

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la salud
Escuela de Medicina
Hospital Docente Universitario Juan Pablo Pina
Residencia de Medicina Familiar Y Comunitaria

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA
CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DOCENTE UNIVERSITARIO JUAN PABLO
PINA SOBRE INFLUENZA A H1N1 EN EL PERIODO ENERO 2020



Tesis de posgrado para optar por el título de especialista en:

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Sustentante

Dra. Mara Robles Peña

Asesores

Dra. Concepción Aurora Sierra

Dra. Iris Paula

Dra. Claridania Rodríguez Rivera

Los conceptos expuestos en la
presente tesis de posgrado es
de la exclusiva responsabilidad
de la sustentante.

Distrito Nacional 2020

INDICE

Dedicatoria y agradecimiento	2
Introducción	3
Planteamiento del problema	4
Objetivos	5
General	5
Específicos	5
Marco Teórico	6
Historia	6
Definiciones	10
Etiología	11
Clasificación	13
Fisiopatología	14
Epidemiología	16
Síntomas	20
Diagnostico	22
Diagnostico diferencial	28
Tratamiento	28
Prevención	41
Hipótesis	46
Operacionalización de las variables	47
Material y métodos	50
Resultados	53
Discusión	75
Conclusiones	78
Referencias	80
Anexos	83

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

A Dios por ser mi roca firme y mi guía en todo momento. Gracias por ser mi luz en la oscuridad y por darme las fuerzas para seguir adelante cuando ya las mías estaban desgastadas.

A Hospital Juan Pablo Pina, por abrirme las puertas de su recinto para poder realizar mi especialidad, por todos los conocimientos adquiridos y por creer en que tenía la capacidad para formar parte de su equipo.

A la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, por apoyar siempre la educación continuada y confiar en que la Medicina Familiar es la medicina del futuro, gracias por su apoyo incondicional.

A todos los docentes y Doctores que de manera desinteresada nos formaron para hacer de nosotros mejores profesionales y sobretodo hacernos más humanos, para que a cada paciente le brindemos lo mejor de nosotros.

A mis asesores Dra. Aurora Sierra, Dr. Ervin D. Jiménez, Dra. Iris Paula por brindarme su apoyo y conocimientos en este proyecto, a pesar tener muchas obligaciones se tomaron un minuto de su tiempo para darme las pautas necesarias y culminan con éxito esta parte final de la especialidad. Gracias mil.

A mis hijas Zoe y Sarai, ustedes son el motor de mi vida, quienes me motivan a cada día a ser mejor persona, son el motivo de mis alegrías, por ustedes doy mi vida. Gracias por darle esa chispa que le faltaba a mi vida. Las amo con todo mi ser.

A todos mis familiares que siempre han confiado en mí y siempre me han dado su apoyo incondicional, aun en las peores circunstancias. Gracias por nunca soltar mi mano y siempre estar a mi lado. Los amo y cada día me siento más agradecida con Dios por la familia que me ha dado.

A todos mis compañeros de especialidad, que durante esos cuatro años se convirtieron en mi familia, gracias por todos los momentos compartidos, nunca los olvidare, cada uno de ustedes marco mi vida, de una u otra manera.

A todos los pacientes que formaron parte de esta investigación por su colaboración brindada de manera desinteresada, gracias, sin ustedes esto no hubiese sido posible.

Gracias a todos aquellos que de una u otra manera aportaron su granito de arena para que este sueño se hiciera realidad.

Dra. Mara Robles

I. INTRODUCCIÓN

La Influenza es una enfermedad respiratoria aguda causada por alguno de los tres tipos de influenza que se conocen: A, B, C. ¹

La influenza A H1N1 conocida inicialmente como gripe porcina es producida por un virus altamente contagioso, que causa la enfermedad en humanos.² El factor más importante para que se fije el virus es la humedad (Mucosa nasal, boca y ojos).³

El virus de la influenza A H1N1 ha sido el responsable de la primera pandemia del siglo XXI⁴, la cual fue enfrentada por el mundo en el 2009.⁵

Se ha sugerido que este virus está relacionado con el virus que causo la pandemia en 1918 conocida como influenza española, en donde 20-40 porciento de la población mundial fue infectada y ocurrieron alrededor de 50 millones de defunciones. En marzo del 2009 se reportaron en México y Estados Unidos los primeros casos de influenza causadas por un nuevo virus, identificado como A H1N1, posteriormente se presentaron casos en Canadá y se extendió a diversos países y continentes. Ante esta situación el 25 de abril de 2009 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaro el estado de emergencia a nivel internacional y el 11 de julio de 2009 elevo el nivel de alerta fase seis, máxima categoría que indica la existencia de una amplia transmisión entre humano en al menos dos continentes.⁵

Los síntomas del virus de la influenza A H1N1 son parecidos a los síntomas de la gripe común, tales como fiebre, tos, dolor de garganta, secreción nasal, cefalea, escalofríos.

El centro de enfermedades infecciosas de Atlanta (CDC) ha determinado que el virus es altamente contagioso y se está propagando de persona a persona.²

Muchas de las complicaciones que conducen a la hospitalización y a la mortalidad se producen en aquellas personas con enfermedades de base o en mujeres embarazadas.⁴

Los estudios en modelos animales sugieren que el nuevo virus A H1N1 tiene una mayor predilección por el epitelio alveolar que los virus de la gripe estacional.⁴

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Un brote de gripe o influenza puede ocasionar un gran número de personas enfermas en un periodo corto de tiempo, alternando el funcionamiento de la sociedad y sobrecargando los servicios de salud.¹ La Influenza es una enfermedad respiratoria aguda causada por alguno de los tres tipos de influenza que se conocen: A, B, C. ¹

La influenza A H1N1 puede presentarse desde una infección asintomática, hasta una neumonía, que puede amenazar la vida del paciente.

Debido a que el virus de la influenza H1N1 en el 2009 produjo una pandemia, causando 8,557 muertes en la región de las Américas, de las cuales 23 corresponden a nuestro país, se reportaron además 3 fallecidos en el 2011 y 5 en las últimas semanas de mayo del 2013⁵, ha surgido la siguiente pregunta:

¿Cuál es el nivel de conocimiento que tienen los pacientes que asisten a la consulta externa del Hospital Juan Pablo Pina sobre Influenza A H1N1?

III. OBJETIVOS

III.1. General

1. Determinar el nivel de conocimiento y actitudes que tienen las personas que asisten a la consulta externa del Hospital Juan Pablo Pina sobre la Influenza A H1N1.

III.2. Específicos

1. Medir el conocimiento que tienen los pacientes sobre la influenza A H1N1.
2. Determinar características sociodemográficas, tales como: Edad, sexo, escolaridad, procedencia.
3. Conocer si los pacientes saben cuáles son las medidas de prevención para evitar contagiarse con influenza A H1N1.
4. Conocer la actitud de los pacientes frente a la vacuna.
5. Identificar donde los pacientes obtuvieron información sobre la influenza A H1N1.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1 Influenza

IV.1.1 Historia

El virus de la influenza fue aislado, por primera vez, en 1932 y, a partir de este momento, la historia de esta enfermedad ha podido ser registrada y confirmada por estudios de laboratorios.

No existen registros formales de las primeras epidemias por virus de influenza; sin embargo, desde el año 412 a.C. Hipócrates registró un evento epidémico que pudiera corresponder a este mal años después, en 1357 d.C. se acuña el término influenza del latín, por la supuesta relación que tenía la enfermedad con los astros.⁶

El término influenza fue introducido en Italia al inicio del siglo XV para describir una epidemia que fue atribuida a la influencia de las estrellas. El término fue adoptado por los ingleses en el siglo XVIII; durante el mismo periodo los franceses denominaron la enfermedad como la gripe.⁷

En 1485 se establece el primer tratamiento para la enfermedad sudorosa *sweating sickness*, uno de los nombres que se le han dado a la infección por influenza, que consistía en jugo de tabaco, cítricos, eméticos, catárticos y sangrías. Dicho tratamiento presentó, en general, una tasa de mortalidad más alta que la enfermedad en sí.⁶

La primera pandemia reconocida por la mayoría de los autores ocurrió en 1580, se originó en Asia durante el verano y se diseminó, años después, en África y Europa. Esta última región se vio afectada en su totalidad en un periodo de seis meses, después se diseminó en América. La tasa de morbilidad, aunque no se conoce con exactitud, fue muy alta, puesto que se registraron más de 8,000 muertes en Roma y muchas ciudades españolas se reportaron diezmadas.⁶

En términos de números de las víctimas humanas, la pandemia de 1918-19 fue sin precedentes. Estimaciones van de un mínimo de 20 millones de muertes en todo el mundo hasta más del doble de este número. Más de 500, 000 muertes fueron reportadas en los Estados Unidos y en otras partes del mundo fueron iguales y gravemente mayores. Una autoridad estimo 20 millones de

muertes solo en la India. Algunas partes de Alaska y las islas del Pacífico perdieron más de la mitad de su población.

Los reservorios naturales de los virus de la influenza son las aves acuáticas, la adaptación viral a nuevos huéspedes es un proceso que involucra la unión a nuevos receptores de la superficie celular, cambios en el tropismo celular, respuesta inmunológica del huésped y mecanismos de transmisión específicos. El virus A H1N1 (1918) traspasó todas esas barreras para emerger de las aves, de forma simultánea a cerdos y seres humanos.⁶

El virus H1N1 porcino era común encontrarlo en cerdos de América del Norte desde 1930, pero no fue hasta 1976 que este se introdujo a cerdos en Europa. Poco después un nuevo subtipo A H1N1 de origen aviar fue introducido en cerdos europeos y para 1979 este subtipo ya había reemplazado al H1N1 de origen estadounidense.⁶

El nombre dado a la pandemia de 1918-19 fue «flu española»⁷. En 1931 se logra aislar por primera vez la llamada gripe porcina en un cerdo, en Iowa, Estados Unidos.⁸

En 1933 se logra un aislamiento inédito de una gripe humana, en Mil Hill, Londres. En estudios realizados en hurones, científicos se dan cuenta que cuando uno de estos animales se contagia se denota los mismos síntomas que el virus del cerdo de Iowa. Pero a pesar de haber sido previamente expuestos al virus de la gripe humana, no se encuentran inmunes al de la gripe porcina. En 1957 un virus H2N2 provoca un contagio pandémico de gripe en Asia desplazando al virus H1N1 que había circulado entre personas desde 1918. La pandemia cobra poco menos de un millón y medio de víctimas.⁸

1972

Los investigadores Graham Laver y Robert Webster descubren que las aves acuáticas como gansos, patos, y cisnes, son los anfitriones originales del escenario en el que se gesta el virus de la influenza⁸.

1976

Un virus H1N1 salta del organismo de un cerdo a uno humano y mata a un regimiento completo del ejército estadounidense. Sin embargo, el virulento recorrido es frenado y se disipa sin haber ocasionado una potencial pandemia. El temor a una réplica de la pandemia de 1918 motiva a que 48 millones de personas se apresuren a vacunarse contra la gripa porcina. Eventualmente la vacuna se asocia como estimulante del síndrome Guillain-Barré. Alrededor de 530 personas lo contraen y 25 mueren a causa de dicho síndrome.⁸

1977

Un brote de H1N1 aparece en el noreste de China y provoca contagios masivos en cada temporada de frío dentro de los siguientes años. Se desconoce su origen aunque las investigaciones apuntan a un accidente dentro de un laboratorio soviético que pudo haber dejado escapar este virus que se encontraba completamente aislado. A raíz de esto surgen llamaradas pandémicas en China, pero sorpresivamente este virus no sustituye al H3N2 como había sucedido en anteriores escenarios sino que ambos virus circulan paralelamente.⁸

1998

El predecesor directo del virus H1N1 del 2009 H1N1 aparece en la *USMovie Camera*. Es un híbrido entre los virus de gripe humana, porcina, y aviar, y para el siguiente año esta vertiente domina el cuadro de gripas detectadas en cerdos de Estados Unidos. Los granjeros de este país intentan atacar el virus pero tienen poco éxito ya que este cambia las proteínas superficiales rápidamente, lo que hace que las vacunas se vuelvan erráticas, y a la vez mantiene sus genes internos inmutables. El virus H1N1 del 2009 se comporta exactamente de la misma manera lo que dificulta radicalmente su combate.⁸

2004-2006

La gripa H5N1, originalmente identificada como una amenaza para los humanos aparece en Hong Kong y es 2007 se esparce alrededor del mundo, aparentemente transportada por aves que migran de un continente a otro. Aunque esta gripe aviar resulta mortal para la mitad de los humanos infectados, se confirma que no es muy contagiosa entre personas. Rastros de este virus H5N1 se encuentran también en cerdos de Indonesia lo que alarma aún más a los investigadores.⁸

2007-2008

Se esparcen temores de una pandemia y miles de millones de dólares son invertidos en la investigación científica de la gripe aviar. Científicos de Europa y estados Unidos estudian el fenómeno pero Indonesia se niega a compartir los virus aislados que guarda alegando que las vacunas que se desarrollen seguramente no beneficiaran a su población. Esto impide un monitoreo adecuado de la evolución del virus.⁸

Marzo 2009

Los primeros casos de una nueva versión de la gripe porcina se detectan en California y Texas. Investigaciones apuntan a que el virus debe haber comenzado a circular desde enero de este año entre personas.⁸

Abril 2009

Se reportan cerca de 900 casos de una aparente gripe porcina en México. La organización Mundial de la Salud eleva a 4/6 el nivel de alarma frente a una posible pandemia. Estados Unidos invita a sus ciudadanos a evitar viajar a México aunque expertos afirman que este tipo de medidas no incidirá en el eventual esparcimiento del virus.⁸

Mayo 2009

Se confirma que el esparcimiento del virus es menor en rapidez a lo esperado. A pesar de esto la prensa mundial fomenta información distorsionada que alimenta el

pánico masivo en los 5 continentes. Ciudades alrededor del mundo son testigos de despliegues de ciencia ficción como miles de personas utilizando tapabocas y evitando el contacto entre sí.⁸

Junio 2009

Las autoridades europeas comienzan por primera vez a analizar a personas aunque no hayan tenido contacto con ningún lugar de América y con sorpresa detectan casos de contagio. La OMS declara oficialmente la pandemia y la industria farmacéutica se apresura a producir millones de vacunas. El oscuro Tamiflu se perfila como el más popular medicamento.⁸

Julio 2009

El tratamiento con Tamiflu se comprueba insuficiente para combatir la presencia del virus. Científicos comienzan a desarrollar nuevas vacunas. En el hemisferio sur, donde es invierno, el nuevo virus parece remplazar a la tradicional gripe. Países como Argentina y Venezuela se ven afectados y la prensa nuevamente alimenta el escándalo y el pánico masivo.⁸

Septiembre – octubre 2009

Comienza la tradicionalmente sucia guerra entre farmacéuticas y varias aseguran haber desarrollado vacunas que con una sola dosis inmunizan a la persona. Aparentemente estas han tomado en cuenta el antecedente de 1977 para reavivar una inmunidad pre existente. El invierno se acerca en el hemisferio norte, y a pesar de que la población de los países nortños se muestra más tranquila frente a una segunda ronda del virus, la prensa nuevamente instiga al cuidado excesivo y esto detona una vacunación masiva.⁸

IV.1.2. Definiciones

Es una enfermedad respiratoria contagiosa producida por los virus de influenza.¹⁰

Es una enfermedad respiratoria aguda causada por los virus de la gripe, que afecta a las porciones superiores, inferiores o ambas de las vías respiratorias.¹¹

Es una enfermedad respiratoria aguda causada por alguno de los tres tipos de la influenza que se conocen: A, B, C.¹

Definición de caso de H1N1

Caso sospechoso: Es una persona con un cuadro febril respiratorio agudo, que inicia dentro de los siete días de un contacto cercano con una persona o caso confirmado o que tiene siete días de haber viajado a un lugar o país donde hay más de un caso confirmado de influenza A, tipo H1N1, o que reside en una comunidad donde hay uno o más casos confirmados.¹

Caso probable: Es una persona con enfermedad respiratoria aguda y una prueba confirmada de laboratorio positiva al virus de la influenza A.¹

Caso confirmado: Es una persona con cuadro febril respiratorio agudo confirmado por laboratorio como positivo para el virus de influenza A H1N1.¹

Epidemia: Un brote (aumento en el número de casos sobre lo esperado) de una enfermedad en una comunidad, población o región.¹²

Pandemia: Epidemia con distribución mundial afectando cientos de personas a través de muchos países.¹²

IV.1.3 Etiología

Los virus de la influenza pertenecen a la familia orthomyxoviridae¹⁴, género influenza virus con base en los antígenos proteicos de la nucleocápside y de la proteína M, los virus de la influenza se dividen en tres tipos: A, B, C.¹⁵

Esta denominación se basa en las características antigénicas de la nucleoproteína y de la matriz.¹⁴

Los virus de la influenza A se subdividen según dos antígenos de superficie: hemaglutinina (H) y neurominidasa (N). Cada una de estas cepas también por el lugar de origen, número de aislamiento, año de aislamiento y subtipo.¹⁴

Los virus B y C se denominan de forma similar, pero los antígenos H y N de estos virus no reciben denominaciones de subtipo, ya que las variaciones intratipo de los antígenos H y N de los virus de la gripe B y C son menos amplias.¹⁴

El virus influenza A infectan humanos, aves, cerdos y caballos, los B y C solo infectan humanos. Las aves son los huéspedes naturales y los virus que afectan a humanos son derivados de virus de aves que posiblemente sufrieron recombinaciones en cerdos antes de infectar humanos.¹⁵

El virus de la influenza A fue aislado en 1933 y el B en 1940, momento en que se desarrolló la vacuna, la influenza C se aisló en 1951.¹⁵

El tipo A puede presentarse hasta en 144 combinaciones, desde H1N1 hasta H16N9¹⁵, ya que se han se han identificado 16 subtipos HA (H1-H16) y 9 subtipos NA (N1- N9). En cuanto a los virus de influenza B, solo se ha identificado un subtipo HA y otro NA. Los virus de influenza B no se dividen en subtipos ni producen pandemias. El virus de influenza C se asocia a infecciones esporádicas, a menudo asintomáticas, con escasa o nula mortalidad, por lo que no constituye un problema de salud pública. Desde el punto de vista de salud pública, el de mayor importancia es el virus de la influenza tipo A, que tiene la capacidad de infectar a humanos y algunas especies animales tales como aves y cerdos, entre otros.¹⁷

El tipo A se asocia a enfermedad moderada o severa y afecta a todos los grupos de edad, el tipo B es menos grave y afecta más a los niños y el C se reporta raramente en humanos y probablemente muchos casos son subclínicos, principalmente en la infancia.¹⁸

La mayor parte de la información sobre la biología molecular de los virus de la gripe procede de estudios realizados con el virus A; se sabe menos sobre el ciclo de replicación de los virus B y C.¹⁴

Morfológicamente los virus de la influenza A, B y C son similares. Los viriones son partículas esféricas irregulares de 80 a 120 nm de diámetro con una envoltura lipídica en cuya superficie sobresalen formando proyecciones las glicoproteínas H y N.¹⁵

La hemaglutina (aglutina eritrocitos),¹⁵ es el sitio utilizado por el virus para fijarse a los receptores celulares¹⁴, es el encargado de la entrada del virus y de la fusión de la membrana celular de una célula infectada con la membrana celular de una célula sana.¹⁵ La neurominidasa desintegra el receptor y probablemente interviene en la liberación del virus por las células infectadas, una vez ocurrida la replicación.¹⁴

Los anticuerpos dirigidos contra el antígeno H son los principales determinantes de la inmunidad contra el virus de la gripe, mientras que los anticuerpos contra el antígeno N reducen la propagación del virus y contribuyen a limitar la infección. El virion contiene también el antígeno NP, que se asocia al genoma del virus, así como tres proteínas polimerasas (P) esenciales para la transcripción y síntesis de ARN viral. Además, en las células infectadas hay dos proteínas no estructurales (NS) de función desconocida. El genoma de los virus de la gripe A y B consta de ocho segmentos de ARN viral monocatenario que codifican las proteínas estructurales y no estructurales. Como el genoma está segmentado, la posibilidad de un reordenamiento de los genes durante las infecciones es elevada y este fenómeno ha podido observarse con frecuencia en células infectadas con más de un virus de la gripe A.¹⁴

IV.1.5. Clasificación

Hay cuatro tipos de influenza:

La Influenza estacional: Es una enfermedad viral aguda muy contagiosa. En general, la mayor parte de los casos se recuperan en 3 a 7 días pero los ancianos o personas con enfermedades crónicas degenerativas (pulmonares, cardíacas, renales, diabetes) pueden presentar complicaciones graves como la neumonía, empeoramiento de cuadros bronquíticos y/o asmáticos, sinusitis y otitis media.¹⁶

La Influenza aviar: La influenza aviar, llamada también «gripe de los pollos», es la infección respiratoria en las aves, causada por un gran grupo de virus de la gripe que afecta principalmente a las aves y que son diferentes a los que causan la influenza estacional. Se encuentra presente en países de Asia, África y algunos otros.¹⁶

La influenza A (H1N1): Es el virus que está causando la epidemia actual en varios países y que básicamente se presenta como una infección respiratoria aguda febril (fiebre igual o mayor de 38 °C), que se manifiesta con síntomas similares a la enfermedad tipo influenza (ETI) o presenta cuadros clínicos más severos.¹⁶

La influenza A H1N1 2009 también conocida como influenza porcina es un nuevo virus de influenza que provoca una enfermedad en las personas. Este nuevo virus

se detectó por primera vez en seres humanos en los Estados Unidos en abril del 2009. El 11 de 2009 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que se produciría una pandemia de la influenza H1N1 2009.¹⁹

Originalmente este virus se denominó influenza porcina porque las pruebas de laboratorios indicaron que muchos de los genes del virus eran similares a los virus de la influenza que normalmente aparecen en los cerdos de América del Norte. Pero estudios posteriores han demostrado que el virus H1N1 2009 es muy diferente al que circula normalmente entre los cerdos de esta región. Este cuenta con dos genes de virus de influenza que generalmente aparecen entre cerdos de Europa y Asia, además de genes de aves y genes humanos. Los científicos lo llaman virus reordenado cuádruple.

Este virus es contagioso y se disemina de persona a persona a través de la tos, el estornudo o en la conversación con personas con influenza,¹⁸ estas gotitas al ser inhaladas depositan un inoculo infeccioso en el epitelio de las vías respiratorias.¹⁸

La influenza pandémica: La influenza pandémica o pandemia de influenza, se caracteriza por afectar a las personas ubicadas en áreas extraordinariamente extensas, ocurren en dos o más continentes. Las pandemias de influenza son eventos singulares de enfermedad respiratoria infecciosa que pueden propagarse a todos los países del mundo en el transcurso de unos meses y generar una elevada demanda general de medidas preventivas y terapéuticas.¹⁶

IV.1.6. Fisiopatología

El virus entra al organismo a través de la nariz, garganta y los ojos. El periodo de incubación usualmente es de dos días, pero puede variar de uno a cinco días.²⁰

A veces, las personas se pueden contagiar al tocar algo infectado con el virus de la influenza, como una superficie,¹⁹ donde puede sobrevivir entre cuarenta y ocho y setenta y dos horas y mantiene su capacidad de contagio,¹⁶ o un objeto y al tocarse luego la nariz o la boca.¹⁹ El virus puede viajar hasta un metro dentro de las gotitas de saliva que se expulsan al hablar, toser o estornudar.¹⁹ El virus puede ser destruido por la luz del sol, el jabón y el cloro.¹⁶ Las personas infectadas contagian el virus desde un día antes de enfermarse hasta cinco a siete días posteriores al

inicio de la enfermedad. Este periodo puede ser más largo en algunas personas, especialmente en los niños y las personas con sistema inmunitario debilitado.¹⁹

En la influenza el primer acontecimiento es la infección del epitelio respiratorio por el virus, que se adquiere a través de las secreciones respiratorias de los sujetos con infección aguda. Esto se produce a través de aerosoles originados por la tos y el estornudo, aunque también puede ocurrir por contacto mano a mano y por otros contactos personales, e incluso por vectores pasivos.

Los datos experimentales sugieren que la transmisión por aerosoles de partículas pequeñas (menos de 10 mm de diámetro), es más eficaz que la producida por gotitas mayores. Al principio la infección afecta a las células epiteliales cilíndricas ciliadas, pero también puede afectar a otras células del aparato respiratorio, como las células alveolares, glándulas mucosas y los macrófagos.

En las células infectadas, la replicación vírica tiene lugar de 4 a 6 horas, transcurridas las cuales los virus son liberados e invaden las células adyacentes o próximas. Esto lleva consigo la propagación de la infección en cuestión de unas horas desde unos pocos focos hasta un gran número de células respiratorias.

El estudio histopatológico revela cambios degenerativos en las células ciliadas infectadas, entre ellos granulación, vacuolización, edema y núcleos picnóticos. Finalmente la célula presenta necrosis, descamación y en algunas zonas, el epitelio cilíndrico inicial es sustituido por células epiteliales aplanadas y metaplasicas.¹² El daño causado en el epitelio respiratorio favorece la colonización de bacterias como *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus Pneumoniae* y *Haemophilus Influenzae* que pueden provocar neumonía.¹⁸ La gravedad de la enfermedad guarda relación con la cantidad de virus eliminada en las secreciones, lo que indica por sí misma, la intensidad de la replicación vírica puede ser un mecanismo importante en la patogenia de la enfermedad. A pesar de la frecuencia con que se producen los síntomas y signos generales, como fiebre, cefalea y mialgia, los virus de la gripe rara vez se descubren fuera del pulmón, ni siquiera en el torrente sanguíneo.¹²

Los virus de influenza tienen mutaciones continuamente, por lo que consiguen eludir al sistema inmunológico y hace que las personas sean susceptibles a la infección durante toda la vida, pues, a pesar de que la persona produce

anticuerpos, al mutar el virus, ese anticuerpo antiguo, no es capaz de reconocer al nuevo virus y solo protege parcialmente de la infección.¹⁸

Los virus de la influenza pueden mutar por dos mecanismos:

1. Drift antigénico: Este ocasiona pequeños cambios del virus que ocurren de forma continua y genera nuevas cepas que serocruzan entre sí, pero los anticuerpos del hospedero tienen menos afinidad y especificidad, por tanto ocurren nuevas infecciones. Es por ello que la vacuna contra la influenza debe actualizarse de acuerdo a los cambios del virus de la influenza.¹⁸

2. Shift antigénico: este es un cambio mayor y abrupto en uno o ambos (H y/o N) antígenos de superficie del virus de la influenza A, que ocurre a intervalos variables. Esta modificación genera nuevas hemaglutinas y/o neuraminidasas en el virus que infecta a los humanos. Cuando un shift se presenta, la población mundial se enfrenta a la influenza con ninguna protección inmunológica, por lo que puede provocar una pandemia si el virus se transmite eficientemente de persona a persona.¹⁸

En los últimos 10 años se han producido varias mutaciones amenazantes de pandemia. Son destacables por su número en humanos las cepas de origen aviar: A (H7N7) con 89 casos, que apareció en Holanda en el 2003, con un cuadro clínico caracterizado preferentemente por conjuntivitis, aunque provocó 1 fallecido, y la cepa A (H5N1), con presencia en el sudeste de Asia desde el año 2003, de la que se ha reportado una alta letalidad (51,4%).²⁰

IV. 1.7. Epidemiología

Hace tres años que la Influenza A (H1N1) circula a nivel mundial y ha pasado de ser una pandemia a una enfermedad de tipo estacional. La tasa de casos fatales que se reporta globalmente es menor al uno por ciento, aunque en América Latina parece ser más alta.²¹

La incidencia acumulada de influenza A H1N1 en 12 países de América Latina afectados desde el año 2009 (al 1 de Junio de 2010): Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay de acuerdo con los datos oficiales de sus ministerios de

salud, reportados a la Organización Mundial de la Salud, estos países en conjunto han notificado un acumulado de 148,850 casos confirmados (en promedio 12,404 casos por país), con 2,902 muertes (en promedio 242 muertes por país). La tasa de morbilidad promedio para dichos países se estimó en 37,76 casos/100 000 habitantes.²²

En la Republica Dominicana los primeros casos de A H1N1 se presentaron en mayo de 2009, al 30 de noviembre del mismo año se habían confirmado 516 casos y 23 defunciones, de las cuales el 74 por ciento eran mujeres entre 12-49 años y de estas el 93 por ciento pertenece a mujeres embarazadas.²³

Los países de América Latina más afectados por esta enfermedad fueron México y Brasil, en el 2009. Actualmente, se han incorporado a este grupo Paraguay, Bolivia, Venezuela, Argentina y la República Dominicana. Datos señalan que, durante el 2011, se registraron en México 250 casos de influenza A H1N1.²¹

En México el año 2012 dejó como resultado 651 casos de influenza, de los cuales 590 fueron confirmados como A H1N1, con 19 muertos, cabe señalar que el 90 por ciento de los fallecidos estaban vacunados, pero su muerte tal vez haya sido a consecuencia de otras enfermedades, ya que el 78 por ciento de ellos tenían problemas de obesidad o de Diabetes.²¹

Brasil

También en Brasil se descartó una epidemia atípica, pese a que para el 19 de agosto de 2012 el número de muertos por influenza A (H1N1) en ese país fue de 284 personas. Esta cifra no es tan alta si se compara con el año 2009, cuando fallecieron 2,060 brasileños en medio de una pandemia de gripe de gran extensión mundial.²¹

Paraguay

Se ha registrado un fuerte aumento en la incidencia de influenza en los últimos años. El 18 julio de 2012 se presentó el pico de incidencia de Influenza más alto del año en la ciudad de Asunción. El 90 por ciento de los hospitales públicos fueron ocupados por enfermos de infecciones respiratorias y se reportaron 97 muertos por

influenza común, cifra que aumentó a 101 para el 25 de julio. Los fallecidos por H1N1 eran en su mayoría personas de edad avanzada y sin antecedentes de vacunas.²¹

Bolivia

En menos de una semana, los casos de gripe A (H1N1) en este país aumentaron de 152, el 25 de mayo, a 169 el 30 de mayo. Asimismo, el Ministerio de Salud de Bolivia confirmó la presencia de 1,500 personas sospechosas de influenza. El 25 de mayo el gobierno inició una campaña de vacunación de personas menores de dos años y mayores de 65 y enfermos con patologías base, un sector de la población típicamente más vulnerable.

Para el 26 de junio del 2012, aumentaron los casos de influenza A H1N1 a 2,276 casos probables y 637 casos confirmados. Se declaró alerta sanitaria en La Paz, donde se han registrado más de 300 casos.²¹

Venezuela

Médicos venezolanos confirmaron 565 casos de infección de la cepa con síntomas parecidos a la A H1N1 a principios de enero.²¹

Argentina

En abril se registraron 70,494 casos de tipo influenza en Argentina y se notificaron 4,952 casos de infecciones respiratorias agudas, aunque sólo se confirmaron entre 3 y 7 por ciento de los casos estudiados.²¹

República Dominicana

El 21 de agosto del año 2012 el Ministerio de Salud Pública alertó a la población ante ocho casos de gripe A H1N1 que se detectaron en el país. En total se registraron 600 mil casos de influenza.²⁰

IV.1.6.1. Situación actual

En Argentina, hasta la semana epidemiológica 18 del mes del 2013 el número de consultas por enfermedad tipo influenza presentó un descenso comparado con lo registrado en años anteriores. Respecto a los datos de la vigilancia por laboratorio, entre los virus de influenza predomina influenza A H1N1, seguido de la influenza A (H3).

En Brasil, a partir de la semana epidemiológica 15, se registró una mayor actividad de influenza en comparación con semanas anteriores, lo cual coincide con el inicio de la estación de influenza en el hemisferio sur. El 52.9 por ciento de las defunciones registradas por insuficiencia respiratoria grave presentaron al menos una condición clínica subyacente. El virus que predomina es influenza A H1N1.

En Colombia, desde la semana epidemiológica 6 se observa un incremento de las consulta por enfermedad tipo influenza, hospitalizaciones e ingresos a Unidad de Cuidados intensivos asociados a influenza. El grupo más afectado es el de cero a cinco años. Respecto a los virus circulantes, de enero a mayo, predomina el Virus Sincitial Respiratorio (VRS), seguido de influenza A H1N1 y adenovirus.

En Cuba, hasta la semana epidemiológica 17 del 2013 se registraron 27 brotes por infecciones respiratorias agudas, seis más de los reportados en 2012. Entre los virus circulantes predomina Influenza A H1N1, seguido de la influenza A H3N2.

En República Dominicana, la actividad de la influenza se mantiene todo el año. El número de insuficiencia respiratoria aguda grave se encuentra por debajo de lo esperado, aunque el número de las defunciones por la misma ha registrado un leve incremento. Respecto a los datos de laboratorios, la proporción de muestras positivas a influenza sobrepaso el 20 por ciento en la semana epidemiológica 3 del 2013 y fue incrementándose hasta alcanzar el 80 por ciento en la semana epidemiológica 19. Entre los virus de influenza predomina el de la influenza A H1N1, seguida de la influenza A H3N2.

En Venezuela, se registró un incremento de las infecciones respiratorias agudas desde la semana epidemiológica uno hasta la semana 13 de 2013, a partir de la cual el número de casos presentó tendencia al descenso. El virus predominante que

circula durante esta estación es el de la influenza A H1N1, seguida de la influenza A H3N2, rinovirus, VSR y adenovirus.²⁴

IV.1. 8. Grupos poblacionales de alto riesgo de influenza

Edad: Mayores de 60 años y menores de 5 años.

Enfermedad crónica o debilitante: Cardiopatías, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes mellitus, cáncer, condiciones con depresión inmunológica.

Otras condiciones: Gestación.

Exposición laboral: Personal de salud.

Otras exposiciones: Personas que viajan a áreas afectadas.²⁰

IV. 1.9. Signos y síntomas

IV.1. 9. 1. Síntomas

En dependencia del grado de inmunidad a la cepa circulante, el cuadro puede ser asintomático, presentándose en la mayoría de los casos infecciones leves o inaparentes; o sintomáticos e incluso grave en pacientes predispuestos por alguna patología. La influenza C origina el resfriado común y no se encuentra implicado en la producción de epidemias.²⁰

Dentro de los síntomas tenemos:

1. Fiebre mayor de 38 grados Celsius¹
2. Tos¹
3. Cefalea intensa¹
4. Dolor muscular y de articulaciones¹
5. Rinorrea¹
6. Ardor y dolor de garganta¹
7. Malestar general ¹
8. Fatiga ¹⁹
9. Escalofríos ¹⁹

10. Lagrimeo ²⁵

11. En algunas personas puede aparecer: diarrea, náuseas y vómitos. ¹

IV.1.9.2. Signos de alarmas

IV.1.9.2.1. Adultos

1. Dificultad para respirar¹
2. Vómitos o diarreas persistentes¹
3. Trastorno del estado de conciencia¹
4. Deterioro agudo de la función cardíaca¹
5. Agravamiento de una enfermedad crónica¹
6. Dolor torácico²⁵
7. Secreciones nasales u orales con sangre²⁴

IV.1. 9.2.2. Niños²⁵

1. Fiebre alta y dificultad para respirar
2. Aumento de la frecuencia respiratoria:
2 a 11 meses: > 50 R/ M
1 a 5 años: > 40 R/M
3. Rechazo a la vía oral
4. Irritabilidad y/o convulsiones
5. Trastornos del estado de la conciencia

IV.1.10. Diagnóstico

IV.1.10.1. Diagnóstico clínico¹

El diagnóstico clínico se hace en base a la sintomatología dentro de los cuales tenemos:

- Fiebre repentina superior a los 38.5 grados.
- Tos y estornudo
- Cefalea intensa
- Dolor muscular y articular

- Dolor de garganta
- Rinorrea
- Decaimiento
- Irritación de los ojos
- Náuseas
- Vómitos
- Diarrea

IV.1.10.2. Diagnóstico por laboratorio

Un diagnóstico correcto se basa en obtener la muestra más adecuada. El requisito principal de la muestra es contener el mayor número posible de células epiteliales, por ser las células en las que, fundamentalmente, se replica el virus. (Ver anexo IX.5. Algoritmo de diagnóstico en laboratorio del virus de la Influenza A H1N1)

Tipos de muestras:

Con mejor rendimiento diagnóstico:

- Frotis de nasofaringe
- Lavado o aspirado nasofaríngeo

Menor rendimiento diagnóstico:

- Frotis nasal
- Frotis faríngeo

Si se efectúan los dos simultáneamente se obtiene un rendimiento mayor.

IV.1.10.2.1. Toma de muestra

IV.1.10.2.1.1. Frotis nasal, faríngeo y nasofaríngeo

Utilizar una torunda flexible. Se recomienda el empleo de torundas especiales con un polímero con alta capacidad de absorción y medio de transporte incluido. Es importante señalar que no deben utilizarse torundas de alginato y/o soporte de madera.

Se recomienda proveerse de sistema especiales para virus (medio de transporte de virus). La utilización de medios de transporte convencionales para bacterias se considera una opción subóptima.

Introducir la torunda en la cavidad pertinente y rotarla dos o tres veces.

Dejar la torunda dentro de la cavidad por un tiempo no inferior a cinco segundos, para asegurar una absorción óptima. Agitar la torunda en el interior del líquido (medio esterilizador) para conseguir una buena dispersión del exudado obtenido.

Romper la torunda por una muesca al efecto, o cortarla con tijeras, desechar la parte superior en un contenedor para residuos biológicos, manteniendo la parte inferior (torunda) dentro del líquido (medio de transporte). Cerrar bien el tubo al finalizar la operación.

Si no se realiza toma nasofaríngea, es pertinente realizar toma nasal y faríngea e introducir ambas torundas en un mismo medio de transporte.

Es obligatorio identificar correctamente la muestra y remitirla, sin demora, al laboratorio, junto con la solicitud de realización de la prueba diagnóstica.

Introducir la muestra y la solicitud en los contenedores normalizados para el transporte.²⁶

IV.1.10.2.1.2. Aspirado nasofaríngeo

Requiere de una fuente de succión (jeringuilla, bomba de vacío), trampa, y catéter (no. 6 ó 14, dependiendo del paciente). Sin aplicar succión, inserte el catéter por la nariz hasta la nasofaringe, (aproximadamente la distancia desde la punta de la nariz hasta la abertura externa del oído cuando se mide en línea recta). Aplique succión suavemente, dejando el catéter en su sitio por unos segundos, y luego retirarlo lentamente. Succione el contenido de un envase con medio de transporte

(solución salina tamponada [PBS], medio esencial mínimo [MEM]) o salina estéril a través de un catéter para facilitar la transferencia del material del catéter al envase estéril de transporte.²⁷

IV.1. 10.2.1.3. Conservación y transporte²⁶

Periodos no superiores a 48 a 72 horas a cuatro grados celsius. El transporte tambien sera refrigerado (acumuladores de frio).

Periodos superiores: congeladas, preferiblemente a menos 70 grados celsius.

Se recomienda mantener la congelacion durante el transporte.

IV.1.10.2.2. Detección de antígenos virales (pruebas rápidas)

La prueba rápida para la detección del virus de la influenza A y B se realizan en 15 minutos y comprado con el standard de oro tiene una sensibilidad de 83 por ciento a 96 por ciento con un valor predictivo positivo para la prueba de *Quickvue* de 98 por ciento y valor predictivo negativo de 94 por ciento. La prueba rápida consiste en detección. De un antígeno proteico de la influenza A o B. El inmunoanálisis óptico permite la detección visual directa del cambio de coloración. El resultado es positivo cuando aparece el cambio de coloración a la especificación de acuerdo al catalogo de la prueba.

Las pruebas rápidas de diagnostico presentan una sensibilidad por arriba del 90 por ciento para identificar influenza A en muestras nasofaringea comparado con el cultivo viral. Ante la sospecha de un cuadro clínico sugestivo de infección se recomienda realizar la prueba rápida. Esta se recomienda como prueba de escrutinio ante un brote epidémico.

IV.1.9.2.2.1. Componentes del virus que se detecta

Antígenos virales, generalmente moléculas que se encuentran en la superficie del virus (hemaglutinina y neuraminidasa). Las pruebas comerciales detectan los virus tipo A y B por separado o conjuntamente.

IV.1.10.2.2.3. Tiempo de realización

15 a 20 minutos.

La sensibilidad es variable al igual que la especificidad.

La positividad para virus influenza B descarta razonablemente una infección por virus A H1N1.

IV.1.10.2.3. Técnicas de amplificación genómica basadas en la reacción de cadena de la polimerasa (PCR)

La idea de replicar secuencias de ADN in vitro de la misma manera que los seres vivos, comenzó en los setentas con procedimientos que tardaban muchas horas. No fue hasta 1983 cuando Kary Mullis ideó un método con enzimas de bacterias de aguas termales capaces de resistir las altas temperaturas necesarias para desnaturalizar el ADN y así exponer las hebras permitiendo su replicación.

IV.1.10.2.3.1. Componentes del virus que se detecta

Ácidos nucleicos.

IV.1.10.2.3.2. Tipo de ensayo

El más recomendable es la PCR en tiempo real, asegurándose que el ensayo comercial es capaz de detectar el nuevo virus de la gripe A (H1N1).

IV.1.10.2.3.3. Tiempo de realización

De tres a cuatro horas.

La sensibilidad depende de varios factores, como son:

- Sistema de extracción del material genético del virus a partir de la muestra.
- La propia técnica: no todas las técnicas de PCR son equivalentes de la experiencia de cada laboratorio.
- La muestra a evaluar: Tipo de paciente, situación epidémica, etc.

- Patrón de referencia: Algunos datos preliminares sugieren que podría incrementar en un 20 a 30 por ciento los resultados de positividad respecto al cultivo celular.

En cuanto a la especificidad depende del tipo de muestra y de la experiencia de cada laboratorio; en un laboratorio de microbiología experimentado puede asumirse que superara el 98 por ciento.

IV.1.10.2.4. Cultivo viral

IV.1.10.2.4.1. Componentes del virus que se detecta

Partículas víricas viables.

IV.1.10.2.4.2. Tipo de ensayo

Cultivo en líneas celulares primarias tipo Madin-Darby. Otras líneas celulares pueden soportar el crecimiento, pero su eficiencia es menor.

IV.1.10.2.4.3. Tiempo de realización

El virus de la gripe A H1N1 crece en 24-48 horas.

La sensibilidad depende del tipo del paciente y de la obtención de una buena muestra.

IV.1.10.2.5. Detección de la respuesta inmunitaria humoral específica.

IV.1.10.2.5.1. Componentes del virus que se detecta

Anticuerpos frente a la hemaglutinina del virus en el suero de un paciente.

IV.1.10.2.5.3. Tiempo de realización

Requiere al menos, una jornada laboral.

IV.1.10.2.6. Toma de muestra

Tomar las siguientes muestras a todo caso probable en tanto no se indique lo contrario:

- Exudado nasofaríngeo o Faríngeo (en todos los casos) con aplicador de rayón o dacrón, con mango de plástico.
- Lavado bronquialveolar.
- En su caso, muestra de tejido pulmonar *post mortem*.²⁶

IV.1.10.2.7. Exploraciones complementarias recomendadas para pacientes hospitalizados:¹³

- Pruebas de laboratorios:
 - Biometría hemática
 - Electrolitos séricos
 - Función hepática (ALT, AST)
 - Función renal (BUN, Creatinina)
 - CPK
 - LDH
 - Glucosa
 - Uroanálisis
 - Estudio microbiológico de las muestras respiratorias y hemocultivos si sospecha sobreinfección bacteriana.
- Gasometría arterial
- Oximetría de pulso
- Radiografía de tórax (al ingreso y de seguimiento, según protocolo del establecimiento de salud).

- Otras exploraciones según protocolo del establecimiento de salud, como Velocidad de eritrosedimentación, Proteína C reactiva y electrocardiograma.

IV.1.11. Diagnóstico diferencial

Por el cuadro clínico exclusivamente puede ser difícil diferenciar de un caso de gripe común de una enfermedad respiratoria aguda debida a otros virus respiratorios o a *Mycoplasma Pneumoniae*. La faringitis estreptocócica grave o el comienzo de una neumonía bacteriana pueden parecerse a la gripe aguda, aunque las neumonías generalmente no tienden a curar espontáneamente. El hecho de que la influenza aparezca en forma de brotes característicos durante los meses invernales, puede ser útil para establecer el diagnóstico clínico.¹⁴

IV.1.12. Tratamiento

El objetivo del tratamiento es ayudar a prevenir o disminuir la gravedad de los síntomas, por lo que puede incluir sintomáticos y antivirales, así como medidas generales.²⁸

IV.1.12.1. Medidas sintomáticas y de soporte

La terapia de apoyo (los antipiréticos como el paracetamol – acetaminofén, para la fiebre, rehidratación) son suficientes para la mayoría de los pacientes. En los niños acompañar con medidas físicas, junto con un estado de hidratación adecuado.¹³

Dosis acetaminofén: Adultos 500 mg y niños de 10-15 mg/kg/dosis VO cada seis u ocho horas.¹

Oxigenoterapia

Se debe monitorear la saturación de oxígeno con un oxímetro de pulso, siempre que sea posible en el momento de la presentación y de manera rutinaria durante la atención posterior. Debe proporcionarse oxígeno complementario para corregir la hipoxemia de acuerdo a la gravedad (cánula nasal, mascarilla, mascarilla con reservorio, intubación con ventilación asistida).

La terapia para el síndrome de distres respiratorio agudo (SDRA), asociado al virus de la gripe A H1N1 debe fundamentarse en directrices basadas en la evidencias publicadas por la sepsis asociada al SDRA, incluyendo específicamente estrategias de protección pulmonar en la ventilación mecánica.¹³

Uso de corticoides

Los corticoides no deben ser utilizados de manera rutinaria, pero pueden ser considerados en dosis bajas a pacientes con shock séptico con sospecha de insuficiencia suprarrenal que requieren vasopresores.

La experiencia demuestra que el uso prolongado o las dosis altas de corticoides pueden dar lugar a efectos adversos graves, incluyendo La infecciones oportunistas.¹³

IV.1.9.12.2. Manejo del paciente según nivel de atención: ¹

- Sano sin sintomatología respiratoria
 - Se maneja en el domicilio
 - Tratamiento: Medidas de control de infecciones
- Sintomatología respiratoria no compatible con influenza:
 - Se maneja en el domicilio.
 - Tratamiento: Sintomático y control de infecciones y seguimiento
- Caso probable de influenza por definición operacional de caso de enfermedad crónica agregada:
 - Aislamiento domiciliario estricto
 - Tratamiento: Sintomático y control de infecciones. Considerar oseltamivir y seguimiento.
- Caso probable de influenza por definición operacional de caso, con enfermedad crónica controlada, sin complicaciones pulmonares:

- Unidad médica hospitalaria con aislamiento respiratorio
- Tratamiento: Sintomático y oseltamivir
- Caso probable de influenza por definición operacional, con enfermedad crónica descompensada y/o complicaciones pulmonares:
 - Unidad médica hospitalaria de tercer nivel con aislamiento respiratorio
 - Tratamiento: Compensación de enfermedad crónica y complicaciones y oseltamivir.

IV.1.9.12.3. Antivirales

Según la CDC (Centro para el control de enfermedades y prevención) el virus de La Influenza A H1N1 es susceptible a los medicamentos oseltamivir y zanamivir, cuyo mecanismo de acción es inhibir la neuraminidasa, sin embargo, son resistentes al amantadine y rimantidine.

El oseltamivir se administra por vía oral, en contraste al zanamivir, se administra vía inhalación, por lo que absorción sistemática es menor. El oseltamivir se prefiere para el tratamiento de las mujeres embarazadas, debido a su actividad sistémica.

El tratamiento debe iniciarse tan pronto como sea posible, los beneficios que se espera son mayores si el tratamiento comienza dentro de las 48 horas del inicio de los síntomas.²⁸

Oseltamivir

Hasta la fecha ha demostrado ser útil en el tratamiento de influenza A H1N1, por lo cual constituye el tratamiento de elección.²⁶

Mecanismo de acción

Inhibe selectivamente las neuraminidasas del virus de la influenza, importantes para la entrada de virus en células no infectadas y la liberación de partículas virales recién formadas.²⁹

Indicaciones terapéuticas

Tratamiento de gripe cuando los síntomas son característicos y el virus está circulando en la población, prevención pos-exposición tras el contacto con un caso de gripe diagnosticado y el virus está circulando en la población, excepcionalmente prevención estacional. Pacientes menores de año: tratamiento de gripe y prevención pos-exposición, en ambos casos durante brotes pandémicos.²⁹

Posología

Adultos:

- Tratamiento: 75 mg dos veces al día¹, por cinco días²⁶
- Quimioprofilaxis: 75 mg una vez al día¹, por 10 días²⁶

Niños mayores de 12 meses (peso):

- 15 kg o menos: Tratamiento: 30 mg cada 12 horas VO¹, por cinco días²⁶

Quimioprofilaxis: 30 mg una vez al día,¹ por 10 días²⁶

- 15 – 23 kg: Tratamiento: 45 mg cada 12 horas VO,¹ por cinco días²⁶

Quimioprofilaxis: 30 mg una vez al día,¹ por 10 días²⁶

- 24-40 kg: Tratamiento: 60 mg cada 12 horas VO,¹ por cinco días²⁶

Quimioprofilaxis: 60 mg una vez al día VO¹, por 10 días²⁶

- Más de 40 kg y adultos: Tratamiento: 150 mg por día, dividido en dos dosis VO¹, por cinco días²⁶

Quimioprofilaxis: 75 mg una vez al día VO¹, por 10 días²⁶

Niños menores de 12 meses:

- Menos de 3 meses: Tratamiento: 12 mg dos veces al día VO,¹ por cinco días²⁶.

Quimioprofilaxis: No recomendada¹

- 3-5 meses: 20 mg dos veces al día VO,¹ por cinco días²⁶
Quimioprofilaxis: 20 mg una vez al día VO,¹ por siete días ²⁶
- 6-11 meses: Tratamiento: 25 mg dos veces al día VO,¹ por cinco días²⁶
Quimioprofilaxis: 25 mg una vez al día VO¹, por siete días ²⁶
- Embarazadas: Valorar riesgos/beneficios¹

Contraindicaciones: Hipersensibilidad

Advertencias y precauciones

- Ajustar dosis en adultos y adolescentes (13-17 años) con insuficiencia renal moderada o grave (escasos datos para establecer dosis en niños menores de 12 años).
- Inmunodeprimidos
- No establecida eficacia en pacientes con afección médica grave o inestable con riesgo inminente de hospitalización o con enfermedad cardíaca crónica y/o respiratoria.
- No sustituye la vacuna de la gripe
- Niños menores de un año valorar riesgo/beneficio. Sin datos disponibles para menores de un mes.²⁹
- Reajuste de dosis en individuos con aclaramiento de creatinina menor de 30 ml/min.¹

Interacciones

Precaución con fármacos con estrecho margen terapéutico y eliminación renal conjunta (por ejemplo: clorpropamida, metotrexato, fenilbutazona).

Embarazo

No hay datos suficientes en gestantes. Estudios en animales no indican efectos dañinos. Puede usarse tras considerar la información de seguridad disponible, la patogenicidad de la cepa del virus circulante y la enfermedad subyacente.

Lactancia

En ratas lactantes, oseltamivir y el metabolismo activo se excreta en la leche. La información disponible en niños, cuyas madres estaban tomando oseltamivir y sobre la excreción de oseltamivir en la leche materna es muy limitada. Los escasos datos disponibles mostraron que oseltamivir y el metabolito activo estaban presentes en la leche materna, sin embargo los niveles eran bajos, lo que se traduciría en una dosis subterapéutica para el lactante. Teniendo esto en cuenta, la patogenicidad de la cepa del virus influenza circulante y la enfermedad subyacente de la mujer en periodo de lactancia, se puede valorar la administración de oseltamivir cuando existan beneficios potenciales claros para las madres en periodos de lactancia.

Reacciones adversas

En adultos y adolescentes: náuseas, cefalea, bronquitis, herpes simple, nasofaringitis, infección del tracto respiratorio inferior, sinusitis, insomnio, tos, dolor de garganta, abdominal o en extremidades, rinorrea, vómitos, dispepsia, dolor, mareo, vértigo, fatiga, pirexia, trastornos hepatobiliares (incluye hepatitis fulminante).

En niños: tos, congestión nasal, vómitos, otitis media, cefalea, conjuntivitis, dolor abdominal, de oídos, rinorrea, dispepsia, náuseas.²⁹

Indicaciones para el tratamiento con antivirales¹³

- Pacientes con enfermedad respiratoria febril aguda (fiebre de más de 38 grados Celsius y síntomas respiratorios: tos, rinorrea, dolor de garganta, etc), que a la evaluación presenten cualquiera de los siguientes síntomas y signos clínicos:

Pediatría

- Cianosis
- Hipoxemia
- Presencia de taquipnea significativa: más de 50 respiraciones por minuto de dos meses a dos años y más de 40 respiraciones por minuto de un año a cinco años.
- Incapacidad para tomar y beber el pecho
- Vómitos continuos
- Presencia de convulsiones
- Inconsciencia o letargia
- Aleteo nasal o tiraje intercostal o estridor.

Adultos

- Disnea
- Hipoxemia
- Alteración de los signos vitales
- Radiografía de tórax anormal
- Descompensación de la comorbilidad
- Compromiso del estado de conciencia
- Deshidratación
- Paciente con segunda consulta por deterioro de síntomas respiratorios.

- Pacientes con enfermedad respiratoria febril aguda (fiebre más de 38 grados Celsius y síntomas respiratorios: tos, rinorrea, dolor de garganta, etc) pertenecientes a grupos vulnerables:
 - Embarazadas
 - Menores de cinco años y mayores de 60 años
 - Enfermedad crónica pulmonar, cardiovascular (excepto hipertensión), renal, hepática, hematológica, neurológica, neuromuscular, metabólica (incluyendo diabetes mellitus)
 - Personas con inmunosupresión
 - Personas con obesidad
- Podrían ser indicados los antivirales en pacientes que consultan por enfermedad tipo influenza con el objetivo de disminuir la tasa de hospitalización y complicaciones en los grupos etareos mas afectados.

No se requiere esperar la confirmación de laboratorio para iniciar tratamiento, que ha de ser basada en la valoración médica e historia clínica.¹³

IV.1.9.12.4. Zanamivir:

Se recomienda su uso en tratamiento y profilaxis de nueva influenza A H1N1 en embarazadas por su acción local y también en pacientes que presentan intolerancia a oseltamivir y en pacientes con sospecha de influenza estaciona.²⁶

Mecanismo de acción:

Consiste en inhibir la neuraminidasa del virus de la gripe, bloqueando la liberación de nuevas partículas víricas y reduciendo la propagación del virus.²⁹

Dosis recomendadas:

- Adultos: Dos inhalaciones de 5 mg (10 mg en total) dos veces al día¹, por cinco días.²⁶

Quimioprofilaxis: dos inhalaciones de 5 mg (10 mg en total) una vez al día¹, por 10 días²⁶.

- Niños: Tratamiento: Dos inhalaciones de 5 mg (10 mg en total) dos veces al día (edad siete años y mayores)¹, por cinco días.²⁶

Quimioprofilaxis: dos inhalaciones de 5 mg (10 mg total) una vez al día (edad 5 años y mayores)¹, por 10 días.²⁶

Contraindicaciones: Hipersensibilidad.²⁹

Advertencias y precauciones:

Valorar beneficio/ riesgo y vigilancia con asma o EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)²⁹ e hiperreactividad bronquial,²⁶ por riesgo de broncoespasmo; usar el broncodilatador antes de usar zanamivir. Controlar posibles cambios de comportamiento. Seguridad-eficacia no evaluada en ancianos.

No se recomienda en madres que estén lactando.

Reacciones adversas: Erupción²⁹

IV.1.9.12.5. Tratamiento antibiótico

No debe usarse quimioprofilaxis antibiótica. Cuando hay neumonía secundaria, el tratamiento debe seguir las recomendaciones de las directrices basadas en evidencias publicadas para la neumonía adquirida en la comunidad.¹³ (Ver anexo IX.6 Algoritmo de detección, referencia y tratamiento y Anexo IX.7 Algoritmo de tratamiento de infección por virus de la Influenza A H1N1).

IV.1.9.12.6. Vacuna

El 15 de septiembre de 2009, cuatro fabricantes de vacunas recibieron la aprobación de la Food and Drugs Administration (FDA) para su nueva vacuna monovalente de la influenza A H1N1/09.⁴

La vacuna inyectable contra la influenza es una vacuna inactivada (que contiene virus muertos) que se administra con una aguja, generalmente en el brazo. Contiene tres virus de influenza estacional que se cultivan en huevos.

La vacuna contra la influenza estacional protege contra tres virus de influenza que, según las investigaciones, serán los más comunes en la próxima temporada.

La vacuna contra la influenza 2012-2013 está compuesta por los tres siguientes virus:

- Virus tipo A/California/7/2009 (H1N1)
- Virus tipo A/Victoria/361/2011 (H3N2v);
- Virus tipo B/Wisconsin/1/2010 (de la línea de virus B/Yamagata).

Tipos de vacuna inyectable contra la influenza

Hay disponibles tres tipos de vacunas inyectables contra la influenza. Además de la vacuna inyectable común contra la influenza, hay otras vacunas que se administran con una aguja, incluyendo una vacuna de dosis alta para personas a partir de los 65 años en adelante y una vacuna intradérmica para personas de 18 a 64 años.³⁰

La vacuna inyectable común contra la influenza estacional es intramuscular, (normalmente en la parte superior del brazo). La vacuna se ha utilizado durante décadas y su uso está aprobado para personas de 6 meses en adelante, incluyendo personas sanas, personas con enfermedades crónicas y mujeres embarazadas. Las vacunas inyectables comunes contra la influenza conforman la mayor parte del

suministro de vacunas producido por los Estados Unidos. La vacuna de dosis alta puede administrarse a personas mayores de 65 años y es intramuscular. La vacuna intradérmica es para persona de 18 a 64 años que se inyecta con una aguja en la dermis o la piel. Todas las personas deben vacunarse contra la influenza a partir de los 6 meses de vida en adelante. Es de especial importancia que algunas personas se vacunen. Entre esas personas se incluyen las siguientes:

- Las personas que tienen un alto riesgo de sufrir complicaciones graves como la neumonía si se enferman de influenza. Esto incluye a:
 - Las personas con ciertas afecciones médicas como el asma, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas.
 - Mujeres embarazadas.
 - Personas mayores de 65 años
 - Las personas que viven o cuidan a aquellas que corren un alto riesgo de desarrollar complicaciones graves. Esto incluye a:
 - Las personas de la casa y los cuidadores de personas con ciertas afecciones médicas que incluyen el asma, la diabetes y las enfermedades pulmonares crónicas.

El uso de la vacuna en atomizador nasal contra la influenza: Debe tenerse en cuenta que la vacuna en atomizador nasal contra la influenza siempre es una opción para personas sanas de 2 a 49 años que no están embarazadas.³⁰

Contraindicaciones

1. Reacción alérgica al consumir huevo.
2. Síndrome de Guillan Barre después de vacunarse contra la influenza
3. Reacción grave por recibir una vacuna inyectable contra la influenza.
4. Fiebre
5. Sin embargo, sí puede recibir la vacuna en los casos de enfermedad respiratoria sin fiebre u otra enfermedad leve

Efectividad de la vacuna: La capacidad de una vacuna inyectable contra la influenza de proteger a una persona depende de la edad y el estado de salud de la persona que recibe la vacuna, y la similitud o correspondencia entre los virus o el virus en la vacuna y los que están en circulación.

Efectos secundarios

- Dolor, enrojecimiento, sensibilidad o inflamación donde se administró la inyección
- Fiebre (en bajos grados)
- Dolores
- La vacuna intradérmica contra la influenza puede causar otros efectos secundarios leves, incluyendo: Dureza y picazón en la zona donde se administró la inyección.
- Síndrome de Guillan-Barre
- Reacciones alérgicas³⁰

IV.1.9.13. Complicaciones³¹

La mayoría de las personas que contraigan la influenza (sea influenza estacional o H1N1 2009) padecerán una enfermedad leve, no necesitarán atención médica o medicamentos antivirales y se recuperarán en menos de dos semanas. Sin embargo, algunas personas tienen mayores probabilidades de sufrir complicaciones por la influenza, las cuales pueden derivar en hospitalizaciones y ocasionalmente provocar la muerte.

Dentro de las complicaciones tenemos:

- Neumonía
- Bronquitis
- Sinusitis
- Otitis Media.

Asimismo, la influenza puede empeorar los problemas de salud crónicos.

Por ejemplo, las personas con asma pueden sufrir ataques de asma mientras tienen influenza y las personas con insuficiencia cardíaca congestiva crónica, pueden presentar un agravamiento de su condición desencadenado por la influenza. La siguiente lista incluye los grupos de personas que tienen más probabilidades de desarrollar complicaciones relacionadas con la influenza si contraen la enfermedad.

Personas con alto riesgo de desarrollar complicaciones relacionadas con la influenza

- Los niños menores de 5 años, especialmente los niños menores de dos años.
- Adultos de 65 años de edad y mayores
- Mujeres embarazadas

Personas que padecen afecciones médicas incluyendo:

- Asma
- Enfermedades neurológicas y del neurodesarrollo [incluyendo trastornos del cerebro, la médula espinal, el nervio periférico y los músculos, por ejemplo parálisis cerebral, epilepsia (trastornos convulsivos), accidentes cerebrovasculares, discapacidad intelectual (retraso mental), retraso en el desarrollo de moderado a grave, distrofia muscular o lesión de la médula espinal].
- Enfermedades pulmonares crónicas (como enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC] y fibrosis quística)
- Enfermedad cardíaca (como enfermedad cardíaca congénita, insuficiencia cardíaca congestiva y enfermedad de la arteria coronaria)
- Trastornos sanguíneos (como anemia falciforme)
- Trastornos endocrinos (como diabetes mellitus)
- Afecciones renales

- Enfermedades del hígado
- Trastornos metabólicos (como trastornos metabólicos congénitos y trastornos mitocondriales)
- Sistema inmunitario debilitado debido a una enfermedad o medicamento (como personas con VIH o SIDA, o cáncer o aquellas personas en tratamiento con esteroides por enfermedades crónicas)
- Personas menores de 19 años de edad que están recibiendo una terapia a largo plazo a base de aspirinas.³¹

IV.1.9.14. Prevención

IV.1.9.14.1. Para el personal de salud¹

- Lavado de manos con agua y jabón, gel-alcohol antes y después del contacto con pacientes, superficies posiblemente contaminantes y después del uso de guantes.
- Al atender un paciente con influenza, utilizar las barreras de protección consistente en: lentes, mascarilla específica, guantes y bata para la atención de pacientes con influenza.
- Aislar individualmente al paciente; cuando esto no sea posible, reunir a varios pacientes, con el mismo diagnóstico, en la misma área.
- Utilizar las barreras de protección para evitar contacto con fluidos corporales o con objetos contaminados.
- Agregar bata no estéril y de preferencia impermeable en procedimientos que puedan generar salpicaduras o derrames.
- Mantener una bata de uso exclusivo en el interior del cuarto en el que se encuentren los pacientes aislados.

- Limpiar con agua y jabón el área de asilamiento, la sala de quirófano o la de necropsias; posteriormente utilizar agua con hipoclorito de sodio al 0.5 por ciento.
- Utilizar mascarillas N 95 cuando se encuentre a menos de seis pies de distancia del paciente. Los organismos internacionales CDC y OMS (Organización mundial para la salud) recomiendan esta mascarilla, debido a su alta eficiencia de filtración para retener partículas de tamaño muy pequeño, como algunos agentes virales y bacterias. Esta es de 8 a 12 veces mayor del que proporcionan las mascarillas quirúrgicas²⁶.(Ver Anexo IX.8)
- Evitar al máximo el traslado del paciente a otras áreas del servicio.
- Mantener todas las recomendaciones de manejo de materiales de médicos contaminados.¹

IV.1.9.14.2. Personal de salud embarazada: Las embarazadas, que puedan estar en contacto directo con pacientes confirmados, probables o sospechosos de infección por virus de la influenza A H1N1 (enfermera, médica, terapeuta respiratoria, etc), debe considerarse reasignar actividades de bajo riesgo.¹

IV.1.9.14.3. Para contacto con pacientes¹

- Lavado de mano con agua y jabón o antisepsia con gel-alcohol al entrar y salir del cuarto.
- Utilizar guantes al entrar al cuarto y durante el contacto con el paciente; desecharlos al salir.
- Portar una bata de uso exclusivo en el interior del cuarto en el que se aísla el paciente.
- Utilizar mascarillas rígidas de preferencia, sino se dispone del recurso, utilizar mascarillas o paños para cubrir nariz y boca.

- Evitar visitas y contactos innecesarios.

IV.1.9.14.4. Acciones de prevención para toda la población

- Cubra nariz y boca con un pañuelo desechable al toser o estornudar¹
- Si no tiene pañuelo utilice el ángulo interno del codo¹
- Lavarse las manos con agua y jabón después de toser o estornudar¹
- Evite asistir a lugares concurridos. ¡Procure recuperarse en casa!¹
- Evite saludar de mano o de beso, cuando esté enfermo.¹
- Evite escupir en el suelo o lienzo, deséchelo en bolsa de plástico cerrada¹
- No comparta vasos, platos y/o cubiertos ni alimentos, ni bebidas.¹
- Evite la automedicación y acuda al servicio de salud más cercano, en caso de presentar algún síntoma de gripe.¹
- Mantenerse alejados de las personas que tengan infección respiratoria.²⁷
- Ventilar y permitir la entrada de sol en la casa, oficinas y en todos los lugares cerrados.²⁷
- Mantener limpias las cubiertas de cocina, baño, manijas y barandales, así como de juguetes, teléfonos u objetos de uso común.²⁷
- Comer frutas y verduras ricas en vitaminas A y C (zanahoria, guayaba, lechoza, naranja, mandarina, lima, limón y piña).²⁷
- En caso de que no tenga acceso a los alimentos mencionados, consumir suplementos de vitaminas C y D.²⁶
- Lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón.²⁷
- No tocarse la cara, en particular las zonas donde las mucosas están expuestas (ojos, boca, interior de la nariz, interior de las orejas).²⁶

- En oficinas, centros de llamadas y cibercafés, limpiar teclados y ratones de la computadora con alcohol para desinfectar y evitar una posible propagación del virus, sobretodo si han sido utilizados en las últimas horas o si las utilizan muchas personas durante el día.²⁶
- Luego de subir o bajar escaleras, abrir o cerrar puertas, lávese bien las manos o use solución desinfectante.²⁵

IV.1.9.14.5. Medidas recomendadas para los enfermos de influenza

- Permanecer en casa²⁷, en reposo durante siete a diez días.²⁵
- Evite acudir a centros de trabajo, escuelas o lugares donde exista concentración de personas.²⁷
- Cúbrase boca y nariz, al estornudar, toser o hablar. Esto evitara que las personas a su alrededor se enfermen.²⁷
- Evite tocarse los ojos, boca y nariz, ya que el virus se disemina cuando una persona toca algún objeto contaminado y luego se toca los ojos, boca o nariz.²⁷
- La influenza se puede prevenir mediante la aplicación de una vacuna, que se prepara según el tipo del virus circulante en el mundo, es necesario vacunarse cada año.²⁷
- Evite el polvo, humo de tabaco y otras sustancias que pueden interferir con la respiración y que hace a los niños más propenso a enfermarse.²⁷
- Utilizar mascarillas, tirar el pañuelo desechable en una bolsa de plástico y estornudar sobre el ángulo del codo.²⁷
- Transcurridas 24 horas sin ningún síntoma, se puede regresar a las labores habituales.²⁷

- Mantenerse alejado el mayor tiempo posible, de los demás miembros de la familia.²⁵
- Si esta lactando: no debes suspender la lactancia materna, debes lavarte las manos bien a menudo antes de iniciar la alimentación al pecho y siempre que estés lactando, debes de tener un pañuelo, papel o servilleta para cubrirte la boca al hablar, toser o estornudar.²⁵
- Mantener a la persona enferma en una habitación separada de las áreas comunes de la casa o separe un área con cortinas.²⁵
- Si necesita salir de la casa para ir al médico, debe utilizar mascarilla.²⁵
- Evite que una embarazada, envejeciente o personas con enfermedades crónicas, como diabetes, VIH/SIDA, Tuberculosis, etc, sean los que cuiden al enfermo.²⁵
- Ingerir abundantes líquidos y no descuidar la alimentación.²⁵

IV.1.9.14.6. Formas correctas para el lavado de manos²⁵

- Retire las prendas de las manos.
- Utilice jabón desinfectante o de cuaba.
- Abra la llave y jabónese bien las manos.
- Cierre la llave mientras se jabona
- Entrelace y frote los dedos.
- Frote el dorso de palmas de las manos hasta las muñecas.
- Abra de nuevo la llave y deje correr agua desde la punta de los dedos, frote mientras se elimina el jabón.
- Seque las manos con toalla, papel o servilleta y luego échelo al zafacón. (Ver anexo IX.9 Como lavarse las manos con agua y jabón).

V. HIPÓTESIS

1. Los pacientes entrevistados tienen poca información sobre Influenza A H1N1.
2. Los pacientes entrevistados no conocen todas las medidas de prevención de Influenza A H1N1.

VI. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Años cumplidos	Ordinal
Sexo	Estado fenotípico. Condicionado genéticamente y que determina el género a que pertenece el individuo.	Femenino Masculino	Nominal
Procedencia	Origen, principio de donde nace o se deriva el paciente.	San Cristobal Otro	Nominal
Escolaridad	Período de tiempo que dura la estancia de un niño o joven en una escuela para estudiar y recibir la enseñanza adecuada	Primario Secundario Universitario Posgrado	Nominal
Conocimiento	El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori).	Alto Medio Bajo	Nominal

Fuente de Información	Las fuentes de información son instrumentos para el conocimiento, acceso y búsqueda de la información.	Medios de comunicación Medico Enfermera Familiar	Nominal
Transmisión	Contagio de una enfermedad o de un estado de ánimo.	Gotas de saliva Agua contaminadas Otros	Nominal
Población	Es el grupo de personas que viven en un area o espacio geografico.	Niños Envejecientes Embarazadas	Nominal
Síntomas	Es la referencia subjetiva que da un enfermo por la percepción o cambio que reconoce como anómalo, o causado por un estado patológico.	Fiebre Tos Pérdida de peso Dolor de cabeza Diarrea y vómitos Mareos Dolor de garganta Rinorrea y lagrimeo	Nominal
Prevención	Es la disposición que se hace de forma anticipada para minimizar un <u>riesgo</u> .	Antigripales Lavarse las manos Uso de vacuna	Nominal

Vacuna	Es un preparado de <u>antígenos</u> que una vez dentro del <u>organismo</u> provoca la producción de <u>anticuerpos</u> y con ello una respuesta de defensa ante microorganismos patógenos.	Si No	Nominal
--------	---	----------	---------

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

VII.1. Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo prospectivo y transversal que se realizara a través de la recogida de información sobre el nivel de conocimiento que tienen los pacientes que asistirán a la consulta externa del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina.

VII.2. Demarcación geográfica

El estudio tendrá como escenario geográfico el Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, el cual está ubicado en la calle Santome del Sector Villa Valdez # 42, San Cristóbal, República Dominicana. Y está delimitado al norte por la calle Manuel María Ceijas, al sur por la calle Presidente Billini, al oeste por la calle Juan Tomas Díaz y al este por la calle Santome. (Anexo IX.3: Demarcación geográfica)

VII.3. Universo

El universo estará representado por 10, 200 pacientes que asistirán a la consulta externa del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina.

VII.4. Muestra

La muestra estará representada por 200 pacientes, los cuales serán seleccionados al azar.

VII.5. Criterios

VII.5.1. De inclusión

Se incluirá un total de 200 Pacientes, que cumplirán con los siguientes requisitos:

- a) Personas que asistan a la consulta externa del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina en el periodo Noviembre Diciembre el año 2019.
- b) Pacientes que permitan formar parte del estudio a realizar.
- c) No se discriminará sexo.
- d) Adulto mayor de 18 años y menores de 18 años que en el momento estén embarazadas.

VII. 5.2. De exclusión

- a) Personas que se encuentren ingresados en el hospital.
- b) Barrera idiomática.

VII.6. Instrumento de recolección de la información

Para la recolección de la información se diseñará un formulario estandarizado por parte de la sustentante y otros colaboradores.

El formulario estará elaborado en formato 8 ½ x 11 y contendrá: datos generales de los pacientes tales como edad, sexo, procedencia, estado civil, nivel de escolaridad; datos sobre conocimientos que tendrán los pacientes encuestados sobre la Influenza A H1N1. (Ver anexo IX.2. Instrumento de recolección de la información)

VII. 7. Procedimiento

Después de la aprobación del tema en la unidad de posgrado de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña y el departamento de Enseñanza e investigación del centro hospitalario se procedió a la revisión bibliográfica. Luego me dirigí a la Dirección del Centro asistencial para solicitar el permiso para la realización del estudio. Después de la aprobación se realizó el levantamiento del área a estudiar. Para el levantamiento de los datos se utilizó un instrumento tipo cuestionario con preguntas cerradas, en el cual se registraron datos referentes a los pacientes que acudieron a la consulta externa durante el periodo de estudio cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión.

Para medir el conocimiento se utilizó la Escala de Stanones (16 preguntas correctas alto conocimiento, mediano conocimiento de 14-15 preguntas correctas y bajo conocimiento menos de 13 preguntas correctas).

VII.8. Procesamiento y análisis de datos

Los datos se presentaron en cuadros de frecuencia, porcentajes y gráficos, computados mediante el programa Epi-Info versión 7.2.

VII. 9. Análisis

Los datos fueron presentados y analizados en cuadros y gráficos de acuerdo a las variables de estudios y por último serán elaboradas las conclusiones y recomendaciones de acuerdo los datos que serán obtenidos.

VII. 10. Consideraciones éticas

Los pacientes fueron informados de la realización del estudio y previo consentimiento de los mismos, se incluyó al paciente como parte del estudio. (Anexo IX.11. Consentimiento Informado).

Los datos personales de los pacientes de este estudio, no serán publicados, solo serán para uso exclusivo de la investigadora.

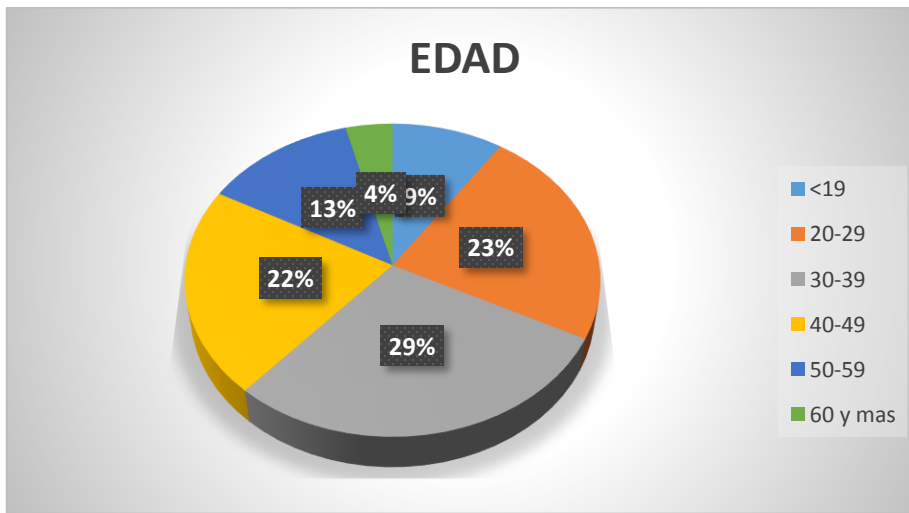
VIII. RESULTADOS

Cuadro 1. Distribución de edad de pacientes encuestados en la consulta externa del Hospital Docente Juan Pablo Pina, Enero 2020

Edad (Años)	Frecuencia	%
<19	19	9
20-29	46	23
30-39	58	29
40-49	43	22
50-59	26	13
60 y mas	8	4
Total	200	100

Se evidencio que los pacientes encuestados 19 se encuentran en un rango de edad menor de 19 años, lo cual representa un 9%, del rango de edad de 20-29 años hay 46 pacientes, el cual representa el 23 %, de 30-39 años tenemos 58 pacientes, que representa el 29%, de 40-49 años tenemos 43 pacientes, el cual representa el 22%, en el rango de edad de 50-59 años tenemos 26 pacientes, el cual representa 13%, y de 60 años o más, tenemos 8 pacientes, que representa 4% de la población total atendida. (Cuadro y Grafico 1)

Gráfico 1. Distribución de edad de pacientes encuestados en la consulta externa del Hospital Docente Juan Pablo Pina, Enero 2020.

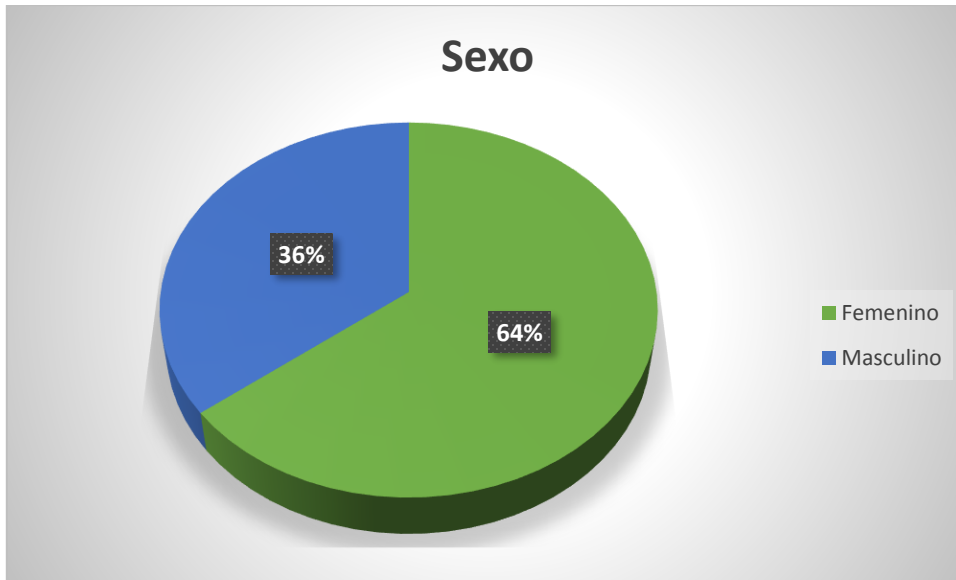


Cuadro 2. Distribución del sexo de los pacientes encuestados en la consulta externa del Hospital Docente Juan Pablo Pina, Enero 2020.

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	129	64
Masculino	71	36
Total	200	100

Durante el periodo de reclutamiento fueron elegidos al azar 200 pacientes, de los cuales 129 pacientes pertenecieron al sexo femenino, el cual representa el 64% de la población total entrevistada, mientras que el sexo masculino está representado por 71 pacientes, que equivale a 36% de la población total entrevistada. (Cuadro y Grafico 2).

Gráfico 2. Distribución del sexo de los pacientes encuestados en la consulta externa del Hospital Docente Juan Pablo Pina, Enero 2020.



Cuadro 3. Distribución de la procedencia de los pacientes entrevistados en la consulta externa del Hospital Juan Pablo Pina, Enero 2020

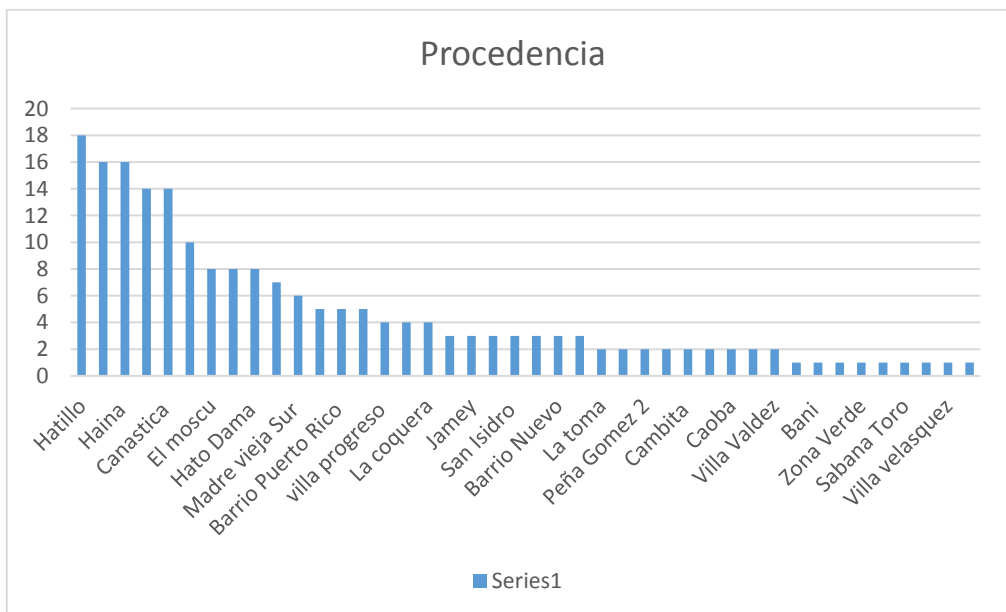
Procedencia	Frecuencia	%
Hatillo	18	9
Doña Ana	16	8
Haina	16	8
Yaguata	14	7
Canastica	14	7
Barrio San Rafael	10	5
El Moscú	8	4
Madre vieja Norte	8	4
Hato Dama	8	4
Lavapiés	7	3.5
Madre vieja Sur	6	3

Pueblo Nuevo	5	2.5
Barrio Puerto Rico	5	2.5
Villego	5	2.5
villa progreso	4	2
El corte	4	2
La coquera	4	2
San Miguel	3	1.5
Jamey	3	1.5
San Gregorio	3	1.5
San Isidro	3	1.5
Najayo	3	1.5
Barrio Nuevo	3	1.5
Los nova	3	1.5
La toma	2	1
La Cruz	2	1
Peña Gómez 2	2	1
Bendaño	2	1
Cambita	2	1
Los chivos	2	1
Caoba	2	1
Ingenio Nuevo	2	1
Villa Valdez	2	1
Mata Naranjo	1	0.5
Bani	1	0.5
Villa fundación	1	0.5
Zona Verde	1	0.5
Palenque	1	0.5
Sabana Toro	1	0.5
Cabria	1	0.5
Villa Velásquez	1	0.5

Los molinos	1	0.5
Total	200	100

De los pacientes que fueron encuestados durante el estudio se observa que 18 pacientes pertenecen a la comunidad de Hatillo (9%), 16 pacientes pertenecen a Doña Ana para un 8 %, de igual manera Haina está representada por la misma cantidad de pacientes mencionada anteriormente., mientras que Canastica y Yaguatae están representados respectivamente por 14 pacientes, lo cual es equivalente a 7% de la población total atendida, el Barrio San Rafael está representado por 10 pacientes (5%), el Moscú, Madre vieja Norte, y Hato Dama están representados respectivamente por 8 pacientes (4%), Lavapiés está representado por 7 pacientes (3.5%), 6 pacientes pertenecen a Madre Vieja Sur (3%), mientras que Pueblo Nuevo, Barrio Puerto Rico y Villego están representados por 5 pacientes respectivamente (2.5%), Villa progreso, El Corte y la Coquera está representado por 4 pacientes respectivamente (2%), mientras que San Miguel, Jamey, San Gregorio, San Isidro, Najayo, Barrio Nuevo y los Nova presentan apenas 3 pacientes respectivamente (1.5%), La Toma, La Cruz, Peña Gómez 2, Bendaño, Cambita, Los Chivos, La Caoba, Ingenio Nuevo y Villa Valdez están representado por 2 pacientes respectivamente (1%), y las comunidades Mata Naranjo, Bani, Villa Fundación, Zona Verde, Palenque, Sabana Toro, Cabria, Villa Velásquez y los Molinos presentan apenas 1 paciente respectivamente, lo cual apenas representa 0.5 % de la población total atendida. (Cuadro y Grafico 3)

Gráfico 3. Distribución de la procedencia de los pacientes entrevistados en la consulta externa del Hospital Juan Pablo Pina, Enero 2020



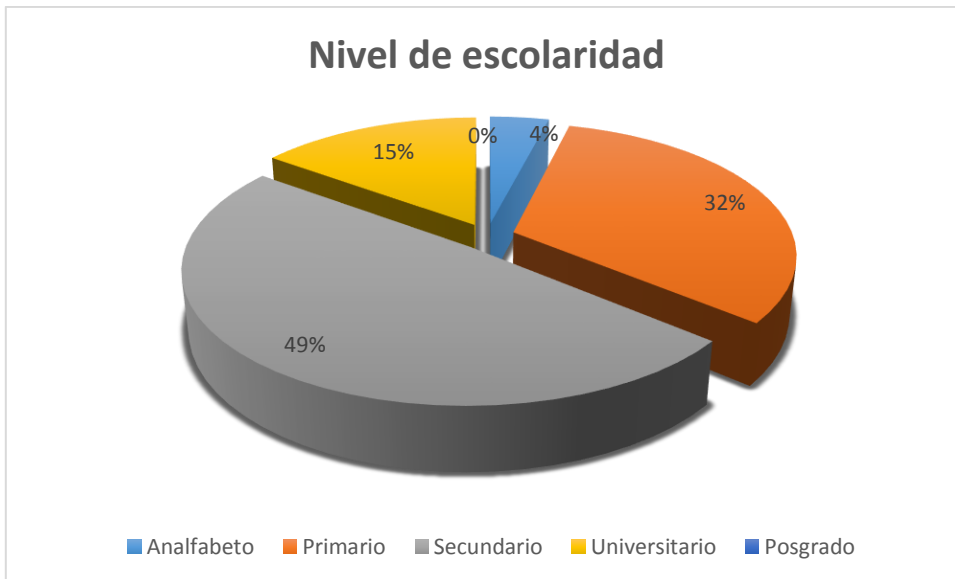
Cuadro 4. Distribución de escolaridad de los pacientes entrevistados en la consulta externa del Hospital Docente Juan Pablo Pina, Enero 2020.

Escolaridad	Frecuencia	%
Analfabeto	8	4
Primario	64	32
Secundario	98	49
Universitario	30	15
Posgrado	0	0
Total	200	100

En lo referente a la escolaridad de los pacientes encuestados se puede observar que 8 pacientes son analfabetos, lo cual representa un 4% de la población total atendida, 64 pacientes se encuentran en el nivel primario, que representa 32% de la población total atendida, el nivel secundario está representado por 98 pacientes, que representa el 49%. Mientras que el nivel universitario está representado por 30

pacientes, que es 15% y se evidencia claramente que ningún paciente entrevistado se encuentra en el nivel de posgrado. (Cuadro y Grafico 4).

Gráfico 4. Distribución de escolaridad de los pacientes entrevistados en la consulta externa del Hospital Docente Juan Pablo Pina, Enero 2020.



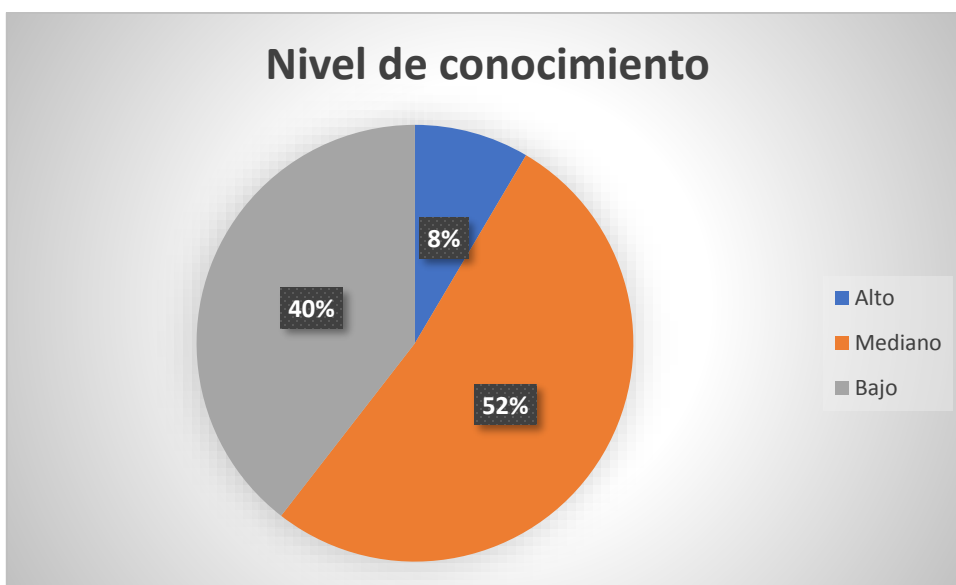
Cuadro 5. Nivel de conocimiento sobre Influenza A H1n1 de los pacientes entrevistados en el Hospital Docente Juan Pablo Pina, Enero 2020.

Nivel de conocimiento	Frecuencia	%
Alto	17	8
Mediano	104	52
Bajo	79	40
Total	200	100

En los pacientes entrevistados se pudo observar que apenas 17 pacientes tienen un nivel de conocimiento alto sobre la Influenza A H1n1, lo que representa un 8%, 104 pacientes presentan un nivel de conocimiento mediano, lo que presenta un 52%

y en cuanto al nivel de conocimiento bajo esta representado por 79 pacientes, lo cual equivale a 40 % de la población total atendida. (Cuadro y Grafico 6).

Gráfico 6. Nivel de conocimiento sobre Influenza A H1n1 de los pacientes entrevistados en el Hospital Docente Juan Pablo Pina, Enero 2020.

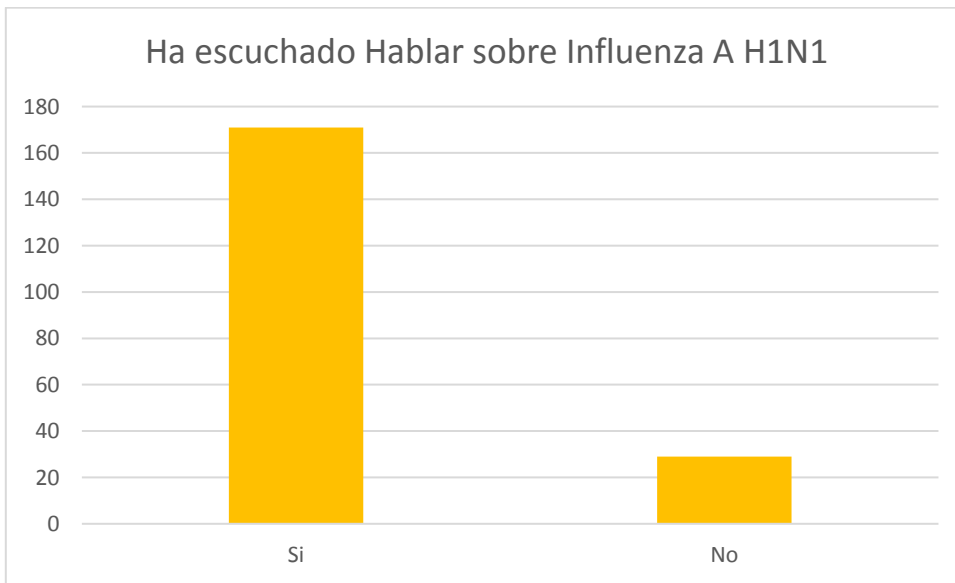


Cuadro 6. Conocimiento sobre Influenza A H1N1 en los pacientes encuestados en la consulta externa del Hospital Docente Juan Pablo Pina, Enero 2020

Respuesta	Frecuencia	%
Si	171	85.5
No	29	14.5
Total	200	100

En cuanto al conocimiento que tienen los pacientes encuestados es notorio que la mayoría de estos ha escuchado hablar sobre la Influenza A H1n1, los cuales están representados por 171 pacientes, que representa el 85.5 % de la población total encuestada, mientras que aquellos que no han escuchado hablar sobre dicha patología está representado por 29 pacientes, que apenas es 14.5 % de la población total encuestada. (Cuadro Y Grafico 6)

Gráfico 6. Conocimiento sobre Influenza A H1N1 en los pacientes encuestados en la consulta externa del Hospital Docente Juan Pablo Pina, Enero 2020

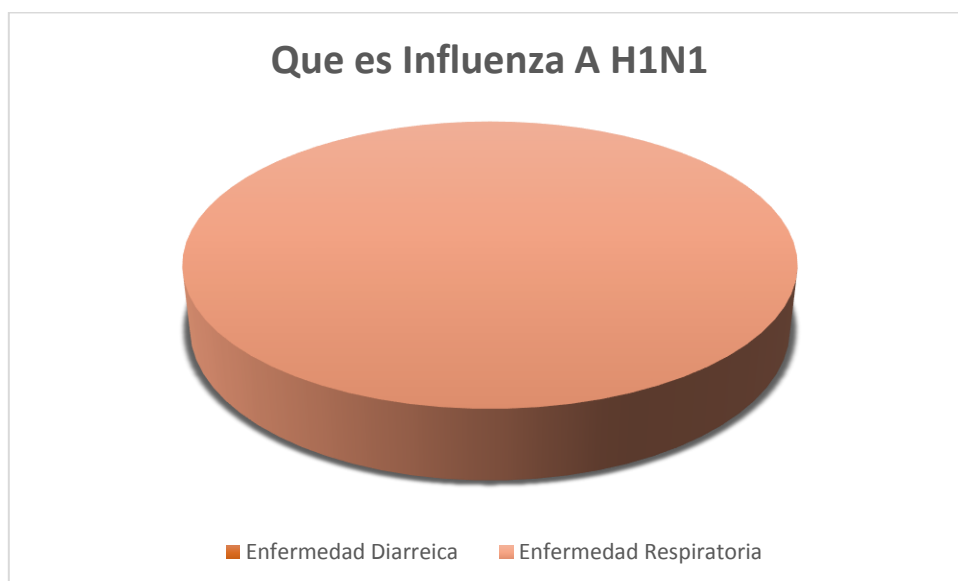


Cuadro 7. ¿Qué es la Influenza A H1n1?

Respuesta	Frecuencia	%
Enfermedad Diarreica	0	0
Enfermedad Respiratoria	171	100%
Total	171	100%

En cuanto a si los pacientes encuestados saben o no sobre que es la Influenza A H1n1, 171 pacientes contestaron que es una enfermedad respiratoria, lo cual representa el 100 % de los pacientes que afirmaron haber escuchado sobre la enfermedad.

Gráfico 7. ¿Qué es la Influenza A H1n1?

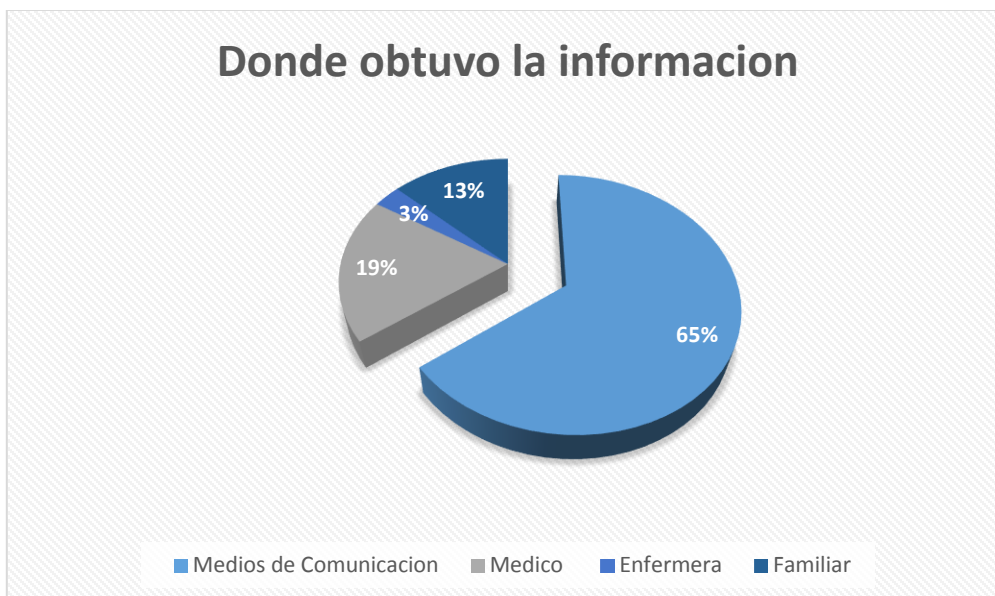


Cuadro 8. Medios de comunicación por el cual los pacientes encuestados en la consulta externa del Hospital Juan Pablo Pina obtuvieron la información, Enero 2020

Respuesta	Frecuencia	%
Medios de Comunicación	130	65
Medico	38	19
Enfermera	6	3
Familiar	26	13
Total	200	100

De los pacientes que fueron encuestados durante el estudio se pudo observar que 130 pacientes obtuvieron la información sobre la Influenza A H1n1 en los medios de comunicación (65%), 38 pacientes recibieron dicha información de un Médico (19%), a través de una Enfermera fue obtenida la información por 6 pacientes (3%) y por un familiar fue obtenida por 26 pacientes (13%). (Cuadro Y Grafico 8)

Gráfico 8. Medios de comunicación por el cual los pacientes encuestados en la consulta externa del Hospital Juan Pablo Pina obtuvieron la información, Enero 2020

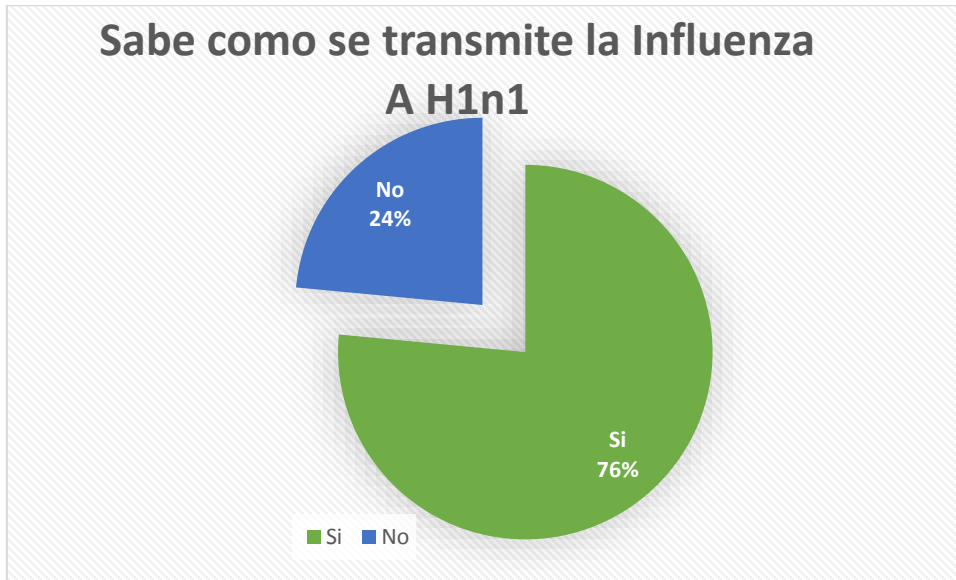


Cuadro 9. Saben los pacientes encuestados en la consulta externa del Hospital Docente Juan Pablo Pina como se transmite la Influenza a H1n1, Enero 2020

Respuesta	Frecuencia	%
Si	153	76
No	47	24
Total	200	100

En lo referente a si los pacientes encuestados saben cómo se transmite la Influenza A H1n1, el 76% de la población encuestada, dijeron que si sabían cómo se trasmitía (153 pacientes) y 24% de la población encuestada dijo que no sabía (47 pacientes). (Cuadro y Grafico 9)

Gráfico 9. Saben los pacientes encuestados en la consulta externa del Hospital Docente Juan Pablo Pina como se transmite la Influenza a H1n1, Enero 2020



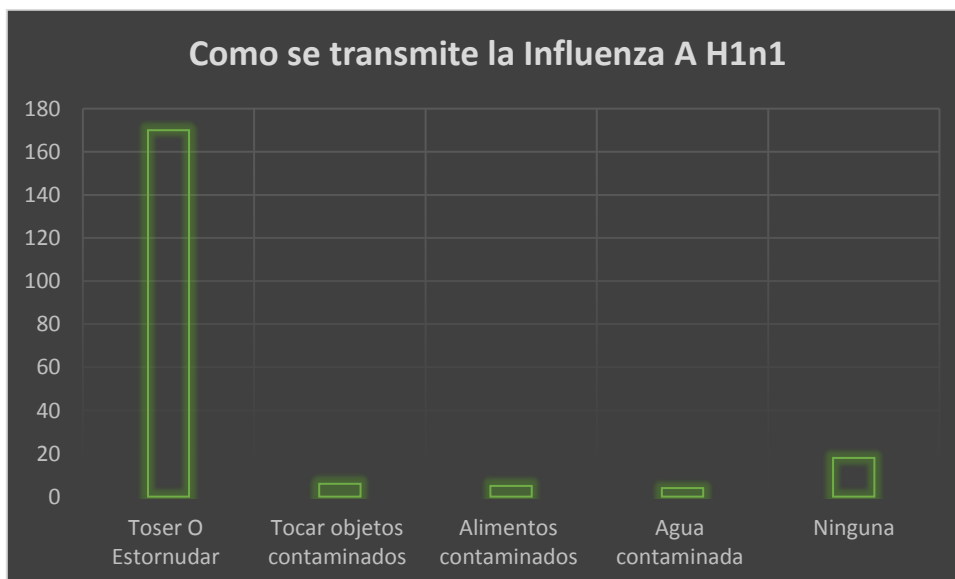
Cuadro 10. Como se transmite la Influenza A H1n1 según los pacientes encuestados en la consulta externa del Hospital Docente Juan Pablo Pina, Enero 2020

Respuesta	Frecuencia	%
Toser O Estornudar	170	83.6
Tocar objetos contaminados	6	3
Alimentos contaminados	5	2.5
Agua contaminada	4	2
Ninguna	18	8.9
Total	203	100

De los pacientes entrevistados 170 de los mismos afirmaron que la Influenza a H1n1 es transmitida por toser o estornudar (83.6%), 6 pacientes contestaron que puede

transmitirse por tocar objetos contaminados (3%), por ingerir alimentos contaminados fue elegida por 5 pacientes (2.5%), que es transmitida por tomar agua contaminada fue elegida por 4 pacientes (2%) y 18 pacientes contestaron que no se transmite por ninguna de las anteriores (8.9%). (Cuadro Y Grafico 9).

Gráfico 10. Como se transmite la Influenza A H1n1 según los pacientes encuestados en la consulta externa del Hospital Docente Juan Pablo Pina, Enero 2020



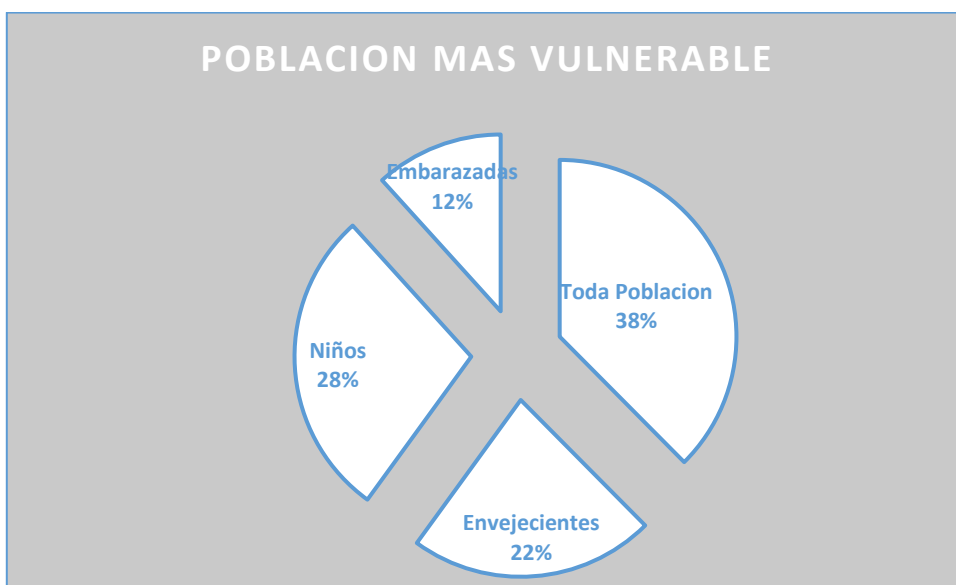
Cuadro 11. Población más vulnerable según los pacientes encuestados en la consulta externa del Hospital Docente Juan Pablo Pina, Enero 2020

Respuesta	Frecuencia	%
Toda Población	77	38
Envejecientes	46	22
Niños	58	28
Embarazadas	24	12
Total	205	100

Se evidencio que 77 pacientes encuestados, que representa un 38% de la población total encuestada, cree que toda la población puede contraer la Influenza A H1n1 de igual manera, mientras que 46 pacientes (22%) piensa que los envejecientes son

los más vulnerables, 58 pacientes afirman que los niños son los más vulnerables (28%) y apenas 24 pacientes creen que son las embarazadas las más vulnerables al contagio (12%). (Cuadro y Grafico 11)

Gráfico 11. Población más vulnerable según los pacientes encuestados en la consulta externa del Hospital Docente Juan Pablo Pina, Enero 2020

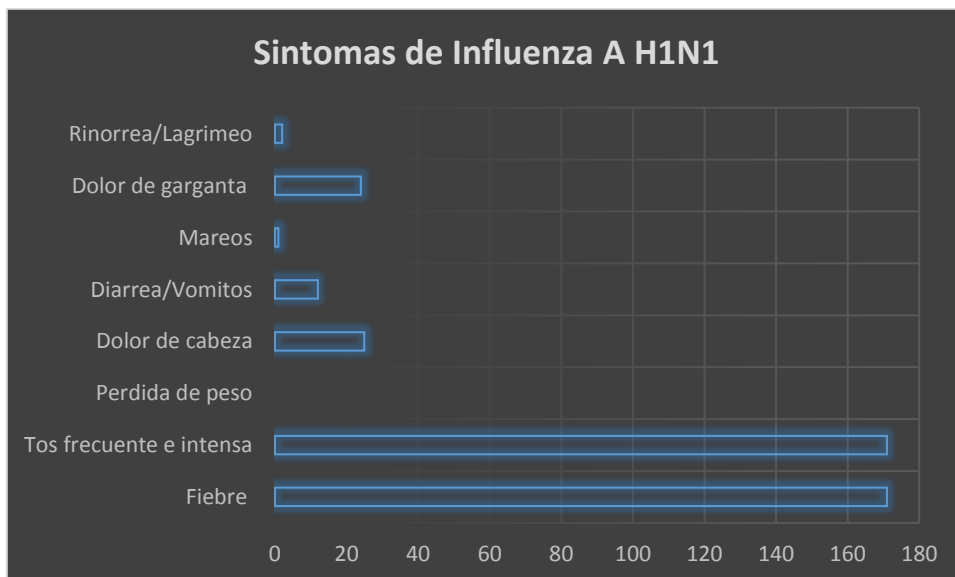


Cuadro 12. Cuáles son los síntomas conocidos por los pacientes entrevistados en la consulta externa del Hospital Docente Juan Pablo Pina, Enero 2020

Síntomas	Frecuencia	%
Fiebre	171	42.11
Tos frecuente e intensa	171	42.11
Pérdida de peso	0	0
Dolor de cabeza	25	6.2
Diarrea/Vómitos	12	3
Mareos	1	0.24
Dolor de garganta	24	6
Rinorrea/Lagrimeo	2	0.5
Total	406	100

En cuanto a los síntomas sobre la Influenza A H1n1, 171 pacientes (42.11%) afirman que la fiebre es uno de los síntomas que representa la enfermedad, dicha cantidad es la misma para la tos frecuente e intensa. La pérdida de peso no fue afirmada por ningún paciente. El dolor de cabeza fue afirmado por 25 pacientes (6.2%), 12 pacientes afirman que los vómitos y la diarrea forma parte de la sintomatología (3%), 1 paciente afirma que los mareos forman parte de los síntomas de la Influenza (0.24%), 24 pacientes contestaron que el dolor de garganta forma parte de los síntomas (6%) y apenas 2 pacientes reconocen que la rinorrea y lagrimeo forma parte de los síntomas. (Cuadro y Grafico 12)

Gráfico 12. Cuáles son los síntomas conocidos por los pacientes entrevistados en la consulta externa del Hospital Docente Juan Pablo Pina, Enero 2020

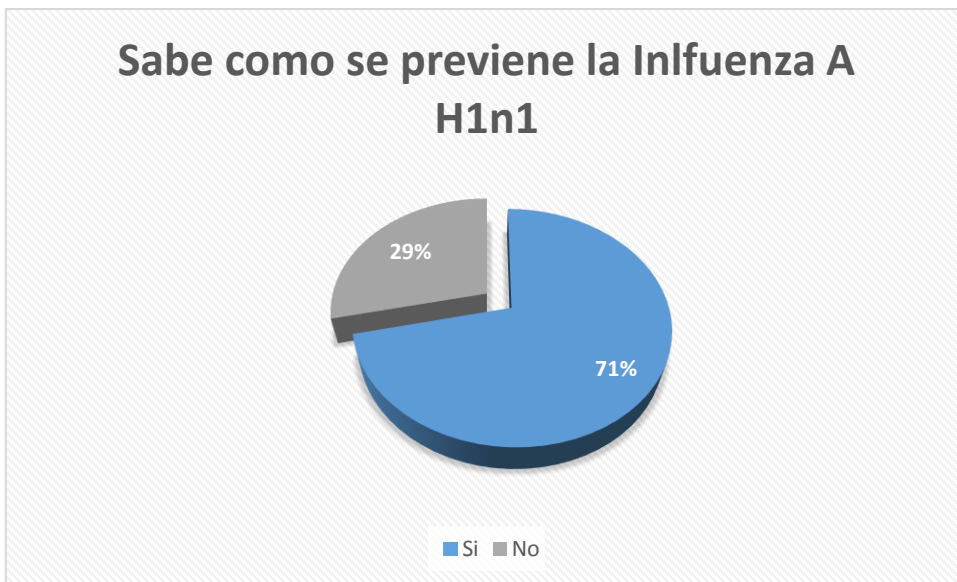


Cuadro 13. Saben los pacientes entrevistados en la consulta externa del Hospital Docente Juan pablo Pina como se previene la Influenza A H1n1, Enero 2020

Respuesta	Frecuencia	%
Si	143	71
No	57	29
Total	200	100

En cuanto a si los pacientes encuestados saben o no como se previene la Influenza A H1n1, 143 pacientes afirmaron que si saben cómo se previene, lo cual representa 71% de la población total encuestada y 57 pacientes contestaron que no saben cómo se previene (29%). (Cuadro y Grafico 12)

Gráfico 12. Saben los pacientes entrevistados en la consulta externa del Hospital Docente Juan pablo Pina como se previene la Influenza A H1n1, Enero 2020

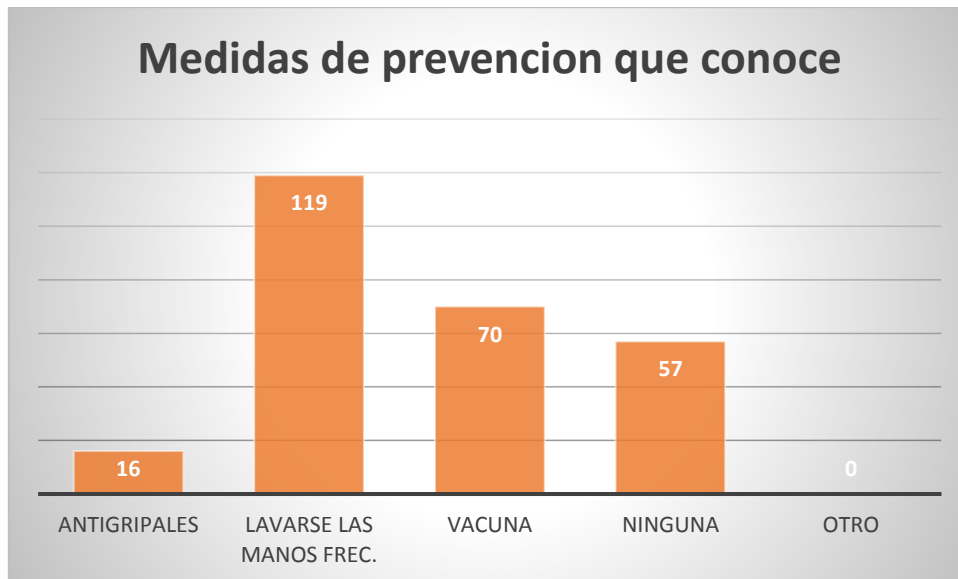


Cuadro 14. Medidas de prevención que conocen los pacientes entrevistados en la consulta externa del Hospital Docente Juan Pablo Pina, Enero 2020

Prevención	Frecuencia	%
Antigripales	16	6.1
Lavarse las manos	119	45.5
Vacuna	70	26.7
Ninguna	57	21.7
Otro	0	0
Total	262	100

De los pacientes entrevistados sobre cuales medidas de prevención conocen, 16 contestaron que la ingesta de antigripales previene la enfermedad (6.8%), 119 pacientes contestaron que lavarse las manos frecuentemente forma parte de la prevención (45.5%). En cuanto a la vacuna 70 pacientes afirman que forma de las medidas preventivas (26.7%) y 57 pacientes afirman que no conocen ninguna de las medidas de prevención (21.7%). (Cuadro y Grafico 13).

Gráfico 14. Medidas de prevención que conocen los pacientes entrevistados en la consulta externa del Hospital Docente Juan Pablo Pina, Enero 2020

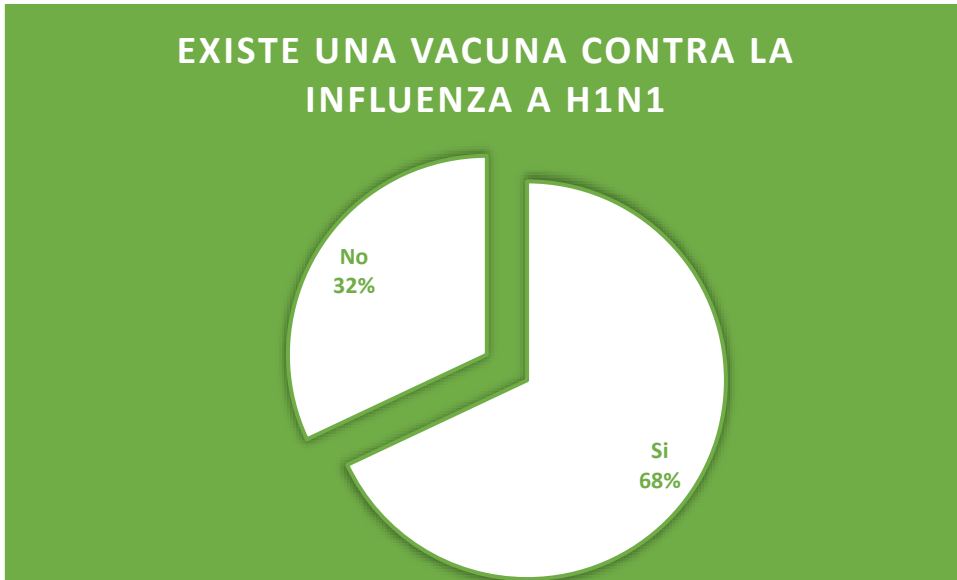


Cuadro 15. Existe o no una vacuna contra la Influenza A H1n1, según los pacientes entrevistados en la consulta externa del Hospital Docente Juan Pablo Pina, Enero 2020

Respuesta	Frecuencia	%
Si	136	68
No	64	32
Total	200	100

En cuanto al conocimiento que tienen sobre si existe o no la vacuna contra la influenza A H1n1 los pacientes entrevistados, 136 contestaron que, si existe una vacuna contra dicha enfermedad, lo cual representa el 68% de la población total entrevistada y 64 pacientes contestaron que no existe, lo cual representa 32% de la población total entrevistada. (Cuadro y Grafico 14)

Gráfico 15. Existe o no una vacuna contra la Influenza A H1n1, según los pacientes entrevistados en la consulta externa del Hospital Docente Juan Pablo Pina, Enero 2020

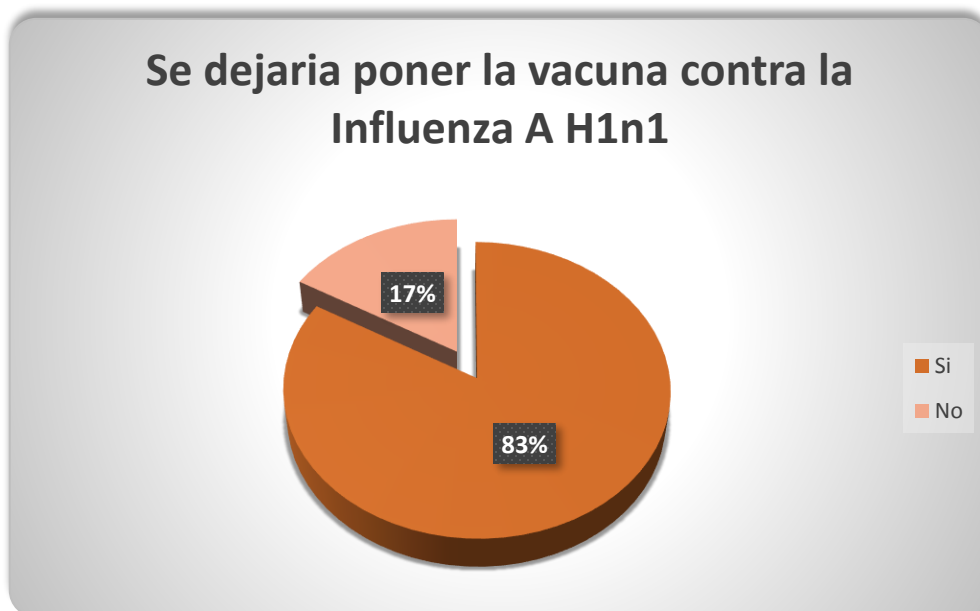


Cuadro 16. Pacientes entrevistados en la consulta externa del Hospital Docente Juan Pablo Pina, que se dejarían o no ponerse la vacuna contra la Influenza A H1n1, Enero 2020

Respuesta	Frecuencia	%
Si	167	83
No	33	17
Total	200	100

Se pudo observar que 167 pacientes de los que fueron entrevistados, estarían de acuerdo con dejarse poner la vacuna contra la influenza A H1n1 (83%), mientras que 33 pacientes no se dejarían poner la misma (17%). (Cuadro y Grafico 15).

Gráfico 16. Pacientes entrevistados en la consulta externa del Hospital Docente Juan Pablo Pina, que se dejarían o no ponerse la vacuna contra la Influenza A H1n1, Enero 2020

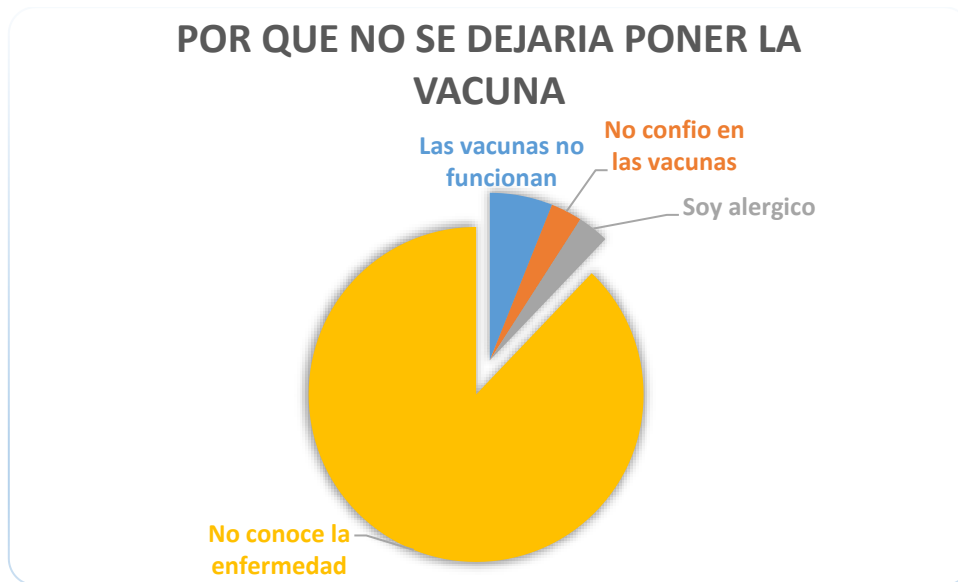


Cuadro 17. Por qué los pacientes entrevistados en la consulta externa del Hospital Docente Juan Pablo Pina no se dejarían poner la vacuna, Enero 2020

¿Por qué no?	Frecuencia	%
Las vacunas no funcionan	2	6
No confío en las vacunas	1	3
Soy alérgico	1	3
No conoce la enfermedad	29	88
Total	33	100

De los 33 pacientes que no estuvieron de acuerdo con ponerse la vacuna contra la influenza A H1n1, 2 de estos pacientes contestaron que las vacunas no funcionan (6%), 1 paciente contestó que no confiaba en las vacunas (1%), 1 paciente contestó que era alérgico a muchas cosas (3%) y 29 pacientes no se la dejarían poner porque no conocen la enfermedad. (Cuadro y Gráfico 16)

Gráfico 17. Por qué los pacientes entrevistados en la consulta externa del Hospital Docente Juan Pablo Pina no se dejarían poner la vacuna, Enero 2020

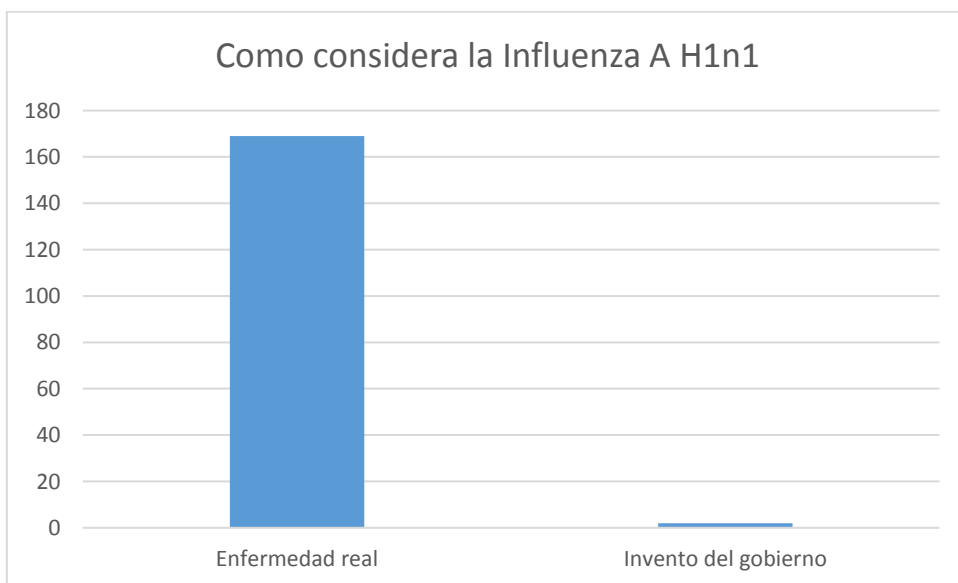


Cuadro 18. Actitud que tienen los pacientes entrevistados en la consulta externa del Hospital Docente Juan Pablo Pina sobre la influenza A H1n1, Enero 2020

Actitud	Frecuencia	%
Enfermedad real	169	99
Invento del gobierno	2	1
Total	171	100

En cuanto a la actitud que tienen los pacientes entrevistados 169 pacientes, que representan un 99% de la población total entrevistada afirman que la Influenza A H1n1 es una enfermedad real, mientras que 2 pacientes afirman que dicha enfermedad es un invento del gobierno, lo cual representa el 1% de la población total entrevistada. (Cuadro y Gráfico 17)

Gráfico 18. Actitud que tienen los pacientes entrevistados en la consulta externa del Hospital Docente Juan Pablo Pina sobre la influenza A H1n1, Enero 2020



IX. DISCUSIÓN

Se ha estudiado una población total de 200 pacientes que asistieron a la consulta externa del Hospital Docente Juan Pablo Pina, los cuales fueron elegidos al azar. Dichos pacientes fueron elegidos con la finalidad de determinar sus conocimientos y actitudes sobre la Influenza A H1n1.

La determinación de estos conocimientos y actitudes de los paciente frente a esta enfermedad, nos ayudaran a descubrir si debemos incrementar o no la medicina preventiva, ya sea con charlas en el mismo hospital, así como en las comunidades, entrega de volantes con la información clara y necesaria, incremento de los anuncios tanto radiales como televisivos y fomentar a que todo el personal de salud ofrezca las informaciones necesarias sobre la enfermedad tanto en su ámbito laboral, como en su comunidad, con el fin de evitar lo ocurrido en el 2009, donde ocurrió una pandemia, causando 8, 557 muerte en la región de las Américas, de las cuales 23 corresponden a nuestro país, reportándose además 3 fallecidos en el 2011 y 5 en mayo d En el estudio se pudo observar que el rango de edad fue de 30 – 39 años, el cual representa un 29% de la población total entrevistada y el rango con menos pacientes fue de 60 años y más con apenas un 4%.

En cuanto al sexo fue notorio que la mayor población entrevistada correspondía al sexo femenino (64%), y el 36% restante corresponde al sexo masculino, estos datos fueron similares en un estudio realizado en la ciudad de México realizado en el 2009, donde reporta que 51.1% de la población entrevistada correspondía al sexo femenino y 48.9% al masculino, dicho estudio fue realizado por Jiménez- Corona ME *et al.* ⁵

En cuanto a la procedencia se pudo observar que la comunidad donde más pacientes provenían, fue Hatillo (9 %), continuando Doña Ana y Haina (8%).

Se pudo observar en este estudio que, en cuanto al nivel de escolaridad, el nivel secundario represento la mayoría de los pacientes entrevistados (49%) y cabe destacar que ninguno de los pacientes que pertenecieron a este estudio ha realizado un posgrado.

En lo que se refiere a los niveles de conocimiento se observó que la mayoría de los pacientes encuestados (52%) presentan un nivel de conocimiento mediano y continuando con un nivel de conocimiento bajo (40%), dichos datos son similares a un estudio realizado por Rodríguez Guerrero R *et al*, realizado en España en 2010, donde el 40.1% de la población se encuentra poco o nada informado sobre la influenza A H1N1. ³¹

En este estudio pude observar que el 85.5% de la población ha escuchado hablar sobre la influenza A H1N1, dicha información fue obtenida fundamentalmente por los medios de comunicación (65%), datos muy similares a un estudio realizado, por Rodríguez Guerrero R *et al*, realizado en España en 2010, que reporta un 75.7 % de la población obtuvo la información en medios de comunicación. ³¹

Cabe destacar que el 100% de los pacientes que dijeron haber escuchado hablar sobre la influenza A H1n1, dieron la respuesta correcta sobre que la misma es una enfermedad respiratoria de origen viral.

En la mayoría de los pacientes se observó que sabían cómo se transmitía la enfermedad (76%) y dentro de las formas que puede ser transmitida se obtuvo una mayoría (83.6%), de que se transmite por ponerse en contacto con gotas de saliva de una persona infectada a través de la tos o estornudos.

Cabe destacar que la mayoría de los pacientes (38%) contesto de manera equivocada, sobre la población más vulnerable, estos contestaron que a toda la población podía ser afectada por la enfermedad sin importar edad ni embarazo.

En este estudio se pudo destacar que la población en su mayoría conocía los síntomas primordiales de esta enfermedad, siendo los mismos fiebre y tos frecuente e intensa (42.11% respectivamente), tal y como lo observado en un estudio realizado por Sarmiento MP *et al* en el 2011 en Santander, que reporta que la mayoría de la población estudiada presenta niveles aceptables de conocimientos. ³²

La Mayoría de los pacientes encuestados (71%) afirman conocer las medidas de prevención, y entre las medidas de prevención conocida más conocida por los

pacientes, fue el lavado de las manos, tal como se evidencio en un estudio realizado por Sarmiento MP *et al* en el 2011 en Santander.³²

En relación a si los pacientes tienen conocimiento o no sobre si existe una vacuna contra la influenza A H1N1, la mayoría de los pacientes (68%), confirmaron que si existe. Además, se les pregunto si se dejarían poner la vacuna, con la intención de conocer su actitud sobre la misma, obteniendo como resultado que el 83% de la población en cuestión se dejaría poner a vacuna. De aquellos pacientes que se negaron a ponerse la vacuna (17%), se destacó que la mayoría de aquellos que se negaban a ponérsela, se debía a desconocimiento de la enfermedad.

Cabe destacar que la población entrevistada presenta una buena actitud ante la enfermedad, entendiendo que es un problema epidemiológico real (99%).

X. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. El rango de edad más frecuente fue de 30-39 años (29%).
2. El sexo predominante en los pacientes entrevistados fue el femenino (64%).
3. El nivel de escolaridad más frecuente fue el nivel secundario (49%).
4. La mayoría de los pacientes entrevistados pertenecen a la comunidad de Hatillo (9%).
5. De los pacientes entrevistados un 52% presentan un nivel de conocimiento mediano sobre la Influenza A H1N1.
6. El medio por el cual la mayoría de los pacientes (65%) obtuvieron la información sobre la Influenza A H1N1, fue a través de los medios de comunicación. Lo cual nos alerta a nosotros como personal de la salud y sobretodo Médicos Familiares que debemos preocuparnos más por la educación de los pacientes ante enfermedades como esta, que puede causar la muerte y es altamente infectante. Además, debemos también motivar a nuestras enfermeras a que nos ayuden en esa labor, que las mismas presentaron a penas un 3% de las que le suministraron información a los pacientes.
7. A pesar de que la mayoría (71%) de los pacientes afirmo que conocía las medidas de prevención contra la influenza A H1N1, de estos apenas un 45% acertó en el lavado frecuente de las manos, y muy pocos vieron la vacuna como una medida de prevención (26.7%)
8. Los pacientes presentaron una actitud aceptable ante la vacuna, ya que el 83% de la población acepto ponerse la misma. El otro 17% restante que se negó, en su mayoría lo hacía por desconocimiento de la enfermedad.
9. Cabe destacar que a pesar de que la población no tiene una información completa, ni adecuada sobre la Influenza A H1N1, los mismos presentan una actitud adecuada (99%), ya que ven el problema epidemiológico real que esta enfermedad, están conscientes pese a sus conocimientos de mediano a bajo, que es una enfermedad causante de muertes si no es manejada ni diagnosticada a tiempo.

10. Debemos incrementar como Médicos Familiares, junto a todo el personal de salud y Salud Pública, más charlas comunitarias, en los hospitales, además de la obtención de materiales educativos para suminístraselos a los pacientes, para que obtengan información adecuada y verídica.

XI. REFERENCIAS

1. Comisión Nacional de Influenza. Guía para el diagnóstico y tratamiento de la Influenza A H1N1. 2da edición. Editora alfa y omega; 2009:1-17.
2. Dávila M, Mujica M *et al.* Nivel de conocimiento sobre influenza A H1N1, 2009. Revista de salud pública; 2010. 12 (5):790-797
3. Anónimo. Todo sobre la gripe A H1N1. Se consigue en : www.eltiempo.com.ve
4. Cabrera JS, Ferro *et al.* Influenza A H1N1/09 en mujeres embarazadas. Revisión de literatura. Revista universidad y salud; 2011. 1 (13): 98-107
5. Jiménez-Corona ME. Conocimientos y prácticas sobre influenza A H1N1 2009 y la vacunación contra influenza pandémica: resultados de una encuesta poblacional. Revista salud publica México; 2012. 54:607-615
6. García Saiso S. Breve Historia de la Influenza. Se consigue en : www.imc.org.mx
7. Ayora-Talavera G. Influenza: historia de una enfermedad. Revista Biomed;1999.10:57-61
8. Anónimo. La historia olvidada del virus H1N1 (Cronología en la sombra). Se consigue en: www.pijamasurf.com
9. Anónimo. Influenza (Gripe). Se Consigue en : www.health.ny.org
10. Dolin R. Influenza o Gripe. En Fauci, Braunwald *et al.* Medicina Interna de Harrison. 17 edición. Mc Graw Hill; 2008. Vol I: 1127-1132
11. Influenza. Organización Panamericana de la Salud (CD); abril 2009
12. Anónimo. Consideraciones y recomendaciones provisionales para el manejo clínico de la influenza pandémica (H1N1) 2009. Consulta de expertos de OPS/OMS. Se consigue en: www.newpaho.org
13. Dolin R. Influenza o Gripe. En Fauci, Braunwald *et al.* Medicina Interna de Harrison. 15ava edición. Mc Graw Hill; 2002. Vol I: 1327

14. Restrepo A, Robledo J, Leiderman E *et al.* Virus Influenza. Enfermedades infecciosas. 6ta edición. Fondo editorial CIB, Colombia; 2003.698-699
15. Ministerio de Estado de Salud Pública y asistencia social. Influenza A H1N1. Hospital Juan Pablo Pina. Junio 10 de 2013. San Cristóbal, Rep.Dom
16. Organización Panamericana de la salud. Medidas de protección para reducir el riesgo de contagio de Influenza A H1N1 en planteles educativos. Panamá, 2009. En : www.newpaho.org
17. Comisión Nacional de inmunizaciones. Prevención, vigilancia y control de enfermedades causadas por Influenza y otros virus respiratorios en Costa Rica. Serie de documentos técnicos. El Ministerio, San José, C.R. 2003:1-3
18. Anónimo. La Influenza A H1n1 2009. Se consigue en: www.espanol.cdc.gov/enes/h
19. Anónimo. Observatorio para la salud. Se consigue en: www.cvcs.udg.mx/observatorio/files/influenza_humana HYPERLINK
20. Rodríguez-Morales AJ. Asociación entre el desarrollo y la epidemiología de la Influenza A H1N1 en países de América Latina. Revista Peruana Médica Experimental y Salud Publica. 2010; 27 (3)486. En: www.scielo.org.pe
21. Anónimo. <http://www.reporta.c3.org.mx>
22. Ministerio de Salud Pública. Alerta Epidemiológica no.1, 20 mayo 2013. En: www.digipesalud.gob.do
23. Organización Panamericana de la Salud. Actualización epidemiológica. Incremento de la actividad de la influenza, 31 mayo 2013. Se consigue en : www.newpaho.org
24. Ministerio de Salud Pública. Cuidado de personas con influenza o gripe. En Guía de orientaciones básicas.
25. Ponce López ML. La influenza A H1N1 en México. Diagnostico, tratamiento y prevención. Revista especializada en ciencias de la salud.2009;12 (1-2): 7-19.

26. Anónimo. Influenza Humana A H1N1. Se Consigue en : www.salud.gov.pr HYPERLINK
"[http://www.salud.gov.pr/http://www.cucs.udg.mx/observatorio/files/File/Influenza_hu
mana](http://www.salud.gov.pr/http://www.cucs.udg.mx/observatorio/files/File/Influenza_humana) HYPERLINK "<http://www.salud.gov.pr/>"3 HYPERLINK
"<http://www.salud.gov.pr/>".pdf
27. Cabrera Fierro JS, Suarez Ayala DV, Gómez Cabrera FL, Tejada Cordoba AP. Influenza A H1N1/09 en mujeres embarazadas: Revisión de la literatura. Revista Universidad y salud.2011;1 (13):98-107
28. Anónimo. Zanamivir y Oseltamivir. Se consigue en: <http://www.vademecum.es>
29. Anónimo. Efectos secundarios de la vacuna contra la gripe estacional. Se consigue en:http://geosalud.com/vacunas/vacuna_gripe/efectos_secundarios_vacuna_brote.html
30. Anónimo. Complicaciones de Influenza A H1N1. Se consigue en :
<http://espanol.cdc.gov/enes/h>
31. Rodríguez Guerrero R *et al.* Conocimientos y actitudes de la población ante la gripe A (H1N1). 2010. Se consigue en: www.elsevier.es
32. Sarmiento MP *et al.* Conocimientos y practicas de prevención y el control de la influenza A H1N1 en una comunidad de Florinda Blanca, Santander. 2011. Se consigue en: www.revistabiomedica.org

XII. ANEXOS

XII.1. Cronograma

Variables	Tiempo
Selección del tema	Mayo 2013
Búsqueda de referencia	Junio-Agosto 2013
Elaboración del anteproyecto	Junio-Agosto 2013
Sometimiento y aprobación	Septiembre 2013
Obtención de los datos	Enero 2020
Tabulación y análisis	Enero- Febrero 2020
Revisión del informe	Febrero 2020
Encuadernación	Febrero 2020
Presentación	Febrero 2020

XI.2. Instrumento de recolección de la información

HOSPITAL REGIONAL DOCENTE JUAN PABLO PINA Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

Nivel de conocimiento y actitudes en los pacientes que asisten a la consulta externa del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina sobre Influenza A H1N1 en el periodo Enero 2020

Datos Generales

Edad (años): -19 20-29 30-39 40-49 50-59 60 y mas

Sexo: Fem Masc Procedencia

Nivel de escolaridad: Analfabeto Primario Secundario Universitario

Posgrado

- 1. Ha escuchado hablar sobre influenza A H1N1?

Si

No

- 2. Que es Influenza A H1N1?
 - a)Es una enfermedad diarreica
 - b)Es una enfermedad respiratoria de origen viral

- 3. Donde obtuvo la información?

Medios de comunicación

Medico

Enfermera

Familiar

Otro (especifique)

- 4. Sabe cómo se transmite la Influenza A H1N1?

Si

No

- 5. Como se transmite?

Por ponerse en contacto con gotas de saliva de una persona infectada (al toser o estornudar)

Por tocar superficies y materiales contaminados

Por ingerir alimentos contaminados

Por tomar agua contaminada

Ninguna

Otra (especifique)

- 6.Cuál es la población más vulnerable?

Toda la población

Envejecientes

Niños

Embarazadas

- 7. Cuales síntomas conoce?

Fiebre

Tos frecuente e intensa

Pérdida de peso

Dolor de cabeza

Diarrea y vómitos

Mareos

Dolor de garganta

Rinorrea y lagrimeo

8. Sabe usted como se previene?

Si

No

9. Cuales medidas de prevención conoce?

Uso de antigripales

Lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón o con producto a base de alcohol

Uso de la vacuna

Ninguna

Otra (especifique)

10. Sabe usted si existe una vacuna contra la Influenza A H1N1?

Si

No

11. Se dejaría usted poner la vacuna?

Si

No

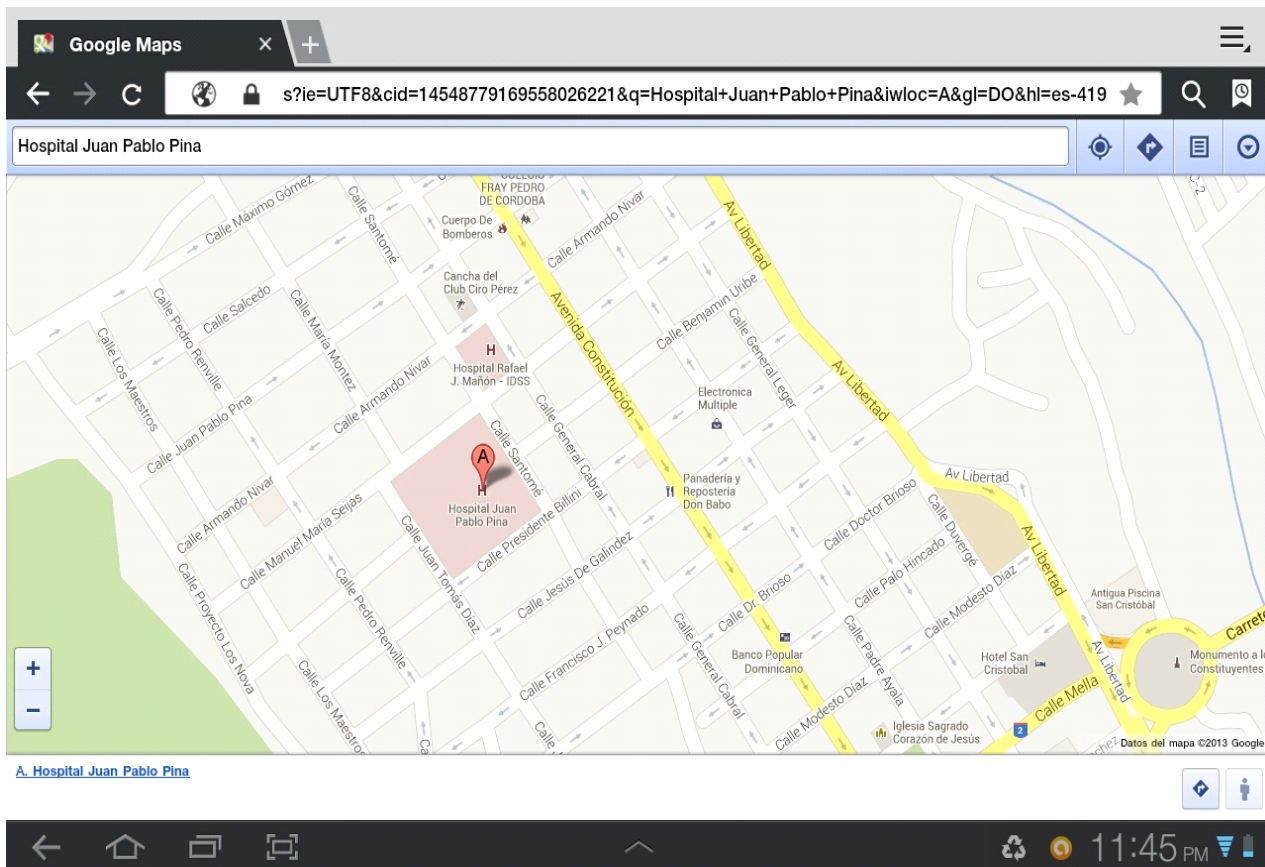
12. Si la respuesta es NO, Por qué?

13. Considera la enfermedad:

Problema epidemiológico real

Invento del gobierno

XI.3. Demarcación geográfica



XI.4. Costos y recursos

IX.3.1			
Una sustentante			
Dos asesores			
IX.3.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel Bond 20 (8 ½ x 11)	3 resmas	300	900
Papel de hilo	2 resmas	825	1650
Lápices	3 unidades	10	30
Borras	1 unidad	20	20
Sacapuntas	1 unidad	20	20
Bolígrafos	3 unidades	17.60	53
Computador Hardware			
Centrino Core 2 duo 4 GB			
Memoria RAM 500 gb DD			
Impresora HP deskjet J210			
Software:			
Microsoft windows 7 professional			
Microsoft Office			
Microsoft Excel			
Miscrosoft Adobe PDF			
Microsoft Power Point			
Cartuchos HP 45 A y 78 D	7 unidades	100	700
Calculadora	1 unidad	200	200
IX.3.3. Información			
Adquision de libros			
Revistas			
Otros documentos			
IX.3.4. Económicos*	Copias	500	500
Papeleria (Copias)			
Curso metodología	1 sustentante	21,000	21,000

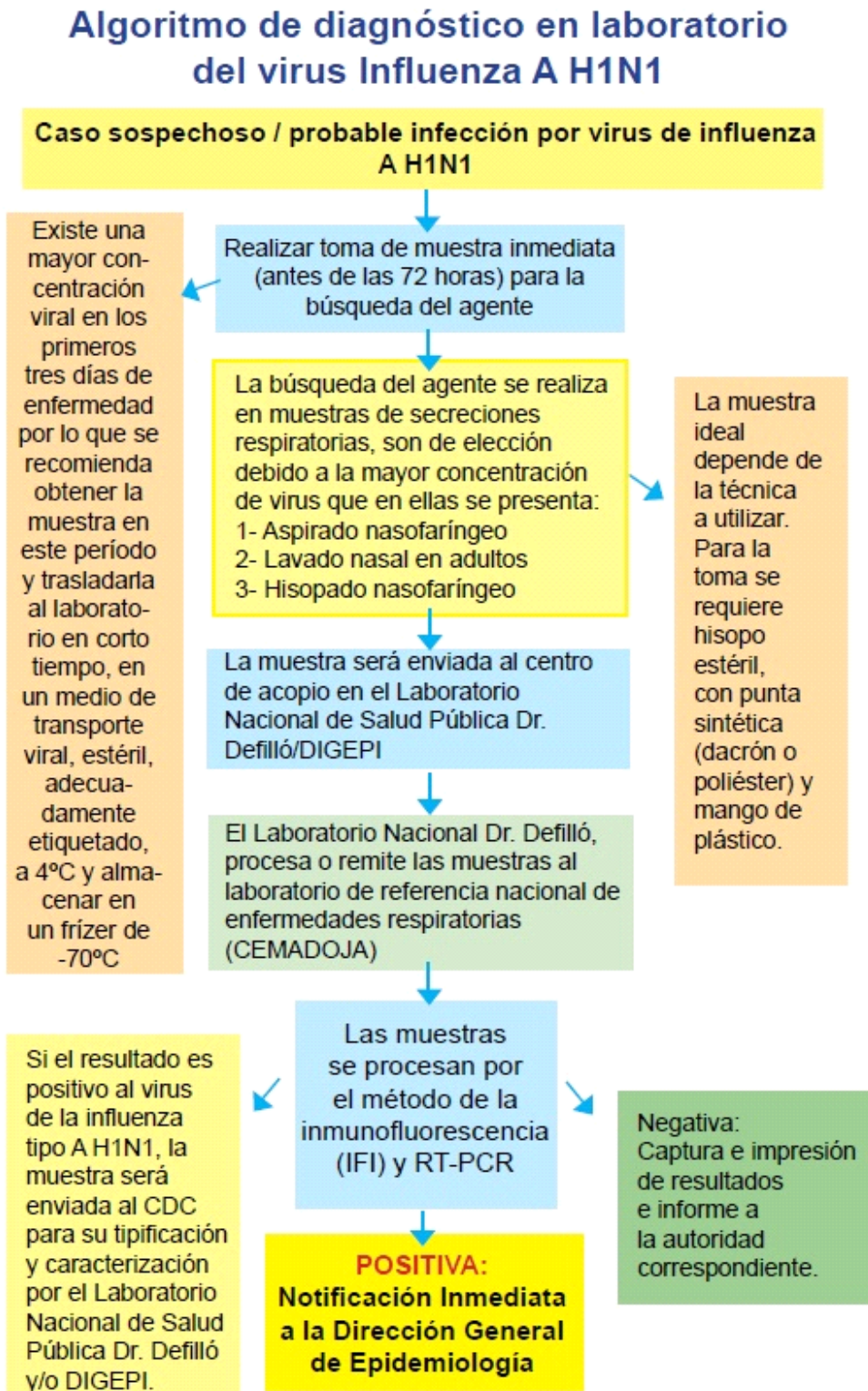
Inscripción de tesis	1 sustentante	4000	4000
Derecho a presentación de tesis	1 sustentante	6000	6000
Alimentación		1000	1000
Transporte		6000	6000
Imprevistos (%)		4500	4500

*Los costos totales de la investigación serán cubiertos por la investigadora.

XI.5. Escala de Triage

Tipo de usuario	Referencia	Tratamiento
Sano, sin síntomas Respiratorios	Domicilio	Medidas de Bioseguridad
Sintomatología Respiratoria	Domicilio	Tratamiento sintomático, medidas de Bioseguridad y seguimiento
Sintomatología sugiriendo influenza, sin complicaciones respiratorias, ni enfermedades crónicas agregadas	Aislamiento Domiciliario	Tratamiento Sintomático
Cuadro clínico de influenza, sin complicaciones pulmonares y enfermedades crónicas controladas	Centro de atención y aislamiento	Sintomático y antiviral

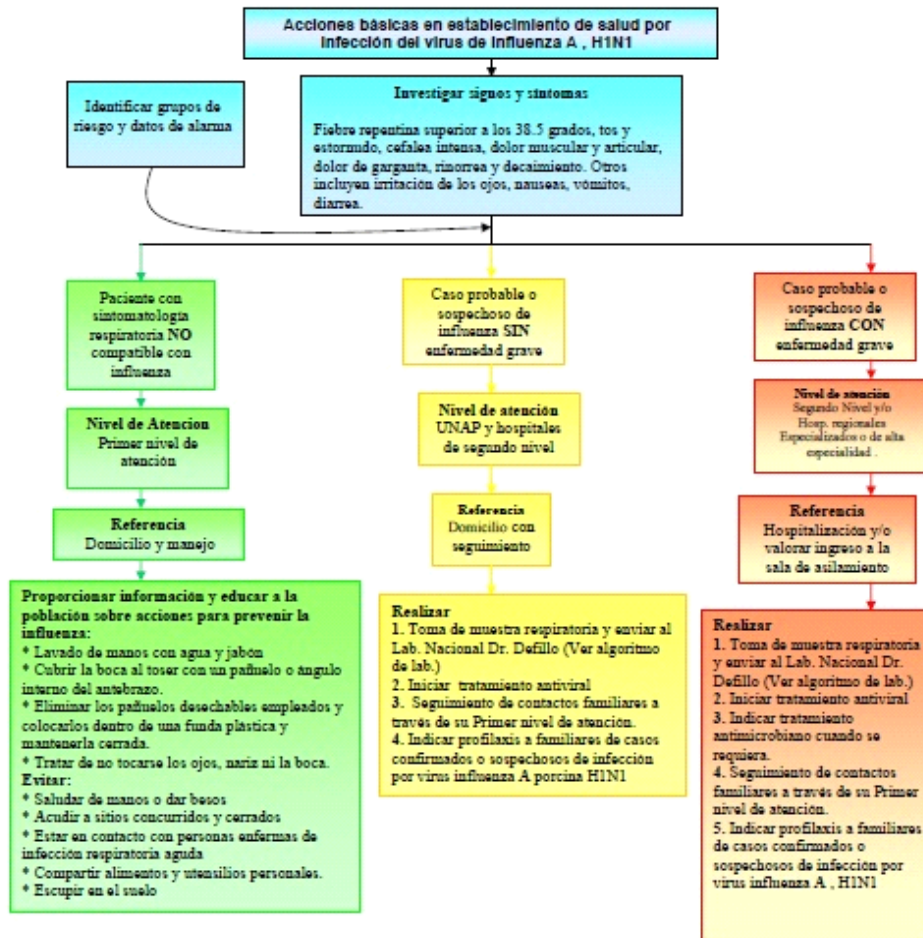
XI.6. Algoritmo de diagnóstico en laboratorio del virus de la Influenza A H1N1



IX.6. Algoritmo de detección, referencia y tratamiento

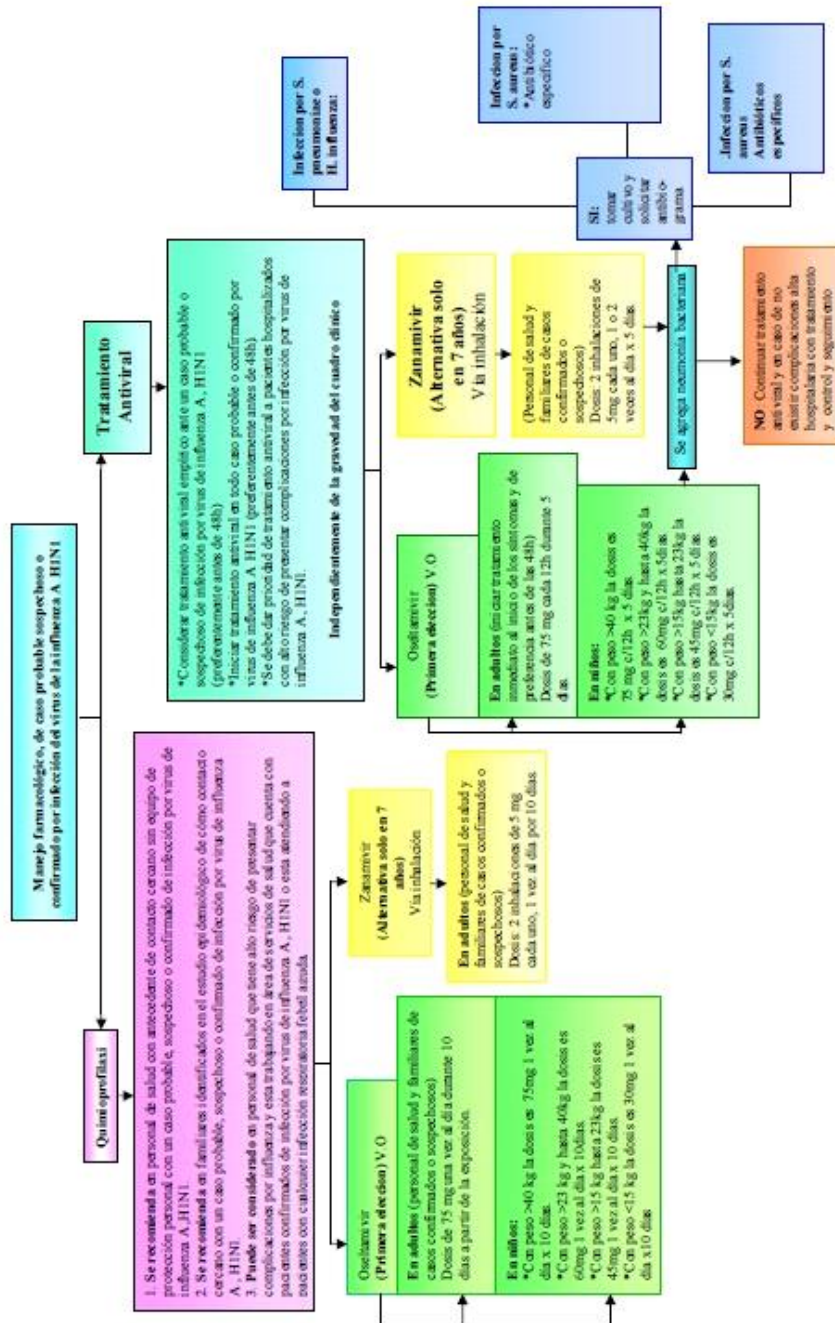
SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

ALGORITMOS DE DETECCIÓN, REFERENCIA Y TRATAMIENTO ALGORITMO 1. DETECCIÓN Y REFERENCIA DE PACIENTES CON SOSPECHA DE INFECCIÓN POR VIRUS DE INFLUENZA A H1N1



XI.7. Algoritmo de tratamiento de infección por virus de Influenza A H1N1

ALGORITMO 2. TRATAMIENTO DE INFECCIÓN POR VIRUS DE INFLUENZA A H1N1



XI.8. Mascarilla N 95



XI.9. Como lavarse las manos con agua y jabón

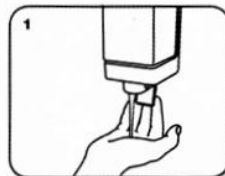
COMO LAVARSE LAS MANOS CON AGUA Y JABÓN



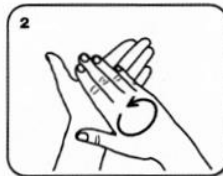
Duración del proceso 40 a 60 segundos



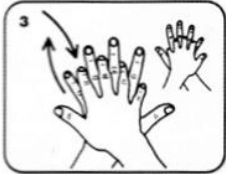
Humedezca las manos con agua



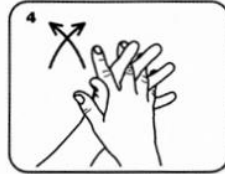
Aplique suficiente jabón para cubrir la superficie de las manos.



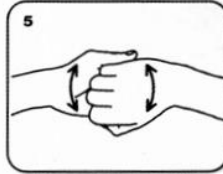
Frote sus manos palma con palma,



Coloque la mano derecha encima del dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos. Y viceversa.



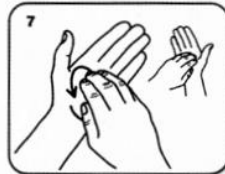
Ahora entrelace los dedos palma con palma.



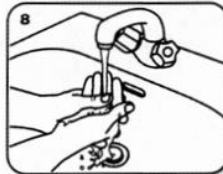
Apoye el dorso de los dedos contra las palmas de las manos con los dedos entrelazados.



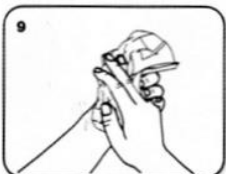
Apriete el pulgar izquierdo con la mano derecha, frote circularmente has lo mismo con la otra mano.



Frote circularmente hacia atrás y hacia delante. con la yema de los dedos de la derecha para con la izquierda y viceversa.



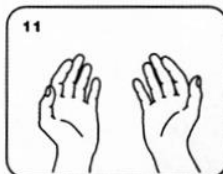
Enjuague con agua,



Seque las manos con una toalla desechable



Use la toalla para cerrar la llave del agua.



Manos limpias protegen nuestra salud.

XI.10. Consentimiento Informado

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por _____, de el Hospital _____
_____. La meta de este estudio es _____
_____.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente _____ minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, será anónima

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por _____. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es _____

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente _____ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener

preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a _____ al teléfono _____.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a _____ al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha