



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**“NIVEL DE CONOCIMIENTOS RELACIONADOS A LA
PRÁCTICA PREVENTIVA DE VACUNACIÓN CONTRA LA
INFLUENZA ESTACIONAL, EN LOS ADULTOS MAYORES
ATENDIDOS EN LA MICRORED DE SALUD BUENOS AIRES DE
CAYMA, AREQUIPA, 2016”**

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

REYNA ELIZABETH CCARI HUANCA

AREQUIPA – PERÚ

2016

DEDICATORIA

A Dios

Quien años atrás también dedico su esfuerzo por mí, y no solo su esfuerzo sino su vida, al morir por mí en la cruz del calvario. Por hacer de mí un instrumento suyo.

A mis Padres

Por brindarme su amor, apoyo y motivación constante durante mi formación académica. Gracias por todo su apoyo moral y lleno de valores. Los quiero papá y mamá

A mis Docentes

Por impartirme sus conocimientos a lo largo de mi formación académica y ser parte de ello, por su asesoría, apoyo constante, dedicación y motivación en la investigación.

Reyna

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi Dios por regalarme el maravilloso don de la vida, y permitirme conocer su amor infinito, su misericordia y su justicia, por estar siempre conmigo en mis flaquezas y victorias, por hacer de mí un instrumento suyo. Sé que él tiene un plan maravilloso para mi vida y la culminación de mi carrera es parte de ello.

A mis Padres

A quienes les debo todo en la vida, por el cariño, la comprensión, la paciencia y el apoyo que me brindaron para culminar mi carrera profesional. Por ser un sostén en mis momentos difíciles, por haberme educado y soportar mis errores. Gracias por sus consejos, por el amor que siempre me han brindado, por inculcar ese sabio don de la responsabilidad.

A mis Maestros

Gracias por su tiempo, por su apoyo, así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.

Reyna

RESUMEN

La investigación realizada tuvo como **Objetivo:** identificar el nivel de conocimientos relacionados con la práctica preventiva de vacunación contra la influenza estacional en los adultos mayores atendidos en la Microrred Buenos Aires de Cayma, Arequipa 2016, bajo el enfoque transcultural de Madeleine Leininger, y Dorotea Orem. **Metodología:** es un estudio cuantitativo correlacional, de corte transversal retrospectivo. La muestra estuvo constituida por 104 adultos mayores, el muestreo fue no probabilístico censal, se utilizó un cuestionario para conocimientos y una ficha de recolección de datos y análisis de contenido para la variable práctica preventiva de vacunación. Se utilizaron medidas de tendencia central y la prueba de Chi cuadrado para las tablas de relación. **Resultados:** el 53,8% de la población es de sexo femenino, el 30,8% tiene una edad entre 65 a 74 años en ambos sexos, el 42,0% son iletrados, el 28,7% son casados. El 38,0% tiene comorbilidad; de ellos el 10,5% tiene hipertensión arterial, En relación a conocimientos de la enfermedad el 64,5% nivel bueno, en cuanto a los síntomas el 63,0% tiene un nivel deficiente, en relación al tratamiento el 50,0% tienen un nivel bueno, en la prevención 52,0% tienen un nivel bueno; en la práctica de vacunación contra la influenza durante el año 2015 el 81,0% se vacunó y en el 2016 el 73,0% lo hizo, el 49,0% se vacunó en otoño. No existe relación entre práctica preventiva y variables intervinientes: edad; grado de instrucción sexo y comorbilidad e indicadores enfermedad, síntomas, tratamiento, prevención. **Conclusiones:** el nivel de conocimiento es de nivel medio con el 58,0%, la práctica preventiva es buena con el 60,0%. No existe relación entre la variable nivel de conocimientos y la práctica preventiva de vacunación contra la influenza.

Palabras clave: Conocimientos, práctica, vacunación, influenza

ABSTRACT

The objective of the research was to identify the level of knowledge related to the preventive practice of vaccination against seasonal influenza in the elderly served at the Microrred Buenos Aires de Cayma, Arequipa 2016, under the cross-cultural approach of Madeleine Leininger and Dorotea Orem. Methodology: This is a quantitative, correlational, retrospective cross-sectional study. The sample consisted of 104 elderly people, the sample was non-probabilistic census, a questionnaire was used for knowledge and a data collection and content analysis form for the practical variable Preventive vaccination. Central tendency measures and Chi square test were used for the relationship tables. Results: 53.8% of the population is female, 30.8% have an age between 65 and 74 in both sexes, 42.0% are illiterate, 28.7% are married. 38.0% had comorbidity; 10.5% have high blood pressure. In relation to the knowledge of the disease, 64.5% have good levels; in terms of symptoms, 63.0% have a poor level; in relation to treatment, 50.0% have a Good level, in prevention 52.0% have a good level; In the practice of vaccination against influenza during the year 2015, 81.0% were vaccinated and in 2016 73.0% did, 49.0% were vaccinated in the fall. There is no relation between preventive practice and intervening variables: age; Degree of education, sex and comorbidity and disease indicators, symptoms, treatment, prevention. Conclusions: the level of knowledge is medium level with 58.0%, preventive practice is good with 60.0%. There is no relationship between the variable level of knowledge and the preventive practice of vaccination against influenza.

Key words: Knowledge, practice, vaccination, influenza

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	i
ABSTRACT	ii
ÍNDICE	iii
ÍNDICE DE TABLAS	v
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema de investigación	1
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Objetivos de la investigación	6
1.3.1. Objetivo general	6
1.3.2. Objetivos específicos	7
1.4. Justificación del estudio	7
1.5. Limitaciones de la investigación	8
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de investigación	9
2.2. Base teórica	18
2.3. Definición de Términos	45
2.4. Hipótesis	46
2.4.1. Hipótesis general	46
2.4.2. Hipótesis específica	47
2.5. Variables	48
2.5.1. Definición conceptual de la variable	49
2.5.2. Definición operacional de la variable	49
2.5.3. Operacionalización de la variable	50
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Tipo y nivel de investigación	51
3.2. Descripción del ámbito de la Investigación	52
3.3. Población y muestra	53

3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	54
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	55
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	55
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	56
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	71
CONCLUSIONES	75
RECOMENDACIONES	76
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
ANEXOS (MATRIZ E INSTRUMENTOS)	83

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 2	58
<i>Tabla de distribución de las características personales de los adultos mayores atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma, Arequipa 2016</i>	
Tabla 3	60
<i>Tabla de distribución de Comorbilidad de los adultos mayores atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma, Arequipa 2016</i>	
Tabla 4	61
<i>Tabla de distribución de frecuencias sobre el nivel de conocimientos con respecto a la enfermedad de influenza en los adultos mayores atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma, Arequipa 2016</i>	
Tabla 5	62
<i>Tabla de distribución de frecuencias sobre el nivel de conocimientos con respecto a los síntomas de la influenza estacional en los adultos mayores atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma, Arequipa 2016</i>	
Tabla 6	63
<i>Tabla de distribución de frecuencias sobre el nivel de conocimientos con respecto al tratamiento de la influenza estacional en los adultos mayores atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma, Arequipa 2016</i>	
Tabla 7	64
<i>Tabla de distribución frecuencia sobre el nivel de conocimientos con respecto a la prevención de la influenza estacional en los adultos mayores atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma, Arequipa 2016</i>	

Tabla 8	65
<i>Tabla de distribución frecuencias sobre el nivel de conocimientos globales de influenza de los adultos mayores atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma, Arequipa 2016</i>	
Tabla 9	66
<i>Tabla de distribución de frecuencia según año de vacunación preventiva contra la influenza en los adultos mayores atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma, Arequipa 2016</i>	
Tabla 10	67
<i>Tabla de distribución de frecuencias según práctica de vacunación preventiva contra la influenza en los adultos mayores atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma, Arequipa 2016</i>	
Tabla 11	68
<i>Tabla de correlación entre práctica preventiva de vacunación contra la influenza y variable interviniente edad en los adultos mayores atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma año 2016</i>	
Tabla 12	69
<i>Tabla de correlación entre Práctica preventiva de vacunación contra la influenza y variable interviniente edad en los adultos mayores atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma año 2016</i>	
Tabla 13	70
<i>Tabla de correlación entre Práctica preventiva de vacunación contra la influenza estacional y variable interviniente edad en los adultos mayores atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma año 2016</i>	

INTRODUCCIÓN

La influenza, es una enfermedad infectocontagiosa con antecedentes de morbi mortalidad elevada registrada en la historia de la salud pública mundial. La influenza tiene tres tipos: A B y C. El tipo A tiene la propiedad de circular por diversos reservorios biológicos, tales como el hombre, los cerdos y las aves, entre otros. Con una elevada variabilidad genética lo que le permite continuos cambios lo que representa un peligro para las poblaciones ya que puede ocasionar la influenza pandémica.

La Influenza es una enfermedad contagiosa causada por los virus Influenza, que se transmiten desde una persona enferma al toser, estornudar o mediante las secreciones nasales. Existen otras enfermedades respiratorias que pueden tener los mismos síntomas y a menudo se confunden con la Influenza.

Miles de personas mueren cada año en el mundo debido a la Influenza y muchos requieren de hospitalización. Para prevenir las condiciones anteriormente mencionadas, es necesaria la vacunación anual contra estos virus.

Las vacunas antigripales estacionales se usan actualmente para la prevención y son eficaces para neutralizar una infección por estas cepas, en las edades de los niños y adultos mayores y los que tienen comorbilidad dejando de ser algo propio de la edad infantil como medida preventiva. En el Perú es abordada por la estrategia nacional de inmunizaciones para estimular la vacunación entre los grupos más vulnerables de nuestra población.

La práctica se deriva de la repetición de la vacunación contra la influenza estacional. Sin embargo en esta práctica no se concreta por las diferentes decisiones de los adultos mayores, quienes deben aplicarse la vacuna de protección y no lo hace por concepciones relacionadas a la edad, grado de instrucción y otros, los que afectan la salud de ellos, que de por sí ya son vulnerables con riesgo de enfermar y morir.

Los conocimientos de los adultos mayores se adquieren a través de los medios de comunicación, personal de salud y de ello se derivan las actitudes y prácticas alimentarias lo que interviene directamente sobre la decisión de aceptar la vacunación repetida una vez al año en adultos que acuden a los servicios de salud.

La variable independiente es nivel de conocimientos y tuvo como indicadores aspectos referentes a la enfermedad, síntomas, tratamiento, prevención de la enfermedad. Variable dependiente práctica preventiva de vacunación se tomó en una ficha de recolección de datos las fechas de vacunación correspondientes entre los años 2015, 2016. Por ello se buscó dar respuesta al siguiente objetivo: Identificar el nivel de conocimientos relacionados a la práctica preventiva de vacunación contra la influenza estacional, en los adultos mayores atendidos en la Microred de Salud Buenos Aires de Cayma, Arequipa, 2016”

Se presenta el Capítulo I relacionado a Problema de investigación, El Capítulo II, Marco teórico, con antecedentes consultados A nivel internacional Boado Lorena A.; Hernández María Del Rosario, González Valdés, Tuells P. Caballero, E.; Montagud Penadés, Guaña Torres, Jorge Luis, y a nivel nacional Toral, A.; Soria. J. y Osorio Fernando. Capítulo III, Metodología, Capítulo IV Resultados, y Capítulo V Discusión.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos dos siglos, las vacunas, han constituido uno de los logros de salud pública más importantes de la humanidad (1) y han emergido entre las medidas de mayor impacto, evitando infecciones a millones de personas (2) y salvando en consecuencia un gran número de vidas. Las vacunas a lo largo del tiempo han promovido una actividad colectiva en el sentido en que inmunizar a una persona mediante una vacuna podía implicar proteger a una comunidad o grupo frente a la enfermedad, evitando su transmisión. (3)

La Influenza es una enfermedad contagiosa causada por el virus Influenza, que se transmiten desde una persona enferma al toser, estornudar o mediante las secreciones nasales. Existen otras enfermedades respiratorias que pueden tener los mismos síntomas y a menudo se confunden con la Influenza. (4)

La Influenza puede conducir a complicaciones severas, como Neumonías por diversos agentes y puede empeorar problemas de salud ya existentes. Puede causar dificultad respiratoria, diarrea y convulsiones en los niños. Miles de personas mueren cada año en el

mundo debido a la Influenza y muchos requieren de hospitalización. Para prevenir las condiciones anteriormente mencionadas, es necesaria la vacunación anual contra estos virus. (4)

La gripe es un problema importante de salud pública que puede causar la enfermedad y muerte en poblaciones de alto riesgo. (5) Las personas con comorbilidad o con una edad más avanzada son las que tienen mayor probabilidad de sufrir enfermedades graves o de fallecer. Sin embargo, siguen siendo los individuos de “grupos de alto riesgo” los que estén en mayor riesgo de hospitalización y de muerte. La vacunación se orientará a estas personas y el objetivo es prevenir dichos acontecimientos. (6)

La influenza estacional o epidémica, afectan entre el 5 a 20% de la población mundial, producen una gran morbi mortalidad global, estimándose de uno a tres millones de casos graves y entre 250 000 y 500 000 (694,4 -1 388,8 muertes por día al año) la cifra de muertos anualmente por estos virus. La letalidad se concentra principalmente en los extremos de la vida. (7)

En los países industrializados la mayoría de las muertes relacionadas con la gripe corresponden a mayores de 65 años. Las epidemias pueden causar gran ausentismo laboral y escolar, y pérdidas de productividad. Las clínicas y los hospitales pueden verse abrumados por el gran número de enfermos que acuden a ellos durante los periodos de máxima actividad de la enfermedad. (5)

Por lo menos 22 millones de estadounidenses han contraído la influenza H1N1 desde que se desató el brote en abril, y 3900 han muerto, incluyendo unos 540 niños, de acuerdo con nuevos cálculos del Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC). En una temporada

típica de influenza, unos 35 000 estadounidenses mueren del mal y causas relacionadas con el mismo. (8)

Con respecto al número de casos confirmados, se han notificado alrededor de 800 casos confirmado por laboratorio. Además, se registraron 70 fallecidos asociados a infección con este nuevo virus. Cabe señalar que desde la notificación del primer caso en el Ecuador (7)

Existen enfermedades propias del adulto mayor que necesitan mayor protección contra la Influenza, debido a que muchas de las funciones del sistema inmune se ven alteradas después de los 60 años, ya que la proliferación de las células de defensa está disminuida (9)

El impacto de la influenza en el adulto mayor es preocupante, la mortalidad por influenza es de 0.2%, en los mayores de 65 años es de 22% y en los ancianos entre 80 y 85 años puede ser hasta 16 veces más complicado se debe. Vacunar contra la influenza antes de la llegada del invierno. Es efectiva en el 89% efectiva para prevenirla. Reduce el contagio en 60% y la mortalidad por esa enfermedad entre el 80% y 90% (10)

Se ha estimado para el año 2005 la población de personas adultas mayores en 7.6 % de la población nacional, y se calcula que para el año 2025, representará el 13.27%. Esto significa que en los próximos 20 años el número de personas adultas mayores se duplicará .por l que se debe El componente de provisión comprende la atención integral de salud del adulto mayor, a través de un conjunto de estrategias, intervenciones y actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que el equipo interdisciplinario de salud, el propio adulto

mayor, familia y comunidad, en los diversos escenarios (hogar, comunidad, establecimientos de salud y otros) brinda al adulto mayor.(11)

. En las personas de edad que no residen en centros asistenciales, la vacunación puede reducir entre el 25% y el 39% el número de hospitalizaciones y se ha demostrado que también reduce entre el 39% y el 75% la mortalidad durante las temporadas de influenza. (11)

Se insiste, en la vacunación especialmente a los mayores de 65 años, ya que es muy importante que se vacunen antes del inicio de la epidemia invernal. Si lo hacen, tendrán un riesgo significativamente menor de enfermar y sufrir complicaciones severas debidas a la Influenza.”

La Influenza puede conducir a complicaciones severas, como Neumonías por diversos agentes y puede empeorar problemas de salud ya existentes por su vulnerabilidad del adulto mayor. Miles de personas mueren cada año en el mundo debido a la Influenza y muchos requieren de hospitalización que en caso del adulto mayor la situación es mas complicada y de alto costo y con bajas probabilidades de sobrevivencia. Para prevenir las condiciones anteriormente mencionadas, es necesaria la vacunación anual contra estos virus de la influenza estacional.

En Arequipa, se presentaron 39 casos de influenza confirmados por laboratorio, los pacientes, en su mayoría varones entre los 35 y 55 años, además fallecieron siete personas. El mayor número de casos los reporte el distrito de Cerro Colorado; seguido del distrito de Cayma, (7). Los adultos mayores vacunados durante el año 2016 en Arequipa fue

6100; de los cuales en la Microred Buenos Aires de Cayma se vacunaron 600 de los 2 000 adultos mayores programados (13)

El tema se plantea, ya que en las prácticas comunitarias se han observado la poca accesibilidad y bajas coberturas de la vacunación contra la influenza estacional, que pese al seguimiento domiciliario y en el establecimiento se recibe negativas ante el ofrecimiento de la vacunación. Sin embargo el estado peruano cumple sus obligaciones del cuidado de la persona, en este caso del adulto mayor adquiere vacunas para este grupo de riesgo y no son aplicadas lo que por derecho se les ha asignado y que probablemente por falta de conocimientos en los adultos mayores no se concreta.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos y la práctica de vacunación preventiva contra la influenza estacional en los adultos mayores atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma, Arequipa 2016?

1.2.2. Problemas Específicos

- a. ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre la vacunación contra la influenza estacional en adultos mayores atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma?

- b. ¿Cómo es la práctica preventiva sobre la vacunación contra la influenza estacional en adultos mayores atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma?
- c. ¿Cuál es la relación entre los conocimientos sobre el concepto de la influenza y la práctica preventiva de vacunación contra la influenza en adultos mayores atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma?
- d. ¿Cuál es la relación entre los conocimientos sobre la sintomatología de la influenza con la práctica preventiva de la vacunación contra la influenza estacional en adultos mayores atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma?
- e. ¿Cuál es la relación entre los conocimientos sobre el tratamiento y la práctica preventiva de vacunación contra la influenza estacional en adultos mayores atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma?
- f. ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos sobre la prevención de influenza y la práctica preventiva de la vacunación contra la influenza en adultos mayores atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo General

Identificar el nivel de conocimientos relacionados con la práctica preventiva de vacunación contra la influenza estacional en los adultos mayores atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma, Arequipa 2016.

1.3.2. Objetivos Específicos

- a. Determinar el nivel de conocimientos sobre la vacunación contra la influenza estacional en adultos mayores atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma.
- b. Caracterizar las prácticas sobre la vacunación contra la influenza estacional en adultos mayores atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma.
- c. Determinar la relación entre los conocimientos sobre el concepto de la influenza y la práctica preventiva de vacunación la influenza en adultos mayores atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma.
- d. Determinar la relación entre los conocimientos sobre la sintomatología de la influenza y la práctica preventiva de vacunación contra la influenza estacional en adultos mayores atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma.
- e. Determinar la relación entre conocimientos sobre el tratamiento y la práctica preventiva de la vacunación contra la influenza estacional en adultos mayores atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Es pertinente a la profesión, porque la enfermera tiene como actividad en su ejercicio profesional la estrategia de inmunizaciones como un eje transversal de atención al niño, adolescente, joven adulto y adulto mayor; la enfermera cumple también la actividad de educadora en la promoción

de la salud y prevención de enfermedades bajo el enfoque de Nola Pender y Dorotea Orem .

Es de utilidad, ya que los resultados permitirán buscar las estrategias para proteger a los adultos mayores con la vacunación de la influenza estacional y evitar la morbi mortalidad por esta enfermedad .

Es trascendente porque la Influenza puede causar un aumento súbito del número de enfermos y fallecidos, por esta enfermedad y provocar el desbordamiento de los servicios de salud y pueden ocasionar graves trastornos sociales y pérdidas económicas.

Es relevante, porque el estudio trata del adulto mayor , que por sus características de fragilidad física, social y familiar, puede ocasionar casos graves de influenza y la muerte.

Es original, ya que, el tema aborda variables con enfoques diferentes a la bibliografía revisada en la presente investigación.

El aporte científico, permitirá generar conocimientos para la profesión de Enfermería y ciencias de la salud además de profundizar aspectos relacionados a la vacunación de los adultos mayores.

Finalmente, esta investigación me permitirá obtener el título de Licenciada en Enfermería.

1.5.LIMITACIONES

Los resultados son validos solo para los adultos mayores atendidos en la Microred de salud Buenos Aires de Cayma.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTE DE INVESTIGACIÓN

2.1.1. A Nivel Internacional

BOADO, L. (2014) En su estudio titulado “Desarrollo de vacunas de nueva generación contra el virus de influenza” llevado a cabo en Buenos Aires –Argentina. Se propuso como objetivo desarrollar, por un lado, vacunas antigripales de nueva generación, a través de la expresión de la proteína inmunodominante hemaglutinina por tecnología de ADN recombinante, en un sistema de expresión eucariota (baculovirus/ células de insectos). Por otro lado, se propone la generación de una vacuna “universal” de amplio espectro de protección a través de dirigir la respuesta inmune del huésped hacia regiones más conservadas del virus con un estudio de tipo experimental. En este sentido, se ha buscado en la segunda parte de este trabajo lograr una vacuna de más amplia cobertura basada en las proteínas internas del virus, en particular en la

proteína de matriz M2 y en la nucleoproteínas (NP).La conclusión fue Se demuestra que las vacunas experimentales basadas en el ectodominio de M2 pueden inducir inmunidad humoral o celular capaces de proteger animales vacunados de una descarga con dosis letal de virus de influenza. (14)

HERNÁNDEZ, M. (2013), En su estudio titulado “Análisis de las variables de aceptación de la vacuna contra a influenza en el personal de salud caso hospital general de Cadereyta. Llevado a cabo en Santiago de Querétaro” – México. Se propuso como objetivo analizar las variables de aceptación de la vacuna contra a influenza en el personal de salud caso hospital general de Cadereyta , Se trata de un estudio cualitativo, transversal la enfermedad se utilizo un cuestionario aplicado al personal de salud del hospital general de Cadereyta, para medir el conocimiento teórico básico de la enfermedad, , este estudio marca la pauta para la elaboración de un plan de mercadotecnia enfocado en el márketing social que es lo que aplica las instituciones públicas. Y así lograr aumentar las tasas de vacunación en el personal de salud y este preparado para la próxima pandemia .Los resultados que obtuvo son; permitió un acercamiento al pensamiento del personal de salud sobre el temor a la vacunación y sus eventos adversos, así como también percibir el exceso de confianza, lo que también significa una falsa creencia de que no ocurrirá la transmisión del virus a su persona (15)

VÁSQUEZ, L. (2010) En su estudio titulado “Factores de riesgo asociados a influenza en pacientes de urgencias de UMAE hospital de especialidades No 14 ” Veracruz – México, se propuso como objetivo. Determinar los factores de riesgo asociados a la influenza AH1N1 en el periodo de contingencia de la UMAE. Tipo de estudio cuantitativo descriptivo correlacional, retrospectivo,

transversal y Material y métodos. El proceso de estudio y recolección de datos inicio el tres de marzo 2009 y finalizo en octubre del 2009, la muestra estuvo conformada por 54 asegurados derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que acudan al servicio de urgencias de la Unidad medica de Alta Especialidad "Adolfo Ruiz Cortines". Son pacientes mayores de 15 años con diagnóstico o sospecha de influenza AH1N1. los instrumentos usados fueron una guía d recolección de datos Se emplearon estadística descriptiva mediante proporciones, medidas de tendencia central y de dispersión. Se utilizó el coeficiente phi, para obtener el grado de asociación entre factores do riesgo con la influenza A H1N1. Para medir la significancia estadística se empleo X cuadrado. Se utilizó estadística descriptiva con frecuencias y proporciones. Llegando a siguientes resultados: de los 54 pacientes, 19 correspondieron al sexo masculino y 35 al femenino. "La mediana de la edad fue de 44,5 años y la edad menores de 50 años fueron el 91% de la población estudiada. Los síntomas de presentación clínica incluyeron fiebre en el 100% de los casos, cefalea con 87%, tos 85% , malestar general 85%, rinorrea con el 61% , escalofrío 55%, congestión nasal 55%, postración 50%, dolor de garganta 46%, disnea 39%, conjuntivitis 31%, dolor abdominal 28%, disfonía 13%, y cianosis en un 13% de los casos. El asma es la condición mas continua que se observa tanto para influenza estacional como para H1N1, obteniéndose para esta última una p de 0,70 ($p > 0,05$). Seguidos en orden de frecuencia por tabaquismo, con una p 0.90 ($p > 0,05$), diabetes mellitus, con una p 0,70 ($p > 0,05$) hipertensión arterial con una p de 0,50 ($p > 0,05$), enfermedad pulmonar obstructiva crónica con p de 0,80, ($p > 0,05$), embarazo p de 0,80 ($p > 0,05$), y V1H con p de 0,80 ($p > 0,05$). Las conclusiones fueron: se encontró una escasa asociación entre el virus de la influenza

humana y todos los factores de riesgo que se presentaron en nuestra muestra. (9)

GONZÁLEZ, V. y Cols. (2010) En su estudio titulado “La influenza A (H1N1): estado actual del conocimiento”. Llevado a cabo en Pinar del Río, se propuso como objetivo revisar los aspectos relacionados con la historia, la aparición de la pandemia, la biología de la enfermedad, la epidemiología, el cuadro clínico, el tratamiento y el pronóstico y la prevención. Se trata de un estudio etnográfico. La muestra estuvo conformada por la bibliografía actualizada sobre el tema a partir de los principales buscadores, y reuniones internacionales realizadas sobre la pandemia de la influenza A (H1N1 y por una variante nueva del virus de la Influenza A: Los resultados que se obtuvieron es : la mutación hace que la población sea altamente vulnerable a la infección y produce una sobrecarga temporal enorme a los servicios de salud. El virus se trasmite como otros virus Influenza. Su letalidad es similar a la de la influenza estacional, pero puede incrementarse en personas con factores de riesgo y en adultos jóvenes sanos. El asma y el embarazo parecen ser condiciones de base importantes para incrementar la severidad de la infección. Puede existir cierta protección por inmunidad cruzada con cepas que circularon en el pasado. El espectro clínico va desde personas asintomáticas hasta las formas graves que requieren internación en cuidados intensivos, con rápido deterioro hasta llegar a la insuficiencia respiratoria en un plazo de 24 horas. La conclusión fue: La vacunación durante la pandemia no parece ser suficientemente efectiva. Son necesarios antivirales y las medidas preventivas higiénico-sanitarias son muy eficaces. (16)

TUELLS, P. et al (2010) En su estudio titulado “Conocimiento sobre la inmunización en adultos mayores de 64 años: actitud hacia las vacunas frente a gripe, neumococo y tétanos”. Realizado en 2010 se propuso los siguientes objetivos. Explorar sus conocimientos y la actitud hacia las vacunas, y especialmente las de gripe, neumococo y tétanos, para que mejoren su nivel de aceptación. Se trata de un estudio cuantitativo, transversal se un cuestionario de 20 preguntas, la muestra estuvo conformada por 1,624 adultos mayores de 64 años de la provincia de Alicante. Los resultados que se obtuvieron son. La edad media de 73,2 años, el 53,3% mujeres, el 61,1% casados. El 47,2% considera su salud buena o muy buena. El 75,3% estaban vacunados contra la gripe, el 56,8% contra tétanos y el 18% contra neumococo. Las vacunas más conocidas fueron frente a: gripe (91,4%), tétanos (55,7%) y sarampión (31,6%). Frente a neumococo, en décima posición, es conocida por el 11,4%. Un 34,3% cree que la vacunación es una muy buena medida preventiva; en varones, este porcentaje disminuye al 31,3% y en personas sin estudios se reduce a un 29,8%. Las fuentes de información más frecuentes son: médico (57,8%), enfermera (38,9%) y medios comunicación (29,9%). Las conclusiones fueron. Los conocimientos y la cobertura vacunal frente a la gripe son aceptables; la opinión sobre las vacunas es buena. Mejorar oberturas pasa por adoptar estrategias más persuasivas e imaginativas; el objetivo ha de ser mejorar la aceptabilidad. (17)

ROSADO, U. y Cols. (2009) En su estudio titulado “Características clínicas de los pacientes atendidos en el IMSS por influenza tipo A (H1N1) durante el brote de abril a agosto del 2009 en Mérida Yucatán” realizado en México se propuso como Objetivo, Identificar las características clínicas de los pacientes atendidos en el IMSS por influenza tipo A (H1N1) durante el brote

de abril a agosto del 2009 en Mérida Yucatán “ Se trata de un estudio cuantitativo , transversal ,retrospectivo la muestra estuvo constituida por todos los pacientes con diagnóstico confirmado de influenza tipo A (H1N1) durante el brote de abril a agosto en Mérida, Yucatán , este proceso se realizó mediante el sistema de información de notificación en línea para la vigilancia epidemiológica de influenza (SINOLAVE),se utilizo el análisis de contenido , en la estadística se analizaron en frecuencias simples y proporciones de los signos y síntomas clínicos por grupos de edad, sexo, tipo de paciente (ambulatorio u hospitalizado) Se calculó razón de momios para determinar la probabilidad de infectarse con virus de la influenza tipo A (H1N1) Los resultados que se obtuvieron : los signos y síntomas principalmente observados de influenza Tipo A (H1N1) son tos, fiebre, cefalea.los resultados fueron :los casos positivos se concentraron en adolescentes y personas en edad productiva, y los pacientes hospitalizados fueron niños menores de cinco años y adultos más de sesenta años. (18)

GONZÁLEZ, X. (2009) En su estudio titulado “Fomento del autocuidado para prevenir infecciones respiratorias agudas en el adulto mayor y su red social en la Colonia Calera Chica, Jiutepec, Morelos“. Llevado a cabo en Morelos .Se propuso como objetivo. explorar el potencial impacto de una intervención educativa de autocuidado de adultos mayores en su conocimiento, y la incidencia de infecciones respiratorias agudas en sus redes sociales. Se trata de un estudio cuasi experimental .La Intervención educativa estuvo basada en el ciclo de aprendizaje aplicado diez adultos mayores de Jiutepec, Morelos, realizada entre septiembre de 2009 a enero de 2010, en el contexto de la pandemia de influenza A (H1N1). se compararon los conocimientos previos y posteriores a la intervención, y se analizó la incidencia de

infecciones en los miembros de sus redes sociales. Los resultados que se obtuvieron fueron: Se mejoraron los conocimientos relacionados con el adecuado uso de antibióticos ($p < 0.05$). Tampoco se observaron diferencias en la incidencia en relación al sexo, parentesco o subredes. Las conclusiones fueron. Los adultos mayores mejoraron sus conocimientos, pero esto no disminuyó la incidencia de casos en sus redes sociales. Esto puede deberse al aislamiento, poco reconocimiento y credibilidad que tienen entre sus allegados. (19)

GUAÑA, J. (2010) Actitudes y prácticas del personal de Enfermería que labora en el Hospital San Luis de Otavalo sobre la atención a pacientes con AH1N1.2010. Realizado en Ecuador. Se propuso como objetivo 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, es un estudio cualitativo, se utilizó una guía para . La muestra estuvo conformada por personal de enfermería basada en la adecuación del idioma adecuado para las poblaciones, y una visión multicultural de Medicina y la adecuación los procedimientos de atención para estos casos en particular a fin evitar el contagio masivo especialmente en el sector rural por falta de precauciones, ya que la influenza contagia en promedio del 25% al 30% de la familia del afectado. Se llegó a las siguientes Conclusiones, la influenza AH1N1 que de no ser vigilada constantemente se corre el riesgo de convertirse en pandemia con los costos sociales y humanos que se suscitaron a nivel mundial en los últimos tiempos. (20)

2.1.2. A Nivel Nacional

TORAL A. Et al (2013) En su estudio titulado “Influenza A H1N1: reporte de un caso “ un estudio realizado en Lima La influenza es una enfermedad respiratoria viral aguda altamente transmisible de importancia mundial, que ha causado epidemias y pandemias por siglos; su cuadro clínico se caracteriza por presentar tos, fiebre, que evoluciona hasta llegar a la dificultad respiratoria; además presenta cefalea, mareos, escalofríos, rinorrea, odinofagia, astenia, y lumbalgia Es un estudio cualitativo. un caso clínico de un paciente pediátrico de nueve meses de edad que presentó varios factores de riesgo y una elevada morbi mortalidad asociada a Influenza AH1N1 que llegó a la emergencia del hospital del niño Dr. Francisco de Ycaza Bustamante, en el cual se evidencia la asociación existente entre neumonía severa y infección por virus influenza A H1N1, características reafirmadas por otros autores y en diversos países. Según la semana epidemiológica 34, la Organización Panamericana de la Salud reporta que en Ecuador el virus Influenza AH1N1 se presenta en el 6,64% de los casos de infección respiratoria aguda, en los niños menores de un año. Se concluye que todo menor de cinco años con fiebre, tos y dificultad respiratoria, debe considerarse como caso sospecho para enfermedad tipo influenza (ETI). (21)

SORIA, J. (2009) Guía para el manejo de pacientes con la nueva influenza A (H1n1) Lima. Para afrontar la pandemia por la nueva Influenza A (H1N1) se requiere de un adecuado manejo de los casos, en ese sentido, la Sociedad Peruana de Enfermedades Infecciosas y Tropicales ha desarrollado una guía que se resume en este artículo. Se detalla el diagnóstico clínico y flujos para la toma de decisiones, el manejo terapéutico y las consideraciones a tener en cuenta para casos graves y situaciones especiales, como es el caso de las gestantes. (22)

OSORES F. Y COLS. (2009) En su estudio titulado "Un nuevo virus A/H1N1, una nueva pandemia: influenza un riesgo permanente para una humanidad globalizada" realizado en la ciudad de Lima.

La influenza es una enfermedad altamente infectocontagiosa de la cual se tienen registros históricos descriptivos desde la época griega y de certeza etiológica tan solo hace casi ocho décadas atrás. Es un estudio etnográfico sobre la influenza AH1n1 .Su agente causal es el virus de la influenza de los que se conoce existen tres grandes tipos: A B y C. El tipo A tiene la propiedad de circular por diversos reservorios biológicos, tales como el hombre, los cerdos y las aves, entre otros. Representa además una elevada variabilidad genética lo que le permite continuos cambios o derivas antigénicas menores responsables de la influenza humana epidémicas y a veces reordenamientos amplios con cambios antigénicos mayores los que originan la temida influenza pandémica. En un mundo cada vez mas globalizado, con una población superior a los seis mil millones de personas, marcado por grandes inequidades sociales y con cambios climáticos evidentes, los virus de la influenza serán un riesgo permanente para la seguridad de la humanidad. La clínica de los diversos subtipos virales pueden balancearse desde las formas inaparentes hasta las formas graves de gripe o influenza, dependiendo de la virulencia del subtipo viral infectante y del huésped. Aunque nuestra tecnología diagnóstica y de inmunización ha avanzado sorprendentemente, la preparación y disposición de los nuevos kits diagnósticos suelen tardar al principio y en el caso de las vacunas estas no están disponibles para el un nuevo subtipo viral pandémico en el momento que se las necesita. El desarrollo de antivirales contra la gripe no es notorio, contándose aprobados para uso humano los amantanos como la

amantadina y la rimantadina y los inhibidores de la neuraminidasa como oseltamivir y sanamivir principalmente. Se llega a las siguientes conclusiones; Claramente los más vulnerables en este contexto son los países en vías de desarrollo y en especial aquellos más pobres, hecho que nos debería llamar a una profunda reflexión. (23)

2.1.3. A Nivel Local

No se han encontrado estudios a nivel local.

2.2. BASE TEORICA

2.2.1. Teorías de Enfermería

A. Teoría de la Transculturación: Madeleine Leininger

La teoría de Leininger procede de la antropología y de la enfermería, ha definido la enfermería transcultural como una de las grandes áreas de la enfermería, que se centra en el estudio y el análisis comparado de las diferentes culturas y subculturas del mundo, desde el punto de vista de sus valores asistenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad y de los modelos de conducta, siempre con el propósito de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan una práctica de la atención sanitaria específica de la cultura y / o universal. (23)

“Cuidados culturales: teoría de la diversidad y la universalidad”

La enfermería transcultural va más allá de los conocimientos y hace uso del saber de los cuidados enfermeros culturales para practicar cuidados culturalmente congruentes y responsables. Leininger declara que con el tiempo habrá un nuevo tipo de práctica enfermera que reflejará los distintos tipos de enfermería,

los cuales se definirán y basarán en la cultura y serán específicos para guiar los cuidados enfermeros dirigidos a individuos, familias, grupos e instituciones. Afirma que la cultura y el cuidado son los medios más amplios para conceptualizar y entender a las personas; este saber es imprescindible para la formación y la práctica enfermeras.

Leininger defiende que, así como la enfermería es significativa para los pacientes y para las enfermeras de todo el mundo; el saber de la enfermería transcultural y sus competencias serán imprescindibles para orientar las decisiones y las acciones de las enfermeras y así obtener resultados buenos y eficaces.

- Enfermería Transcultural: se refiere a las enfermeras que están formadas en enfermería transcultural y que tienen como labor desarrollar el saber y la práctica de la enfermería transcultural.
- Enfermería Intercultural: se refiere a las enfermeras que usan conceptos antropológicos, médicos o aplicados; la mayor parte de ellas no están autorizadas a desarrollar la teoría de la enfermería transcultural ni a llevar a cabo prácticas basadas en la investigación.

Leininger, creó la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales enfermeros, que tienen sus cimientos en la creencia de que las personas de diferentes culturas pueden informar y guiar a los profesionales y de este modo, recibir el tipo de atención sanitaria que deseen y necesiten de estos profesionales. La cultura representa los modelos de su vida sistematizados y los valores de las personas que influyen en sus decisiones y acciones. Por tanto, la teoría está enfocada para que las enfermeras descubran y

adquieran los conocimientos acerca del mundo del paciente y para que éstas hagan uso de sus puntos de vistas internos, sus conocimientos y práctica, todo con la ética adecuada.

No obstante Leininger anima a obtener el conocimiento del interior de las personas o culturales, ya que este conocimiento tiene mayor credibilidad. La teoría no tiene que ser necesariamente intermedia ni una gran teoría, aunque si se debe interpretar como una teoría holística o como una teoría de campos específicos de interés. (23)

a. Relación de la teoría de Madeleine Leininger con el trabajo de investigación

El objetivo de la teoría de los cuidados consiste en proporcionar cuidados que sean coherentes con la cultura. La enfermera debe de conocer los cuidados culturales, valores, creencias y modos de vida y así poder facilitar bases fiables y exactas para planificar eficazmente los cuidados específicos a enfermera – paciente.

La profesional de enfermería en su rol de educadora debe conocer los aspectos negativos de la cultura en la población y trabajar para que esto se vuelva positivo, se debe de trabajar de tal modo que se explique el uso de los cuidados y significados Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-perceptuales que se modifican por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas que favorecen la salud.

B. Modelo de Dorothea Orem

Dorothea Orem, describe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante; los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos, para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros. (24)

Define los cuidados de enfermería como el ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta. (24)

a. Base Teórica

- Es un modelo de suplencia o ayuda.
- Teoría de las necesidades humanas de Maslow.
- Teoría general de sistemas.

b. Presunciones y Valores

Para Dorothea Orem el ser humano es un organismo biológico, psicológico, y en interacción con su medio al que está sometido. Tiene la capacidad de crear, comunicar y realizar actividades beneficiosas para sí y para los demás.

La salud, es un estado que significa integridad estructural y funcional que se consigue por medio de acciones universales llamadas autocuidados.

c. Teoría del Déficit de Autocuidado

Es una expresión que expone la relación entre la capacidad de acción de una persona y sus necesidades de autocuidado, si se expresa en términos de limitaciones de la acción orienta la selección de métodos de ayuda y de comprensión del papel que tiene el paciente en la labor de autocuidado.

Hay tres tipos de autocuidados:

- Los derivados de las necesidades fundamentales que tiene cada individuo: comer, beber, respirar.
- Los derivados de las necesidades específicas que se plantea en determinados momentos del desarrollo vital: niñez, adolescencia.
- Los derivados de desviaciones del estado de salud.

d. Teoría de los Sistemas de Enfermería

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: la enfermera suplente al individuo.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: la enfermera proporciona cuidados con la colaboración del paciente semi-dependiente.
- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

e. Funciones de Enfermería

El modelo de Orem consiste en actuar de modo complementario con las personas, familias y comunidades

en la realización de los autocuidados, cuando está alterado el equilibrio entre las habilidades de cuidarse y las necesidades del autocuidado.

Los motivos del desequilibrio serán una enfermedad o lesión que requieran unas necesidades adicionales de autocuidado.

f. Empleo de la Teoría en la Investigación

La teoría del Déficit del Autocuidado de Orem enmarca la investigación contemplando la importancia de desarrollar estilos de vida saludables para lograr el mantenimiento de la salud y bienestar de la población infantil. Si una persona cumple con la aplicación de la vacuna contra la influenza se evitaran enfermedades, hospitalizaciones y muertes (24)

2.2.2. Conocimientos

A. Definición

El conocimiento, es el acumulo de información, adquirida en forma científica o empírica. Partiremos del conocer, que es aprender o captar con inteligencia y convertirlos en objetos de un acto del conocimiento. Todo conocimiento supone una referencia mutua o relación entre sujeto – objeto. (25)

B. Los Medios del Conocimiento

- a. La experiencia interna:** nos damos cuenta de lo que existe en nuestra interioridad. Esta experiencia en nuestro interior ocurre realmente de lo que experimentamos.(25)

- b. La experiencia externa:** es todo conocimiento o experiencia que obtenemos por nuestros sentidos.
- c. La razón:** esta se sirve de los sentidos, elabora los datos recibidos por ellos los generaliza y los abstrae, transformando la experiencia sensible y singular en conocimientos que valen en cualquier lugar y tiempo.
- d. La autoridad:** Todos los conocimientos que poseemos nos llegan a través de la comunicación de personas que saben mucho sobre el tema, estas personas tienen autoridad científica y lo que divulgan o enseñan merece toda nuestra adhesión.

C. Componentes del Acto del Conocimiento

- a. Sujeto Cognoscente:** es todo ser humano consciente, que se dirige intencionalmente a captar, aprehender las cualidades esenciales del objeto.
- b. Objeto Cognoscible:** es todo hecho, fenómeno, cosa de la realidad, es decir todo lo existente cuyas propiedades son factibles de ser aprehendidas por el sujeto.
- c. Representación:** es la idea, imagen o concepto que el sujeto forma en su mente luego de captar las cualidades del objeto.(25)

E. Tipos de Conocimiento

a. Conocimiento Científico

Utiliza métodos científicos, investigaciones, experimentación, para aproximarse a la realidad o dar solución a un determinado problema. Éste utiliza modelos, métodos, procedimientos e

información abstracta con el fin de determinar y explicar por qué suceden las cosas.

Este tipo de conocimiento se adquiere a partir de procedimientos metódicos, usando la reflexión, los razonamientos lógicos y responden a una búsqueda intencionada, que delimita los objetos y los medios de indagación. (26)

b. Conocimiento Vulgar

Es el conocimiento que se da por casualidad de la vida, permitiendo a los seres humanos conducirse en su vida y las diferentes actividades que desarrollan. Este conocimiento es propio de las personas sin formación, pero que tienen conocimiento del mundo exterior, lo que les permite actuar y determinar acciones, hechos y respuestas casi por instinto, de aquí que su fuente principal de conocimiento son los sentidos. (26)

F. Nivel de Conocimiento

Aprendizaje adquirido estimado en una escala. Puede ser cualitativa (ej. Excelente, bueno, regular, malo) o cuantitativa (ej. De 0 a 20). Para fines de este estudio se utilizará la escala cualitativa. (27)

- **Conocimiento Bueno:** Aprendizaje adquirido por los adultos mayores madres sobre influenza estacional, estimado en una escala cuantitativa de a 14 a 19 puntos. en un porcentaje mayor al 72%.
- **Conocimiento medio:** Aprendizaje adquirido por las madres sobre loncheras saludables, estimado en una escala cuantitativa de 7 a 13 puntos. En porcentaje mayor a 36 % y menor a 71%.

- **Conocimiento bajo:** Aprendizaje adquirido por las madres sobre loncheras saludables, estimado en una escala cuantitativa de a 0 a 6 puntos. En porcentaje menor al 22%. (27)

a. Conocimientos Previos que debe Considerarse

En nuestro país la mayoría de la población carece de la información adecuada sobre el padecimiento denominado gripe o influenza, debido a que a menudo la confunde con el catarro común o con otras enfermedades infecciosas virales o bacterianas producidas por gérmenes específicos que provocan síntomas con características comunes aunque menos graves(28).

Gonzales en una intervención sobre el aprendizaje significativo sobre el ciclo de aprendizaje de Ausubel. Este método educativo partió de cuatro momentos, la activación del conocimiento, la adquisición del conocimiento, la práctica del conocimiento y la aplicación y evaluación del conocimiento. Inicialmente el adulto mayor mencionó lo que sabía referente a las IRAS, después adquirió el conocimiento a partir de las sesiones a las que asistió, posteriormente al tener el conocimiento modificó sus hábitos higiénicos: lavarse las manos antes de cada alimento, cubrirse la boca al toser y/o estornudar y finalmente confeccionó objetos como una toalla o un pañuelo que relacionó con la prevención de las IRAS. (29)

2.2.3. Práctica Preventiva de Vacunación

A. Práctica de Vacunación contra la Influenza

- a. Vacuna:** es la suspensión de microorganismos vivos (bacterias o virus) inactivos o muertos, fracciones de los

mismos o partículas que al ser administradas inducen en el receptor una respuesta inmune que previene una determinada enfermedad. (30)

b. Vacunación: la vacunación consiste en introducir en el organismo un agente (bacteria, virus, molécula, etc.) desprovisto de patogenicidad, pero que conserva su inmunogenicidad (su capacidad de inducir una respuesta inmune). (31)

La vacuna, la tecnología sanitaria más eficaz, junto con la experiencia operativa de los programas de inmunización y con el compromiso político de administrarla, son las intervenciones de salud pública de mayor rentabilidad sanitaria, es decir, las que logran mayores beneficios en función del costo incurrido.(32)

Asimismo, han conducido a algunos de los triunfos más grandes en el campo de la salud pública. Los resultados concretos alcanzados durante los últimos años en las Américas — son los mejores indicadores de esta afirmación y muestran claramente la efectividad de las vacunas. Por otro lado, los programas de inmunización contribuyen cada vez más a la equidad, ya que han mostrado que pueden llegar a todos los niños y niñas de los diferentes estratos sociales, y algunos países han iniciado la vacunación del adulto mayor contra la influenza. (32)

B. Practica de Vacunación (51)

a. Si Buena práctica preventiva: grado de destreza realizada en forma correcta ante una situación reiterada

conforme a lo establecido. En el adulto mayor se refiere la vacunación contra la influenza estacional vacunado mas de una vez.

b. Práctica preventiva mediana: grado de destreza realizada de forma errónea que no sigue las pautas establecidas .Aquel adulto mayor que se haya vacunado solo una vez.

c. No practica preventiva : toda persona que no realiza una acción reiterada por diversos factores como la falta de conocimiento, falta de tiempo, el desinterés, aquel adulto mayor que nunca se vacunó contra la influenza.

C.-Vacuna contra la Influenza Estacional

La vacuna contra influenza estacional es una vacuna trivalente de virus inactivado, incluye dos cepas de influenza A y una cepa de influenza B (actualmente incluye AH1N1 y AH3N2). Se destaca la importancia de realizar la vacunación anual antes de la época de invierno, de acuerdo a la zona. (6)

La protección se obtiene generalmente en dos a tres semanas luego de administrada la vacuna.

La duración de la inmunidad después de la vacunación es de un año, de acuerdo a la correspondencia existente entre las cepas circulantes y las contenidas en la vacuna.

La administración de la vacuna contra influenza en el ámbito nacional comprende los siguientes grupos de personas: (33)

- Embarazadas o puérperas Presentan alto riesgo de severas complicaciones y muerte. La transferencia de anticuerpos al recién nacido por la madre vacunada durante el embarazo, le brindarían protección durante los primeros seis meses de vida. La indicación de vacunación incluye: Una dosis a partir del 4to mes de la gestación por vía intramuscular.
- Puérperas con niños menores de seis meses de vida, que no fueron vacunadas en el periodo de gestación, se administrara una dosis por vía intramuscular en el tercio medio de la región deltoides.
- Niños de 7 a 23 meses y 29 días. Dos dosis de 0,25 cc con intervalo de un mes por vía intramuscular en el tercio medio de la cara antero lateral externa de muslo con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1.
- Los trabajadores de salud que tienen contacto directo con el paciente, personal de apoyo incluido el personal de apoyo en unidades críticas, tienen un riesgo adicional para la Influenza en comparación con la población general. La dosis es de 0,5 cc y se administra una sola dosis por vía intramuscular en el tercio medio de la región deltoides.
- Adultos mayores (de 65 años a más) Tienen mayor riesgo de enfermedad severa y mortalidad asociada con la Influenza, la vacuna se aplica de la siguiente forma: La dosis es de 0,5 cc y se administra una sola dosis por vía intramuscular en el tercio medio de la región deltoides al primer contacto con el establecimiento de salud.
- Personas con Comorbilidad (enfermedades crónicas) Comprende población de: niños desde los dos años

hasta adultos de 64 años 11 meses 29 días, a los que se administra.

- Niños de 2 a 2 años 11 meses y 29 días: una dosis de 0,25 cc por vía intramuscular, cara antero lateral externa del muslo con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1".
- Niños de tres años a personas de 64 años: Una dosis de 0.5 cc por vía intramuscular, en el músculo deltoides con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1".
- Para estas personas con comorbilidad, se consideran entre las principales: enfermedades respiratorias: Asma, EPOC. Enfermedades cardíacas: insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, cardiopatías congénitas. Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas (no hematológica) Pacientes onco hematológicos y trasplantados Estados médicos crónicos: obesidad mórbida, diabetes, insuficiencia renal.

La vacunación es el medio principal para prevenir la influenza las personas con enfermedades subyacentes o con una edad más avanzada son las que tienen mayor probabilidad de sufrir enfermedades graves o de fallecer.
(19)

- Si Práctica Preventiva Vacunado +1 vez.
- Práctica preventiva mediana: vacunado 1 vez.

No Práctica preventiva: N0 vacunado

D.- Rol de la Enfermera en el Acto Vacunal

a. Administradora

Conservación y Manipulación de las vacunas: La eficacia de una vacuna se mantiene si se conservan intactas sus características

desde el momento de su fabricación hasta el momento de su administración, se obtiene manteniendo la cadena de frío en su almacenamiento (34)

b. Asistencial

- La valoración de necesidad del cuidado, esta competencia incluye la capacidad para la valoración según la edad, antecedentes, contraindicaciones, reacciones adversas, situación clínica actual, observación de signos y síntomas clínicos.
- Comunicación y consentimiento informado del procedimiento.
- Disponer de los recursos necesarios para el acto vacunal.
- Mantener un maletín para casos de urgencia, si fuese necesario
- Administración de vacunas, el enfermero tiene el conocimiento, la capacidad técnica y la destreza necesaria para la administración de las vacunas en óptimas condiciones de seguridad en cada una de las vacunas y vías de administración según esquema nacional de vacunación. (34)

c. Docente

- En su rol educador difundiendo sobre los beneficios , informes , e impacto en la salud pública ,
- Difusión del esquema de vacunación a gran escala.
- Educación sobre esquema de vacunación a la persona que se atendió y sus reacciones post vacunales.
- Resolución de dudas del usuario vacunado. (34)

d. Investigadora

- Análisis de coberturas de vacunación.
- Estudios epidemiológicos.

- Indicadores de gestión.
- Notificación y seguimiento de reacciones adversas. (34)

2.2.4. Influenza Estacional

a. Definición: la influenza es una enfermedad infecciosa de origen vírico, de tipo respiratorio, aguda y muy contagiosa.(35)

b. Periodo de incubación: aproximadamente dos días.

c. Medio de transmisión: la infección se trasmite de persona a persona a través de las gotitas de saliva que se generan al toser o estornudar los individuos enfermos, e infectan a las células superficiales del epitelio respiratorio del receptor. (35)

La gripe estacional se propaga fácilmente y puede extenderse con rapidez en escuelas, residencias asistidas o lugares de trabajo y ciudades. Las gotículas infectadas que expulsa el paciente al toser pueden ser inspiradas por otras personas que quedan así expuestas al virus. (36)

El virus también puede propagarse a través de las manos infectadas.

d. El período de Incubación de la Influenza A (H1N1) en la mayoría de los casos es de 2 a 7 días.). Los casos graves progresan a neumonía e insuficiencia respiratoria, incluso muerte. (37)

e. Signos y síntomas: la sintomatología difiere en función de la edad de las personas infectadas. (35) El comienzo es agudo y predominan los síntomas sistémicos. (37)

- Fiebre.
- Cefalea.

- Mialgia.
- Postración.
- Coriza.
- Dolor de garganta.
- Tos.
- Diarrea.
- Vómitos.
- Puede agravar las afecciones crónicas subyacentes.

El virus de influenza tiene preferencia por las vías respiratorias superiores; pero, en los casos graves, puede llegar a afectar vías respiratorias bajas (pulmones y bronquiolos).

f. Tipos de Virus

Hay tres tipos de gripe estacional: A, B y C.

Los virus gripales de tipo A se clasifican en subtipos en función de las diferentes combinaciones de dos proteínas de la superficie del virus (H y N). Entre los muchos subtipos de virus gripales A, en la actualidad están circulando en el ser humano virus de los subtipos:

- A (H1N1)
- A (H3N2)

Los virus de la gripe circulan por todo el mundo. Los casos de gripe C son mucho menos frecuentes que los de gripe A o B, y es por ello que en las vacunas contra la gripe estacional sólo se incluyen virus de los tipos A y B. (35)

g. Grupos de Riesgo

La gripe pueden afectar gravemente a todos los grupos de edad, pero quienes que corren mayor riesgo de sufrir complicaciones son:

- Los menores de 2 años.
- Los mayores de 65.
- Personas de todas las edades con determinadas afecciones, tales como inmunodepresión o enfermedades crónicas cardiacas, pulmonares, renales, hepáticas, sanguíneas o metabólicas (por ejemplo, la diabetes).
- Gestantes. (36)

h. Diagnóstico Clínico

Se ha establecido como definición de caso de Influenza a todo aquel que presente de manera súbita fiebre mayor de 38 °C, acompañada de al menos uno de los siguientes signos o síntomas: tos, dolor de garganta o rinorrea. (38)

i. Diagnóstico de Laboratorio

La muestra adecuada para el diagnóstico es la obtenida a través del hisopado nasal y faríngeo, también puede hacerse aspirado nasofaríngeo o lavado bronquiolo alveolar o aspirado traqueal. (39) Lo más importante es obtener células, que es donde se encuentra el virus, no secreciones. El transporte de la muestra se hace manteniendo una cadena de frío (2 a 8 °C). Entre los métodos utilizados para el diagnóstico de la Influenza en general existen las pruebas rápidas, la inmunofluorescencia directa e indirecta, el aislamiento viral y las técnicas moleculares (rt-PCR en tiempo real) (40). Las únicas pruebas validadas para el diagnóstico de nueva

Influenza A (H1N1) son la prueba del rt-PCR desarrollada por el CDC (40) y el cultivo viral. El uso de las pruebas inmunológicas disponibles en formato de tira reactiva o de inmunofluorescencia indirecta (IFI) no está aprobado por el MINSA para diagnóstico de nueva Influenza A (H1N1) debido a su baja sensibilidad (30%). (41)

j. Prevención de la Influenza

La forma más eficaz de prevenir la enfermedad y sus consecuencias graves es la vacunación. En los ancianos es útil para prevenir la enfermedad, reduce su gravedad y la incidencia de complicaciones y muertes.

La vacunación es especialmente importante en las personas que corren mayor riesgo de sufrir complicaciones de la gripe y en aquéllas que viven con pacientes de alto riesgo o que cuidan de ellos:

- Embarazadas en cualquier etapa del embarazo.
- Niños de 6 meses a 5 años.
- Ancianos (≥ 65 años).
- Personas con enfermedades crónicas.
- Trabajadores de la salud.
- Implementación de un protocolo de higiene respiratoria y manejo de la tos del enfermo.
- Implementación de medidas de control del ambiente.
- Políticas administrativas.
- Elaboración de programas de prevención de infecciones. (5)

La vacunación antigripal es más eficaz cuando hay una buena concordancia entre los virus vacunales y los virus circulantes. Los virus de la gripe sufren cambios constantes.

Durante muchos años la Organización Mundial de la Salud ha actualizado dos veces al año sus recomendaciones sobre la composición de las vacunas para que cubran los tres tipos (vacunas trivalentes) más representativos de virus en circulación (dos subtipos de virus de gripales A y uno de virus gripales B). A partir de la estación gripal de 2013-2014 en el hemisferio norte se recomienda una vacuna tetravalente a la que se añade un segundo virus gripal B. (5)

Para evitar la transmisión hay que lavarse las manos regularmente y cubrirse la boca y la nariz con un pañuelo de papel al toser o estornudar. (5)

k. Tratamiento

Algunos países disponen de antivíricos para la gripe, que pueden reducir las complicaciones graves y las muertes. Lo ideal es que se administren en las fases iniciales de la enfermedad (en las 48 horas siguientes a la aparición de los síntomas). (36)

Los Fármacos pertenecen a dos clases:

- Adamantanos¹ (amantadina y rimantadina), y
- Inhibidores de la neuraminidasa de los virus de la gripe (oseltamivir y zanamivir;
- Están autorizados el peramivir y el laninamivir).

Algunos virus de la gripe se vuelven resistentes a estos antivíricos, con la consiguiente reducción de la efectividad del tratamiento. La OMS efectúa un seguimiento de la sensibilidad de los virus gripales circulantes a los antivíricos para poder proporcionar orientaciones oportunas sobre su uso terapéutico y su posible uso quimioproláctico.

I. Epidemias Estacionales

En los climas templados las epidemias estacionales se producen sobre todo durante el invierno, mientras que en las regiones tropicales pueden aparecer durante todo el año, produciendo brotes más irregulares. (5)

La tasa de ataque anual de la gripe a nivel mundial es del 5% a 10% en adultos, y del 20% a 30% en niños. La enfermedad es causa de hospitalización y muerte, sobre todo en los grupos de alto riesgo (niños muy pequeños, ancianos y enfermos crónicos). Estas epidemias anuales causan en todo el mundo unos 3 a 5 millones de casos de enfermedad grave y unas 250 000 a 500000 muertes.

En los países industrializados la mayoría de las muertes relacionadas con la gripe corresponden a mayores de 65 años. Las epidemias pueden causar gran absentismo laboral y escolar, y pérdidas de productividad. Las clínicas y los hospitales pueden verse abrumados por el gran número de enfermos que acuden a ellos durante los periodos de máxima actividad de la enfermedad. Los conocimientos sobre los efectos de las epidemias estacionales de gripe en los países en desarrollo son escasos, pero las investigaciones indican que un gran porcentaje de las muertes infantiles relacionadas con la gripe se producen en esos países. (36)

Indicadores que alertan sobre la actividad del virus de la influenza en la población son:

- Aumento de la incidencia de enfermedades respiratorias febriles que merecen atención médica, especialmente en los niños.
- Incremento de las enfermedades tipo influenza entre los adultos.

- Mayor inasistencia de los adultos a los lugares de trabajo y estudio.
- Aumento de las admisiones hospitalarias de pacientes pulmonares crónicos y cardíacos con infecciones respiratorias.
- Alto número de la mortalidad por infecciones respiratorias y neumonía en los adultos mayores y en personas con mayor riesgo al virus de la influenza.
- Incremento de la incidencia de infección respiratoria compatible con influenza en instituciones cerradas como hogares geriátricos, instituciones militares, prisiones.

m. Vigilancia epidemiológica en el mundo

La vigilancia epidemiológica de Influenza y otros virus respiratorios se realiza de forma internacional a través de FLUNET, que es una herramienta global para la vigilancia virológica de influenza. Los datos se proporcionan a distancia por los Centros Nacionales de Influenza (CNI) y otros laboratorios nacionales de referencia de la influenza que colaboran activamente se integran las bases de datos regionales de la OMS. (36)

2.2.5. Adulto Mayor y la Influenza

El Plan de Atención Integral de Salud permitirá identificar y priorizar a las actividades en las cuales es necesario redoblar los esfuerzos para mejorar su calidad de vida, a través de acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

a. Persona Adulta Mayor Activa Saludable: Es aquella sin antecedentes de riesgos, sin signos ni síntomas atribuibles a patologías agudas, sub agudas o crónicas y con examen físico normal.

El objetivo fundamental de este grupo poblacional es la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

b. Persona Adulta Mayor Enferma.: Es aquella que presenta alguna afección aguda, sub aguda o crónica, en diferente grado de gravedad, habitualmente no invalidante, y que no cumple los criterios de persona.

c. Adulta Mayor Frágil o Paciente Geriátrico. El objetivo prioritario es la atención del daño, la rehabilitación y acciones preventivas promocionales. Dependiendo de la características y complejidad del daño será atendido en el establecimiento de salud o referido a otro de mayor complejidad, según las necesidades del adulto mayor.

d. Persona Adulta Mayor Frágil: Es aquella que cumple 2 ó más de las siguientes condiciones: El objetivo principal para las Personas Adultas Mayores Frágiles es la prevención y la atención.

- Edad: 80 años a más.
- Dependencia parcial, según Valoración Funcional Índice de Katz.
- Deterioro cognitivo leve o moderado según Valoración Cognitiva Test de Pfeiffer.
- Manifestaciones depresivas, según Escala abreviada de Yesavage.
- Riesgo social, según la Escala de Valoración Socio – familiar.
- Caídas: Una caída en el último mes ó más de una caída en el año
- Pluripatología: Tres ó más enfermedades crónicas.
- Enfermedad crónica que condiciona incapacidad funcional parcial.
- Polifarmacia: Toma más de tres fármacos por patologías crónicas y por más de 6 semanas.
- Hospitalización en los últimos 12 meses.
- Índice de Masa Corporal (IMC) menor de 23 ó mayor de 28

e. Paciente Geriátrico Complejo : Es aquel que cumple con tres o más de las siguientes condiciones:

- Edad: 80 años a más
- Pluripatología: tres o más enfermedades crónicas
- El proceso o enfermedad principal tiene carácter incapacitante
Deterioro cognitivo severo.
- Existe problema social en relación con su estado de salud, según la Escala de Valoración Socio – familiar
- Paciente terminal por Neoplasia avanzada, Insuficiencia cardiaca terminal, otra de pronóstico vital menor de 6 meses
- El objetivo principal en este grupo es el asistencial, tanto terapéutico cuanto rehabilitador, requiere de atención especializada

A. Características Fisiológicas de Envejecimiento

Se acepta el criterio de considerar que una persona se encuentra en la tercera edad a partir de los 65 años, aunque esta apreciación nunca es exacta, pues ocurre que el envejecimiento es un proceso progresivo que no todas las personas sufren con la misma intensidad. Actualmente se utiliza el término de “muy ancianos” para los que tienen más de 80 años y así diferenciarlos de los más jóvenes, dada la longevidad creciente que en general se observa en la población. (42)

Estos cambios se producen con el paso de los años y a un ritmo muy diferente según las personas influyen tanto los factores genéticos como los ambientales o del entorno en que vivimos.

B. Cambios Corporales, Fisiológicos y Funcionales

a. En la Composición Corporal

Los cambios en la composición del cuerpo como el aumento de la masa grasa, principalmente aquella que envuelve a las vísceras

(riñones, hígado, etc.) con respecto a la etapa adulta: el 18% varón adulto. 36% en el anciano. Y el 33% mujer adulta. 45% en la anciana. (42)

b. Sistema Cardiovascular

Hay una disminución del gasto cardiaco debido a la rigidez de las arterias, se produce que la presión arterial sistémica se eleva, disminuye el flujo sanguíneo cerebral, aumentan la resistencia periférica y se hipertrofia la pared del ventrículo izquierdo. La presión arterial del adulto mayor sin patologías es igual a la del adulto maduro lo mismo que la frecuencia cardiaca. Los ancianos son más propensos debido a los cambios antes descritos a tener hipotensión postural y arritmias. (43)

c. Sistema Musculo Esquelético

La pérdida de masa ósea y muscular relacionada con la edad parece asociada inevitablemente al envejecimiento, conduciendo en muchas personas a la osteoporosis y a la disminución de la masa muscular con la consiguiente disminución de fuerza. Especialmente se observa que la masa ósea disminuye a partir de la cuarta década de la vida en la mujer y algo más tarde en el hombre. (43)

d. Sistema Urinario

Algunos de los cambios en el sistema urinario son disminución del número de nefronas, del flujo sanguíneo renal y de la velocidad de filtración glomerular. Hipertrofia y relajación de los músculos del piso de la pelvis, contracciones durante el llenado vesical,

disminución de la capacidad de la vejiga y cambios degenerativos de la corteza renal. (43)

e. Sistema Respiratorio

A lo largo de todo el ciclo vital, el aparato respiratorio es vulnerable a las lesiones provocadas por múltiples infecciones, contaminantes ambientales y reacciones alérgicas. Estos factores son aun más nocivos que el proceso de declinación funcional, el cual es parte normal del proceso de envejecimiento. El mecanismo de la respiración en los ancianos tiene como característica el hecho de que la inspiración se basa más en el diafragma y requiere un mayor esfuerzo, sobretodo cuando está en posición decúbito dorsal. (43)

f. La Piel

La piel, con el paso de los años, sufre una degeneración progresiva e irrecuperable, tanto en su morfología como en su funcionalidad, es el envejecimiento cutáneo. Estas alteraciones se hacen más evidentes a partir de los 30 años, observándose arrugas, sequedad, manchas, etc., propias de las pieles seniles.

El proceso de envejecimiento que afecta a la piel no ocurre de forma gradual y homogénea, depende de la raza, condiciones atmosféricas y es diferente en las distintas zonas de la piel de una misma persona. (43)

g. Sistema Inmunológico

Las enfermedades infecciosas son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en los ancianos. A esto se asocia el aumento de la susceptibilidad, mayor incidencia de procesos malignos y la disminución de la competencia inmunitaria asociada a la edad. (43)

h. Habilidades Sensoriales

Con la edad, la agudeza de los sentidos decae, pero existen diferencias individuales al respecto. Las personas mayores de 65 años son propensas a tener problemas de visión especialmente en la oscuridad, las cuales pueden ser parcialmente corregidas a través del uso de lentes u operaciones en el caso de las cataratas.

Los problemas de audición son más comunes que los de visión; las personas de edad tienen dificultades para seguir una conversación cuando interfieren ruidos tales como televisión, radio u otras conversaciones. (43)

El avance de la transición demográfica y epidemiológica, así como las acciones sociales y de salud dirigidas a mejorar y preservar la salud de la población y el envejecimiento acelerado que experimentan muchos de los países de la región de las Américas, se evidencian con el desplazamiento de la mortalidad hacia las edades avanzadas.(44)

Según los datos sobre mortalidad de la Organización Panamericana de la Salud, que recopilan información detallada de las defunciones registradas por los países de la región de las Américas, cinco enfermedades crónicas no transmisibles causaron en el 2008, del 40% de las muertes ocurridas a partir de los 60 años. Este patrón causal varía al analizar las defunciones según grupos etarios. Entre los adultos mayores más jóvenes (60-69 años). Las neoplasias ocupan la novena posición entre las primeras veinte causas en este grupo de edad, y la única enfermedad transmisible que se sitúa entre las diez primeras es la influenza y la neumonía. (44)

Con el avance de la edad, las causas transmisibles como la influenza y la neumonía ganan importancia, llegando a la tercera posición a partir de los 80 años. Dicha afección provoca alrededor del 3% de las muertes entre los 60 y 69 años, y cerca del 9% en la novena década de vida. (45)

Pese a lo anterior, varios autores consideran que trabajar con adultos mayores en un espacio comunitario es importante en vista de que la asistencia de los mayores a grupos y asociaciones en un espacio determinado “les permite afirmar relaciones y experiencias propias, redimensionar la capacidad de los sujetos de tomar decisiones y realizar acciones sobre su vida dentro de una estructura sociocultural”. Como resultado de la participación los adultos mayores encuentran compañía, relajación, esparcimiento, recreación e información para enfrentar sus enfermedades y pérdidas¹¹ y que puede ser una oportunidad para fomentar el autocuidado en este sector de la población. (29)

2.2.5. Variables Intervinientes

Las variables intervinientes son aquellas que teóricamente afectan a la variable dependiente pero no pueden medirse o manipularse.

Esta variable no es objeto de estudio o exploración; pero que al presentarse puede afectar los resultados, de ahí que se le llama también variable interviniente o interferente. (50)

A. Edad

Es el intervalo de tiempo estimado o calculado entre el día, mes y año del nacimiento, y el día, mes y año en que ocurre el hecho expresado en unidad solar de máxima amplitud que se haya completado, o sea, años para los adultos y niños; y meses,

semanas, días, horas o minutos de vida, la unidad que sea más adecuada, para los niños de menos de un año de edad. (46) En el adulto mayor es muy importante la edad que va unido al estado civil por el vínculo establecido durante muchos años. (47) y las características de vulnerabilidad que tienen el adulto mayor (48)

B. Grado de Instrucción

Es el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país, considerando tanto los niveles primario, secundario, terciario y universitario del sistema educativo no reformado. (46)

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

2.3.1. Inmunización

Es el proceso de inducción de inmunidad artificial frente a una enfermedad. Puede ser Activa y pasiva. (49)

2.3.2. Comorbilidad

Es la ocurrencia simultánea de dos o más enfermedades en una persona. (48)

2.3.3. Consejería

Es un proceso basado en el intercambio dialógico centrado en ayudar a otra persona a entender factores determinantes de una

situación y a involucrarse de manera proactiva, libre y consiente para buscar una solución. (48)

2.3.4. Tercera Edad

Término asignado en lo social, con el que se agrupa a la población de personas mayores de 60 años, es el sinónimo de vejez y de ancianidad. Estas condiciones de vida son especialmente difíciles, pues pierden rápidamente oportunidades de trabajo, actividad social y capacidad de socialización, y en muchos casos se sienten postergados y excluidos. (42)

2.3.5. Atención integral

La atención integral de la persona adulta mayor comprende un conjunto de cuidados esenciales los que se encuentran incluidos en el paquete de Atención Integral, de acuerdo a las necesidades de salud del adulto mayor (Norma técnica)

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. Hipótesis General

Dado que el nivel de conocimientos sobre prevención de enfermedades inmuno prevenibles se relaciona con la práctica de la vacunación. Es probable que exista relación entre el nivel de conocimientos y la práctica de la vacunación contra la influenza estacional en los adultos mayores atendidos en la Microred de salud Buenos Aires de Cayma, Arequipa -2016.

2.4.2. Hipótesis Específicas

H1. El nivel de conocimientos es deficiente sobre la vacunación contra la influenza estacional en adultos mayores que se atienden en la Microred de Buenos Aires de Cayma.

H2. Los adultos mayores que se atienden en la Microred de Buenos Aires de Cayma no practican la vacunación contra la influenza estacional.

H3. Existe relación entre conocimientos sobre la enfermedad y la práctica preventiva de vacunación contra la influenza estacional en adultos mayores que se atienden en la Microred de Buenos Aires de Cayma.

H0. No existe relación entre conocimientos sobre la enfermedad y la práctica preventiva de vacunación contra la influenza estacional en adultos mayores que se atienden en la Microred de Buenos Aires de Cayma.

H4. Existe relación entre conocimientos sobre la sintomatología y la práctica preventiva de vacunación contra la influenza estacional en adultos mayores que se atienden en la Microred de Buenos Aires de Cayma.

H0. No existe relación entre conocimientos sobre la sintomatología y la práctica preventiva de vacunación contra la influenza estacional en adultos mayores del distrito de Cayma.

H5. Existe relación entre conocimientos sobre el tratamiento de la influenza y la práctica preventiva de vacunación contra

la influenza estacional en adultos mayores que se atienden en la Microred de Buenos Aires de Cayma.

H0.No existe relación entre conocimientos sobre el tratamiento y la práctica preventiva de vacunación contra la influenza estacional en adultos mayores que se atienden en la Microred de Buenos Aires de Cayma.

H6.Existe relación entre conocimientos sobre la prevención y la práctica preventiva de vacunación contra la vacunación de la influenza estacional en adultos mayores del distrito de Cayma.

H0.No existe relación entre conocimientos sobre la prevención y la práctica preventiva de vacunación contra la influenza estacional en adultos mayores del distrito de Cayma.

2.5. VARIABLES

A. Variable X.

Conocimientos sobre la Influenza estacional

Indicadores:

- Enfermedad.
- Sintomatología.
- Tratamiento.
- Prevención.

B. Variable Y

Práctica Preventiva

Indicadores:

- Si Práctica preventiva.
- Mediana practica preventiva
- No practica preventiva.

C. Variables Intervinientes:

- Edad.
- Grado de instrucción

2.5.1. Definición Conceptual de las Variables**a. Conocimiento**

Conjunto de información recibida acerca de la enfermedad de influenza en forma científica o empírica. (25)

b. Práctica Preventiva

Es la acción preventiva que realiza el adulto mayor con respecto a la aplicación de la vacuna contra la influenza estacional. (51)

2.5.2. Definición Operacional de las Variable**a. Conocimiento sobre Influenza Estacional**

El conocimiento que tienen los adultos mayores sobre la Influenza. Tiene como indicadores concepto de la enfermedad, sintomatología tratamiento y prevención, Los que serán evaluados en un cuestionario elaborado para tal fin, cuya valoración será conocimientos, buenos, regulares y deficientes.

b. Práctica Preventiva

Es una acción preventiva de vacunación que realiza el adulto

Mayor con la aplicación de ciertos conocimientos acerca de la influenza, el que será tomado en una ficha de recolección de datos elaborado por la autora, cuya valoración es la práctica preventiva, y no práctica preventiva.

2.5.3. Operacionalización de la Variable

Variable	Indicadores	Instrumento	Número de ítems	Categoría	Escala
Variable X Conocimientos sobre Influenza	Concepto Sintomatología Tratamiento Prevención	Cuestionario	1,2,3,4.5.6,7,19 8,9,10 11,12,13 14,15,16,17,18	Bueno Medio Deficiente	Nominal
Variable Y Practica Preventiva	Si practica preventiva Mediana practica preventiva No practica preventiva	Ficha de recolección de datos	1-2		Nominal
Variables Intervinientes	Edad. Grado de instrucción	Cuestionario	1 1		Nominal Ordinal

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPÓ Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. Tipo

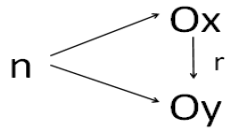
Este tipo de investigación fue descriptiva, correlacional I de enfoque cuantitativo, y paradigma positivista. Según el número de mediciones transversal, por el número de variables bivariado, por la temporalidad prospectiva. Por el lugar de estudio de campo, por el objeto de estudio fáctico. (52)

3.1.2. Nivel

Investigación correlacional, estudian las relaciones entre variables dependientes e independientes, ósea se estudio la correlación entre dos variables. (52)

3.1.3. Diseño

La presente investigación de diseño no experimental.



Donde:

- n. Muestra de estudio.
- Ox. Nivel de conocimientos.
- Oy. Vacunación.
- r. Relación entre variables.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1. Ubicación Espacial

El estudio se llevó a cabo en la Microred de Salud Buenos Aires de Cayma que está ubicado en el sector de Buenos Aires en Alto Cayma: en el Centro de Salud Buenos Aires, y los Puestos de Salud San José y Deán Valdivia en la misma Jurisdicción.

El centro de Salud Buenos Aires es del Nivel I-3.

Los Puestos de Salud San José, y el Puesto de Salud Deán Valdivia atención de 12 horas varia en P.S San José con atención de 12 horas ,los días Miércoles y sábado. (53)

3.2.2. Ubicación Temporal

El estudio se realizó en los meses de octubre a diciembre del 2016.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

La población estuvo integrada por todos los adultos mayores de 60 años, en un total de 104 adultos mayores los cuales representamos en la siguiente tabla:

Cuadro 1

Distribución de Adulto mayor atendidos en un trimestre en la Microrred Buenos Aires de Cayma

Establecimiento de Salud	fi	%
C.S. Buenos Aires	52	50,0
P.S. San José	23	22,0
P.S. Deán Valdivia	29	28,0
Total	104	100,0

Fuente: reporte estadístico del I trimestre HIS 2016

3.3.2. Muestra

La muestra fue no probabilístico censal, porque se trabajó con toda la población de adultos mayores que se atienden en los establecimientos del MINSA: Centro de Salud Buenos Aires de Cayma, de los Puestos de Salud San José y Puesto de Salud Deán Valdivia, debido a las características similares entre ellos. Total 104 adultos mayores.

3.3.3. Criterios de Inclusión

- Adultos mayores de 60 años.
- Adultos con historia clínica.
- Consentimiento informado.
- Adultos mayores con carné de vacuna

3.3.4. Criterios de exclusión

- Adultos mayores que no den su consentimiento informado.
- Adultos menores de 60 años.
- Adultos que hablen quechua.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. Técnica

Para la variable X: la técnica fue la entrevista.

Para la variable Y: Análisis de contenido

3.4.2. Instrumentos

A. Para la variable X

Nombre del cuestionario: cuestionario para determinar Nivel de conocimientos sobre la Influenza en el adulto mayor.

Descripción del instrumento: instrumento elaborado por la autora.

Ítems: de respuestas simples de Si/No

- La primera sección corresponden a datos de las variables intervinientes relacionadas a edad, sexo, grado de instrucción Comorbilidad (factores de riesgo).
- Segunda sección: 19 preguntas relacionadas a:

Se detalla en el siguiente cuadro

Enfermedad	1,2,3,4,5,6,7,19
Síntomas	8,9,10
Tratamiento	11,12,13
Prevención	14,15,16,17,18,

Valoración:

- Buen Conocimiento: 14- puntos.19
- Mediano conocimiento: 7 a 13 puntos.
- Deficiente conocimiento: 0 a 6 puntos.

A. Para la Variable Y

Ficha de recolección de datos donde se va registrar la fecha de la vacunación, y la época de aplicación de la vacuna.

Valoración

- Si Práctica Preventiva Vacunado +1 vez.
- Práctica preventiva mediana: vacunado 1 vez.
- No Práctica preventiva: NO vacunado.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validez fue a juicio de expertos al que fue sometido y cuyas fichas de validación se adjuntan en anexos la confiabilidad será por prueba piloto en el 10 % de la muestra en la Microred Francisco Bolognesi de Cayma y será de terminada mediante el alfa de Crombach.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

A. Coordinación con las Autoridades

Entrega de la solicitud para la aplicación del instrumento de la investigación a la jefe de la Microred de Salud Buenos Aires de Cayma, centro de Salud Buenos Aires, Puesto de Salud San José, Puesto de Salud Deán Valdivia .

B. Aplicación del Instrumento

- a. Revisión de los cuestionarios para la selección de la muestra.
- b. Aplicación de la ficha de para la recolección de datos sobre conocimientos y prácticas preventiva sobre la vacunación contra la influenza en adultos mayores.

C. Procesamiento de la Información

- a. Una vez obtenida la información de la muestra delimitada para la investigación, se procederá a realizar el análisis estadístico, utilizando el paquete estadístico SPSS, versión 19,0
- b. Se empleará técnicas estadísticas como: Cuadros de Frecuencia, Chi cuadrado de Pearson.

D. Presentación de los Resultados

- a. Se elaboró un informe final de acuerdo a las especificaciones de la Escuela Académico Profesional de Enfermería.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

TABLA 2

**Distribución de las características Personales de los Adultos Mayores
Atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma, Arequipa 2016**

Características Personales de la Población		
Sexo	N°	%
Femenino	56	53,80
Masculino	48	46,20
	104	100.00
Edad	N°	%
60-64	15	14,40
65-69	32	30,80
70-74	32	30,80
75-79	14	13,40
80 a más	11	10,60
	104	100.00
Grado de Instrucción		
Iletrado	45	42,00
Primaria incompleta	25	24,00
Primaria completa	10	10,00
secundaria incompleta	8	8,00
Secundaria completa	9	9,00
Superior universitaria	7	7,00
	104	100.00
Estado civil	fi	
Soltero (a)	22	20,00
Viudo	38	36
Separado	12	11,50
Casado	28	28,70
Conviviente	4	3,80
Total	104	100,00

Fuente: elaboración propia 2016

En la presente tabla se parecía que el 53,8% de la población es de sexo femenino, y el 46,2% de sexo masculino. El 30,8% de la población tienen edades que van de los 65 a 69 años y de los 70 a 74 años respectivamente, el 42,00% son iletrados, el 28,70% tiene estado civil casados.

TABLA 3

**Distribución de Comorbilidad de los Adultos Mayores Atendidos en la
Microred Buenos Aires de Cayma, Arequipa 2016**

Comorbilidad	fi	%
Morbilidad		
Diabetes	7	6,70
Hipertensión arterial	11	10,50
Cáncer	3	2,80
Renales	2	2,00
Asma	3	3,00
Corazón	2	2,00
Hipertensión + Diabetes	1	1,00
Total Morbilidad	29	28,00
No Comorbilidad	75	72,00
	104	100,00

Fuente: elaboración propia 2016

En la tabla se observa que el 28,0% presenta Comorbilidad, de ellos el 10,5% de los encuestados tienen hipertensión arterial, seguido de diabetes con el 6,7%, las otras patologías de riesgo corresponden a asma, el 3,0%, cáncer 2,8%, problema renales y corazón el 2,0% en cifras iguales y un caso de patología complicada de hipertensión y diabetes con el 1,0%. Los adultos mayores encuestados que no tienen patología son el 72,0%.

TABLA 4

Tabla de Distribución de Frecuencias sobre el Nivel de Conocimientos con respecto a la enfermedad de Influenza en los Adultos Mayores Atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma, Arequipa 2016

Conocimientos	Nivel	fi	%
Enfermedad	Bajo	5	4.80
	Medio	32	30.70
	Bueno	67	64.50
Síntomas	Bajo	65	63.00
	Medio	21	20.00
	Bueno	18	17.00
Tratamiento	Bajo	13	12.50
	Medio	39	37.50
	Bueno	52	50.00
Prevención	Bajo	25	24.00
	Medio	54	52.00
	Bueno	25	24.00
Total		104	100.00

Fuente: elaboración propia 2016

La tabla nos muestra que el 64,5% de adultos mayores, tienen un nivel bueno de conocimientos sobre la enfermedad; el 63,0%, un nivel bajo con respecto a los síntomas, el 50,0% tienen un nivel bueno sobre el tratamiento. Y en prevención el 52,0% de adultos mayores, un nivel medio.

TABLA 5

**Distribución Frecuencias sobre el Nivel de Conocimientos Globales de
Influenza de los Adultos Mayores Atendidos en la Microred Buenos
Aires de Cayma, Arequipa 2016**

Conocimientos		
Global Influenza	N°	%
Nivel Bajo	10	10,00
Nivel Medio	60	58,00
Nivel Bueno	34	32,00
Total	104	100,00

Fuente: elaboración propia 2016

La tabla nos muestra que el 58,0% de adultos mayores, tienen un nivel medio de conocimientos sobre influenza estacional, seguido del nivel bueno con el 32,0%, y con un nivel bajo el 10,0%.

TABLA 6

Distribución de Frecuencia según Año de Vacunación Preventiva contra la Influenza en los Adultos Mayores Atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma, Arequipa 2016

		Práctica preventiva de vacunación	fi	%
2015	Si		84	81,00
	No		20	19,00
2016	Si		76	73,00
	No		28	27,00
Comorbilidad	Si		25	24,00
	No		4	4,00
Sanos	Si		51	49,00
	NO		24	23,00
Si	Otoño		51	49,00
	Invierno		14	13,40
	Primavera		11	10,60
No			28	27,00
		Total	104	100,00

Fuente: elaboración propia 2016

En práctica preventiva contra la influenza estacional se puede observar que el 81,0% de adultos mayores se vacunó en el año 2015, y el año 2016, sólo el 73,0% de los encuestados.

Con respecto a la Comorbilidad se vacunó el 24,0% y de los adultos mayores sanos se vacunó el 49,0%.

La época ideal de vacuna es el otoño, se prepara el sistema inmunitario para proteger al adulto mayor, en esa época se vacunaron el 49,0% .Un 27,0% no practica la vacunación preventiva.

TABLA 7

**Distribución de Frecuencias Según Práctica de Vacunación Preventiva
contra la Influenza en los Adultos Mayores Atendidos en la Microred
Buenos Aires de Cayma, Arequipa 2016**

Práctica preventiva de vacunación	Fi	%
Práctica deficiente	6	5,40
Práctica media	36	35,00
Práctica buena	62	59,60
Total	104	100,00

Fuente: elaboración propia 2016

El 59,6% de adultos mayores tienen una práctica la vacunación contra la influenza, el 35,0% práctica media y solo el 4,5% no practica la vacunación contra esta enfermedad.

TABLA 8

Correlación entre Práctica Preventiva de Vacunación contra la Influenza y Variable Interviniente edad en los Adultos Mayores Atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma , Arequipa 2016

Práctica preventiva de vacunación contra la influenza								
Edad	No práctica	%	Mediana práctica	%	Si practica	%	fi	%
60-64	2	2,00	7	7,00	6	5,40	15	14,40
65-69	2	2,00	13	13,00	17	16,00	32	31,00
70-74	0	.0	10	10,00	22	21,00	32	31,00
75-79	1	1,00	2	2,00	11	10,60	14	13,60
80 a más	1	1,00	4	4,00	6	5,00	11	10,00
Total	6	16,00	36	46,00	62	58,00	104	100,00

Fuente: elaboración propia 2016

Chi cuadrado: 8,885 gl=8 p= 0,352

De los adultos mayores que si practican de vacunación el 21,0% corresponden a la edad de 70-74 años, seguido del 16,0% en edad de 65-69, El 13,0 % que realizan práctica media tiene entre 65-69 años.

Con un valor de $p = 0,352 > a 0,05$, se tiene que no existe relación estadísticamente significativa entre edad y la práctica preventiva de vacunación.

TABLA 9

**Correlación entre Práctica Preventiva de Vacunación Contra la Influenza
y Variable Interviniente Grado de Instrucción en los Adultos Mayores
atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma, Arequipa 2016**

Grado de instrucción	Práctica preventiva de vacunación contra la influenza							
	Práctica				Si			
	No práctica	%	media	%	practica	%	fi	%
Iletrado	3	3,0	15	14,0	27	26,0	45	43,00
Primaria incompleta	1	1,0	5	4,9	4	4,0	10	9,90
Primaria completa	0		2	2,0	7	7,0	9	9,00
secundaria incompleta	2	2,0	11	10,6	12	10,5	25	23,10
Secundaria completa	0		2	2,0	6	6,0	8	8,00
Superior universitaria	0		1	1,0	6	6,0	7	7,00
Total	6	6	36	34,5	62	59,5	104	100,00

Fuente: elaboración propia 2016

Chi cuadrado: 7,591 gl =10 p=0,669

En la presente tabla se aprecia que el 26.0% de los adultos mayores que si realizan la práctica preventiva de vacunación contra la influenza estacional son iletrados.

Con un valor de $p = 0,669 > a 0,05$ se tiene que no existe relación estadísticamente significativa entre grado de instrucción y la práctica preventiva de vacunación.

TABLA 10

Correlación entre Nivel de Conocimientos con respecto a la enfermedad y Practica de Vacunación Preventiva de Vacunación contra la Influenza en los Adultos Mayores atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma, Arequipa 2016

Nivel de Conocimientos Enfermedad	Práctica preventiva de vacunación contra la influenza							
	No		Práctica		Si			
	práctica	%	Media	%	practican	%	fi	%
Bueno	3	3,00	24	23,00	40	38,00	67	64,00
Medio	2	2,00	11	11,00	19	18,00	32	31,00
Deficiente	1	1,00	1	1,00	3	3,00	5	5,00
Total	6	6,00	36	35,00	62	59,00	104	100,00

Fuente: elaboración propia 2016

Chi cuadrado: 2,299 gl =4 p=0,681

En la presente tabla se aprecia que el 38,0% de los adultos mayores que realizan la práctica preventiva de vacunación contra la influenza estacional tiene un nivel de conocimientos bueno.

Con un valor de $p = 0,681 > 0,05$ se tiene, que no existe relación estadísticamente significativa entre conocimientos sobre la enfermedad y la práctica preventiva de vacunación.

TABLA 11

Correlación entre Nivel de Conocimientos con respecto a los Síntomas y Practica Preventiva de Vacunación contra la Influenza en los Adultos Mayores Atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma , Arequipa 2016

Nivel de Conocimientos Síntomas	Práctica preventiva de vacunación contra la influenza							
	No		Práctica		Si			
	práctica	%	Media	%	practican	%	fi	%
Bueno	2	2,0	4	4,00	12	11,0	18	17,00
Medio	0	0	8	8,00	13	12,5	21	20,50
Deficiente	4	4,0	24	23,00	37	35,5	65	62,50
Total	6	6,0	36	35,0	62	59,0	104	100,00

Fuente: elaboración propia 2016

Chi cuadrado: 3,338 gl=4 p=0,503

En la presente tabla se aprecia que el 35.5% de los adultos mayores que realizan la práctica preventiva de vacunación contra la influenza estacional tiene un nivel de conocimientos deficiente respecto a los síntomas.

Con un valor de $p = 0,503 > a 0,05$ se tiene, que no existe relación estadísticamente significativa entre conocimientos sobre los síntomas y la práctica preventiva de vacunación

TABLA 12

**Correlación el Nivel de Conocimientos con respecto al Tratamiento y
Práctica Preventiva de Vacunación en los Adultos Mayores Atendidos
en la Microred Buenos Aires de Cayma, Arequipa 2016**

Nivel de Conocimientos Tratamiento	Práctica preventiva de vacunación							
	No practica		Práctica media		Si practican		fi	%
	practica	%	media	%	practican	%	fi	%
Bueno	1	1,00	15	14,00	36	35,00	52	50,00
Medio	5	5,00	15	14,00	19	18,00	39	37,00
Deficiente	0		6	6,00	7	7,00	13	13,00
Total	6	6,00	36	34,00	62	60,00	104	100,00

Fuente: elaboración propia 2016

Chi cuadrado: 8,267 gl=4 p=0,082

En la presente tabla se aprecia que el 35.0 % de los adultos mayores que realizan la práctica preventiva de vacunación contra la influenza estacional tiene un nivel de conocimientos bueno respecto al tratamiento de la enfermedad.

Con un valor de $p = 0,082 > a 0,05$ se tiene, que no existe relación estadísticamente significativa entre conocimientos sobre los síntomas y la práctica preventiva de vacunación

TABLA 13

**Correlación entre el nivel de Conocimientos con respecto a la
Prevención y la Práctica Preventiva de Vacunación contra la Influenza
en los Adultos Mayores atendidos en la Microred Buenos Aires de
Cayma, Arequipa 2016**

Nivel de Conocimientos Prevención	Práctica preventiva de vacunación							
	No		Práctica		Si			
	práctica	%	media	%	practica	%	fi	%
Bueno	1	1,0	11	11,0	13	13,0	25	24,0
Medio	16	15,0	4	4,0	34	32,0	54	52,0
Deficiente	1	1,0	9	9,0	15	14,0	25	24,0
Total	18	17,0	24	24,0	62	59,0	104	100,0

Fuente: elaboración propia 2016

Chi cuadrado: 1,905 gl =4 p=0,753

En la presente tabla se aprecia que el 32.0% de los adultos mayores que realizan la práctica preventiva de vacunación contra la influenza estacional tiene un nivel de conocimientos medio respecto a la prevención de la enfermedad.

Con un valor de $p = 0,753 > a 0,05$ se tiene, que no existe relación estadísticamente significativa entre conocimientos sobre la prevención y la práctica preventiva de vacunación.

TABLA 14

Correlación entre el Nivel de Conocimientos Global y la Práctica Preventiva de Vacunación contra la Influenza en los Adultos Mayores Atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma , Arequipa 2016

Nivel de Conocimientos Global	Práctica de vacunación preventiva							
	No práctica		Práctica		Si practican		fi	
		%	media	%		%		%
Bueno	2	2,0	11	11,0	21	20,0	34	32,0
Medio	3	3,0	20	19,0	37	36,0	60	58,0
Deficiente	1	1,0	5	5,0	4	4,0	10	10,0
Total	6	6,0	36	35,0	62	60,0	104	100,0

Fuente: elaboración propia 2016

Chi cuadrado: 1,849 gl=4 p=0,763

En la presente tabla se aprecia que el 36.0% de los adultos mayores que realizan la práctica preventiva de vacunación contra la influenza estacional tiene un nivel de conocimientos medio respecto a los conocimientos global sobre Influenza.

Con un valor de $p = 0,763 > a 0,05$ se tiene, que no existe relación estadísticamente significativa entre conocimientos sobre la prevención y la práctica preventiva de vacunación.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

En la tabla 1, se observan las características de los adultos mayores encuestados, es probable que lo concerniente al sexo femenino acudan al establecimiento de salud por factores culturales y por querer mantener y/o recuperar la salud, en cuanto a la edad, se puede aseverar que a mayor edad mayor riesgo de complicaciones, los pacientes asistentes a los establecimientos del MINSA son los del lugar y aparentemente los más vulnerables en cuanto a edad, grado de instrucción y condición socioeconómica. En relación al estado civil, ellos son una generación antigua de condición conservadora por ello los datos presentados. Tuells, en su estudio la edad promedio de 73, años, y el 53,3% mujeres, el 61,1% casados cifras diferentes a nuestro trabajo.

En la tabla 2, Sobre la Comorbilidad presentada se observa que el 1/3 de los adultos estudiados presenta Comorbilidad, aproximadamente uno de cada diez tiene hipertensión arterial, diabetes en la mitad de lo mencionado, las otras patologías también de riesgo como asma, problemas renales, cáncer y otros. Si lo comparamos con Vázquez quien estudio sobre los casos probables de influenza AH1N1 se presentaron en adultos de sexo femenino al igual que lo nuestro, y no encontró relación entre factores de riesgo y AH1N1 en pacientes con asma, diabetes melitos, hipertensión arterial, problemas bronquiales.

En la tabla 3, nos muestra que más de la mitad de los adultos mayores, tienen un nivel bueno de conocimientos, probablemente porque su asistencia al establecimiento lo ha sensibilizado con respecto a la existencia de la enfermedad; sin embargo, existe un porcentaje del nivel de medio que afectaría irreversiblemente a los adultos mayores y con un nivel bajo cuatro de cada diez entrevistados desconoce sobre la enfermedad colocándolo en riesgo de enfermar y morir. Al mismo tiempo los estudiosos sobre el tema como Soria, evalúa la guía de atención al paciente con Influenza donde se consideran el rol de la comunicación e información en la prevención de la influenza. Es oportuno mencionar que el mayor porcentaje de adultos identifican a la gripe porcina y de allí parte su conocimiento. Sin embargo el nivel de conocimientos en síntomas es deficiente, en tratamiento bueno y prevención medio. estos conocimientos favorecen y evitan la morbimortalidad en caso de presentase influenza en el adulto mayor.

Sin embargo, Osorio considera que las inequidades sociales de las personas, los cambios climáticos son un riesgo ya que el virus de la influenza serán un riesgo permanente para la seguridad de la humanidad ya que las mutaciones nos puede variar la sintomatología de casos inaparentes hasta las formas graves de influenza, asimismo considera que la tecnología ha avanzado, la vacunación ha avanzado, pero la disposición de vacunas frente a una mutación no están disponibles frente a una nueva cepa y con mayor riesgo en países en desarrollo.

En la tabla 4, en cuanto al conocimiento global sobre influenza en el adulto mayor, la tabla nos muestra que más de la mitad de los adultos mayores, tienen un nivel medio de conocimientos sobre influenza estacional, considero que es un resultado preocupante, ya que el adulto mayor por sus características de vulnerabilidad ya es un riesgo sin influenza asimismo los que tienen un nivel bajo, pueden representar el caso índice de un brote de influenza.

En las tablas 5 y 6, en la práctica preventiva de vacunación contra la influenza estacional se puede observar que ocho de cada diez de los adultos mayores se vacunaron en el 2015, y en 2016, e siete de cada diez de los encuestados. Es posible vincular a los adultos mayores que opinaron que las dosis de la vacuna contra la influenza son dos. Sin embargo, los más interesados en recibir la vacuna son los que tienen Comorbilidad, de ellos quedo un 4,0% quedo sin vacunarse y de los que se vacunaron casi la mitad de ellos. Se deben analizar algunos factores que son influyentes en una vacunación, primero la disponibilidad del insumo (vacuna) a partir del mes de abril o mayo, estación del pre invierno cuando ya se presentan casos de infecciones respiratorias agudas, lo que no permite la aceptación de la vacuna y por otro lado la falta del biológico durante los primeros meses del año. Propone BOADO sobre la fabricación de una vacuna universal de protección a través de dirigir la respuesta inmune del huésped hacia regiones más conservadas del virus. A diferencia de Vázquez no encontró relación entre factores de riesgo y Comorbilidad en la edad adulto. Asimismo Gonzales no parece ser efectiva en el momento de pandemia, pero si los antivirales y medidas preventiva higiénico dietéticas.

En la tablas 7,8 obre la relación del conocimiento con las variables intervinientes edad, sexo, grado de instrucción , No se obtuvieron resultados de relación con ninguna de los indicadores, quiere decir que los adultos mayores en cualquier edad, con diverso grado de instrucción, y de ambos sexos, además de Comorbilidad no están relacionados con la practica preventiva de vacunación, es probable que exista algún influyente en la práctica de la vacunación que requiere ser estudiado y ser complementado con algunas experiencia exitosas que deben difundirse para mejorar el conocimiento de varios temas. Vázquez en su estudio encontró que no existe relación con la Comorbilidad, Guaña en su estudio concluye que la influenza debe ser vigilada y es importante las medidas familiares que se adopten para no contagiar.

En las tablas 9, 10, 11 y 12, de los adultos mayores que practican la vacunación contra la influenza estacional tienen conocimientos de medio a buenos en relación a la enfermedad, tratamiento, prevención, no así en sintomatología, se debe probablemente a la recepción de conocimientos en los establecimientos de salud. Este aspecto debe hacer recapacitar al personal de salud sobre brindar una información completa y/o mejorar la escucha activa y utilizar el lenguaje adecuado en todas las sesiones educativas y en toda entrevista que se tenga con los adultos mayores.

Se debe aprovechar el interés que tienen los involucrados en mantener la salud.

En la tabla 13, de los adultos mayores de práctica de vacunación más de la mitad tienen conocimientos de medio a bueno. Siendo un grupo vulnerable por sus características personales, físicas, psicológicas y fisiológicas un caso de influenza puede desencadenar un brote de la patología y la muerte de los afectados. Es importante destacar a Hernández quien concluye que una buena práctica de vacunación tendría efecto en el aumento de las tasas de vacunación entre el personal de salud, y al estar convencidos de la importancia de la vacunación, pueden disminuir/ anular la posibilidad de presentarse casos de influenza entre personal de salud y adultos mayores.

CONCLUSIONES

- PRIMERA:** Se determinó que más de la mitad de los adultos mayores atendidos en la Microred de Salud Buenos Aires de Cayma tienen un nivel medio de conocimientos.
- SEGUNDA:** Se determinó que más de la mitad de los adultos mayores atendidos en la Microred de Salud Buenos Aires de Cayma si practican la vacunación contra la influenza estacional.
- TERCERA:** No existe relación entre nivel de conocimientos sobre la enfermedad y la práctica preventiva de vacunación contra la influenza estacional en adultos mayores atendidos en la Microred de Salud Buenos Aires de Cayma.
- CUARTA:** No existe relación entre nivel de conocimientos sobre los síntomas y la práctica preventiva de vacunación contra la influenza estacional en los adultos mayores atendidos en la Microred de Salud Buenos Aires de Cayma.
- QUINTA:** No existe relación entre el nivel de conocimientos sobre el tratamiento y la práctica preventiva de vacunación contra la influenza estacional en los adultos mayores atendidos en la Microred de Salud Buenos Aires de Cayma.
- SEXTA:** No existe relación entre el nivel de conocimientos sobre la prevención la práctica preventiva de vacunación contra la influenza estacional en adultos mayores atendidos en la Microred de Salud Buenos Aires de Cayma.
- SÉPTIMA:** No existe relación entre el nivel de conocimientos global y la práctica preventiva de vacunación contra la influenza estacional en adultos mayores atendidos en la Microred de Salud Buenos Aires de Cayma.

RECOMENDACIONES

1. El servicio de triaje de la Microrred de Salud Buenos Aires de Cayma debe de implementar la captación de los adultos mayores en época de vacunación contra la influenza estacional y evitar oportunidades perdidas actuando con empatía y propiciando un clima de confianza, seguridad y respeto.
2. El personal profesional de enfermería de la Microrred de Salud Buenos Aires de Cayma deberá asumir su rol educador sobre la influenza estacional en síntomas, tratamiento y en prevención antes de la aplicación de la vacuna contra la influenza. y practicas saludables como lavado de manos, consumo de alimentos saludables, actividad física en el adulto mayor.
3. A los estudiantes de enfermería realizar estudios de intervención sobre la influenza estacional, perfiles epidemiológicos de la influenza estacional , en los diversos grupos etareos para identificar factores de riesgo y plantear estudios de intervención para incrementar el nivel de conocimientos de los adultos mayores.
4. La responsable de calidad de la Microrred de Salud Buenos Aires de Cayma debe realizar auditoria de registros de historia clínica si existen infecciones respiratorias agudas y determinar la presencia de patologías como influenza en el adulto mayor .

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Centro de del control de enfermedades (CDC) Impacto de las vacunas en el mundo, recomendaciones para los niños en Estados Unidos. 1990-1998
2. Morbi- Mortalidad 1999; 48:243-248. El Valor de la vacunación 2003; 21:596-600
3. Análisis Descriptivo De La Vacunación Antigripal En España. Evolución Farmacoeconómica Período 2002 – 2007. Jorge Vázquez Valcuende Valladolid, 2009
4. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile , 2016. disponible en <http://web.minsal.cl/vacunacion-influenza-2016/>
5. Guías de la OMS para el uso de vacunas y antivíricos en las pandemias de influenza , 2005. disponible en http://www.who.int/influenza/resources/documents/WHO_CDS_CS_R_RMD_2004_8es.pdf . visitado el 01/10/2016
6. OMS. Gripe estacional disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/es/> Nota descriptiva N°211
Marzo de 2014
7. MINSA .Gerencia Regional de Salud (oficina de Epidemiología)2016
8. PK. Influenza, h1n1, casos, muertes, nuevas estimaciones- EEUU. BOLIPK.2009; 19 (40): p. 313. Disponible en: <http://files.sld.cu/influenzaporcina/files/2009/11/boletin-ipk.pdf> visitado el 04/09/2016
9. Instituto Nacional de Salud Pública. Importancia e las vacunas en adultos mayores disponible en <https://www.insp.mx/noticias/decisiones-en-salud-publica.html>
10. Parodi, José <http://rpp.pe/lima/actualidad/adultos-mayores-deben-vacunarse-contr-la-influenza-antes-del-invierno-noticia-480346>

11. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores Norma técnica de salud para la atención integral de salud de las personas adultas mayores: N.T.S. No. 043-MINSA/DGSP-V.01 / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Atención Integral de Salud – Lima: Ministerio de Salud; 2006.Lima.
12. OPS BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO SEMANAL ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Agosto 19 de 2005, No.33, 2005, 80, 279-287 1 Vacunas contra la influenza disponible en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=15635&Itemid=4318 , visitado el 04/09/2016
13. MINSA. oficina de estadística de la Microred Buenos Aires de Cayma. 2016 . consultado el 09/08/2016
14. BOADO L. Desarrollo de vacunas de nueva generación contra el virus de influenza” Buenos Aires –Argentina, 2009.
15. HERNÁNDEZ VARGAS M. Análisis de las variables de aceptación de la vacuna contra a influenza en el personal de salud caso hospital general de Cadereyta .Santiago de Querétaro –México, 2013.
16. GONZÁLEZ VALDÉS L. y Cols. La influenza A (H1N1): Estado actual del conocimiento. Pinar del Río, 2010.
17. TUELLS P.; Caballero E.; MONTAGUD PENADÉS Y NOLASCO BONMAT A. Conocimiento sobre la inmunización en adultos mayores de 64 años: actitud hacia las vacunas frente a gripe, neumococo y tétanos, 2010.
18. ROSADO QUIAB U.; Angulo Gonzales M. A- Nieto Martínez Á. Características clínicas de los pacientes atendidos en el IMSS por influenza tipo A (H1N1) durante el brote de abril a agosto del 2009 en Mérida Yucatán,2010.

19. GONZÁLEZ JUÁREZ X. Fomento del autocuidado para prevenir infecciones respiratorias agudas en el adulto mayor y su red social en la Colonia Calera Chica, Jiutepec, Morelos, 2009 .
20. GUAÑA, J. (2010) Actitudes y prácticas del personal de Enfermería que labora en el Hospital San Luis de Otavalo sobre la atención a pacientes con AH1N1.2010TORAL, A. Et al "Influenza A H1N1: reporte de un caso "Lima, 2013.
21. SORIA J. Guía para el manejo de pacientes con la nueva influenza a (H1n1) Lima, 2009.
22. OSORES FERNANDO y Cols. "Un nuevo virus A/H1N1, una nueva pandemia: Influenza un riesgo permanente para una humanidad globalizada" Lima,2009
23. Teorías de Enfermería. Orem d. nursing: concepts of practice. 5 th ed. St. Louis: Mosby –Year Boo, 1995.
24. MARRINER Tomey A. y Alligor Mr. Modelos y Teorías de Enfermería Ed. Elsevier, España 2007 6ta Edición
25. HENSEN J. " Teoría Del Conocimiento" Santa Fe de Bogotá, Colombia 120,1996
26. LOCKE. Tipo de Conocimiento. <http://www.tiposde.org/cotidianos/53-tipos-de-conocimiento/>
27. RODRÍGUEZ, M. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión,2002.
28. OMS. Influenza, La Importancia de la Vacunación Contra El Virus de la Influenza
29. GONZÁLEZ JUÁREZ X. Fomento del autocuidado para prevenir infecciones respiratorias agudas en el adulto mayor y su red social en la Colonia Calera Chica, Jiutepec, Morelos ,2009.
30. MINSA, NT 80-2016-V4 Esquema Nacional de Vacunación Nacional.2016
31. Vacunación disponible en <http://www.sanofipasteur.co.cr/principios-de-la-vacunacion/i-que-es-la-vacunacion-i>

32. Castillo-Solórzano C.; Jon Andrusii M. y Roses Periago. El desarrollo de nuevas vacunas: generación de información para la toma de decisiones disponible en Rev Panam Salud publica vol.15 n.1 Washington Jan. 2004 disponible <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892004000100001>
33. Dirección General de Epidemiología México 2014
34. Navarro Valdivieso Luz: Proceso de atención de Enfermería en el acto vacunal 2006
35. MINSA a combatir la influenza. Disponible en <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2015/influenza/index.asp>
36. OMS Influenza Estacional disponible en https://www.google.com.pe/search?q=rol+de+la+enfermera+en+vacunacion&rlz=1C1AOHY_esPE709PE709&oq=Rol+de+la+enfermera+en+vacunaciones&aqs=chrome.1.69i57j0l2.10293j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8#q=influenza+estacional+oms
37. GUÍA PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON LA NUEVA INFLUENZA A (H1N1)* Jaime Soria^{1,2,a}, Lely Solari^{1,3,a}, César Cabezas^{1,3,4,a}, Eduardo Ticona^{1,2,4,b} Rev Perú Med Exp Salud Publica. 2009; 26(3): 349-
. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n3/a14v26n3>
38. MINSA Ministerio de Salud. Directiva sanitaria para la atención, diagnóstico y tratamiento de Influenza en los establecimientos de salud a nivel nacional en la etapa de mitigación de la pandemia de Influenza por virus A (H1N1). Lima: MINSA; 2009.
39. OMS Guía para la recolección de pruebas humanas para diagnóstico de infecciones por influenza tipo aviar Geneva: 2005.
40. OMS CDC Protocolo de reanimación RTPCR para influenza A (H1N1). Geneva: WHO; 2009.
41. Instituto Nacional de Salud. Baja sensibilidad de la prueba de inmunofluorescencia indirecta para el diagnóstico de la nueva Influenza A (H1N1). Bol Inst Nac Salud. 2009; 15(7-8): 181.

42. MINSA Ministerio de Salud; 2006.Lima disponible en <http://www.minsa.gob.pe/portada/prevencion/ef/influenza.asp>
42. Características del adulto mayor, disponible en http://www7.uc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/html/mayor/desarrollo.htm
43. Principales causas de muerte en adultos mayores de América. Disponible en http://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=654:principales-causas-muerte-adultos-mayores-america&catid=566&Itemid=212
44. EL ADULTO MAYOR ANTE SITUACIONES CATASTRÓFICAS Buenos Aires, mayo de 2009, disponible en http://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/gabriel_martinez.pdf
45. Definiciones y Conceptos en estadísticas de salud argentina Dirección de Estadísticas e información de salud <http://www.deis.gov.ar/definiciones.htm>. (Revisado 21-08-2016)
46. Factores socio económicos y de servicios de salud asociados con la mortalidad materna en sierra leona una revisión revista científica biomédicas 1990 pág. 49-64
47. MINSA Plan nacional de vacunación contra la Influenza Ah1N1 2010
48. OMS Inmunizaciones. www.who.int/topics/immunization/es/
49. Definición de variable interviniente .disponible en <http://cortesfloresjannegeraldine.blogspot.pe/2010/12/variable-interviniente-es-aquella-que.html>
50. DEFINICIÓN DE PRÁCTICA Concepto y significado 2005. disponible en <http://definicion.de/practica/#ixzz3ZZhctYpw..>, visitado el 10/07/2016
51. HERNÁNDEZ R. Metodología de la investigación. Edit. Mc <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>

- 52.** RIVERA M. Factores socioeconómicos relacionados con anemia en adultos mayores de la Microred de Salud Buenos Aires de Cayma, Arequipa, 2014.
- 53.** Formato de consentimiento informado. Disponible en http://disenomovil.mobi/proyectos217/cele/wp-content/uploads/sites/10/2014/06/Formato_Consentimiento-1.jpg

Anexos

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN CONOCIMIENTOS SOBRE VACUNACIÓN DE INFLUENZA ESTACIONAL

Buenos días, agradezco su participación que posibilitará una base de datos relacionados a la vacunación contra la influenza en el adulto mayor, debe Ud. Contestar las preguntas con un aspa (X) en la opción que se asemeje a su realidad.

DATOS GENERALES :

I. FACTORES DEMOGRÁFICOS

- **Sexo** : Varón () Mujer ()
- **Edad**: 60- 64 () 65-69 () 70-74 () 75-79 () 80 + ()
- **Nivel de Instrucción** : Iltrado () Primaria completa () Secundaria completa ()
Primaria incompleta () Secundaria incompleta ()
- **Estado Civil** : Soltero (a) () Viudo(a) () Separado (a) () Casado (a) ()
Conviviente (a) ()
- Comorbilidad : Si _____ No ()

II. CONOCIMIENTOS

1. ¿Ha escuchado en algunos medios de comunicación sobre la influenza ?
Si () No ()
2. ¿La influenza es conocida también como gripe? Si () No ()
3. ¿La influenza es conocida como gripe porcina? Si () No ()
4. ¿La influenza/ gripe es una enfermedad de inicio en las aves y cerdos?
Si () no ()
5. ¿La influenza /gripe es una enfermedad respiratoria muy contagiosa que puede afectar al adulto mayor? Si () No ()
6. ¿La influenza /gripe es una enfermedad que puede provocar muertes?
Si () No ()

7. ¿La influenza / gripe se contagia por gotitas de saliva, cuando estornuda o tose? Si () No ()
8. ¿La persona sospechosa de influenza/gripe presenta fiebre, dolor de cabeza, dolor de huesos, flujo en la nariz? Si () no ()
9. ¿La influenza/gripe tiene inicio rápido y grave? Si () no()
10. ¿La diarrea y los vómitos también pueden acompañar a la influenza/gripe? Si () no()
11. ¿La influenza/gripe si no es tratada se puede complicar con Neumonía? Si () No ()
12. ¿El tratamiento de la influenza/gripe requiere de medicamentos? Si () No ()
13. ¿Las Influenza /gripe pueden prevenirse con el lavado de manos? Si () No ()
14. ¿Ha escuchado hablar de una vacuna contra Influenza? Si () No ()
15. ¿La aplicación de la vacuna contra la gripe es en invierno? Si () No ()
16. ¿De presentarse un caso de influenza /gripe se evitar la concentración de personas? Si () No ()
17. ¿El virus de la influenza/ gripe puede quedarse en las manos de una persona cuando estornuda? Si () No ()
18. ¿Conoce si las personas con cáncer, presión alta y diabetes deben vacunarse contra la influenza obligatoriamente? Si () No ()
19. ¿Usted sabe cuantas veces al año se debe aplicar la vacuna contra de influenza/gripe? Una () dos () tres ()

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE VACUNACIÓN DE INFLUENZÁ ESTACIONAL

(DATOS SE OBTENDRÁ DEL CARNET DEL ADULTO MAYOR)

Código _____

(1) Fecha de vacunación: 2015 _____ 2016 _____

Solo para el 2016

(2) Vacunado en: Abril-Mayo Si () no ()

(3) Vacunado en: Junio - Julio Si () no ()

(4) Vacunado en: Agosto -Noviembre Si () no ()

ANEXO 3

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado señor:

Me encuentro realizando un proyecto de investigación a cerca de la práctica de la vacunación contra la influenza estacional en el adulto mayor.

El objetivo del proyecto es identificar el nivel de conocimientos relacionados con la práctica preventiva de vacunación contra la influenza estacional en los adultos mayores atendidos en la Microrred Buenos Aires de Cayma.

A continuación se realizará una entrevista la que usted deberá contestar con la mayor veracidad con un aspa (x) la que más se acerque a su forma de actuar y pensar.

CONSENTIMIENTO

Fecha _____

Nombre _____

Autoriza la entrevista Si () No ()

Firma del encuestado _____

Número de DNI _____

Virus Causantes de Epidemias

ANEXO 4

EPIDEMIAS DE INFLUENZA

PANDEMIA (FECHA Y NOMBRE COMÚN)	ÁREA DE EMERGENCIA	SUBTIPO DE VIRUS DE INFLUENZA A	NÚMERO REPRODUCTIVO ESTIMADO ³¹ (Ro)	TASA DE MORTALIDAD ³² ESTIMADA	ESTIMADO DE MORTALIDAD A NIVEL MUNDIAL	GRUPOS DE EDAD MÁS AFECTADOS	PÉRDIDAS ECONÓMICAS (PIB, PORCENTAJE DE CAMBIO)
1918-1919 Influenza española	Desconocida	H1N1	1.5-1.8	2-3%	40-100 millones	Adultos jóvenes	-16.0 a 2.4
1957-1958 Influenza Asiática	Sur de China	H2N2	1.5	<0.2%	1-4 millones	Niños	-3.5 a 0.4
1968-1969 Influenza de Hong Kong	Sur de China	H3N2	1.3-1.6	<0.2%	1-4 millones	Todos los grupos de edad	-0.4 a (-1.5)
2009-2010 Influenza A (H1N1) 2009 o Influenza Porcina	EUA y México	H1N1	1.4-1.6 ³³ 2.0-2.6 ³⁴	0.01-0.06% ³⁵	14,286 (confirmadas; ECDC) ^{36, 37} ≥8,768 (confirmadas; OMS) ³⁸	Adultos jóvenes	No disponible
Influenza estacional (se presenta cada año)	Todo el mundo	A(H1N1), A(H3N2), B	1.3	<0.1%	300,000-500,000 al año	Niños y adultos mayores	No disponible

ANEXO 4

Matriz del Instrumento

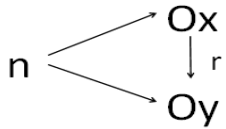
Variable	Indicadores	Sub indicadores	Número de ítems	Instrumento	Valoración	Escala
Variable X Conocimientos sobre Influenza	Concepto Sintomatología Tratamiento Prevención		1,2,3,4.5.6,7,19 8,9,10 11,12,13 14,15,16,17,18	Cuestionario	Bueno Medio Deficiente	Nominal
Variable Y Practica de la vacunación	Practica de vacunación Practica mediana No practica vacunación	Si No	1-2	Ficha de recolección de datos	Si Práctica Práctica mediana No practica	Nominal
Variable Intervinientes	Edad Grado de instrucción	60- 64 65-69 70-74 75-79 + de 80 años Iletrado Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Superior universitaria				Ordinal Ordinal

ANEXO 5

Matriz de Consistencia del Estudio de Investigación

Título. Nivel de conocimientos y prácticas de la vacunación de Influenza estacional en adultos mayores que se atienden en la Microred Buenos Aires.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	POBLACIÓN	METODOLOGÍA
<p style="text-align: center;">INTERROGANTES ESPECÍFICAS</p> <p>¿Cuáles son las características generales con respecto a edad, estado civil, grado de instrucción, Comorbilidad de los adultos mayores atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma?</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre la vacunación de la influenza estacional en adultos mayores atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma?</p> <p>¿Cuáles son las practicas sobre la vacunación de la influenza estacional en adultos mayores atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma?</p> <p>¿Cuál es la relación entre conocimientos sobre enfermedad y la práctica de vacunación de influenza en adultos mayores atendidos en la Microred Buenos Aires de</p>	<p style="text-align: center;">GENERAL</p> <p>Identificar el nivel de conocimientos relacionado a la práctica de vacunación de influenza estacional en los adultos mayores atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma, Arequipa 2016</p> <p style="text-align: center;">OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>Determinar el nivel de conocimientos sobre la vacunación de la influenza estacional en adultos mayores atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma</p> <p>Determinar las practicas sobre la vacunación de la influenza estacional en adultos mayores atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma</p>	<p style="text-align: center;">HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>Dado que los adultos mayores que se atienden en los establecimientos de la Microred de Buenos Aires de Cayma tienen deficientes conocimientos y no practican la vacunación de influenza estacional, es probable que se puedan presentar casos de Influenza en este grupo etáreo el distrito.</p> <p style="text-align: center;">HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <p>H1. .El nivel de conocimientos es deficiente sobre la vacunación de influenza estacional en adultos mayores que se atienden en la Microred de Buenos Aires de Cayma</p> <p>H2. No practican la vacunación contra la influenza estacional en los adultos mayores que se atienden en la Microred de Buenos Aires de Cayma</p>	<p>VARIABLE X :Conocimiento sobre Influenza</p> <p>Indicadores:</p> <p>Conceptos de la enfermedad</p> <p>Sintomatología</p> <p>Tratamiento</p> <p>Prevención</p> <p>VARIABLE Y: Practicas de vacunación Indicadores:</p> <p>Practica vacunación</p> <p>No practica vacunación</p> <p>VARIABLE INTERVINIENTE</p>	<p style="text-align: center;">POBLACIÓN</p> <p>La población está conformada por todas los adultos mayores que se atienden en la Microred Buenos Aires de Cayma, en un total de 104 .</p> <p style="text-align: center;">MUESTRA</p> <p>Se trabajará con toda la población de adultos mayores. el tipo de muestreo . Es no Probabilístico Censal</p>	<p style="text-align: center;">TIPO</p> <p>El tipo de investigación es descriptiva, correlacional causal , que pertenece al paradigma positivista, al enfoque cuantitativo porque mide las variables de estudio, corresponde al método expos facto.</p> <p>Según el número de variables es un estudio bivariado</p> <p>Según el número de mediciones es un estudio transversal,</p> <p>Según la temporalidad es un estudio prospectivo</p> <p>Según el lugar donde se realiza la investigación es un estudio de campo,</p> <p>Es una investigación científica porque se basa en teorías, principios y categorías</p>

<p>Cayma?</p> <p>¿Cuál la relación entre conocimientos sobre la sintomatología de la influenza con la práctica de la vacunación de la influenza estacional en adultos mayores atendidos en la Microred Buenos Aires de?</p> <p>¿Cuál la relación entre conocimientos sobre el tratamiento y la práctica de la vacunación de la influenza estacional en adultos mayores atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma?</p> <p>¿Cuál es la relación entre conocimientos sobre prevención la influenza y la practica de la vacunación en adultos mayores atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma</p>	<p>Determinar la relación entre conocimientos sobre enfermedad y la práctica de vacunación de influenza en adultos mayores atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma</p> <p>Determinar la relación entre conocimientos sobre la sintomatología de la influenza con la práctica de la vacunación de la influenza estacional en adultos mayores atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma</p> <p>Determinar la relación entre conocimientos sobre el tratamiento y la práctica de la vacunación de la influenza estacional en adultos mayores atendidos en la Microred Buenos Aires de Cayma</p>	<p>H3. Existe relación entre conocimientos sobre la enfermedad y la práctica sobre la vacunación de la influenza estacional en adultos mayores que se atienden en la Microred de Buenos Aires de Cayma</p> <p>H0.No existe relación entre conocimientos sobre la enfermedad y la practica de vacunación de la influenza estacional en adultos mayores que se atienden en la Microred de Buenos Aires de Cayma</p> <p>H4.Existe relación entre conocimientos sobre la sintomatología y la práctica de la vacunación contra la influenza estacional en adultos mayores que se atienden en la Microred de Buenos Aires de Cayma</p> <p>. H0. No existe relación entre conocimientos sobre la sintomatología y la práctica de la vacunación de la influenza estacional en adultos mayores del distrito de Cayma.</p> <p>H5. Existe relación entre conocimientos sobre el tratamiento de la</p>	<p>Indicadores:</p> <p>Edad</p> <p>Grado de instrucción</p>		<p>ya estudiadas.</p> <p>NIVEL DE INVESTIGACIÓN</p> <p>El diseño es no experimental descriptivo correlacional.</p> <p>DISEÑO</p>  <p>Donde:</p> <p>n: muestra de estudio</p> <p>Ox: Nivel de conocimientos</p> <p>Oy: Vacunación</p> <p>r: Relación entre variables</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>influenza y la práctica de la vacunación de la influenza estacional en adultos mayores que se atienden en la Microred de Buenos Aires de Cayma</p> <p>H0. No existe relación entre conocimientos sobre el tratamiento y la práctica de la vacunación de la influenza estacional en adultos mayores que se atienden en la Microred de Buenos Aires de Cayma</p> <p>H6.Existe relación entre conocimientos sobre la prevención y la práctica de la vacunación de la influenza estacional en adultos mayores del distrito de Cayma.</p> <p>H0.No existe relación entre conocimientos sobre la prevención y la práctica de la vacunación de la influenza estacional en adultos mayores del distrito de Cayma.</p>			
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

ANEXO 6

Plano de ubicación de Arequipa



del distrito de Cayma

