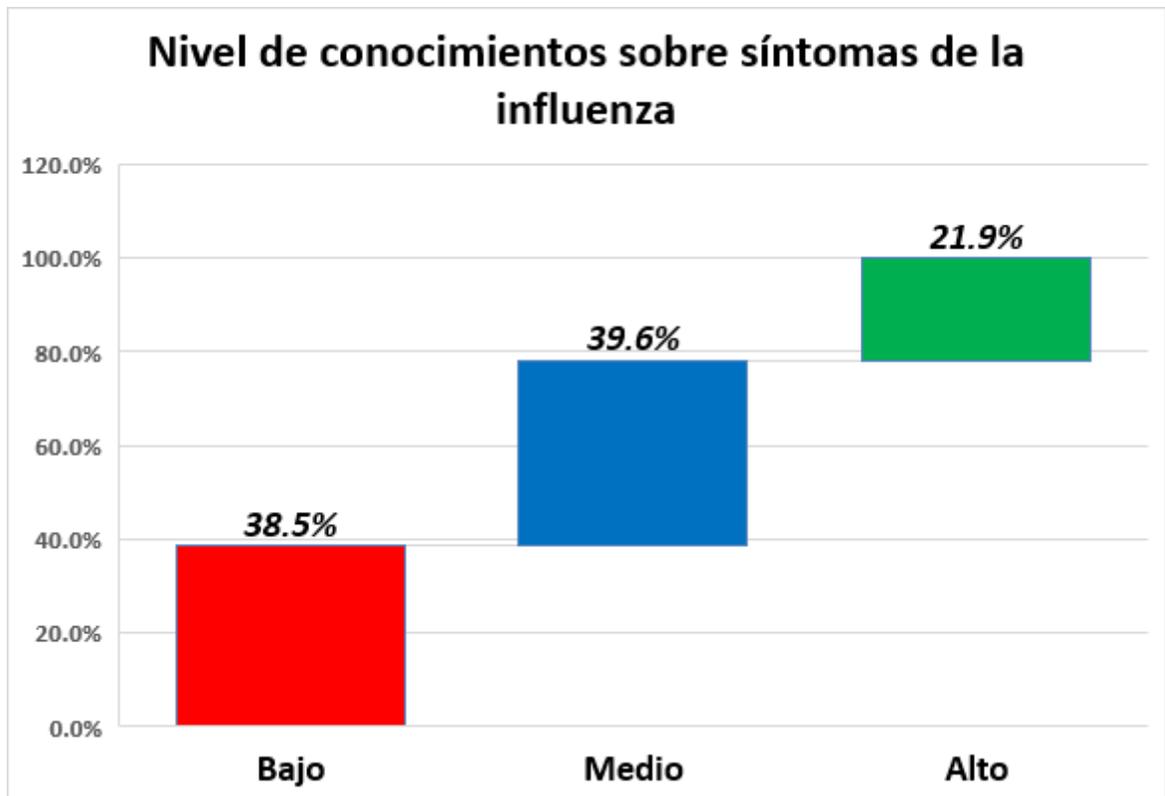


Tabla N° 4

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN DE LA INFLUENZA EN LOS POBLADORES DEL CASERÍO SAN RAFAEL JULIO – AGOSTO 2018

Conocimientos sobre medidas de protección	N°	Porcentaje	% acumulado
Bajo	71	37.0%	37.0%
Medio	76	39.6%	76.6%
Alto	45	23.4%	100.0%
Total	192	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

La tabla ilustra que los pobladores del Caserío San Rafael el 37.0% (71) tienen nivel bajo de conocimientos sobre medidas de protección, el 39.6% (76) nivel medio y el 23.4% nivel alto (45). El 76.6% de los pobladores presenta conocimientos entre nivel bajo y medio.

Gráfico N° 4

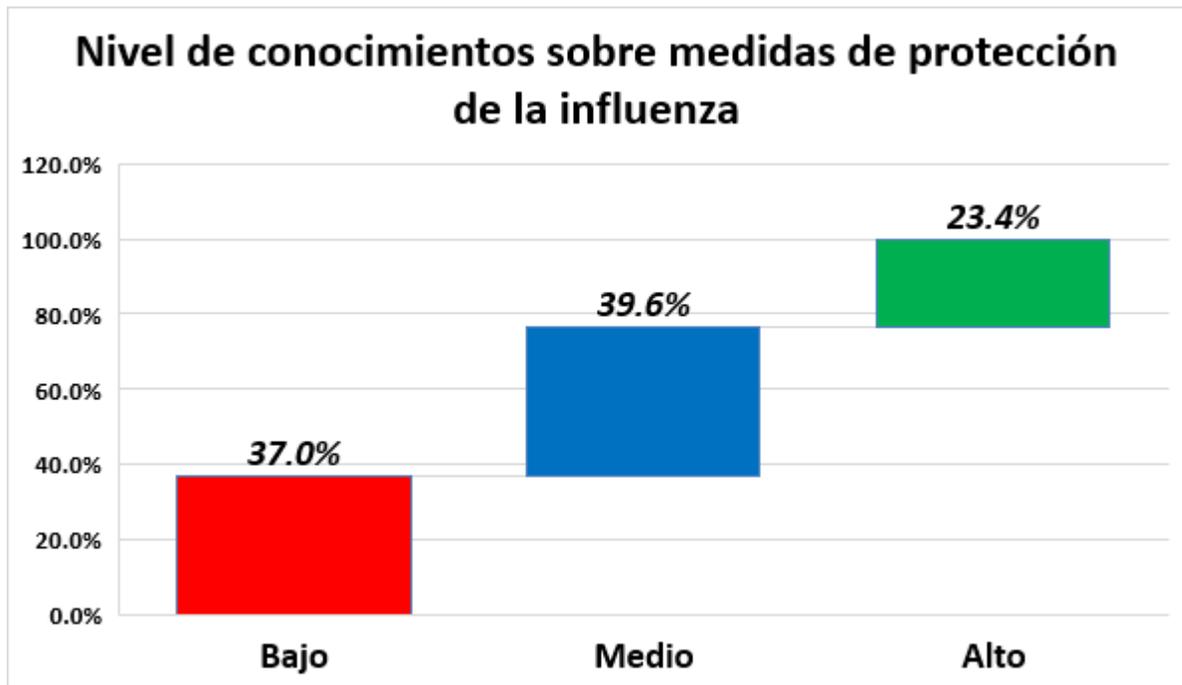


Tabla N° 5

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA VACUNACIÓN PARA LA INFLUENZA EN LOS POBLADORES DEL CASERÍO SAN RAFAEL JULIO – AGOSTO 2018

Conocimientos sobre vacunación	N°	Porcentaje	% acumulado
Bajo	85	44.3%	44.3%
Medio	74	38.5%	82.8%
Alto	33	17.2%	100.0%
Total	192	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

La tabla ilustra que los pobladores del Caserío San Rafael el 44.3% (85) tienen nivel bajo de conocimientos sobre vacunación, el 38.5% (74) nivel medio y el 17.2% nivel alto (33). El 82.8% de los pobladores presenta conocimientos entre nivel bajo y medio.

Gráfico N° 5

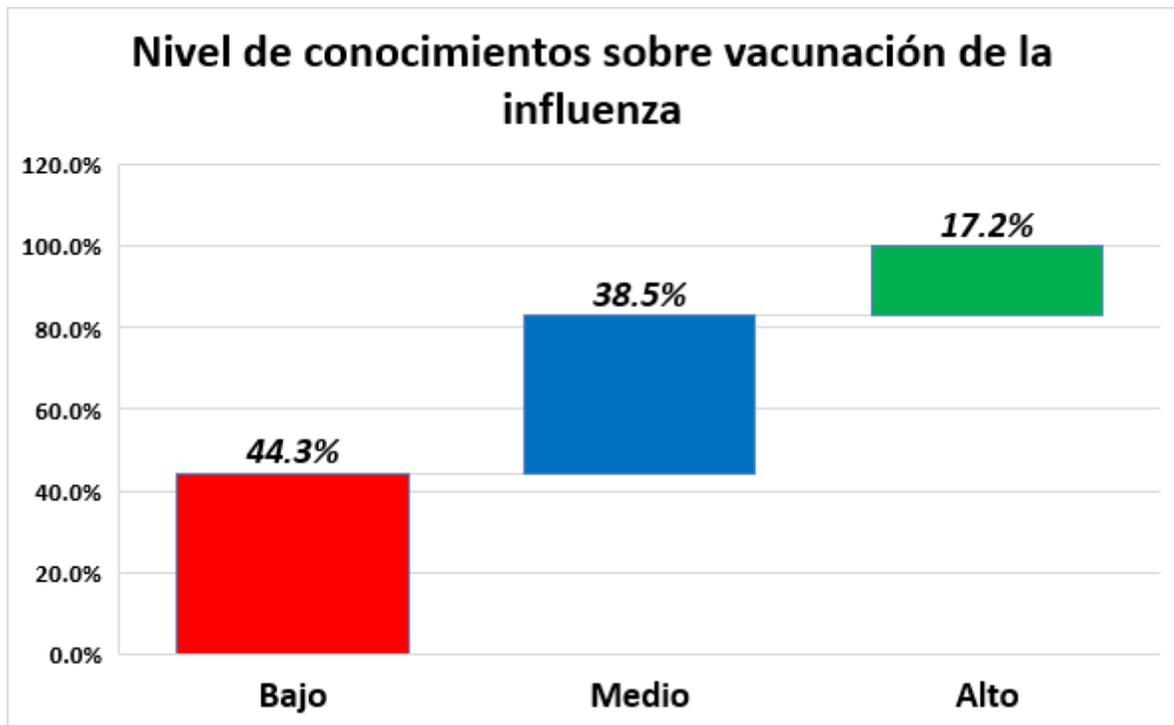


Tabla N° 6

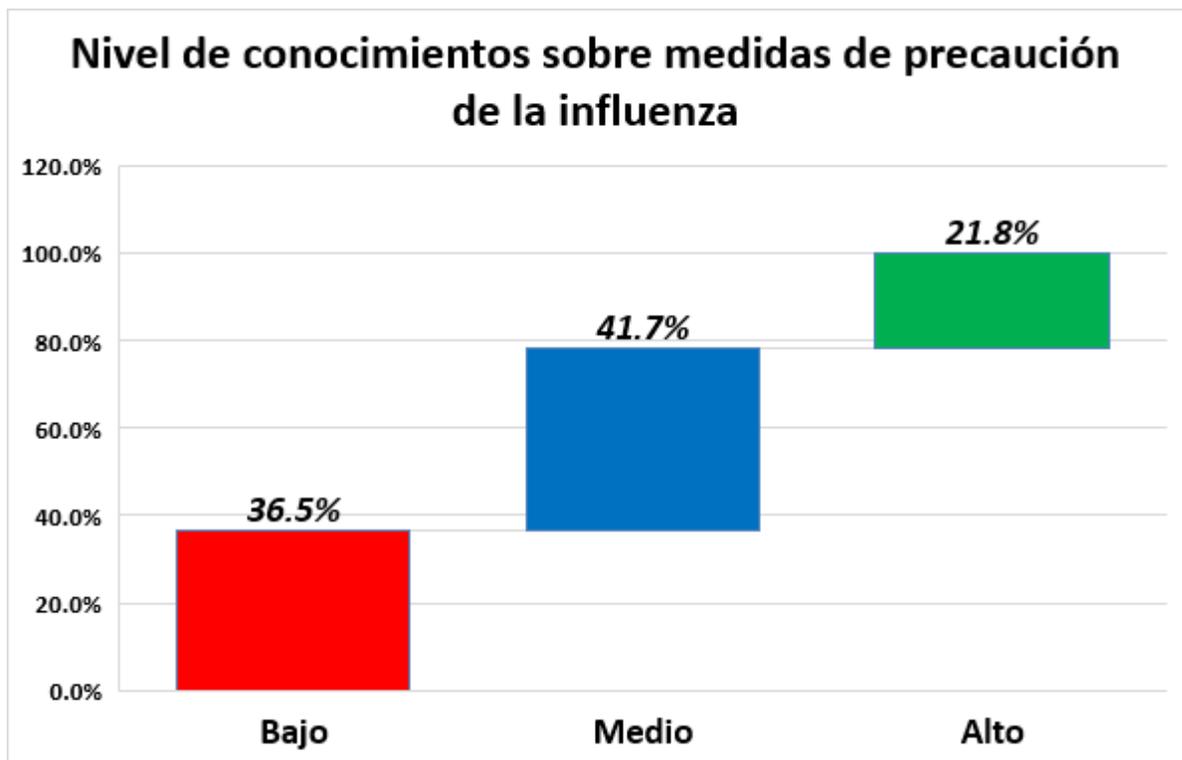
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LAS MEDIDAS DE PRECAUCIÓN A TOMAR, LUEGO DE PRESENTAR SÍNTOMAS DE INFLUENZA EN LOS POBLADORES DEL CASERÍO SAN RAFAEL JULIO – AGOSTO 2018

Conocimientos sobre medidas de precaución	N°	Porcentaje	% acumulado
Bajo	70	36.5%	36.5%
Medio	80	41.7%	78.1%
Alto	42	21.8%	100.0%
Total	192	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

La tabla ilustra que los pobladores del Caserío San Rafael el 36.5% (70) tienen nivel bajo de conocimientos sobre medidas de precaución, el 41.7% (80) nivel medio y el 21.8% nivel alto (42). El 78.1% de los pobladores presenta conocimientos entre nivel bajo y medio.

Gráfico N° 6



CAPÍTULO V DISCUSIÓN

En la investigación se propuso determinar el nivel de conocimientos sobre la influenza, siendo esta una enfermedad que por periodos sobre todo en invierno amenaza con producir epidemias. Al respecto encontramos como muestra la tabla N° 1 que el 40.6% de los pobladores del Caserío de San Rafael presentan nivel bajo de conocimientos sobre medidas de protección y vacunación de esta enfermedad, 38.6% nivel medio y solo un 20.8% tienen nivel alto por lo que falta realizar intervención en este Caserío, siendo un dato que indica riesgo de la población en casos de epidemia de esta enfermedad.

En la tabla N° 2 se procedió a conocer el nivel de conocimientos sobre la etiología de la influenza encontrándose que el 49% de los pobladores tiene nivel bajo de conocimientos sobre la influenza, mientras que el 32.3% y solo el 18.7% tienen nivel alto. Lo que indica la baja información que cuenta la población sobre esta enfermedad que puede producir epidemias con altas mortalidades.

También se determina como se muestra en la tabla N° 3 el nivel de conocimientos sobre los síntomas encontrándose porcentajes similares con respecto a las variables antes analizadas, así el 38.5% de los pobladores presenta nivel bajo de conocimientos sobre síntomas de la influenza, 39.6% nivel medio y 21.9% nivel alto, indicando que, la población está poco informada sobre esta enfermedad y su modo de presentación.

El nivel de conocimientos sobre la vacunación muestra también porcentajes similares, existiendo 37% de la población con niveles bajos sobre medidas de protección de la influenza, como se muestra en la tabla N° 4, existe además 39.6% de la población que tiene nivel medio y un 23.4% tienen nivel alto. Lo que demuestra la fácil propagación que tuviera este virus si se produciría en esta población pues el conocimiento sobre protección muestra niveles bajos y alarmantes.

Con respecto a la vacunación es aún más preocupante, pues como se muestra en la tabla N° 5 el 44.3% de la población esta desinformada pues presentan nivel bajo de conocimientos sobre la vacunación, el 38.5% presente nivel medio y solo un 17.2% tienen nivel alto de conocimientos sobre la vacunación. Lo que indicaría que se encontraría baja cobertura de vacunación sobre esta enfermedad en casos de epidemias pues se encuentran desinformados sobre aspectos fundamentales de la vacuna, como es el caso que es gratuita, y que protege.

Al final analizamos en la tabla N° 6 sobre un aspecto importante como son el nivel de conocimientos sobre medidas de precaución para la influenza, así se determinó que el 36.5% tienen nivel bajo, 41.7% nivel medio y solo 21.8% nivel alto. Manifestando que una persona con el virus contagiará fácilmente a sus amigos cercanos pues conocen poco sobre las precauciones como son estornudar tapándose la nariz y boca, no acudir a zonas donde existe mucha gente, o evitar dar la mano a los demás, que son medidas básicas para controlar la diseminación de la influenza.

CONCLUSIONES

Los pobladores del Caserío San Rafael el 40.6% tienen nivel bajo de conocimientos sobre protección y vacunación de la influenza, el 38.6% tiene nivel medio y el 20.8% tiene nivel alto.

El 49.0% tienen nivel bajo de conocimientos sobre la etiología de la influenza, el 32.3% nivel medio y el 18.7% nivel alto.

El 38.5% tienen nivel bajo de conocimientos sobre síntomas, el 39.6% nivel medio y el 21.9% nivel alto.

El 37.0% tienen nivel bajo de conocimientos sobre medidas de protección, el 39.6% nivel medio y el 23.4% nivel alto.

El 44.3% tienen nivel bajo de conocimientos sobre vacunación, el 38.5% nivel medio y el 17.2% nivel alto.

El 36.5% tienen nivel bajo de conocimientos sobre medidas de precaución, el 41.7% nivel medio y el 21.8% nivel alto.

RECOMENDACIONES

Realizar actividades informativas respecto a la influenza en la población del Caserío San Rafael la que se logra a través de perifoneo, difusión en casos de reuniones de los pobladores.

Informar sobre la etiología de la influenza pues ello contribuirá conocer esta enfermedad y comprender de mejor manera las medidas protectoras a tener en cuenta.

Dar a conocer los síntomas que presenta esta enfermedad para que la población detecte a tiempo la enfermedad y acuda a un centro de Salud para su tratamiento, de lo contrario el poblador acudirá a lugar no de confianza o simplemente se auto medicará. Esta actividad denota salir a realizar visitas domiciliarias casa por casa a modo de encuesta.

Orientar sobre las medidas de protección que debe tomar para no ser contagiado por otras personas, la que se lograría realizando actividades demostrativas, uso de pañuelos, medidas simples como no acercarse a lugares donde haya hacinamiento de personas, como son los colectivos.

Informar sobre los beneficios de la vacunación que es una de las formas más efectivas de evitar la propagación de esta enfermedad, acudir al Centro de Salud más cercano para vacunarse. Se debe tratar eliminar los mitos sobre la vacunación, al realizar visitas a todos los integrantes de las familias.

Señalarles las medidas más simples de precaución que se debe tomar para evitar la propagación y contagio por esta enfermedad, a través de lavados de manos, uso de mascarillas, estornudar cubriendo la boca y la nariz.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Alerta Epidemiológica Influenza 2018. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc...
- 2.- MINSA. Vacuna contra la Influenza Perú para el 2018. Rev. Especialista en asma. Disponible en: <https://especialistaenasma.com> › Noticias
- 3.- Diresa. Temible influenza AHI-N1 cobra 3 víctimas mortales en Huancavelica. 2018 Disponible en:
<https://diariocorreo.pe/.../huancavelica/temible-influenza-ahi-n1-cobra-3-victimas-mor...>
- 4.- Mehmood T. Conocimiento, actitud y conciencia entre profesionales de la salud sobre la vacunación contra la influenza en Peshawar, Pakistán. *Vacuna*. 2016; 34 (11): 1393-8.
- 5.- Tomer N, Godoy P. Soldevila N, Toledo D. Rius C, Domínguez A. Estudio actitudes sobre vacunación antigripal en profesionales sanitarios de atención primaria de Cataluña. *Aten Primaria* [Internet]. 2016;48(3): 192-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.09.014>
- 6.- Alshammari T. Conocimiento de los profesionales de la salud sobre: conocimiento y actitud ante la vacunación contra la influenza. *Vacuna* [Internet]. 2014; 32 (45): 5957-61. Disponible en:
<http://dx.doi.Org/10.1016/j.vaccine.2014.08.061>
- 7.- Aguirre, G. Nivel de aceptación de las madres sobre la vacuna anti-influenza en niños menores de 5 años en la parroquia La Esperanza, Ibarra 2016 Ecuador.
- 8.- Beltran, C. Conocimiento, actitud y comportamiento hacia la vacuna de influenza en personal de salud de la UMF N°. 8 Aguascalientes 2018.

- 9.- Fuentes, O. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la influenza y su vacuna en personal de salud del hospital provincial docente Belén de Lambayeque 2017.
- 10.- Acosta, J. Conocimientos, Actitudes y Prácticas del Personal de Salud de los Servicios de Medicina y Emergencia del Hospital III Goyeneche - MINSA frente a la influenza AH1N1, Arequipa 2016
- 11.- Huapaya, J. Conocimientos, prácticas y actitudes hacia el voluntariado ante una influenza pandémica: estudio transversal con estudiantes de medicina en Perú 2015. Medwave 2015 May;15(4). doi: 10.5867/medwave.2015.04.6136
- 12.- Carro, E. Percepción de riesgo y prevención en un contexto de emergencia sanitaria: caso influenza A (H1N1). Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la U.A.C.J.S. Vol. 7(2), Julio-diciembre, 2016
- 13.- Molina, A. Influenza A (H1N1): estudio de la contingencia sanitaria y el brote de una pandemia desde las perspectivas epidemiológica, social e histórica
- 14.- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). CDC Health Advisory. Infecciones variantes del virus de la gripe (H3N2v). <http://emergency.cdc.gov/HAN/han00351.asp> (Consultado el 17 de agosto de 2016).
- 15.- Sy, A. Dimensiones políticas de una epidemia: el caso de la gripe A (H1N1) en la prensa escrita de Argentina 2016. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(3):e00188414, mar, 2016
- 16.- Paciel, D. Gripe en el año 2017: novedades y aspectos prácticos. Cátedra de Enfermedades Infecciosas.
- 17.- Durán, C. Estrategia para la prevención y manejo de la influenza en pacientes que asisten al Subcentro de Salud de Izamba Ecuador, 2014.

18.- OPS/OMS, 2017. La Influenza es estacional, con medidas de prevención se evitará la propagación del virus. Disponible en: <https://www.paho.org> › Inicio. OPS/OMS Perú

19.- División Epidemiología. Ministerio de Salud. Perú. Boletín epidemiológico, agosto 2016. Disponible en:

http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/_adjuntos/Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico.%2010%20de%20agosto%202016..pdf

20.- Dpto. de Epidemiología DIPLAS/MINSAL. Situación de Influenza y Virus Respiratorios Informe 2018 (SE 1-6). Santiago, de Chile 16 de febrero de 2018.

21.- Revelo, A. Aplicación de normas de bioseguridad en la prevención de la transmisión de influenza estacional en el servicio de medicina interna del hospital IESS Ambato Ecuador 2016

22.- Menéndez, E. Las instituciones y sus críticos o la costumbre de polarizar la realidad: el caso de la influenza A (H1N1). Salud colectiva, Buenos Aires, 10(1):15-40, enero - abril, 2014

23.- Villa, L. Aplicación de las normas de bioseguridad por parte del personal de enfermería y su relación con atención a pacientes de influenza ah1n1 en el servicio de medicina interna del HGDA. Ecuador 2014.

24.- Fleites, S. Virus de la Influenza. Acciones del personal de Enfermería, 2015. Revista Médica Electrónica PortalesMedicos.com

25.- Garten, R. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Actualización: la actividad de la influenza en los Estados Unidos durante la temporada 2017-18 y la composición de la vacuna contra la influenza 2018-19

26.- Suarez, L. Situación de la Influenza en el Perú 2018. Centro Nacional de Epidemiología Prevención y Control de Enfermedades. CDC Perú. Disponible en: www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2018/SE042018/04.pdf

27.- Instituto mexicano de Seguridad Social. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Influenza A (H1N1). 2018. Disponible en:

www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/000GRR_H1N1.pdf

28.- Nesmith N, Williams J, Johnson M, y col. Los diagnósticos sensibles confirman que la influenza C es una causa infrecuente de enfermedad respiratoria médicamente atendida en adultos. Clin Infect Dis 2017; 65: 1037.

29.- OMS, Marzo 2017. Características genéticas y antigénicas de virus influenza A zoonóticos y candidatos para vacuna en preparación pandemia. Disponible en: http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/201602_zoonotic_vaccinevirusupdate.pdf

30.- Naranjo, Y. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica Espirituana Universidad de Ciencias Médicas. Sancti Spíritus. Vol.19, No. 3 (2017) ISSN 1608 - 8921

31.- Prado-Solar LA, González-Reguera M, Paz-Gómez N, Romero-Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev Méd Electrón [Internet]. 2014 [citado 3 Jul 2017]; 36(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre medidas de protección y vacunación para la influenza en los pobladores del caserío San Rafael julio – agosto 2018?	Determinar el nivel de conocimientos sobre medidas de protección y vacunación para la influenza en los pobladores del caserío San Rafael julio – agosto 2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer el nivel de conocimientos sobre la etiología de la influenza. 2. Indicar el nivel de conocimientos sobre los síntomas de la influenza. 3. Precisar el nivel de conocimientos sobre las medidas de protección de la influenza. 4. Verificar el nivel de conocimientos sobre la vacunación para la influenza. 5. Valorar el nivel de conocimientos sobre las medidas de precaución a tomar, luego de presentar síntomas de influenza. 	Conocimientos sobre la Influenza	<ul style="list-style-type: none"> -Conocimientos sobre la etiología de la influenza -Conocimientos sobre los síntomas de la influenza -Conocimientos sobre las medidas de protección de la influenza -Conocimientos sobre la vacunación para la influenza -Conocimientos sobre las medidas de precaución a tomar, luego de presentar síntomas de influenza 	Alto Medio Bajo	Tipo Observacional Transversal Prospectiva Descriptiva Nivel Descriptiva Población 420 Muestra 192 Técnica Encuesta Instrumento Cuestionario

CUESTIONARIO

CONOCIMIENTOS SOBRE LA ETIOLOGÍA DE LA INFLUENZA

1.- La influenza es una enfermedad producida por?

- a).- Hongos
- b).- Bacterias
- c).- Virus
- d).- Parásitos

2.- Al microbio se le puede eliminar con:

- a).- Antibióticos
- b).- Analgésicos
- c).- Con antiparasitarios
- d).- Ninguna

3.- El microbio se disemina principalmente a través de:

- a).- Agua
- b).- Aire
- c).- Comidas
- d).- Deposiciones

CONOCIMIENTOS SOBRE LOS SÍNTOMAS DE LA INFLUENZA

1.- No es un síntoma de la influenza

- a).- Dolor de cabeza
- b).- Congestión nasal
- c).- Diarrea
- d).- Fiebre

2.- Es un síntoma de la influenza

- a).- Dolores musculares
- b).- Convulsiones

- c).- Aumento del apetito
- d).- Presencia de anemia

3.- Si tengo síntomas fuertes de gripe debo acudir a?

- a).- La Posta Médica
- b).- A la farmacia
- c).- Tomar algo caliente
- d).- Me auto medico

CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS DE PROTECCIÓN DE LA INFLUENZA

1.- Para prevenir la enfermedad se debe:

- a).- Lavarse las manos frecuentemente
- b).- Alimentarse mejor
- c).- Tomar bastante agua
- d).- Bañarse más frecuentemente

2.- No es una medida de prevención para la influenza

- a).- Usar mascarillas
- b).- Acudir a zonas donde existen muchas personas
- c).- Ventilar los cuartos
- d).- Alejarse de personas que tienen gripe

3.- En caso de vivir con personas con gripe se debe:

- a).- Tomar antibióticos
- b).- Vacunarse inmediatamente
- c).- Dormir bien abrigado
- d).- Enseñarle como debe evitar contagiar a los demás

CONOCIMIENTOS SOBRE LA VACUNACIÓN PARA LA INFLUENZA

1.- Marque lo correcto con respecto a la vacuna de la influenza

- a).- Es gratuita en los establecimientos de salud
- b).- No debe de administrarse cuando se encuentra embarazada

- c).- Solo protege por una semana
- d).- Su aplicación es muy dolorosa

2.- Marque lo correcto con respecto a la vacuna de la influenza

- a).- Solo debe colocarse cuando se tiene síntomas de influenza
- b).- Con prioridad deben vacunarse los niños y los adultos
- c).- Si tomas antibiótico ya no es necesario la vacuna
- d).- Produce mucho vómito después de su aplicación

3.- Marque lo correcto con respecto a la vacuna de la influenza

- a).- Si estas agripado no debe vacunarse
- b).- Si está tomando anticonceptivos no debe vacunarse
- c).- Solo debe vacunarse en campañas gratuitas
- d).- La vacuna protege por un año

CONOCIMIENTOS SOBRE LAS MEDIDAS DE PRECAUCIÓN A TOMAR, LUEGO DE PRESENTAR SÍNTOMAS DE INFLUENZA

1.- Es una medida de protección para evitar contagiar a los demás

- a).- Estornudar tapándose la boca con el brazo o con pañuelos.
- b).- No saludar a las personas
- c).- Se puede besar a las personas
- d).- Debe taparse la boca con la mano cuando se estornuda

2.- Es una medida de protección para evitar contagiar a los demás

- a).- Aislarse y no acudir a zonas donde haya muchas personas
- b).- Tomar antibióticos y ello evita contagiar a los demás
- c).- Si es para subir a edificios es preferible hacer a través del ascensor
- d).- No acudir al hospital

3.- Es una medida de protección para evitar contagiar a los demás

- a).- Los estudiantes con gripe no deben acudir a sus escuelas
- b).- Evite dar la mano a los demás y usar computadoras

c).- Evite comer mucho

d).- Puedes compartir tus tenedores o cucharas.