



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA DE NICARAGUA**



MAESTRIA EN EPIDEMIOLOGIA.
2011-2013

TESIS PARA OPTAR AL GRADO de
Maestra en Epidemiologia.

**“RECHAZO y /o INCUMPLIMIENTO DE LA VACUNA DE
INFLUENZA ESTACIONAL EN TRABAJADORES DE SALUD DE
HOSPITALES Y REGIONES DEPARTAMENTALES”.
HONDURAS ENERO – MAYO 2013”.**

Autora:
Dina Jeaneth Castro Banegas.

Tutora:
Alice Pineda Whitaker
MSc. Epidemiologia
MSc Desarrollo Rural Ecosostenible

OCOTAL, NICARAGUA, JULIO 2013

INDICE	PAG.
DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
RESUMEN.....	iii
I.,INTRODUCCION.....	1
II.-ANTECEDENTES.....	2
III.JUSTIFICACION.....	5
IV.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
V.-OBJETIVOS.....	8
VI.-MARCO TEORICO.....	9
VII,-DISEÑO METODOLOGICO.....	25
VIII.-DESCRIPCION DE RESULTADOS.....	29
IX.-ANALISIS DE RESULTADOS.....	32
X.-CONCLUSIONES.....	36
XI.-RECOMENDACIONES.....	38
XII.-BIBLIOGRAFIA.....	42
XIII.-ANEXO.....	44

DEDICATORIA

A Dios todopoderoso, porque Todo se lo debo a Él. Su palabra me ha sustentado y me ha mostrado a esforzarme y ser valiente porque Él estaría conmigo dondequiera que yo fuere. Josué, 1:9

A mis Padres Raúl Antonio y Digna Esperanza que aunque ya no están conmigo, los extraño. Especialmente a mi Madre que fue ejemplo en mi vida la cual nos inculcó el amor a Dios, a la familia y al trabajo,

A mi ayuda idónea mi esposo Juval Molina C, a quien amo, respeto, admiro y quien con su paciencia y comprensión siempre ha estado a mi lado.

A mis hijas adoradas: Marina Jeanette, Karen Marjorie y Dina Eunice las cuales son un regalo del cielo, son mis tesoros. Gracias por su alegría, su comprensión, su ayuda y ser tan Especiales.

A mis hermanos Luis Alberto por su cariño y brindarme siempre aliento y apoyo. A Reniery Antonio por estar siempre cerca de mí vida.

Al resto de mis familiares; hermano, suegra, cuñadas, cuñados, sobrinas, sobrinos. tías, primos. Gracias por compartir con mi familia este éxito.

AGRADECIMIENTO.

A la Dra. Ida Berenice Molina Jefe del Programa Ampliado de Inmunizaciones por su amistad, su apoyo y acompañamiento en el desarrollo de esta investigación. Y gracias al equipo del PAI por su colaboración.

A mi asesora MSc Alice Pineda W por sus enseñanzas y experiencia.

A mis tutores de la Maestría de Epidemiología de CIES, quienes con sus conocimientos contribuyeron a mi continua formación.

A los trabajadores de la salud de los hospitales y de las Regiones departamentales, que sin su colaboración no hubiera sido posible alcanzar el objetivo de esta investigación.

A los compañeros de la Dirección General de la Vigilancia de la Salud por su tiempo y transferencia de experiencia en el desarrollo de esta investigación.

A mis compañeros de trabajo de Laboratorio Nacional de Virología por su trabajo y lealtad a la institución de donde conforman los pilares.

El acompañamiento de consultores de CDC y OPS,

Dina Jeaneth Castro de Molina

RESUMEN

Objetivo: Conocer la situación del porque el rechazo y/ o incumplimiento en el uso de la vacuna de influenza entre los trabajadores de la salud en los hospitales y regiones departamentales contra la vacuna de Influenza estacional.

Metodología; Es un estudio Descriptivo y de corte transversal, La muestra estuvo conformada por un total de 391 trabajadores de salud con permanencia permanente, de ambos sexos y que estuvieran vacunados o no vacunados. Se aplicó una Encuesta para evaluar conocimientos, actitud, motivos de no vacunación y creencias etc.; se utilizó la unidad de análisis la Estadística Descriptiva, el paquete estadístico utilizado fue EPI-INFO versión 3.5, 3 y para la elaboración de gráficas se hizo en el programa de MS Excel,

Resultados: El 18,6% está en el rango de edad de 46 – 50 años, el género más encuestado fue la mujer con el 69%, el 44% procedían de la ciudad de Tegucigalpa, el 53% profesan la religión católica, el 46% están casados, el grado de escolaridad más frecuente es el nivel secundario 49%. El 41%, la mujer es el recurso que más frecuentemente se vacuna el 79%, creen que es mejor adquirir la enfermedad, el 87 % conocen el esquema de vacunación, 88% conocen los beneficios de la vacuna, El 79% tiene una actitud desfavorable a vacunarse. El 26% no creen que la vacuna proteja, 38% de las auxiliares de enfermería se niegan a vacunarse, el 50% de los trabajadores dijeron no vacunarse porque no llegaron a sus lugares de trabajo, el 50 %del personal vacunado presento alguna infección respiratoria, 70% de los No vacunados tuvo alguna infección respiratoria, el 81 % manifestó no haber presentado ningún evento adverso,

Palabras Claves; Virus de Influenza, Vacunas, Motivos de no inmunización, conocimiento, ETI, IRAG, eventos adversos.

I.-INTRODUCCION

La Influenza o gripe ocupa entre las enfermedades virales, el primer lugar en las estadísticas de salud en Centroamérica. Su vigilancia es importante por la rapidez, con que se disemina provocando alta morbilidad y la gravedad de las complicaciones, principalmente de la neumonía bacteriana. Siendo los más susceptibles de padecer la enfermedad las personas de edad avanzada y las debilitadas por padecimientos crónicos, cardíacos, pulmonares, metabólicos. (1)

La influenza tiene una distribución mundial, con una tasa de ataque anual estimada entre 5% y 10% en adultos y entre 20% y 30% en niños. En 2010, en Honduras según la Dirección General de Vigilancia de la Salud de la Secretaría de Salud, a la semana 52 se habían acumulado un total de 66,082 casos de neumonías/bronconeumonías, 9,357 casos más que en 2009, año en el que se reportaron de 56,725 casos. Las incidencias acumuladas por mil habitantes fueron de 7.20 en 2009 y 8.21 en 2001.

Como medidas de higiene preventivas para minimizar el contagio y la transmisión de la enfermedad las más conocidas son: Higiene frecuente de las manos (lavarse con agua y jabón o preparaciones, alcohólicas), cubrir nariz y boca con pañuelo al toser o estornudar, no compartir vasos, u otros utensilios, evitar el contacto con personas enfermas, etc. Sin embargo, la vacuna de influenza permanece como una de las medidas más efectivas para prevenir la enfermedad de influenza grave y sus complicaciones [OMS, 2005]. La vacuna contra la influenza estacional se aplica :

- Para disminuir el riesgo de enfermar de influenza.
- Para disminuir el ausentismo laboral por causas respiratorias
- .-Reducción del periodo de morbililidad.
- Disminuir el riesgo de muerte en pacientes hospitalizados

II.-ANTECEDENTES

Nigenda-López, Orozco y Leyva (1997), en su trabajo titulado “Motivos de no vacunación: un análisis crítico de la literatura internacional, 1950-1990”, presentaron un análisis sobre una selección de estudios que se interesaron por entender la respuesta de las poblaciones ante la oferta de vacunas a fin de evaluar, sus resultados para la definición de políticas futuras de inmunización. Los estudios fueron agrupados de acuerdo a dos criterios: a) grupo de países y b) los factores identificados como motivo de no vacunación para ese período.

De los resultados obtenidos en países desarrollados como Estados Unidos, Gran Bretaña e Italia, los principales factores que se identificaron fueron aquellos relacionados con la política sanitaria, los aspectos psicológicos y el papel del personal de salud como proveedores de información.

A diferencia de los países en desarrollo se han encontrado dificultades específicas para lograr la cobertura universal. En este caso, la falta de participación se ha asociado a la existencia de síndromes culturales en las poblaciones entre los cuales destaca el miedo a la vacunación y la falta de información. (Nigenda-López, Orozco y Leyva, 1997).

Bedford y Elliman en su trabajo titulado “Inquietudes en relación a la Inmunización”; Prislín, Dyer, Blakely y Johnson en “Estado de la inmunización y características socio-demográficas: rol de intervención de las creencias, actitudes y control percibido”; y Meszaros, David, Baron, Hershey, Krunreuther, Schwartz-Buzzaglo en “Procesos cognitivos y las decisiones de algunos padres de privarse de la vacuna pertussis para sus hijos” (citados por Fredrickson, 2004), mencionan varias razones para la negativa de los padres de inmunizar a sus hijos como: creencias erróneas acerca de las contraindicaciones, no querer exponer a los niños a los peligros percibidos de las vacunas y el no querer exponer a niños sanos a las enfermedades.

Para la realización de este protocolo de investigación se consideraron estos motivos de no vacunación como ser determinar el nivel de conocimiento, de actitud, creencias u otros motivos relacionados con la accesibilidad que pueda tener el trabajador de la salud a la vacuna.

En estudio realizado en la comunidad “Santa Eduvigis”. Puerto La Cruz. Anzoátegui. Venezuela. 2008. por la OMS y el PAI, cuyo objetivo fue identificar, desde el punto de vista de la comunidad, de los servicios de salud y de los líderes sociales y comunitarios, los conocimientos, actitudes, prácticas, percepciones, creencias. Los resultados fueron:

Todos los entrevistados conocían en términos generales las vacunas, sin embargo, esta información contrasta fuertemente con el relativo bajo nivel de conocimiento específico de las mismas, valorada a partir de la mención espontánea de cada vacuna.

Se encontraron diferencias significativas en conocimiento entre regiones ecológicas, idioma materno y, para algunas vacunas, entre áreas urbanas y rurales; sobre las dosis de las vacunas se observó en general un alto desconocimiento, tanto madres como padres no saben exactamente cuántas dosis se debe aplicar para cada vacuna, aunque las madres entienden el concepto de dosis como “refuerzo”..

La actitud hacia la inmunización es ampliamente favorable, 92% piensa que las vacunas son muy necesarias, sin embargo, entre el 3% y el 14%, tanto en áreas, urbanas como rurales, creen que las medicinas caseras pueden sustituirla.(2)

Finalmente, estos antecedentes nos sirvieron de marco teórico para la investigación de los factores asociados al rechazo y/o incumplimiento y a conocer las barreras que impiden la inmunización de la vacuna de influenza estacional en el esquema nacional en los trabajadores de la salud, pertenecientes a las regiones y hospitales seleccionados por bajas coberturas.

Además, el impacto social que conlleva la aplicación de la inmunización contra la influenza, implica una serie de beneficios y concretamente en cuanto a prevención y erradicación global de la enfermedad ya que mediante el control continuo se puede disminuir la inversión económica en materia de salud.

La influenza, como problema de salud pública, genera una carga económica considerable en cuanto a costos de atención en salud y pérdida de días laborales y/o escolares. Datos de estudios realizados en países tropicales, así como en Centroamérica han mostrado que las IRAG debidas a influenza son una proporción importante de los casos y las causas de enfermedad que atiende el sistema de salud. En Honduras en 2004 con cerca de ocho millones de habitantes, la influenza y neumonías explicaron el 4.3% del total de muertes..

Según estudios recientes sobre “Costos de Hospitalización por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) en Honduras”. Para estimar costos se utilizó técnicas de micro costeo retrospectivo en una muestra aleatoria de casos presentados durante el periodo 2009-2011 y atendidos en el hospital escuela de ocupado, en cada escenario considerando solo costos administrativos, fue de \$26.70 para hospitalización general pediátrica o de adultos, y \$ 127.07 para UCI de cualquier tipo de paciente. En términos de costo total de atención de casos pediátricos que solo requieren hospitalización general, en Honduras fue de \$1,761.29 y \$ 2,707.91 en adultos. Los costos medios de casos tanto en niños como en adultos son inferiores a los obtenidos en otros estudios en América Latina y el Caribe. Conclusión. El microcosteo de los casos incluidos de IRAG permitió estimar un valor medio por caso tratado, con sus respectivos intervalos de confianza y podría tener validez para el total de la población atendida por estos diagnósticos en el HMCR y en hospitales con similar perfil epidemiológico y similar nivel de complejidad de Honduras. (3)

III.-JUSTIFICACION

El por qué de esta investigación responde a la necesidad presentada por el PAI Honduras en su Plan de Acción de 2012, donde se plantea como objeto de estudio de post- grado la identificación de aquellos motivos que determinan el rechazo y/o incumplimiento de la aplicación del esquema nacional de inmunización de la vacuna de influenza estacional desde la perspectiva de los grupos de riesgos como ser los trabajadores de salud.

En base a esto se presenta la interrogante sobre si el personal que tiene contacto con los pacientes al no estar vacunado representa un riesgo de transmisión de los virus estacionales de la influenza o la introducción de un nuevo virus.

Existe una Alerta por parte de la OMS/OPS dirigida a todos los laboratorios de los Centros Nacionales de Influenza (NIC) de los países, a vigilar e informar todas las cepas con un resultado No Tipificables, ante la posible introducción de un nuevo virus (AH5N1 o AH7N2) .

Otra razón radica que en el país se han realizado recientemente investigaciones sobre la Estacionalidad del virus, Efectividad de la vacuna influenza, Costos de la enfermedad, por lo cual, esta investigación viene a apoyar a conocer más la enfermedad de la influenza y así dirigir estrategias para aumentar las coberturas de inmunización y con esto la prevención y control de esta enfermedad.

Por tal, este estudio tiene relevancia científica, social y contemporánea.

Relevancia científica, porque a partir de los resultados que se obtuvieron, se formularon nuevas hipótesis, modelos y propuestas teóricas dirigidas a alcanzar el cumplimiento del esquema de inmunizaciones de la vacuna de la influenza.

Relevancia social y contemporánea por cuanto los resultados son utilizados para diseñar planes y programas en el campo de la inmunización de la vacuna de influenza estacional. Y lograr alcanzar a 95% o más de cobertura nacional con la vacuna de influenza en el grupo de riesgo de los trabajadores de la salud, lo cual trasciende de gran beneficio a la Secretaria de Salud, los trabajadores de la salud, la población que es atendida en la red de servicios de salud evitando así las hospitalizaciones y epidemias anuales que se presentan en el país.

A través de datos proporcionados por el PAI sobre el monitoreo de coberturas según grupos de riesgos con la vacuna de Influenza durante el año 2011, se obtuvieron que las coberturas más bajas las presenta los grupos de riesgos de los trabajadores de la salud, del subsector público y privado que atienden en centros hospitalarios y Unidades de Salud. Logrando alcanzar a nivel nacional en ese periodo una cobertura de un 83%, en cuanto a las Regiones Departamentales las coberturas más bajas se presentan en la Metropolitana, de San Pedro Sula, Ocotepeque, Comayagua, Intibucá, Valle, y Gracias a Dios. Después de la última campaña de vacunación contra la influenza realizada en el País durante el mes de Noviembre del 2012, se aplicaron un Total de 2,172,298 dosis de la vacuna entre todos los grupos de riesgos, obteniéndose una cobertura a nivel nacional del 76 %, y manteniendo siempre las bajas coberturas las Regiones como : Islas de la Bahía, Metropolitana de San Pedro Sula, Metropolitana Tegucigalpa, Intibucá, Copan y Lempira.

El resultado de este estudio dio a conocer cuál es la situación ya sean sociales y culturales que subyacen el rechazo y/o incumplimiento del esquema de vacunación de la influenza estacional en el trabajador de la salud, con lo cual se aplicaran medidas correctivas y poder alcanzar las coberturas propuestas para evitar la propagación, ausentismo laboral y las hospitalizaciones de pacientes por las complicaciones de esta enfermedad, y que además repercute en gran beneficio para la Secretaria de Salud, ya que se beneficia a la población de niños < de 6 meses, al adulto mayor >65 años, a la mujer embarazada y a la población que es atendida en la red de servicios de salud.

Para la ejecución de este protocolo de investigación se obtuvo el sustento, logístico y el apoyo técnico e institucional del Programa Ampliado de Inmunizaciones de Honduras.

IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué motivos de rechazo y/o incumplimiento en la aplicación de la vacuna de influenza estacional tienen los trabajadores de la Salud en hospitales y Regiones Departamentales?

¿Cuáles son las condiciones socio demográficas y culturales que tiene la población en estudio?

¿Qué nivel de conocimiento tiene el trabajador de la salud frente a la vacuna de Influenza estacional?

¿Cuál es la actitud del trabajador de la salud hacia aplicarse la vacuna?

¿Con que frecuencia ha enfermado de alguna ETI o IRAG el trabajador de salud vacunado y no vacunado?

¿Ha presentado algunos eventos adversos atribuidos a la vacuna después de 7 días de haber sido vacunado?

V.-OBJETIVOS

Conocer las características de la vacunación contra la influenza estacional en el trabajador de la salud y el porqué de su rechazo o incumplimiento para no vacunarse en aquellos hospitales y regiones departamentales con bajas coberturas. De Enero a Mayo 2013.

Objetivos Específicos:

- 1.- Determinar las condiciones socio- demográfico y cultural de la población en estudio.
- 2.- Identificar el nivel de conocimiento que tiene el trabajador de salud sobre la vacuna de influenza estacional en regiones y hospitales con bajas coberturas
- 3.- Conocer la Actitud de rechazo y o incumplimiento que tiene el trabajador de salud contra la vacuna de influenza,
- 4.- Identificar la frecuencia de enfermar de alguna Enfermedad Tipo Influenza (ETI) o Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) que ha tenido el trabajador de salud vacunado y no vacunado en estos establecimientos.
- 5.- Establecer la ocurrencia de los Eventos Adversos Supuestamente Atribuidos a Vacunación o Inmunización (ESAVI) en personal de salud vacunado.

VI.- MARCO TEORICO

La inmunización se considera la más efectiva intervención en salud.

Actualmente todos los países de la Región de las Américas siguen avanzando en la introducción en sus esquemas de la vacuna contra la influenza estacional. Hasta el año 2010, 39 de los 45 países y territorios de la OPS, o sea el 86.6 %, utilizaba la vacuna en el sub -sector público, esto incluye a 36 países y territorios que reportan la vacunación de adultos mayores; 34 que vacunan a trabajadores de la salud, 29 que vacunan a niños, 26 que vacunan a personas con enfermedades crónicas y 17 vacunan a mujeres embarazadas. (6)

En Honduras el PA I es el ente responsable de las inmunizaciones, iniciando la vacunación contra la influenza estacional en el año 2003, incorporándose al esquema nacional para grupos en riesgo (trabajadores de la salud y mayores de 65 años, concentrados en asilos y centros de cuidado).Ampliándose anualmente la protección a otros grupos en riesgo como enfermos crónicos de 6 a 35 meses de edad durante el año 2012.

Luego bajo el contexto del Plan Nacional de preparación, respuesta y mitigación en situaciones de pandemia de influenza y siendo esta una decisión del gobierno central, se realizó del 11 al 22 de diciembre de 2006 la Primera Campaña Nacional de Vacunación contra la Influenza estacional en Honduras, la cual se amplió hasta Marzo de 2007. Durante el 2009 hubo la introducción de un nuevo virus con fracciones genéticas de origen aviar, humana y porcina de procedencia de Norteamérica, Europa y Asia, identificado como Influenza (AH1N1 pdm 2009) causando la pandemia de influenza.

Se analizan los primeros 100 casos de AH1N1 reportados en el país, a partir del 23 de abril del 2009, obteniéndose que el 91% de los casos correspondían a los municipios de San Pedro Sula y Cortes, la razón hombre –mujer fue de 1:2, el grupo de edad más afectado es el de 5 a 14 años (60%), las escuelas y los colegios fueron los centros más afectados (75%), la fiebre, tos y rinorrea caracterizó el cuadro clínico, un 2% requirió de hospitalización, 45 % recibieron tratamiento con antivirales, no se reportaron muertes hasta la fecha lo que evidencia una baja letalidad del virus de la Influenza A(H1N1). (7)

A continuación se detallan los grupos prioritarios definidos por el PAI por grupos de riesgos.

PRIORIZACION	GRUPO PRIORITARIO	JUSTIFICACION
1	Trabajadores de la Salud del sub-sector público y privado que atienden en asilos o centro de cuidado	Riesgo de transmisión al estar en contacto con pacientes.
2	Población mayor de 60 años	Riesgo de muerte y complicaciones graves que requieren hospitalización.
3	Poblaciones mayores de 6 meses a 59 años con enfermedades crónicas cardiovasculares, pulmonares, metabólicas, renales, trastornos sanguíneos, inmunodeprimidos y pacientes tratados prolongadamente con ácido acetil salicílico.	
4	Personal técnico de SENASA y Trabajadores de granjas agrícolas.	Riesgo de transmisión al estar en contacto con aves.

Para lograr la cobertura se calcula la meta de población en base a:

- -Programar a nivel regional al 100% de los trabajadores de la salud del sector público de la red de servicios de salud (CESAR, CESAMO.CMI y Hospitales) trabajadores de salud que laboran en el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y en centros privados de cuidado y asilos de adultos mayores.
- -Programar al 100% de la población total mayor de 60 años de edad.
- -Programar meta de pacientes de 6 meses a 59 años de edad con enfermedades crónicas e inmunodeprimidos, que presenten por escrito prescripción médica de aplicación de la vacuna a su egreso de hospitales o en consulta externa de los hospitales y Unidades de Salud (US) y por demanda.

En relación al esquema completo contra la vacuna de influenza:

Se considera que una persona tiene el esquema completo contra la vacuna de influenza, si la persona ha recibido una dosis de la vacuna trivalente estacional o dos dosis en el caso de niños siendo vacunados por primera vez.

La inmunización confiere protección frente a la enfermedad sintomática, mejora la calidad de vida, la productividad y evita la muerte. Por lo cual, los programas eficaces de vacunación se siguen, a menudo, de descensos espectaculares y duraderos en la transmisión de la enfermedad de tal modo que las nuevas generaciones desconocen la amenaza de la enfermedad en cuestión y su experiencia se basa, en los efectos adversos producidos por la vacunación, El balance relativo entre beneficio y riesgo puede cambiar a medida que se controle la enfermedad y la carga de la misma.

En estudio realizado en la Ciudad de la Habana, Cuba en un hogar de ancianas "Hermanas Giralt" (institución estatal) se tomo muestra de 38 mujeres con edad de ≥ 65 años, con el propósito de comprobar los niveles de protección contra la hemaglutinina pre, posvacunación y al año de inmunizados contra la influenza.

Para realizar este estudio se aplico la vacuna Agrippal S1 que contiene los tipos A y B de las cepas recomendadas por la OMS para la temporada de 1997-1998.

Para determinar los niveles de Protección que presentaron las ancianas contra la hemaglutinina del virus de la influenza, se realizo a través de la Técnica de Inhibición de la Hemaglutinación (detecta los anticuerpos dirigidos contra las hemaglutinina). Se recolectaron tres muestras de sangre a cada paciente, en 3 deferentes periodos para evaluar la protección adquirida:

- 1.- Pre vacunación: inmediatamente antes de la aplicación de la vacuna.
- 2.- Pos vacunación: 30 días después de la vacunación,
- 3.- Un año después de la inmunización durante el periodo de la campaña.

Los resultados obtenidos fue significativo el test de Chi cuadrado, $CP \leq 0,00001$, y se obtuvieron que en la primera muestra fue de un 28.94%, en la segunda muestra fue de 97.36 % y en la tercera muestra 86.84%.

El criterio de titulo de protección de los anticuerpos fue de anti-HA 1:40.(8)

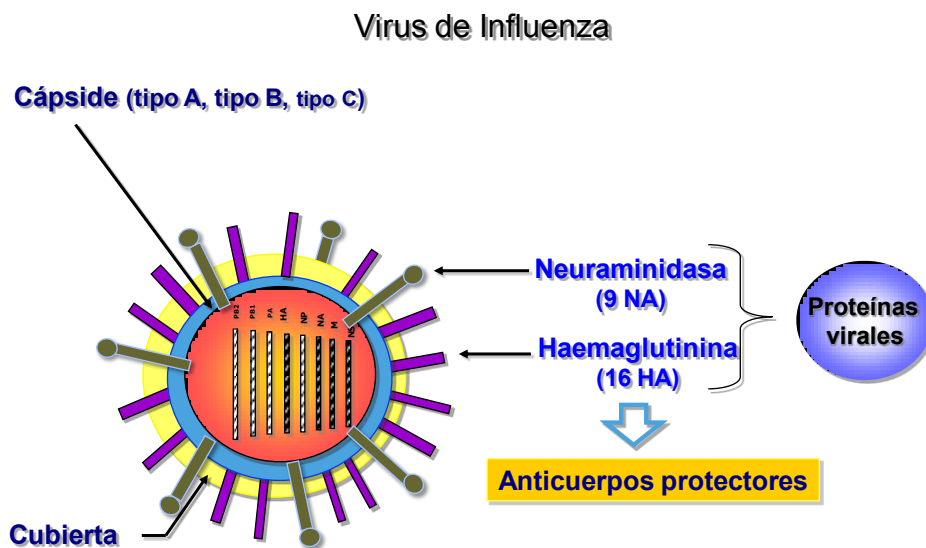
La infección respiratoria aguda (IRA) es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil en menores de 5 años en países en desarrollo. La infección respiratoria aguda grave (IRAG) ha sido la principal causa de muerte en niños en las últimas décadas. En los años ochenta, se estimaba que las IRAG eran responsables de 4 millones de muertes por año, 2,6 millones de muertes en niños menores de 1 año y 1,4 millones de muertes en niños entre 1-4 años. La mortalidad por infección respiratoria aguda grave (IRAG) es de 33,3% (1/3) .

En una reciente revisión sobre ausentismo laboral en pacientes con influenza el promedio de pérdida de días fue de 5.9 ± 4.7 (13). Lo cual ha llevado a realizar estudios en varios países para conocer el impacto económico de la enfermedad. Así, en Colombia se realiza una estimación de la carga de la enfermedad asociada con el virus estacional de influenza modelado de manera epidemiológica y con los impactos económicos de introducción de una vacuna de influenza inactiva en Colombia (Porrás-Ramírez-2009). Los hallazgos indicaron que la infección de influenza en niños menores a 2 años sin vacunar puede causar 4,300 casos, 2,700 visitas médicas, 900 hospitalizaciones y 230 muertes por infecciones respiratorias agudas (IRA) anualmente. Entre los adultos mayores, la infección de influenza puede estar asociada con 670 muertes por neumonía y 1,870 muertes por enfermedades cardiocirculatorias. La relación de incremento de costo- efectividad (ICER) para vacunación de influenza entre niños menores de 2 años entre USD\$1900 a USD\$2,967 por muerte evitada. El ICER también ayuda a ahorrar costos en adultos mayores a 65 años. Los cálculos se realizaron asumiendo la efectividad de la vacuna entre 20-24% (evidencia de estudios de cohorte) a 41-43% (estudios de casos y controles) contra hospitalización durante las estaciones de influenza. Estos resultados condujeron al Ministerio de Salud de Colombia a introducir la vacunación de manera anual contra influenza entre niños y adultos mayores.

Etiología de la Influenza

La gripe se transmite de persona a persona a través de las secreciones respiratorias. El periodo de Incubación es de 1-4 días y el periodo de transmisibilidad se extiende desde 24-48 horas antes del inicio de síntomas hasta 5-6 días después, pudiéndose alargar en los niños. Aunque no está absolutamente demostrado, parece ser que la mayoría de las infecciones se adquieren por inhalación de partículas pequeñas (<5 μ m de diámetro) que pueden permanecer suspendidas algún tiempo en el aire y transportarse de un lugar a otro.

A partir de 1933 se aisló el primer virus de la gripe, y hasta mediados de los años cincuenta, no se dispuso de sistemas de cultivos de tejidos, Macfarlane Burnet, un eminente científico australiano dio excelentes contribuciones a la investigación del virus de la influenza siendo el pionero de esta tecnología y de los enfoques conceptuales al emplear huevos embrionados para el estudio de estos virus de la gripe y de otros virus. Este modelo se convertiría en norma para investigar la multiplicación viral y las manipulaciones genéticas.



Los virus gripales se incluyen en la familia Orthomyxoviridae. Ellos se constituyen 3 de los 5 géneros de la familia y se designan como genero Influenzavirus A, Influenzavirus B e Influenzavirus C Cada género está representado por especies simples: virus Influenza A; Influenza B e Influenza C.

Todos ellos son virus con ARN monocatenario, de tamaño medio, simetrías helicoidales y provistas de una membrana de envoltura. La denominación de “myxovirus” se relaciona con su afinidad por la mucina, mucoproteína existente en el moco de diversas secreciones, en algunos receptores epiteliales, en la membrana de los hematíes y en el suero.

Virus gripales A y B

Tipos	Dos. Definidos por la nucleoproteínas: virus gripal A y virus gripal B
Subtipos	Diversos en el virus gripal A, definidos por las glicoproteínas de superficie
Acido nucleico	ARN mono catenario de polaridad negativa
Simetría	Helicoidal
Envoltura	Lipídica con proyecciones glicoproteínas.
Forma de virión	Esférica o filamentosa
Diámetros de virión	80-120 nm
Genoma	8 segmentos de ARN
Proyecciones glicoproteínas	Hemaglutinina (H) y Neuraminidasa (N)

La virulencia de una cepa de virus gripal se caracteriza por la infectividad o capacidad de infectar un determinado sistema celular o tejido, por su transmisibilidad o facilidad de difusión y en el caso de la gripe A también por la gama de hospedadores a los que es capaz de infectar.

La hemaglutinina es el principal responsable del poder patógeno de los virus gripales. La activación de la HA se produce como resultado de la acción proteolítica por enzimas celulares del tipo de la tripsina y depende, por lo tanto, de la existencia de un sistema enzimático adecuado para producir esa escisión en los tejidos que se multiplica el virus. La neuraminidasa interviene también en la infectividad, pero sus funciones biológicas son menos conocidas. En algunas cepas, la NA es necesaria para que la HA sufra la escisión proteolítica postraslacional, indispensable para la infectividad.

Reservorios

El virus de influenza A se encuentra en numerosas especies animales. Sin embargo, su principal reservorio son las aves acuáticas silvestres, que transmiten la infección a otras aves, silvestres y domésticas, y a diversos mamíferos como los seres humanos, las ballenas, los cerdos, los caballos, los felinos domésticos y salvajes. El cerdo ha sido considerado un reservorio intermedio capaz de propiciar un intercambio genético de diferentes virus de influenza

Manifestación Clínica

La infección gripal cursa con un amplio abanico de presentaciones clínicas que incluye formas autolimitadas de cuadros respiratorios de vías altas y bajas con repercusión sistémica y, otras veces, complicaciones graves en órganos vitales.

Esta es una enfermedad infecciosa aguda de las vías respiratorias caracterizada por fiebre, escalofríos, cefalalgia, mialgia, postración, coriza y faringitis leve. La tos es a menudo intensa y persistente. Por lo general es una enfermedad de curso definido y limitado que termina por recuperación en el término de 2 a 7 días. El catarro común, no diferenciado de la enfermedad respiratoria aguda, el crup y la neumonía vírica en los niños a menudo se deben al virus de la influenza. La mortalidad se observa en pacientes crónicos, con deficiencias cardíacas, respiratorias o renales, en niños, embarazadas y ancianos mayores de 65 años. (9)

La Secretaría de Salud a través de la Dirección General de la estrategia de vigilancia centinela de Influenza, siendo una vigilancia activa, sindrómica, e incluye la vigilancia de las ETI, (CESAMO Miguel Paz Barahona en SPS y Alonso Suazo en Tegucigalpa), y la vigilancia intensificada de IRAG en hospitales (Instituto Nacional Cardiopulmonar, en Tegucigalpa, Hospital Mario Catarino Rivas, Hospital regional del IHSS en SPS y Hospital militar) que se sustenta en una definición de caso establecida para la captación y en la vigilancia etiológica de laboratorio para la identificación virológica de:

- Enfermedad Tipo Influenza (ETI)
- Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)

El propósito de la vigilancia centinela de las enfermedades respiratorias es contribuir con la formulación de estrategias de intervención para la prevención y el control de infecciones respiratorias agudas graves a nivel local, regional y nacional.

Definición de caso ETI:

- Paciente con fiebre cuantificada de $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- Tos o dolor de garganta.
- Con ausencia de otros diagnósticos.

Definición de caso de IRAG

- Aparición súbita de fiebre
- Tos
- Dificultad para respirar
- Necesidad de hospitalización

La dificultad respiratoria y la necesidad de hospitalización queda bajo criterio médico. La frecuencia respiratoria es un parámetro muy útil en la evaluación de la disnea o dificultad respiratoria. Además incluye la investigación de los caso de las salas de UCI y fallecidos. Para la clasificación de la enfermedad se realiza de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades recomendada Organización Mundial de la Salud según

Cuadro 1– (CIE-10) de IRA alta

Cuadro 2-CIE 10 de IRA baja (Anexo 26)

Inmunobiológico Influenza:

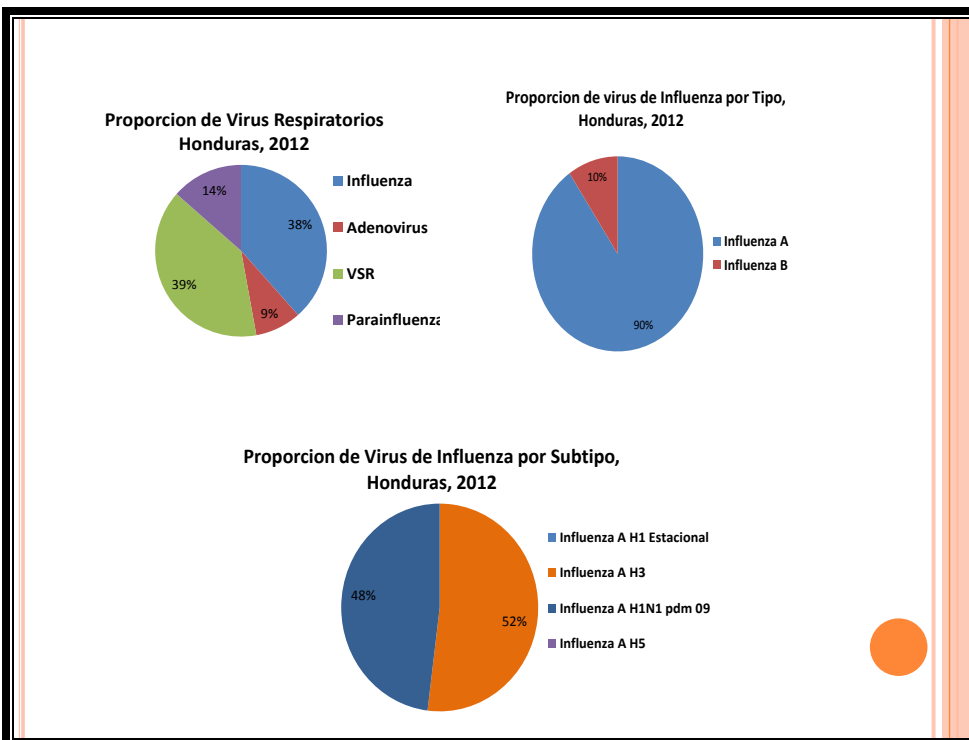
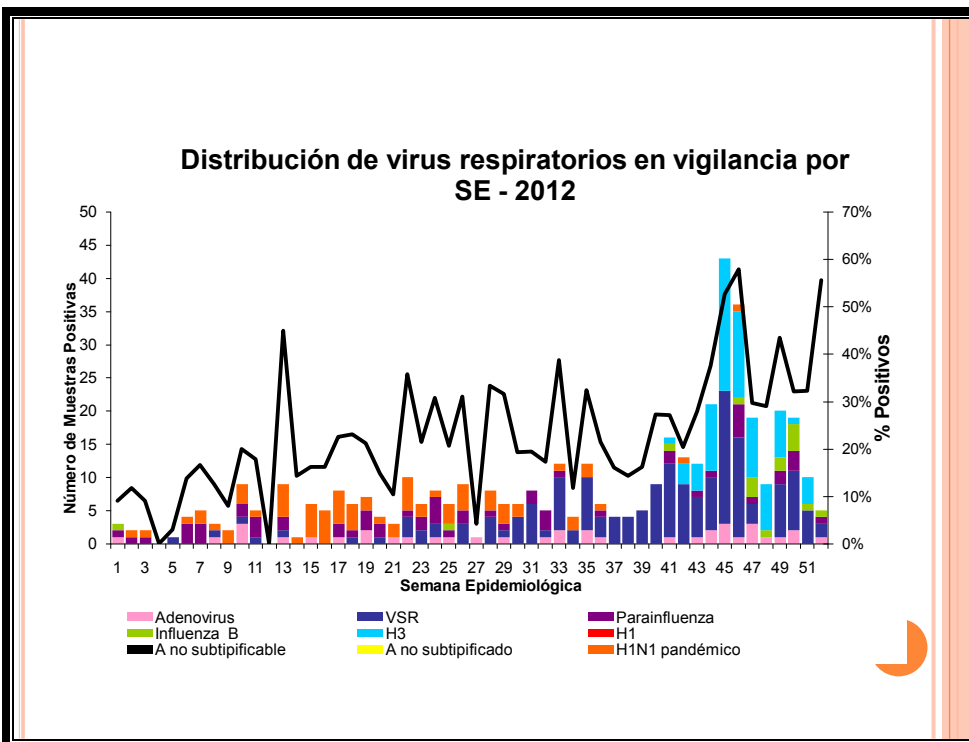
Debido a la facilidad de mutaciones de los virus de la gripe, no existe un Inmunobiológico permanente; por lo que la OMS, ha establecido una red de vigilancia mundial para el estudio de estas mutaciones y modificaciones anuales del Inmunobiológico, de acuerdo a los tipos de virus prevalentes en el mundo.

De una manera deliberada, tenemos que la OMS cuenta con cuatro centros internacionales de la influenza con sede en los EE.UU., Australia, Japón y Reino Unido, que trabajan en colaboración, con 110 Centros Nacionales de la Influenza (NIC) en 83 países (10).

Desde 1983 Honduras está considerada como NICs, y se establece la vigilancia a través de la estrategia de Unidad Centinela en dos ciudades con mayor densidad poblacional en el país (Tegucigalpa y San Pedro Sula). Siendo el ente responsable de la coordinación de la vigilancia epidemiológica la Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS).

En el diagnóstico de la influenza resulta fundamental su documentación virológica, que representa una ayuda primordial en el manejo de pacientes y en el control de los brotes epidémicos anuales, en el Laboratorio Nacional de Virología se realiza el análisis de las muestras para la identificación del virus Influenza A y otros virus respiratorios (Adenovirus, Parainfluenza, Influenza B, Sincitial Respiratorio) a través del uso de técnicas de diagnóstico como ser La Inmunofluorescencia (IF), el Aislamiento viral y Biología Molecular (RT-PCR tiempo real). Los procedimientos de laboratorio para pruebas de diagnóstico, recolección de muestras, transporte o almacenaje en vigilancia de rutina son adaptados del protocolo genérico para vigilancia de influenza OPS-CDC [[PAHO-CDC, 2009](#)] (OPS-CDC, 2009)]. (11)

Entre los principales tipos de virus de Influenza A que han circulado en el País se incluye el tipo A (H1N1), el tipo A (H3N2) y el H1N1 pdm 2009 y el tipo Influenza B. Todas las cepas aisladas en el País son referidas al CDC de Atlanta; G.A para realizarles estudios filogenéticos de las cepas (12).



La importancia de conocer la caracterización de las cepas circulantes , se utiliza para seleccionar la vacuna que se debe aplicar durante la campaña , dicha vacuna puede ser del hemisferio Norte o del hemisferio Sur .El criterio de elección de la vacuna depende de la composición en la elaboración con las cepas de virus que han circulado durante el año en el país . La vacuna aplicada en la campaña del año 2012 fue la vacuna del hemisferio Norte.

Los fabricantes de vacunas en todo el mundo han intensificado drásticamente sus esfuerzos para producir nuevas. La vacuna actualmente usada contra la influenza estacional contiene antígenos contra tres cepas de influenza (A/H1N1, A/H3N2 y B). Estos son seleccionados de manera anual para prevenir enfermedad debida a las cepas que se predice van a circular en la estación venidera [OMS, 2010].

En relación a la resistencia de los virus A y B de la influenza hasta la fecha no se han detectado problemas en el uso de los medicamentos convencionales, como ser inhibidores neuraminidasa (Oseltamivir y Zanamivir). Pero Si se ha mostrado resistencia a la Amantadina, y la Rimantadina

En el país en cada campaña se utiliza vacuna de influenza de una o dos proveedores, siendo la más utilizada la vacuna de Fluzone. A continuación se describe información sobre la vacuna de la estación 2011-2012.

Elaboración de la Vacuna Anti influenza: Fórmula 2011-2012 (13)

Descripción

Fluzone®, Vacuna Anti influenza Trivalente tipos A y B, vacuna viral contra la influenza purificada por centrifugación zonal, subvirión) para uso intramuscular, es una suspensión estéril preparada a partir de virus de influenza propagados en embriones de pollo. No se utiliza tiomersal en el proceso de fabricación de la vacuna Fluzone sin conservador.

La composición de la vacuna recomendada por la OMS para la estación de influenza para ser aplicada en el 2012 incluye: virus parecido a A/California/7/2009 (H1N1); virus parecido a A/Perth/1/2009 (H3N2); y virus parecido a B/Brisbane/60/2008. Es una vacuna indicada para la inmunización activa de personas de 6 meses de edad y mayores contra la enfermedad de la influenza.

Dosis y Administración:

Niños

- 6 a 35 meses de edad (dosis de 0,25 ml, inyección intramuscular):

Los niños no vacunados previamente deben recibir dos dosis de 0,25 ml, una en el día uno, seguida por otra dosis de 0,25 ml por lo menos un mes más tarde.

Los niños previamente vacunados deben recibir sólo una dosis de 0,25 ml.

- 36 meses a 8 años de edad (dosis de 0,5 ml, inyección intramuscular):
- 9 años de edad y mayores

Una sola 0,5 ml dosis, inyección intramuscular.

Adultos

- Una sola dosis de 0,5 ml, inyección intramuscular.

Formas Farmacéuticas y concentraciones

Fluzone, una suspensión estéril para inyección intramuscular, se suministra en cuatro presentaciones:

- Jeringa precargada de 0,25 ml, sin conservantes, la dosis pediátrica, que se distingue por una jeringa vástago del émbolo.
- jeringa pre llenada, 0,5 ml, sin conservante
- Vial de dosis única de 0,5 ml, sin conservantes
- Multi-dosis del vial, 5 ml, contiene timerosal, un derivado del mercurio, añadido como un conservante. Cada dosis de 0,5 ml contiene 25 mcg de mercurio. Cada dosis de 0,25 ml contiene 7,5 mcg de hemaglutinina del virus de influenza (HA) y cada dosis de 0,5 ml contiene 15 mcg de HA de cada uno de los siguientes 3 virus: A/Brisbane/59/2007, IVR-148 (H1N1), y A/Uruguay/716/2007, NYMC X-175C (H3N2) (un virus A/Brisbane/10/2007-like), y B/Brisbane/60/2008.(14)

Contraindicaciones

Reacciones de hipersensibilidad sistémica a las proteínas del huevo (huevo o productos del huevo), proteínas de pollo, o a cualquier componente de la vacuna Fluzone.

La inmunización debe ser postergada en pacientes con algún desorden neurológico activo, pero debe considerarse cuando el proceso de la enfermedad ha sido estabilizado.

Reacciones adversas

- Las más comunes (³ 10%) fueron las reacciones locales el dolor en el sitio de inyección, el dolor y la hinchazón.
- Las más comunes (³ 10%) eventos sistémicos fueron malestar, dolor de cabeza, y mialgia.(13) y mialgia. .(Anexo 27)

Eficacia, Efectividad de la Vacuna.

Eficacia:

Se conoce como eficacia de una vacuna a los resultados o beneficios de salud proporcionados a los individuos cuando esa vacuna es aplicada en condiciones ideales. La eficacia de una vacuna está en función de su Inmunogenicidad: capacidad de generar el tipo apropiado de respuesta inmunitaria (humoral, celular o ambas), del período de duración de la protección conferida, en el lugar adecuado (torrente sanguíneo, mucosas) y frente al antígeno adecuado (antígenos inmunizantes). La eficacia en influenza representa la reducción porcentual en la frecuencia de infecciones por influenza entre las personas vacunadas en comparación con la frecuencia entre los que no fueron vacunados, suponiendo que la vacuna es la causa de esta reducción.

Efectividad

La efectividad de la vacuna es una medida de cómo funcionan las vacunas contra la influenza para proteger contra la enfermedad cuando se utilizan en circunstancias habituales en la comunidad y no específicamente en un ensayo controlado aleatorio (ECA)

Una buena eficacia no siempre implica una buena efectividad. La efectividad depende de factores como la aceptación y accesibilidad de la población a la vacuna, la pauta correcta de administración (dosis, vía, lugar, técnica), la conservación y manipulación adecuada, etc.

Las vacunas de la influenza son efectivas en proteger al 90% de los adultos jóvenes saludables de la enfermedad cuando la cepa de la vacuna es similar a la cepa circulante. De cualquier modo, la vacuna es solamente de 30 -40% efectiva en prevenir la enfermedad en los adultos débiles de edad mayor.

Aunque la vacuna no es altamente efectiva en la prevención de la enfermedad en la población mayor de edad, si es efectiva en la prevención de las complicaciones y la muerte, entre las personas mayores, la vacuna es 50% - 60% efectiva en prevenir la hospitalización y 80% efectiva en prevenir la muerte.(15) .

Estudio de Efectividad de la Vacuna de Influenza:

Para argumentar la ampliación de las coberturas de vacunación contra influenza y explorar el valor de la expansión de tales programas de prevención, se necesita evidencia sobre la efectividad de la vacuna. A pesar del aumento observado en la vacunación a través de los Programas ampliados de Inmunizaciones (PAI) en América Latina desde 2004, no existe ningún reporte sobre la evaluación de su efectividad.

En Honduras actualmente se realiza “Estudio Multicéntrico para la evaluación de la efectividad de la vacuna contra la influenza estacional en prevenir la enfermedad debida al virus influenza en Centro y Sudamérica, Abril – septiembre 2012” cuyo objetivo primario del estudio será:

- Estimar la efectividad de la vacuna trivalente inactivada contra influenza estacional, en prevenir la enfermedad de influenza severa confirmada por laboratorio que requiere hospitalización, en las poblaciones blanco de vacunación en Centro- (Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Panamá) y Sudamérica (Colombia), durante la estación de influenza de 2012 (Mayo-Sep.)

Por lo tanto, el estudio medirá la efectividad de esta fórmula contra los virus de influenza circulantes durante la temporada.

Los objetivos secundarios incluyen determinar la efectividad por grupo de edad (menores de 2 años, de 2 a 5 años, 5 a 9 años, y más de 60 años), por grupo de riesgo (con o sin enfermedades crónicas). El informe de este estudio está pendiente de finalizar, analizar y presentar los resultados. (16)

Vigilancia de Eventos Supuestamente Atribuido a la Vacunación o Inmunización (ESAVI) (17)

Se considera como evento adverso a un suceso desfavorable asociado temporalmente a la vacunación, que puede o no ser causado por la vacuna.

Clasificación de los Eventos Adversos:

-Relacionados con el programa: Generalmente causado por errores programáticos, por administración incorrecta de las vacunas ejemplo: absceso en el lugar de la inyección por error en la aplicación en la capa superficial de la piel de vacunas absorbidas o preparadas inadecuadamente.

-Relacionados a las propiedades intrínsecas de las vacunas; que pueden ser causados por reacciones al antígeno inmunizante, o a otros componentes de la vacuna como los antibióticos, conservantes o adyuvantes, ejemplo dolor, enrojecimiento o edema localizado en el sitio de la inyección de más de tres días

-Eventos Coincidentes: Es probable que haya una asociación temporal y solo coincidente entre los eventos adversos y la administración de la vacuna.

-Evento No Concluyente: Cuando no es posible determinar la relación de causalidad, además de la notificación a las partes interesadas sobre los resultados de la investigación, se debe especificar porque no se llega a una conclusión y hasta donde se ha avanzado.

- Brote de ESAVI: ocurrencia de 2 o más casos sospechosos asociados a uno o varios lotes de vacunas en determinada zona geográfica en el periodo de una semana o un mes después de actividades de rutina o especiales de vacunación.

La vigilancia en la ocurrencia de eventos, son considerados como.

1.-Problemas leves para la vacuna contra la influenza:

Suelen ser los menos graves y los más comunes .representan del 15 -20 %. Si se presentan estos problemas, aparecen generalmente poco tiempo después de vacunarse y duran 1 ó 2 días.

- Dolor, enrojecimiento o hinchazón en el lugar donde le aplicaron la vacuna
- Fiebre
- Dolores musculares

2.-Problemas graves para la vacuna contra la influenza:

Las reacciones alérgicas potencialmente mortales a causa de la vacuna ocurren en raras ocasiones. Si lo hacen, se manifiestan a los pocos minutos o a las pocas horas de haberse vacunado.

- fiebre alta o cambios en el comportamiento.
- signos de reacción alérgica grave se encuentran:
- dificultad para respirar, ronquera. urticaria, palidez, debilidad, Latido cardiaco acelerado o mareo.

ESAVI es objeto de vigilancia, para fines de la vigilancia nacional se vigilaran eventos graves asociados temporalmente a la vacunación como:-

-Casos hospitalizados por cualquier causa asociada a la vacunación.

-Anafilaxis

-Convulsiones

-Abscesos en el sitio de aplicación de la vacuna

-Complicaciones asociados a la BCG: linfadenitis supurativa, cicatriz queloides.

-Discapacitados

.Muertes que el personal de salud o el público consideren relacionados a la vacuna

-Rumores por parte de los padres de familia, líderes comunitarios, medios de comunicación, etc

Definición de evento de anafilaxia

Se define como un síndrome clínico que se caracteriza por la aparición repentina con progresión rápida de signos, síntomas y compromiso de múltiples sistemas orgánicos (≥ 2), a medida que avanza.

VII DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de Estudio: Descriptivo y de corte transversal.

Universo: La población es de 3,550 trabajadores (ras) de la salud de los hospitales y de las regiones departamentales de bajas coberturas contra la vacuna de la Influenza estacional. (Anexo 28)

Muestra:

Para el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula para poblaciones finitas. El nivel de significancia de 0.05 que es el nivel de probabilidad de error, siendo el nivel de confianza de 95 %.

N= total de población trabajador de salud en estudio (3,550)

n= población muestreada

Se calcula en base a la siguiente fórmula:

$$n = Z^2 \cdot P \cdot q / d^2$$

$$d^2 = 4 \% (4/100 = 0.04)$$

$$P = 20\% (20/100 = 0.2)$$

$$q = (1-p) (1- 0.2)$$

$$n = 1.96^2 \cdot 0.2 (0, 8) / 0.04^2$$

$$n = 3.84 \times 0.16 / 0.0016 = 0.6144 = 0,62$$

$$n = 0.62 / 0.0016 = 388 \text{ trabajadores}$$

$$N = 3,550$$

$$n \text{ final} = n / 1 + (n/N)$$
$$= 388 / 1 + (388 / 3,550)$$

$$= 388 / 1,0$$

$$n = 388$$

Para calcular la proporción de la población a entrevistar

$$\frac{388}{3,550} \times 100 = 10.9 \text{ aprox. } 11 \%$$

$$3,550 \times 11\% = 390.5 \text{ aprox } 391$$

La muestra que se aplicó es de **n = 391 trabajadores de la Salud** en los establecimientos seleccionados

La proporción de los encuestados según lugar de establecimiento por Hospitales o por Regiones Departamentales se detallan a continuación;

Hospital /Región		
Departamental	Frecuencia	Porcentaje
ENRIQUE AGUILAR PAZ, La Esperanza.	23	6%
INSTITUTO CARDIO PULMONAR, Tegucigalpa	46	12%
JUAN MANUEL GALVEZ. Gracias, Lempira	18	5%
LEONARDO MARTINEZ, San Pedro Sula	29	8%
MARIO CATARINO RIVAS, San Pedro Sula	68	17%
OCCIDENTE, Santa Rosa de Copan.	30	8%
	53	
SAN FELIPE, Tegucigalpa.		14%
REGION METRO # 19, Tegucigalpa	71	18%
REGION METRO # 20. San Pedro Sula	53	13%
TOTAL	391	100%

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos:

La selección de la muestra de la población en estudio se realizó a través de los siguientes criterios: (18)

- 1.- Censo del recurso humano permanente de la Secretaría de Salud que brinda atención en las Regiones Departamental y hospitales con bajas coberturas para la vacuna de influenza .
- 2.-La población fue dividida en estratos, es decir en agrupaciones del personal según nivel académico (médico, enfermera profesional, auxiliar de enfermería, microbiólogos, etc.)
- 3.- De acuerdo al número de personas se definió el porcentaje que representa la población del estudio.
- 4.- Se obtuvo la muestra de estos estratos a través de un proceso aleatorio simple que incluye el personal que trabaja en dos turnos de trabajo (turno A, turno B).
- 5.- Se aplicó instrumento de recolección de datos La encuesta y se utilizó la técnica del conteo de datos (tablas de frecuencias, tablas de doble entrada y Gráficas)

Este estudio se efectuó en dos fases la primera que es la fase descriptiva y seguida, del estudio transversal.

Y la Segunda fase analítica donde se utilizó el cálculo de PR con IC95%, y la Validez Estadística el chi cuadrado.

Operalización de las Variables

Objetivo Específico No. 1

Edad

Sexo

Procedencia

Estado Civil

Profesión

Grado de escolaridad

Religión

Establecimiento de trabajo

Brinda Atención directa

Objetivo Específico No. 2

Esquema de Vacunación

Conocimiento de la Vacuna

Objetivo Específico No. 3

Actitud respecto a la vacunación del encuestado

Motivos de Rechazo del encuestado

Motivos de Incumplimiento del trabajador de la salud para vacunarse

Objetivo Específico No. 4

Enfermedad Tipo Influenza (ETI) que presento el encuestado

Frecuencia de los signos o síntomas compatibles a ETI

Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) que presento el encuestado

Frecuencia de signos o síntomas compatibles con una IRAG

Objetivo Específico No. 5

Presencia de algún evento adversos después de los 7 días de la vacunación.

Frecuencia de algún evento adverso manifestado por el encuestado

Criterios de Inclusión:

- 1.- Personal en categoría de permanencia
- 2.- Personal de ambos sexos
- 3.- Personal que este o no este vacunado

Criterios de Exclusión

- 1.- Rehusarse a participar en el estudio.
- 2.- Personal temporal o por contrato.

Plan de Recolección

La técnica de recolección de datos se utilizó la Encuesta en la modalidad escrita; a través de este instrumento se recogió y almaceno la información; esta encuesta consta de preguntas abiertas, cerradas y mixtas. A cada trabajador de la salud se le dio una encuesta en físico y la investigadora despejo cualquier duda.

La encuesta fue estructurada de acuerdo: características socio- demográficas de la población, nivel de conocimiento, de actitud, motivo de no inmunización, creencias entre otras variables (19)

Validez del instrumento

Para validar el instrumento de recolección de datos, se aplicó una prueba piloto o sondeo preliminar, a un pequeño grupo de expertos (Dra. Ida Berenice Molina Jefa del PAI, Dr. Homer Mejía coordinador de la vigilancia de Influenza, Dra. Edith Rodríguez coordinadora de CEAL, Dra., Rossibel Martínez Consultora de CDC, Dr. Ricardo Fernández Medico Salubrista de DGVS). Durante el piloteo se recogió información sobre los siguientes puntos: comprensión de la pregunta, facilidad /dificultad para dar respuesta, y nivel de malestar y confiabilidad, se corrigieron las fallas y se elaboro el instrumento definitivo.

En el análisis de los datos se uso el programa análisis estadísticos epidemiológicos el EPI-INFO versión 3, 5,3 donde se ingresaron todos los datos recolectados en la encuesta.

Al final se elaboró un documento con conclusiones de los resultados de la investigación, algunas medidas correctivas y recomendaciones para lograr alcanzar las metas de coberturas de vacunación entre los trabajadores de la salud.

Sesgos y su Control

- Sesgo de la Información; que el entrevistado no responda adecuadamente y veraz la encuesta.
- Sesgo en la selección del entrevistado no poder obtener un listado del personal de cada institución.

Consideraciones éticas

- La investigadora antes de aplicar la encuesta explicó al trabajador de la salud en qué consistía la encuesta y el objetivo de la misma; después se procedió a entregar al entrevistado un ejemplar de la encuesta en físico para ser contestada, y se despejaron algunas dudas.
- El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), NO reviso los registros del personal y no tiene acceso a identificadores personales de los trabajadores encuestados.
- Los formatos se registraron por códigos correlativos para la recolección de datos , se incluyo para cada caso-trabajador, datos demográficos básicos, información sobre vacunas, eventos adversos y exposición. El archivo en formato Excel *NO incluye datos* que puedan identificar al entrevistado, tales como nombre, fecha de nacimiento, domicilio, etc. Todo se guarda en una Base con el nombre de Influenza.

VIII.- DESCRIPCION DE RESULTADOS

Se muestreo un total de 391 trabajadores de la salud los cuales están en la categoría de recurso permanente en regiones departamentales y hospitales de bajas coberturas para la vacuna de influenza estacional, los recursos encuestados fueron: médicos, personal de enfermería, personal de laboratorio, psicólogos, odontólogos y técnicos de rayos x.

Caracterización de la Poblacion:

El 18,6% (73) del total de la población está en el rango de 46 – 50 años y el grupo de edad del menor rango es de los < de 20 años con 1,7%(4). (Anexo: tabla y grafico No, 1). El 69%. (271) era de sexo femenino mientras el 31% (120) representan a los hombres, (Anexo: tabla y grafico No, 2).

Respecto al grado de escolaridad entre los trabajadores de la salud se encuentra que el mayor grado de escolaridad es el nivel secundario 49% (191) y el menor grado de escolaridad lo constituye el grado de Maestría 1% (3) ,(Anexo: tabla y grafico No. 3).Según el estado civil de los encuestados los casados representan el 46 % (191) y el estado civil menos frecuente es el viudo 1 % (3),(Anexo: tabla y grafico No. 4).En relación a la profesión la auxiliar de enfermería representa 40 % (158) , y los psicólogos son el1% (5) .(Anexo: tabla y grafico No. 5). La procedencia de los encuestados son de la ciudad de Tegucigalpa 44% (17), en contraste con el 5 %(18) originarios de la ciudad Gracias, Lempira (Anexo: tabla y grafico No. 6). Del trabajador de la salud que mas brinda atención directa a pacientes fueron los Psicólogos el 100%(5) y el que da menos atención directa son Odontólogos con 88%(7). (Anexo: tabla y grafico No 7)

El 53%(208) profesan la religión católica y el 1% (5) profesan la religión de los mormones y adventistas (Anexo: tabla y grafico No 8)

Con respecto a las creencias para rechazar la vacuna el 41% (13) creen que es mejor adquirir la enfermedad y las creencias sobre que las enfermedades involucran fuerzas naturales 9% (3). (Anexo: tabla y grafico No. 9).Respecto a la variable de religión y vacunados tenemos que el grupo católicos acepta a ser vacunado el 62 %(134) en relación a los no católicos 38% (83) (Anexo: tabla y grafico No 10)

Del total de la población el 87 % (339) conocen el esquema de vacunación contra la influenza en el adulto y solamente 2 % (7) no saben (Anexo: tabla y grafico No. 11).

El promedio de ponderación sobre el conocimiento de los beneficios de la vacunación en el trabajador de la salud fue de 88% (342).(Anexo: tabla y grafico 12).

El 79% (311) manifestó una actitud desfavorable hacia la vacuna. (Anexo: tabla y grafico No. 9)..El género del trabajador que más frecuentemente se vacuna es la mujer 70% (168) en comparación con el hombre 30%(73) (Anexo: tabla y grafico 13). Según la profesión el personal que se vacuna todos los años son el auxiliar de enfermería 44% y el que menos se vacuna es el Psicólogo 1%(2) (Anexo: tabla y grafico No, 14)

El rechazo a vacunarse el principal motivo fue dudas sobre la eficacia de la vacuna 26%(37) y no creo que la vacuna proteja 14% (20) (Anexo: tabla y grafico No. 15). Entre el profesional que se negó a vacunarse fue el auxiliar de enfermería 38%(30) y el profesional odontólogo y auxiliar de laboratorio con 1%(1) (Anexo: tabla y grafico No16)

Dentro de los resultados de Incumplimiento para vacunarse el 50% (29) es por no llegaron a vacunar al sitio del trabajo y no hubo vacuna 0%.(Anexo: tabla y grafico No. 17).En relación a los años que mas profesionales se vacunaron fue el 2008 es de 90%(9) el resto de los años solamente hasta el 2012 fue de 40%(4) (Anexo: tabla y grafico No.18)

Del trabajador de la salud encuestado Vacunado presento alguna infección respiratoria el 50 % (196) (Anexo: tabla y grafico No.19). En relación al trabajador de la salud NO vacunado el 70 % (272) que presento alguna infección respiratoria (Anexo: tabla y grafico No.20).

Según la definición de ETI el 48% (15) presento alguna enfermedad respiratoria (Anexo: tabla y grafico No.21).En relación las complicaciones IRAG un 58%(10) presento alguna sintomatología definida como caso de IRAG (Anexo: tabla y grafico No. 22).Se establece asociación entre estar vacunado y no vacunado para presentar alguna infección respiratoria $RP = 0,739$ con un $\chi^2 767,6$ (Anexo: tabla y grafico No. 23)

Del total de la población, el 81 % (316) manifestaron no haber presentado ningún evento adverso después de ser vacunado pero un 19 % (75) manifestó haber presentado algún evento (Anexo: tabla y grafico No. 24) Los eventos más frecuentes fueron malestar general, 34%(133) el dolor y enrojecimiento 4% (53) (Anexo: tabla y grafico No. 25).

IX.-ANALISIS DE RESULTADOS

En este acápite se realiza análisis de la información obtenida y se establece una correlación con los antecedentes de estudios seleccionados referentes a vacunas.

Caracterización:

La población encuestada y según resultados la Media y la Mediana de la edad es de 41 años, y la Moda es de 50 años, lo que significa que la población encuestada es adulta.

Con respecto al género se determina que la mujer tiene el porcentaje de más encuestados realizados, existiendo una razón hombre- mujer de 1:2, lo que significa que por cada hombre se encuestaron dos mujeres.

Según el grado de escolaridad se observa que los trabajadores encuestados tienen en su mayoría un nivel de secundaria completo seguido del grado universitario, lo que indica que nuestra población cuenta con una preparación académica muy buena.

El estado civil de los encuestados en su mayoría están casados lo que nos indica que existe una relación estable y de familia, pero existe también una gran población que refiere estar soltera sin pareja, y la otra parte que tiene pareja y está en unión libre.

Dentro de las profesiones el personal de enfermería es el más numeroso, seguido del personal médico entre ellos medico general y especialista dentro de estas especialidades estaban Neumólogos, Internistas, Pediatras, Radiólogos, Ginecólogos, Patólogos, Oncólogos, Salubrista, Epidemiólogos etc. Y de las otras profesiones estaban Odontólogos, Microbiólogos, Psicólogos y el resto del personal técnico de apoyo.

Por lugar de procedencia y establecimiento de trabajo ,se logro encuestar un total de 5 Regiones Departamentales distribuidos : en 7 hospitales regionales y dos Regiones Metropolitanas No.19 y No. 20 ubicadas en la ciudades Tegucigalpa y San Pedro Sula siendo las ciudades con mayor población en el país ;

es importante resaltar que en estas dos Regiones se encuentra implementada la vigilancia centinelas para las ETI y en los hospitales que pertenecen a estas regiones esta implementada la vigilancia de las IRAG (Instituto Cardio pulmonar de Tegucigalpa y Mario Catarino R. de San Pedro Sula), en el resto de las ciudades solamente se encuestó al trabajador de la salud de los hospitales.

Cabe mencionar que por contar con poco tiempo no se pudo lograr encuestar dos hospitales regionales como ser el Hospital Atlántida de Ceiba, y el hospital de las Islas de la Bahía ambos con una población total de 450 trabajadores de la salud.

La mayoría de los encuestados dan atención directa al paciente en las diferentes salas como ser consulta externa, emergencia y hospitalización, el personal restante es recurso con cargos administrativos y de vigilancia epidemiológica y que ocasionalmente tienen contacto directo con el paciente.

Según la encuesta la religión que más profesan los trabajadores de la Salud es la religión Católica, seguida de la religión Evangélica. Una población no definió su religión, pero tampoco se designaron como ateos que son aquellas personas que niegan la existencia de un Dios.

En este caso la falta de participación a vacunarse se ve asociado a la existencia de síndromes culturales dentro de los que destaca el creer que es mejor adquirir la enfermedad ya que consideran que esta no es nociva y además a la baja percepción que tienen del riesgo a enfermar.

En su mayoría los entrevistados conocen el esquema nacional de vacunación en el adulto para la vacuna de Influenza estacional. En relación con el conocimiento de los beneficios que proporciona la vacuna es ampliamente favorable la mayoría de los encuestados se identificaron con frases correctas sobre la ayuda y beneficios que da la vacunación al trabajador de la salud para protegerse y

proteger a su entorno. Obteniéndose así que la mayoría de los encuestados concretaron que la vacunación del trabajador de salud contra la influenza evita episodios graves de la enfermedad respiratoria y disminuye el riesgo de hospitalización y muerte.

La actitud hacia la inmunización fue ampliamente desfavorable, el trabajador tiene creencias erróneas acerca de las contraindicaciones de la vacuna, ya que refieren que no quieren exponerse a los efectos colaterales de la inyección porque ellos consideran que son peores que la misma enfermedad.

El género que tiene mejor actitud para aplicarse la vacuna según esquema es la mujer, el hombre refiere tener temor a vacunarse.

Dentro de los motivos asociados al Rechazo entre el personal que no tenía intención de vacunarse contra la influenza, la razón principal más común planteada tiene miedo a la efectividad de la vacuna. La otra razón común fue la reacción a los efectos secundarios después de vacunarse.

La profesión de los trabajadores que expresaron no querer ser vacunados tenemos que fue el personal de Auxiliar de enfermería que refieren negarse a vacunarse, seguido del Médico general

Con respecto a los motivos de Incumplimiento para que el trabajador de la salud no se haya vacunado, la razón principal más común planteada para no vacunarse fue que no llegaron al lugar del trabajo el personal a vacunar y no haberse enterado sobre la campaña de vacunación.

Comparando la proporción de trabajadores de la salud que se vacunaron por años, se observa que el pico más alto fue el año 2008, en relación a los años posteriores (2009-2012) en los cuales se observa poca frecuencia en ser vacunados todos los años, si analizamos estos datos nos enfrentamos al problema que si el personal de salud persiste con esa actitud, tenemos una posible fuente de infección tanto para familiares, pacientes y otros.

Aquí se establece la frecuencia de enfermar de alguna infección respiratoria entre el grupo de los trabajadores vacunado y el grupo de los trabajadores no vacunado y tenemos que el personal vacunado fue menos frecuente de haber presentado alguna infección respiratoria en comparación con el trabajador no vacunado, pero en ambos la infección más común presentada en ambos grupos fue la gripe o resfriado común y seguido de la faringitis aguda. Para considerar si el personal se enfermó de alguna infección respiratoria, se establece la relación utilizando la la sintomatología o signos compatibles con la definición de casos de ETI e IRAG que tiene la Vigilancia Centinela de Influenza y en base a estas definiciones tenemos que la fiebre y Tos fue la más frecuente dentro de la ETI, y entre los trabajadores que presentaron alguna sintomatología o signo compatible con una IRAG fue la disnea seguido de algún tipo de neumonía.

Dentro de los eventos adversos que presentaron después de los 7 días de ser vacunados, las más frecuentes fueron Reacciones locales Leves: eritema y dolor. Dentro de Reacciones sistémicas: el malestar general y fiebre. No se registraron eventos graves atribuidos a la vacuna.

X.- CONCLUSIONES

1.- No se encontró alguna diferencia significativa entre edad, género, procedencia y el establecimiento de trabajo (hospital o región departamental) que constituyan un factor significativo para la mayor o menor aceptación de la vacuna entre los trabajadores de la salud. De acuerdo a los datos obtenidos la religión con $RP = 1$ se establece que no existe relación entre la variable ser religioso con el hecho de vacunarse contra la influenza, descartando que este factor cultural influya en el rechazo de la vacuna.

Respecto al grado de escolaridad se hizo una comparación con otras investigaciones realizadas sobre no inmunización en algunas poblaciones y donde se establece que a mayor grado de escolaridad existe una mayor aceptación de la vacuna ($P < 0,05$); pero según los datos de este estudio no se cumple esa aseveración, porque el personal que más está rechazando o incumpliendo con vacunarse el mayor porcentaje lo constituye el grado de secundaria seguido del grado universitario y el de menor porcentaje es el grado de primaria.

2.- Los entrevistados conocían en términos generales sobre la vacuna de la influenza, sin embargo, esta información contrasta fuertemente con el relativo bajo nivel de conocimiento específico de la misma, ya que el principal motivo por el que rechazan o incumplen con el esquema de vacunación lo constituye el miedo a los eventos adversos, duda de la eficacia y creer que la vacunación no es algo necesario por la baja percepción que tienen del riesgo que puedan enfermar.

3.- Entre los motivos que contribuyen a disminuir las coberturas, un lugar importante ocupan las oportunidades perdidas y el mayor número corresponde a la baja actitud de aceptación a vacunarse como medida preventiva que tiene el trabajador de la salud, esto debido a contraindicaciones erróneas o falsas creencias que tiene. Según la Sociedad Latinoamericana de Infectología y la Asociación Panamericana de Infectología (SLIPE y API, 2005), eliminando las oportunidades perdidas de vacunación podría aumentarse la cobertura de vacunación hasta un 20%.

4.-Se evidencio que el enfermar por alguna infección respiratoria entre el personal vacunado y el no vacunado existió una asociación inversa en la cual estar vacunado confiere protección para no enfermar de alguna infección respiratoria, que nos indica que si hay validez estadística.

5.- En cuanto a los eventos adversos los más comunes reportados por los trabajadores de la salud fueron reacciones leves, locales y sistémicas cuyo porcentaje presentado por los trabajadores de la salud coinciden con las contraindicaciones que indica los estudios previamente realizados en la formulación de la vacuna. Existe además un concepto erróneo por el trabajador de la salud al creer que la fiebre constituye una enfermedad en sí y no un síntoma aislado de la misma, lo que hace que cataloguen a las vacunas dentro de los agentes capaces de causar enfermedad por su capacidad de provocar fiebre. La presencia de eventos adversos graves como reacciones alérgicas no se encontró reportada en ningún trabajador de salud.

En conclusión las barreras que obstaculizan el éxito de alcanzar las coberturas en la vacuna de influenza estacional esperadas por el PAI son múltiples y diferentes en cada población encuestada .Esto constituyen una complicada trama ya que relaciona desde la creencias hasta la actitud del trabajador de la salud. Por lo que es necesario realizar otro estudio complementario y específico en cada población para definir políticas futuras de vacunación y alcanzar las coberturas > 95% o más , en el grupo de riesgo de los trabajadores de la salud.

XI.- RECOMENDACIONES

Basándose en las conclusiones, se dan las siguientes recomendaciones:

Socializar los resultados obtenidos en esta investigación a las autoridades del PAI, DGVS, Promoción de la Salud, Autoridades de cada establecimiento que participo en la investigación, para que conozcan como está la situación de la aceptación o rechazo que tiene el trabajador de la salud hacia la vacuna de influenza estacional

Recomendar a las autoridades del PAI y de la DGVS que puedan formular una estrategia de capacitación en base a conocimientos científicos para crear una cultura preventiva en salud entre el trabajador de la salud. Además presentar solicitud a los organizadores del Congreso Nacional de Infectología o algún encuentro científico para que se brinde un espacio para exponer el Tema de Influenza y el beneficio de la vacuna.

Promoción de la Salud brindo educación sobre inmunizaciones, dirigidas especialmente a las contraindicaciones erróneas de falsas creencias y resaltar los beneficios de la inmunización, utilizando para esto material educativo con recursos audiovisuales y recursos escritos como carteleras y trifolios, entre otros. La capacitación de los trabajadores de la salud se efectuo brindando los conocimientos en forma separada por estratos de profesionales (médicos, enfermeras personal de apoyo etc.) para que el abordaje de las oportunidades perdidas en vacunación, sea más eficaz.

Para reducir las barreras de inmunización del trabajador de salud se debe mejorar la: accesibilidad a ser vacunados en sus áreas de trabajo, aumento del horario del personal que vacuna en los establecimientos, además que el personal que vacuna en los establecimientos lleve el registro y un mejor control del personal que labora en su institución y chequear que el personal tengan completos sus esquemas de vacunación. Para alcanzar estas metas se recomienda a las autoridades de los establecimientos realizar gestión para la contratación de más personal de enfermería

Para lograr alcanzar que la cobertura de la vacunación aumenten entre el trabajador de la salud de los establecimientos encuestados se debe continuar con la campaña de vacunación. Los esfuerzos deben centrarse entre los trabajadores de la salud con mayor riesgo como ser: auxiliares de enfermería, médicos generales, personal de Rayos X, personal de Laboratorio, Odontólogos y Psicólogos.

XII BIBLIOGRAFIA

- 1.-Abram S. Benenson. Control de las Enfermedades transmisibles en el Hombre. Decimotercera, edición, 2010.OPS
- 2.- Vázquez J. Valcuede. Análisis descriptivo de la vacunación antigripal en España. Evolución Farmacoeconómica, Valladolid periodo 2002-2007
- 3.- Costos de Hospitalización por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) en Honduras. *Carlos Marín-Correa Nelson Alvis-Guzmán, Carlos Castañeda-Orjuela, Carolina Sánchez-Ruiz María Carrasquilla-Sotomayor, Edith Rodríguez, Homer Mauricio Mejía. Honduras 2009.*
- 4.- Juhász .Judit .Propuesta de un programa educativo para la Formación de actitudes preventivas ante en el cumplimiento y retraso de la aplicación del esquema Nacional de inmunización. Comunidad “Santa Eduviges”. Puerto la Cruz. Anzoátegui. 2008
- 5.-Plan Nacional de Preparación respuesta y Mitigación en Situación de Pandemia de Influenza. República de Honduras.2010
- 6.- 13.- Manual de Normas y Procedimientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) de Honduras, Secretaria de Salud 2000 a 2011 págs. 85, 86,87
- 7.-. Informe de la Situación de Influenza H1 N1pandémica en Honduras .Dirección General Vigilancia de Salud 11 de Mayo 2010. Tegucigalpa Honduras
- 8.- Niveles de protección contra la hemaglutinina del virus de la influenza A/Johannesburg/82/96(H1N1) en un hogar de ancianas. Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kouri”, la Habana, Cuba
- 9- Figueroa S. Manuel. Enfermedades virales en Centroamérica... UNAH, Tegucigalpa, Honduras, 1993

10.-De Juanes Pardo J.AD la Epidemia a la Pandemia Ed. ASFORISP 2007:17-20.

11.- Organización Mundial de la Salud. FluNet...Disponible en <http://gamapserver.who.int/Global Atlas/home.asp>

12.-.- Organización Mundial de la Salud 2010. Virus recomendados para vacunas de influenza para uso en el 2011-2012 en el hemisferio norte, estación de influenza: Preguntas frecuentes. Geneva; 2010. p. 1-4. <http://www.who.int/csr/disease/influenza/201002 RecommendationFAQ.pdf>.

13. - 11.-WHO. Influenza vaccines. Recommendations for the use of inactivated Influenza vaccines and other preventive measures. Wkly Epidemiol Rec 2000; 75: 281-288

14.- Influenza Virus Vaccine Fluzone® Fabricado por:
Sanofi Pasteur Inc. Swift water PA 18370 EE.UU. 5804-05-06

Página 4 de 12

15,. <http://www.monografias.com/trabajos5/influenza/influenza.shtml#ixzz2I7N9qli0>

16.-Estudio Multicéntrico para la evaluación de la efectividad de la vacuna contra influenza estacional en prevenir la enfermedad debida al virus influenza en Centro y Sudamérica, abril-septiembre 2012”

17.- Informe final .Grupo técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación. Buenos Aires, Argentina, 6 a 8 Julio de 2010

18.- Baker WH, Mullooly JP. Impact of epidemic type A influenza in a defined adult Populación. Am J Epidemiology 1980; 112: 798 – 813

19- Julio Piuria López. Metodología de la Investigación científica. Séptima edición. Managua, Nicaragua. Enero, 2012

20. - Diccionario EVEREST CUMBRE de la Lengua Española. Sexta edición. León, España

XII. ANEXOS

Tabla No 1

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE EDAD
EN TRABAJADORES DE LA SALUD.

HONDURAS, 2013

Tabla No. 1

EDAD/Años	Frecuencia	Porcentaje
< 20 años	4	1.7
21-25	42	10.7
26-30	45	11.5
31-35	46	11.7
36-40	50	12.7
41-45	58	14.8
46-50	73	18.6
51-55	34	8.6
56-60	33	8.4
> 61 y +	6	1.5
Total	391	100%

Fuente, Encuesta

Grafica No, 1

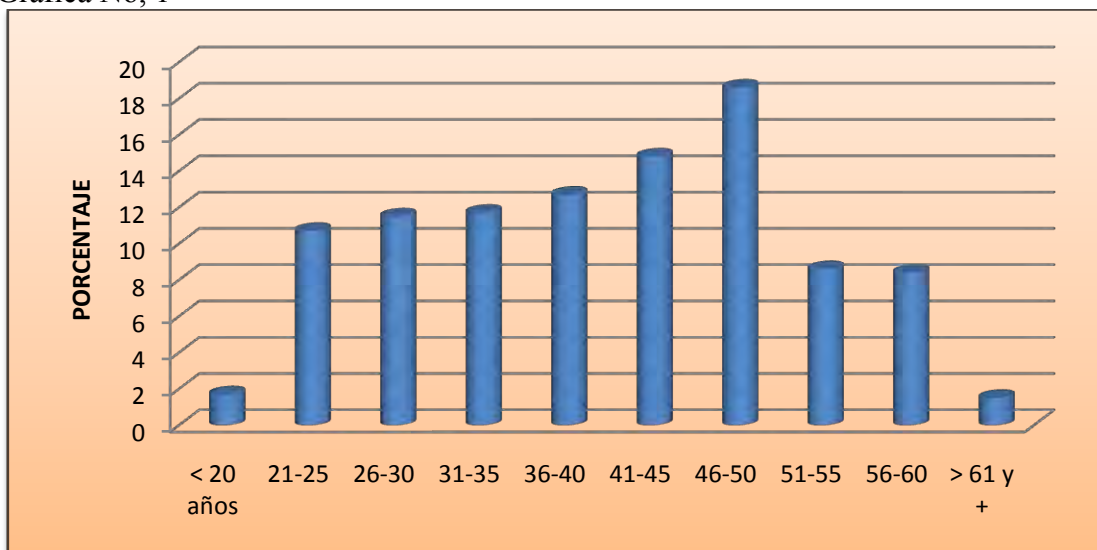
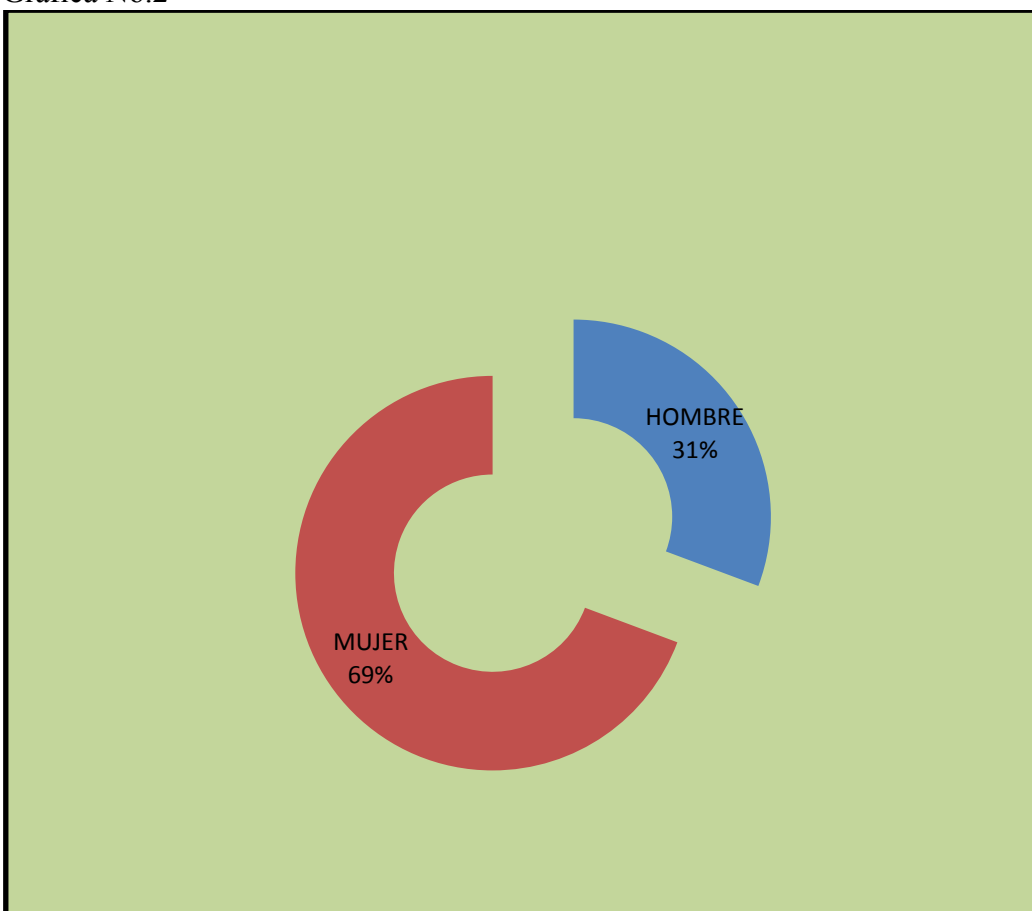


Tabla No.2

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE T, S, POR GÉNERO.
HONDURAS 2013

GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOMBRE	120	31%
MUJER	271	69%
TOTAL	391	100%

Grafica No.2



Fuente; Encuesta

Tabla No. 3

GRADO DE ESCOLARIDAD DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD,
HONDURAS, 2013

GRADO DE ESCOLARIDAD	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
PRIMARIA	19	5%
SECUNDARIA	191	49%
UNIVERSITARIO	138	35%
MAESTRIA	5	1%
ESPECIALIDAD	38	10%
TOTAL	391	100 %

Fuente; Encuesta

Grafica No, 3

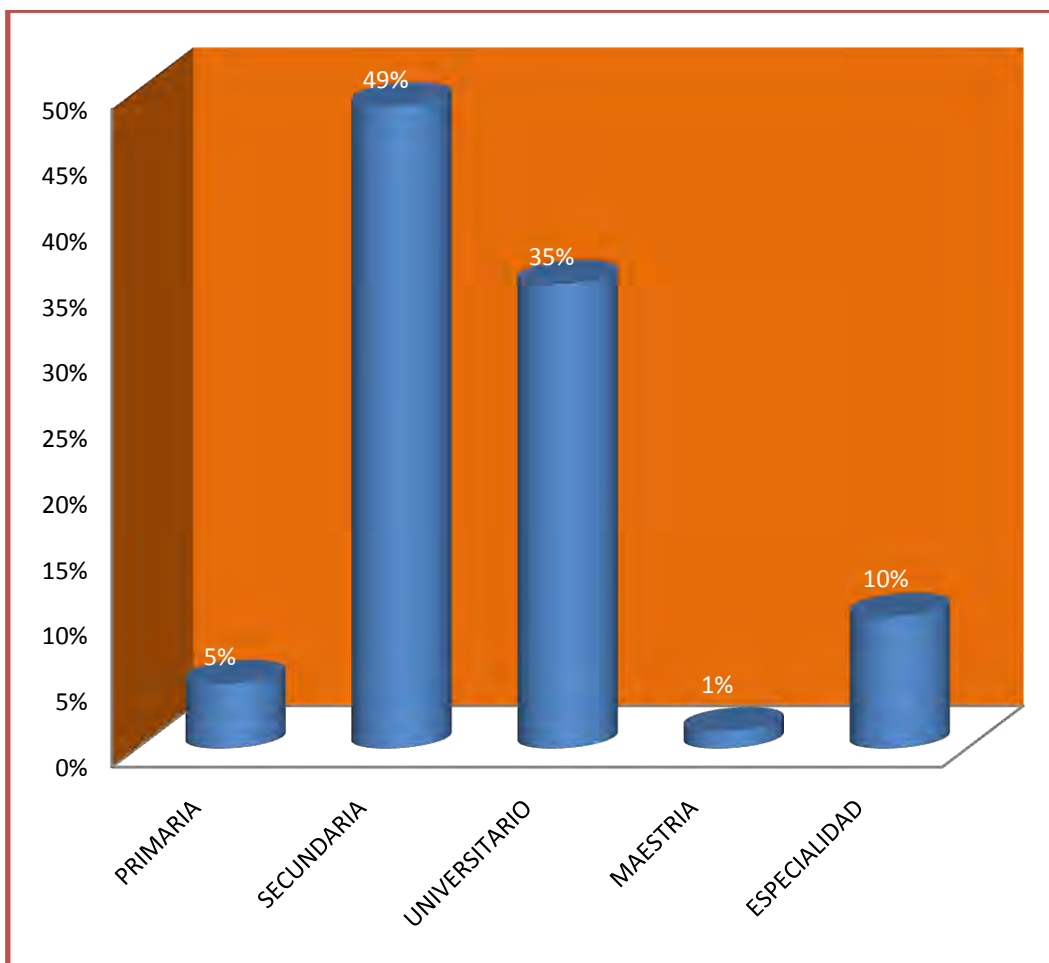


Tabla No. 4

ESTADO CIVIL DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD,
HONDURAS, 2013

ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje
CASADO	178	46%
DIVORCIADO	4	1%
SOLTERO	174	45%
UNION LIBRE	32	8%
VIUDO	3	1%
Total	391	100%

Fuente; Encuesta

Grafica No, 4

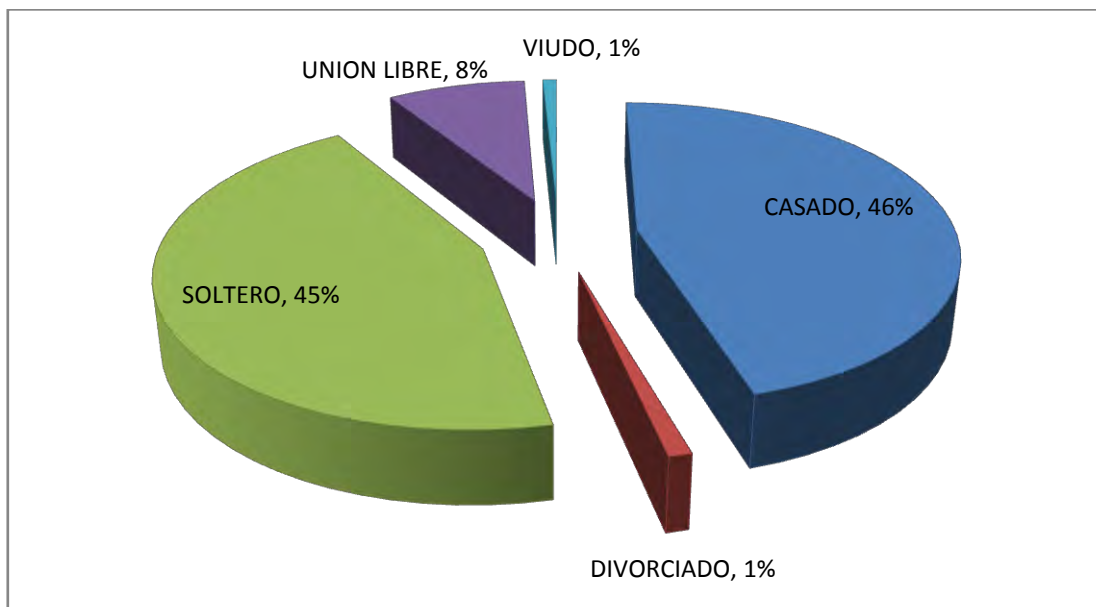


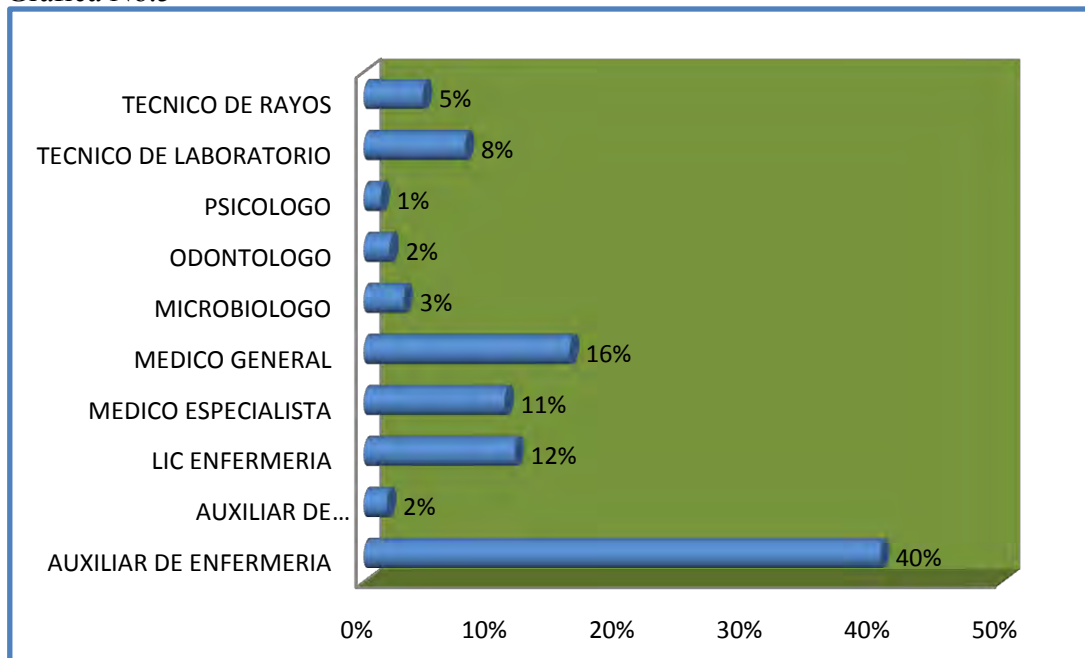
Tabla No. 5

PROFESION DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD.
HONDURAS, 2013

Profesión	Frecuencia	Porcentaje
AUXILIAR DE ENFERMERIA	158	40%
AUXILIAR DE LABORATORIO	7	2%
LIC ENFERMERIA	46	12%
MEDICO ESPECIALISTA	43	11%
MEDICO GENERAL	63	16%
MICROBIOLOGO	12	3%
ODONTOLOGO	8	2%
PSICOLOGO	5	1%
TECNICO DE LABORATORIO	31	8%
TECNICO DE RAYOS	18	5%
Total	391	100%

Fuente; Encuesta

Grafica No.5



Fuente; Encuesta

Tabla No, 6

PROCEDENCIA DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD,
HONDURAS, 2013

CIUDAD	PORCENTAJE	FRECUENCIA
GRACIAS, LEMPIRA	5%	18
LA ESPERANZA	6%	23
SAN PEDRO SULA	38%	149
SANTA ROSA DE COPAN	8%	30
TEGUCIGALPA	44%	171
Total	100.00%	391

Fuente; Encuesta

Tabla No.6

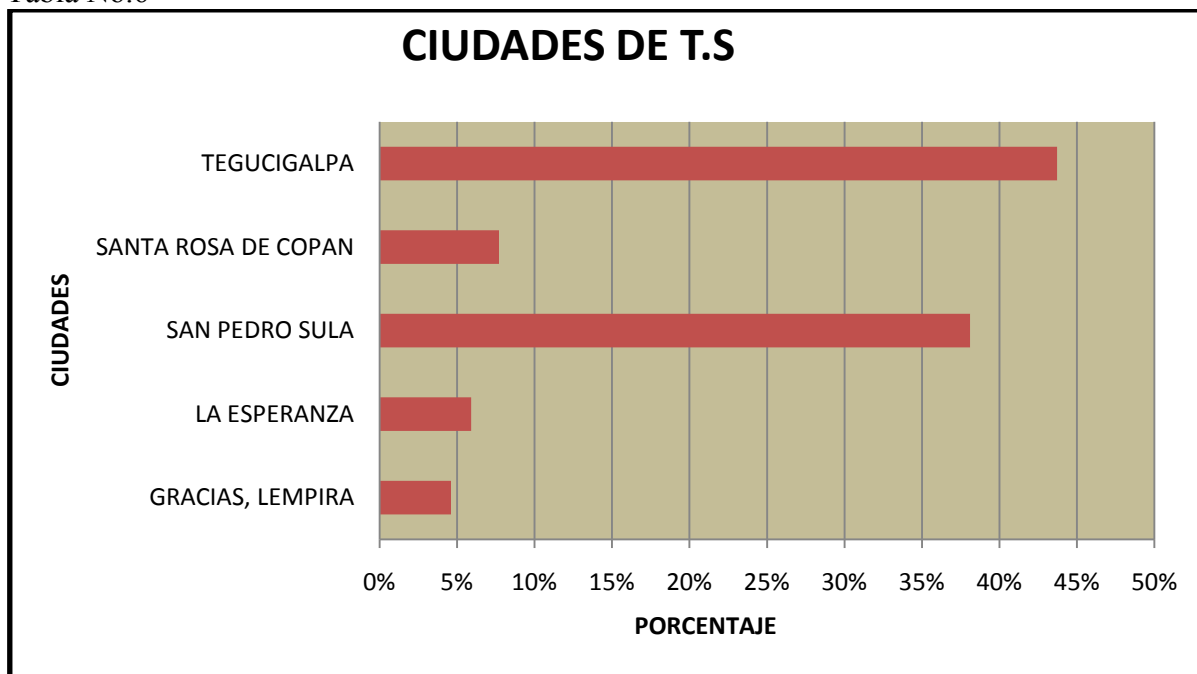


Tabla No.7 T. S QUE BRINDAN ATENCIÓN DIRECTA AL PACIENTE

PROFESION	BRINDA ATENCION DIRECTA AL PACIENTE	
	SI	PORCENTAJE
	60	95%
Médico General		
Médico Especialista	42	98%
Lic. En Enfermería	42	91%
Auxiliar de Enfermería	151	96%
Microbiólogo	11	92%
Técnico en Laboratorio	28	90%
Auxiliar de Laboratorio	6	86%
Psicólogo	5	100%
Odontólogo	7	88%
Técnico de Rayos X	17	94%
TOTAL	369	93%

Fuente; Encuesta

Grafica N0 7

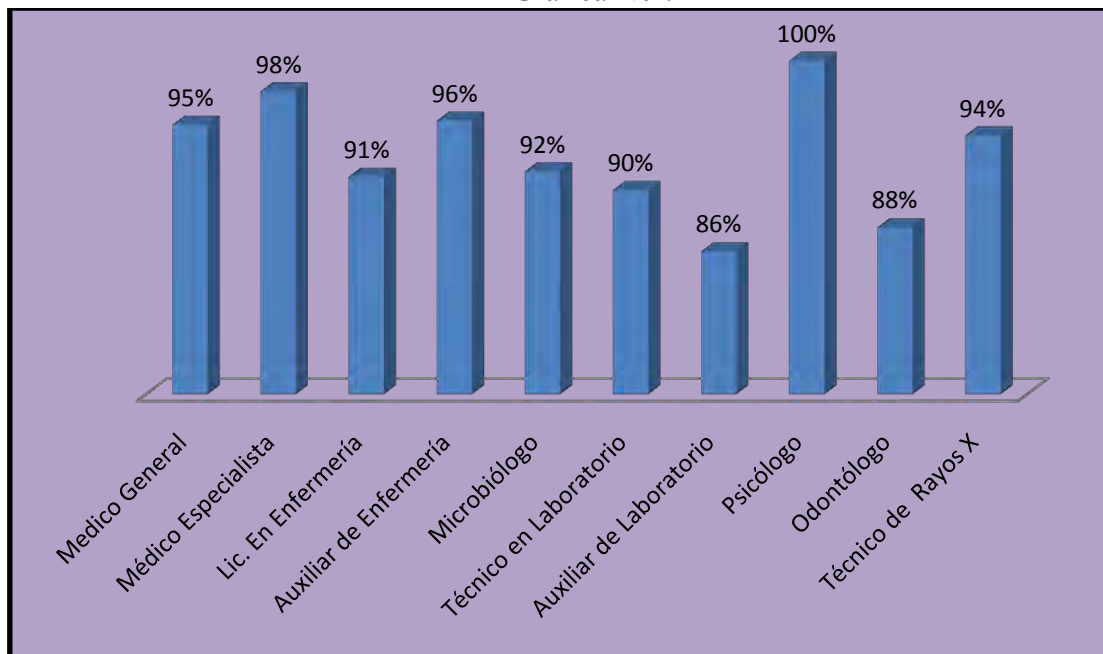


Tabla No. 8

RELIGIÓN DEL T.S ENCUESTADO. HONDURAS. 2013

RELIGION	Porcentaje	Frecuencia
ADVENTISTA	1%	5
CATOLICO	53%	208
EVANGELICO	33%	128
MORMON	1%	5
NO CONTESTO	10%	37
TESTIGO DE JEHOVA	2%	8
Total	100%	391

Fuente Encuesta

Grafica No.8

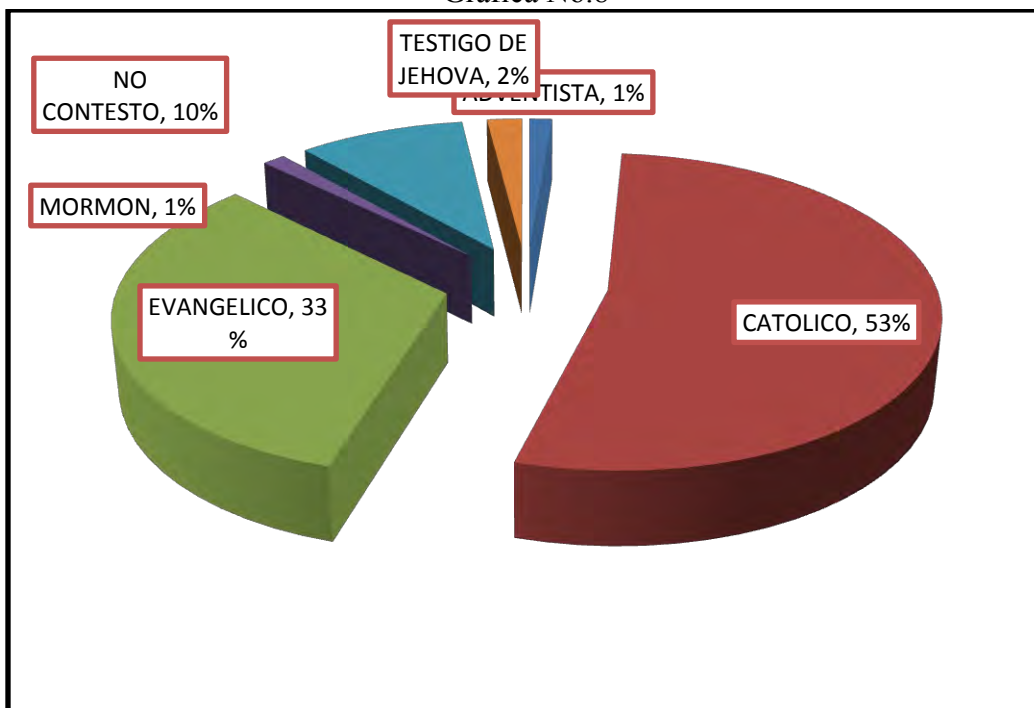


Tabla No,9

CREENCIAS PARA RECHAZAR LA VACUNA
HONDURAS , 2013

CREENCIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
La iglesia no aprueba la vacunación	10	31%
Es mejor adquirir la enfermedad naturalmente (La enfermedad no es nociva)	13	41%
Creencias de que las enfermedades involucran fuerzas sobrenaturales	3	9%
Creencias de que las enfermedades involucran fuerzas sobrenaturales	6	19%
TOTAL	32	100%

Fuente; Encuesta

Grafica No 9

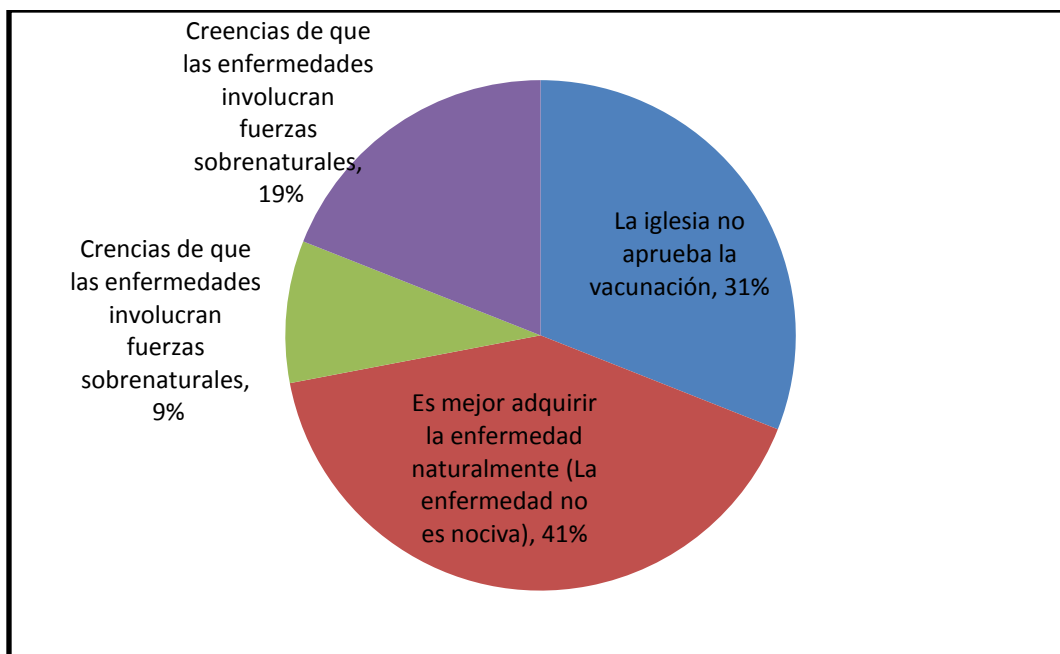


Tabla No.10

T.S QUE PROFESA ALGUNA RELIGION Y SE VACUNA.
HONDURAS, 2013

VACUNADO POR INFLUENZA			
	SI	NO	TOTAL
CATOLICOS	134	74	208
NO CATOLICO	83	62	145
	217	136	353

Fuente: La Encuesta

Grafica No, 10

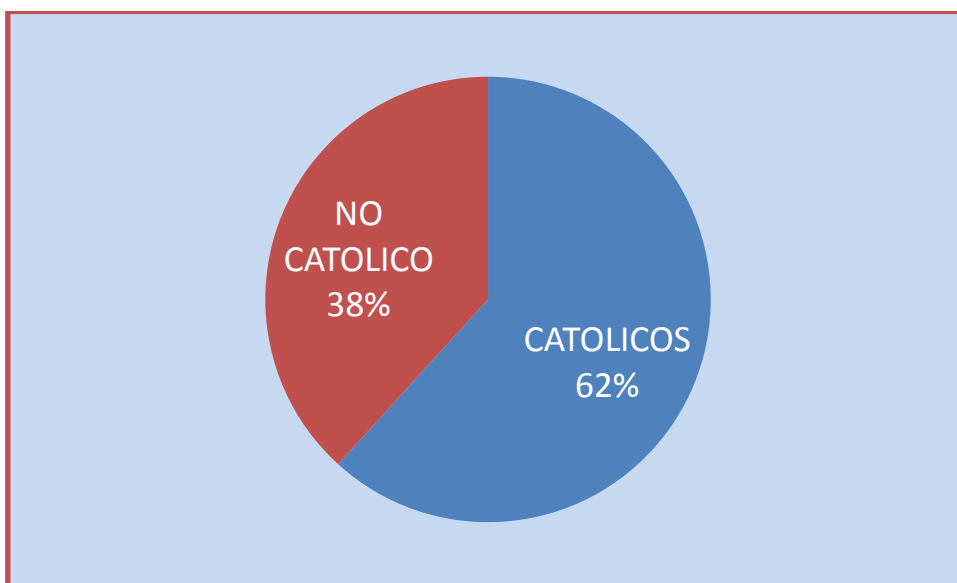


Tabla N0. 11

T.S. QUE CONOCE EL ESQUEMA DE VACUNACION DE LA INFLUENZA
HONDURAS, 2013

¿CUAL ES EL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACION CONTRA LA INFLUENZA EN ADULTOS?	Frecuencia	Porcentaje
A.- UNA VACUNA AL AÑO	339	87%
B.- DOS VACUNAS AL AÑO	21	5%
C.- NO SABE	24	6%
D.- NO RECUERDA	7	2%
Total	391	100%

Fuente; Encuesta

Grafica No. 11

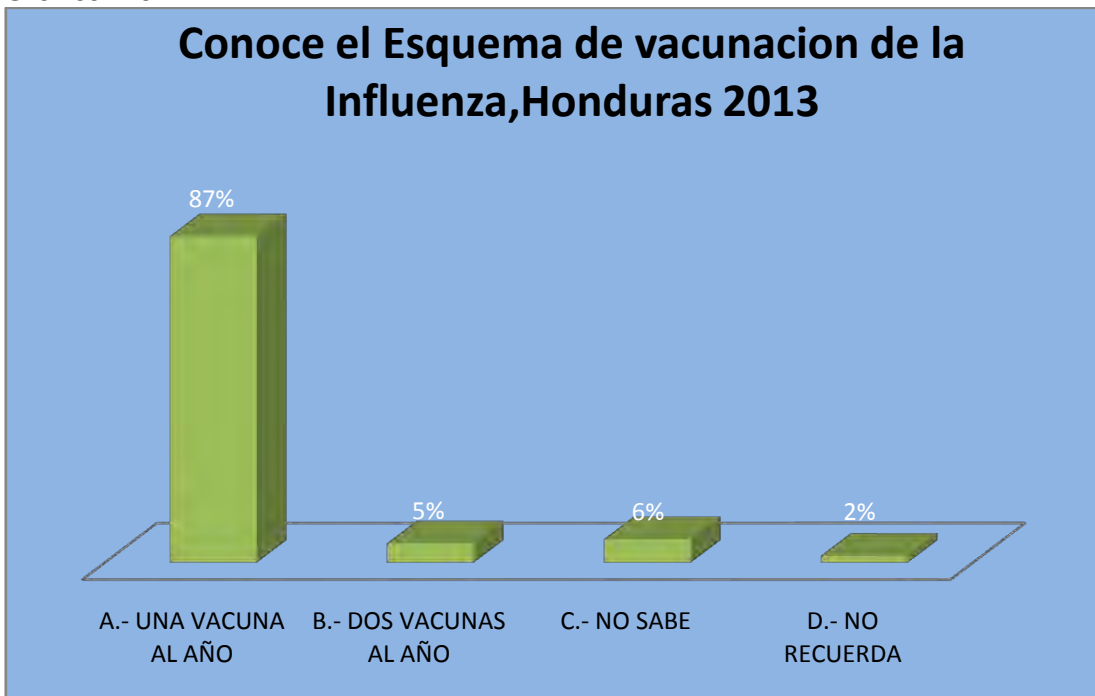
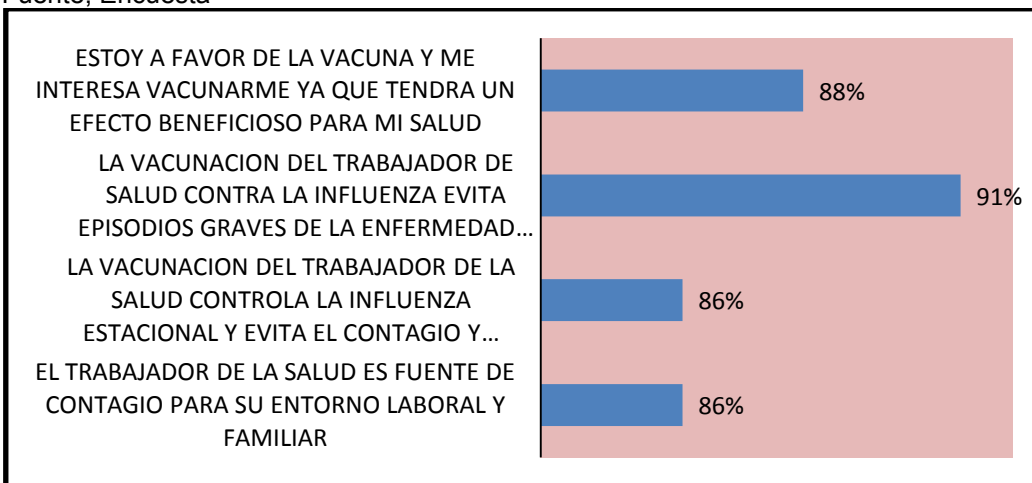


Tabla No.12

CONOCIMIENTO DE LOS BENEFICIOS DE LA VACUNA DE INFLUENZA DE T.S.
HONDURAS 2013

	VERDADERO	FALSO
EL TRABAJADOR DE LA SALUD ES FUENTE DE CONTAGIO PARA SU ENTORNO LABORAL Y FAMILIAR	86%	14%
LA VACUNACION DEL TRABAJADOR DE LA SALUD CONTROLA LA INFLUENZA ESTACIONAL Y EVITA EL CONTAGIO Y PROTEGE A LOS PACIENTES	86%	14%
LA VACUNACION DEL TRABAJADOR DE SALUD CONTRA LA INFLUENZA EVITA EPISODIOS GRAVES DE LA ENFERMEDAD RESPIRATORIA Y DISMINUYE EL RIESGO DE HOSPITALIZACION Y MUERTE	91%	9%
ESTOY A FAVOR DE LA VACUNA Y ME INTERESA VACUNARME YA QUE TENDRA UN EFECTO BENEFICIOSO PARA MI SALUD	88%	12%
TOTAL	88%	12%

Fuente; Encuesta



ACTITUD DEL TRABAJADOR DE SALUD HACIA LA VACUNA
HONDURAS 2013

ACTITUD	VERDADERO	FALSO
Estoy a favor de la vacunación , pero creo que en este momento no necesito , por lo cual considero un gasto innecesario del gobierno	19%	79%
Estoy en contra de la vacunación , ya que tiene mas efectos adversos que beneficios sobre mi salud	12%	87%
Estoy en contra de la vacunación , ya que es un método desagradable tanto para niños como adultos, pero si acepto otro tipo de medicación para la prevención de la influenza	14%	86%
Escuche que los efectos colaterales de la inyección son peores que la misma gripe.	34%	66%
TOTAL	21%	79%

Fuente; Encuesta
Grafica No, 13

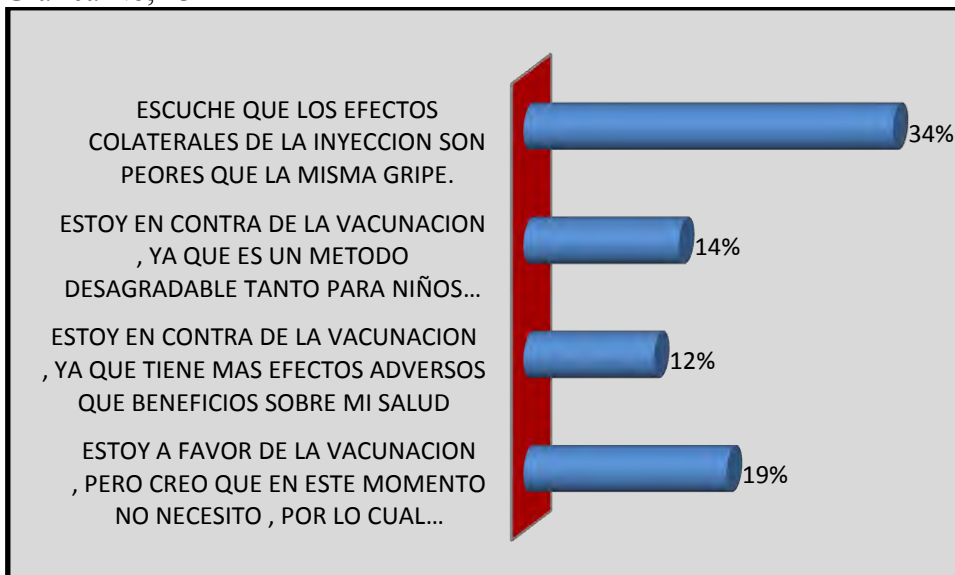


Tabla No14

T,S POR PROFESION QUE SE VACUNA TODOS LOS AÑOS
HONDURAS, 2013

Profesión	Porcentaje
AUXILIAR DE ENFERMERIA	44%
AUXILIAR DE LABORATORIO	2%
LIC ENFERMERIA	15%
MEDICO ESPECIALISTA	10%
MEDICO GENERAL	14%
MICROBIOLOGO	3%
ODONTOLOGO	2%
PSICOLOGO	1%
TECNICO DE LABORATORIO	6%
TECNICO DE RAYOS	4%
Total	100%

Fuente La Encuesta

Grafica No 14

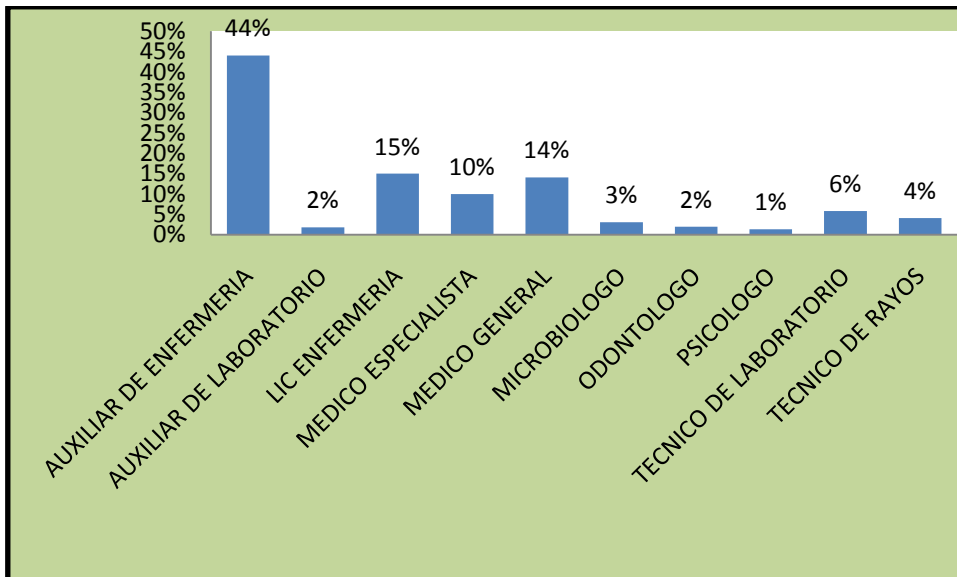


Tabla No, 15

MOTIVOS DE RECHAZO POR EL T.S
HONDURAS 2013

RECHAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Experiencia Personal con efectos secundarios	31	21%
Experiencia de algun familiar o amigo con efectos secundarios	27	27%
Miedo al dolor	31	31%
No creo que la vacuna proteja	20	20%
Dudas sobre la eficacia y seguridad de la vacuna	37	37%
TOTAL	146	100%

Fuente; Encuesta

Grafica No. 15

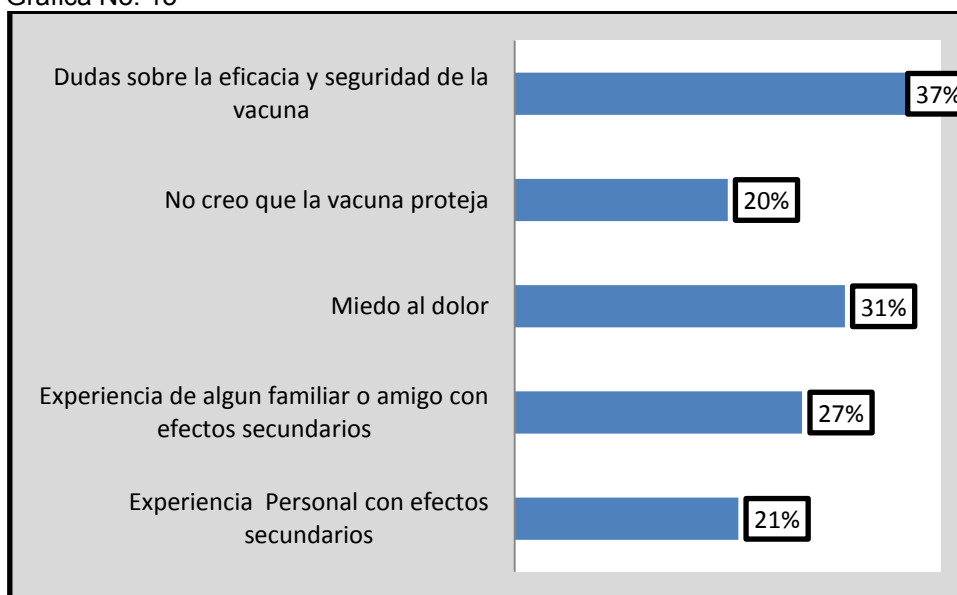


Tabla No 16

T.S. POR PROFESION QUE SE NIEGA A VACUNARSE.HOND, 2013

Profesion	Porcentaje
-----------	------------

AUXILIAR DE ENFERMERIA 38%

AUXILIAR DE LABORATORIO 1%

LIC ENFERMERIA 10%

MEDICO ESPECIALISTA 14%

MEDICO GENERAL 15%

MICROBIOLOGO 4%

ODONTOLOGO 1%

PSICOLOGO 4%

TECNICO DE LABORATORIO 9%

TECNICO DE RAYOS 4%

Grafica No 16

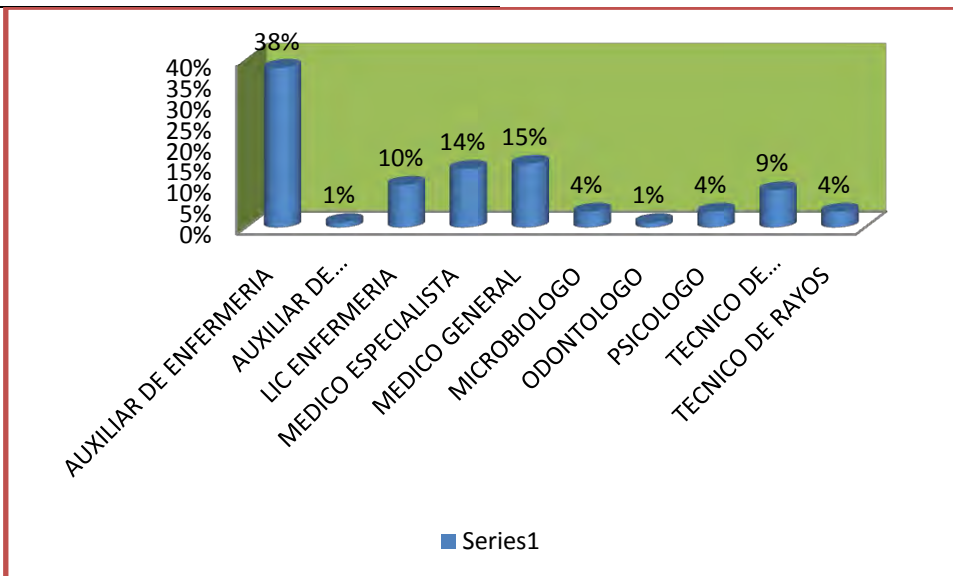


Tabla N0. 17

MOTIVOS DE INCUMPLIMIENTO PARA VACUNARSE
T.S.HONDURAS 2013

Incumplimiento	Frecuencia	Porcentaje
Enfermedad del Entrevistado	12	20%
Estaba dando lactancia materna	3	5%
No llegaron a vacunar al trabajo	29	50%
Migración	3	5%
No hubo vacuna	0	0%
No me entere de la campaña de vacunación	12	20%
TOTAL	59	100%

Fuente; Encuesta

Grafica N0 17

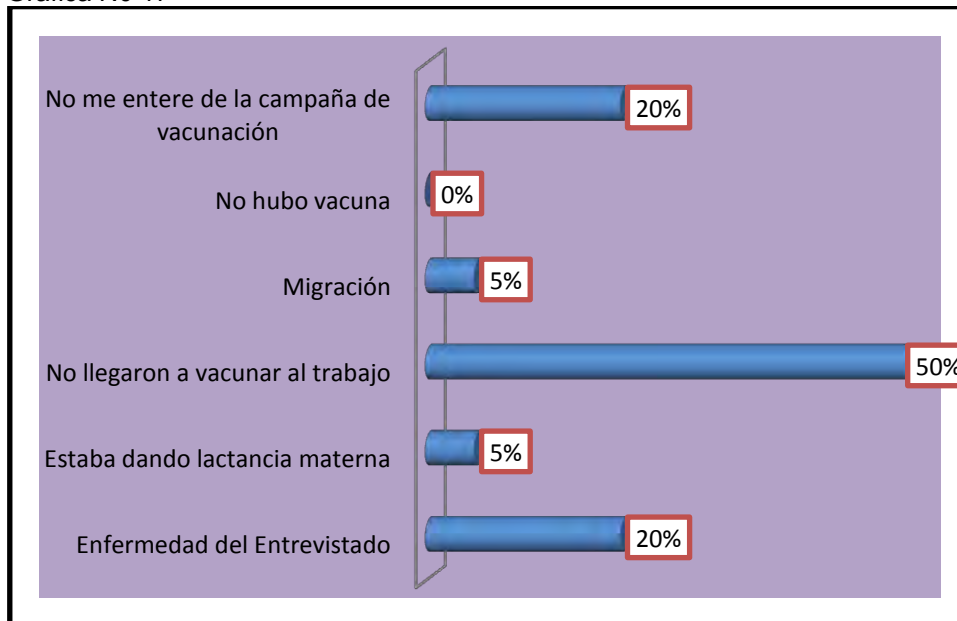


Tabla No18

T.S POR PROFESION QUE MAS SE VACUNO POR AÑO.
HONDURAS, 2013

	Año 2008	2009	2010	2011	2012
MEDICOS GENERALES	5%				
MEDICOS ESPECIALISTAS	9%	19%	9%	9%	9%
LIC. EN EFERMERIA	11%		11%	11%	11%
AUXILIARES ENFERMERIA	20%	27%	20%	20%	20%
MICROBIOLOGOS	25%				
TECNICOS DE LABORATORIO	3%	14%			
AUXILIARES DE LABORATORIO	14%	22%	14%	14%	14%
PSICOLOGOS	1%				
ODONTOLOGOS	13%				
TECNICOS DE RAYOS X	6%				

Grafico No.18

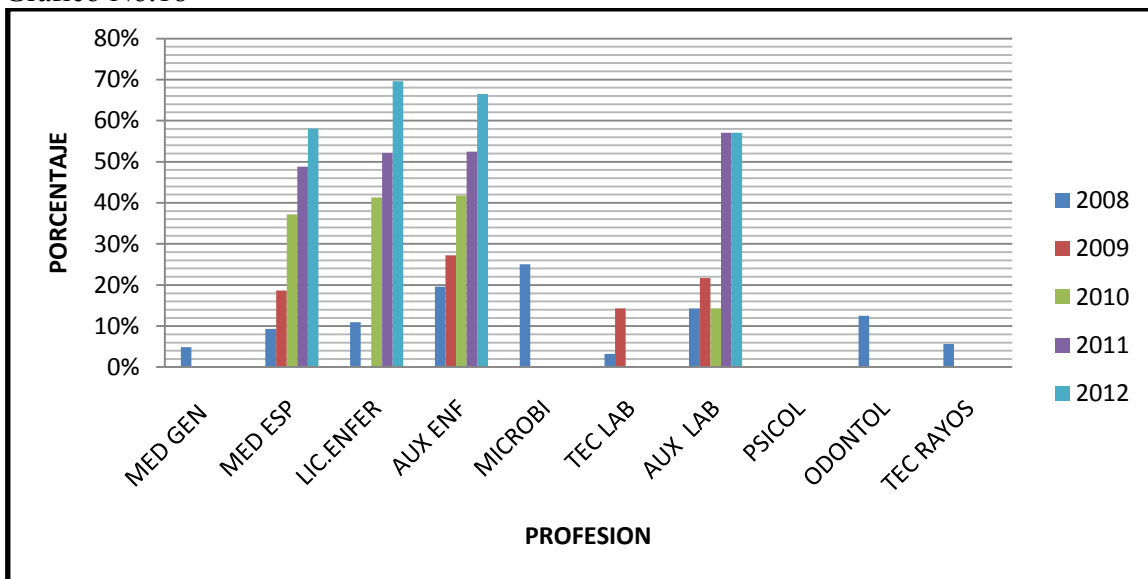


TABLA NO. 19

T.S VACUNADO QUE PRESENTO ALGUNA INFECCIÓN RESPIRATORIA.

HONDURAS, 2013

	Frecuencia	Porcentaje
GRIPE O RESFRIADO COMUN	120	61%
BRONQUITIS AGUDA	20	10%
FARINGITIS AGUDA	32	16%
FARINGOAMIGDALITIS NO ESTREPTOCOCICA	17	9%
BRONCONEUMONIA	1	0%
NEUMONIA	6	3%
TOTAL	196	50 %

Fuente; Encuesta

Grafica No. 19

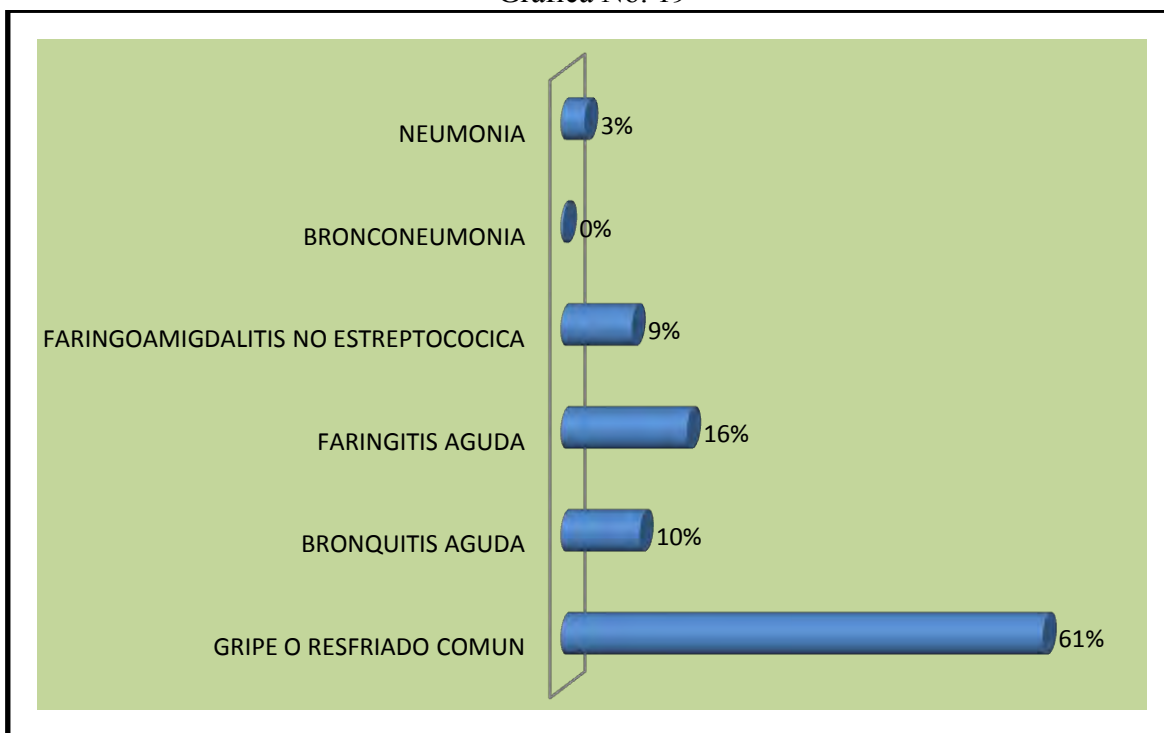


Tabla No.20,
 T. S. NO VACUNADO PRESENTO ALGUNA INFECCIÓN RESPIRATORIA.
 HONDURAS, 2013

	Frecuencia	Porcentaje
GRUPE O RESFRIADO COMUN	179	66%
BRONQUITIS AGUDA	24	9%
FARINGITIS AGUDA	41	15%
FARINGOAMIGDALITIS NO ESTREPTOCOCICA	22	8%
BRONCONEUMONIA	1	0%
NEUMONIA	6	2%
TOTAL	273	70%

Fuente; Encuesta

Grafica No,20

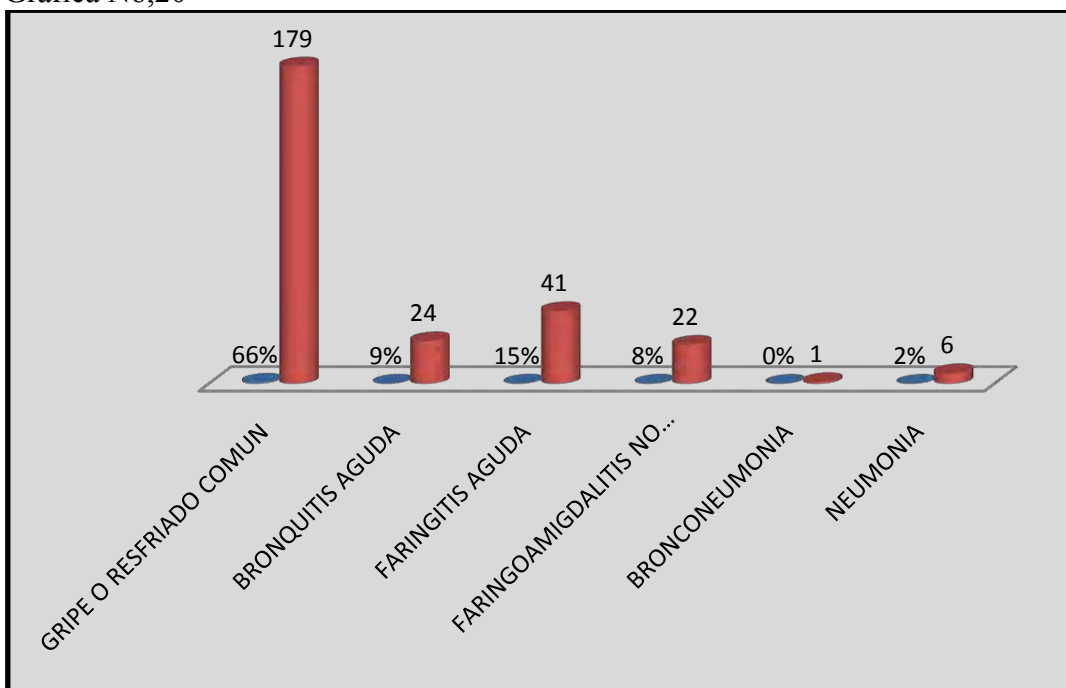


Tabla No.21

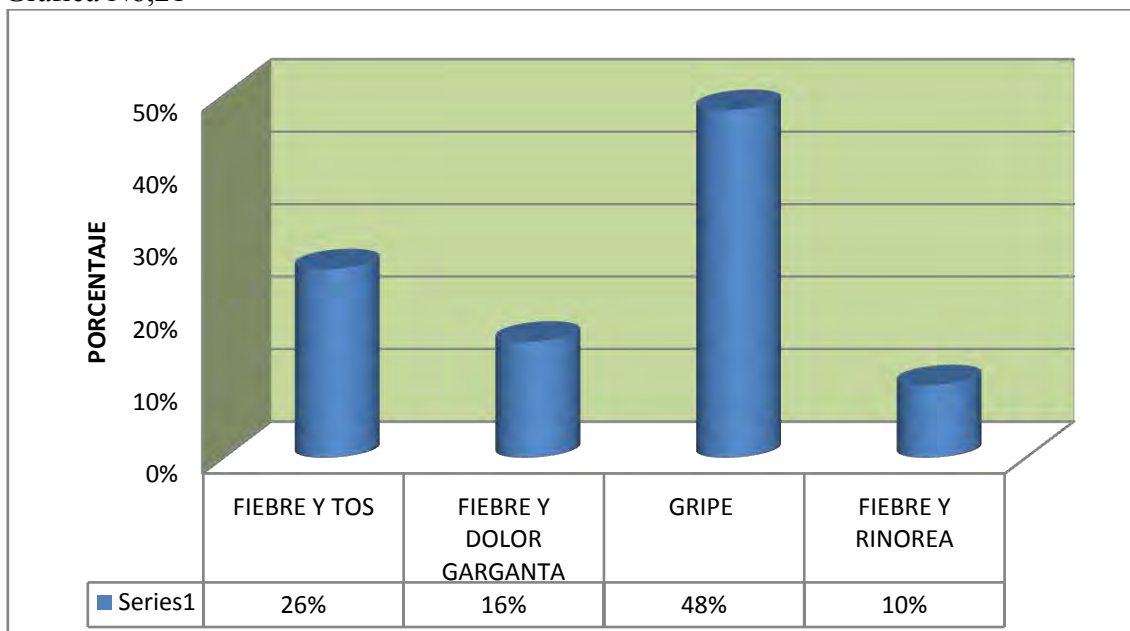
T. S. QUE SEGÚN DEFINICIÓN ERAN ENFERMEDADES TIPO INFLUENZA (ETI)

HONDURAS. 2013

ETI	Frecuencia	Porcentaje
FIEBRE Y TOS	8	26%
FIEBRE Y DOLOR GARGANTA	5	16%
GRIPE	15	48%
FIEBRE Y RINOREA	3	10%
TOTAL	31	100%

Fuente; Encuesta

Grafica No,21



Fuente; Encuesta

TRABAJADORES DE LA SALUD QUE PRESENTARON SINTOMATOLOGÍA
COMPATIBLE CON UNA IRAG
HONDURAS, 2013

IRAG	Frecuencia	Porcentaje
BRONCONEUMONIA	1	6%
DISNEA	10	58%
NEUMONIA	4	24%
CRISIS DE ASMA	2	12%
Total	17	100%

Fuente; Encuesta

Grafica No. 22

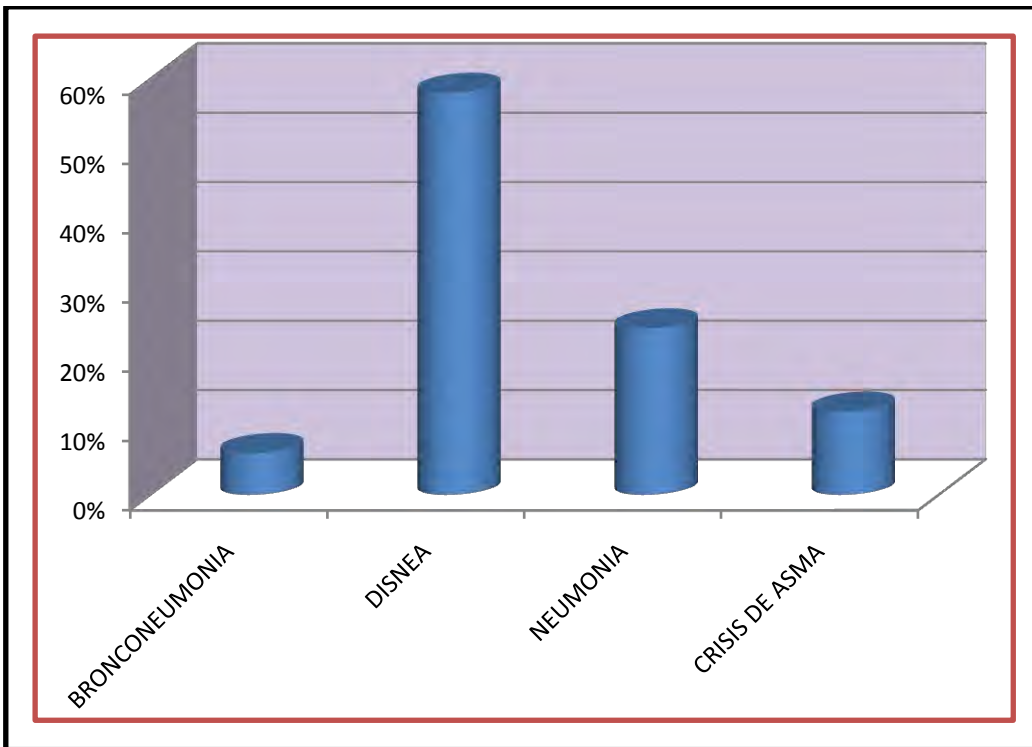


Tabla N0 23

ASOCIACION ENTRE ESTAR VACUNADO O NO VACUNADO Y PADECER ALGUNA ENFERMEDAD. HONDURAS 2013

ENFERMO POR ALGUNA INFECCION RESPIRATORIA			
	SI	NO	TOTAL
VACUNADOS	196	185	381
NO VACUNADOS	272	119	391
	468	304	772

Fuente; Encuesta

Grafico No.23

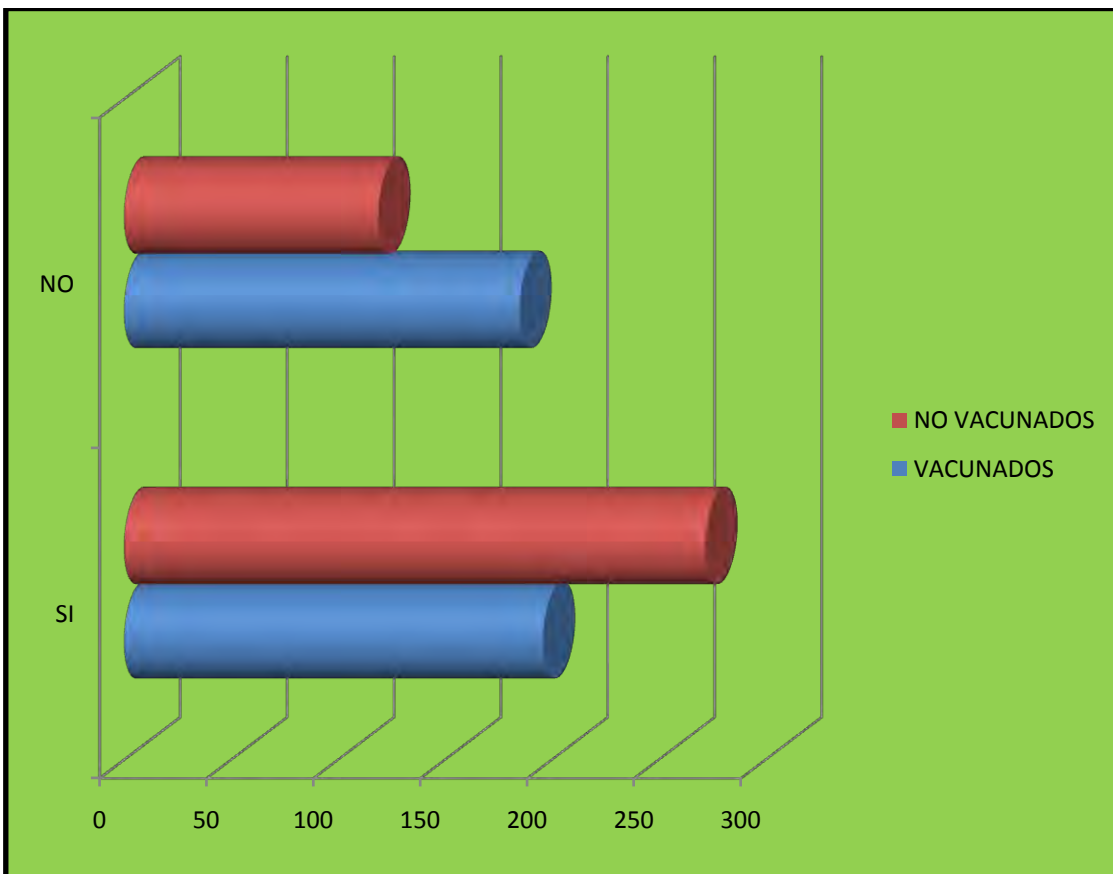


Tabla N0. 24

T. S QUE PRESENTO ALGÚN EVENTO DESPUÉS DE LOS 7 DÍAS SIGUIENTES A LA VACUNACIÓN. HONDURAS, 2013

EVENTO ADVERSO	Frecuencia	Porcentaje
PRESENTO ALGUN SIGNO O SINTOMA EN LOS 7 DIAS SIGUIENTES A LA VACUNACION	75	19%
NO PRESENTARON NINGUN SIGNO O SINTOMA DESPUES DE LA VACUNACION.	316	81%
TOTAL	391	100%

Fuente; Encuesta

Tabla No.24



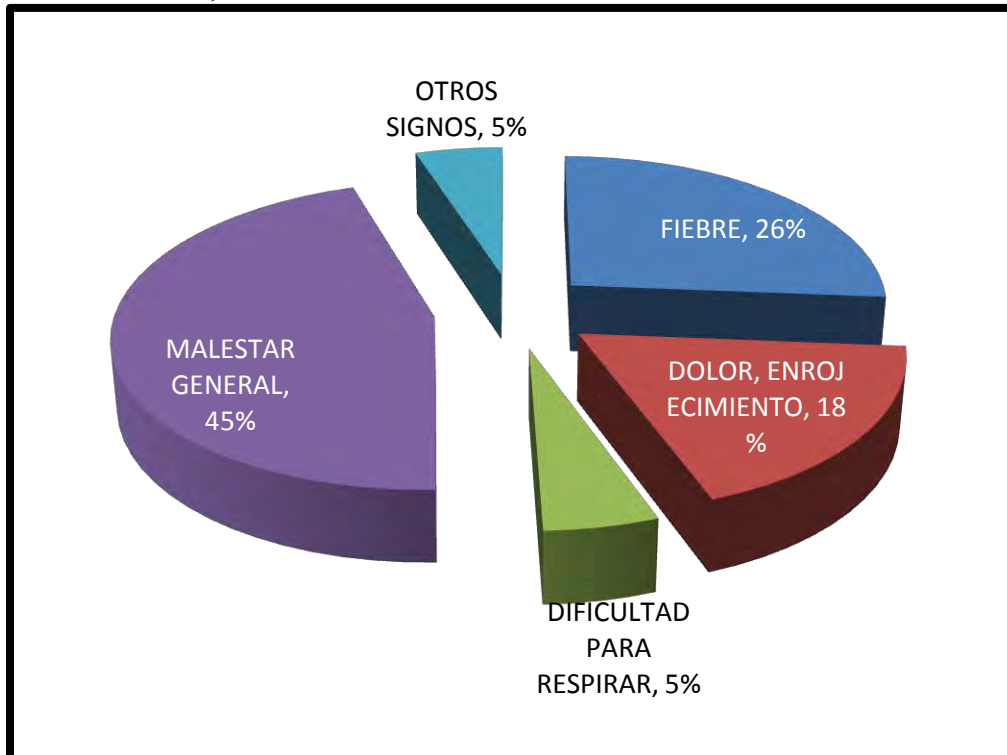
Tabla No. 25

EVENTOS ADVERSOS LEVES MAS FRECUENTES QUE MANIFESTARON EL
 TRABAJADORES DE LA SALUD
 HONDURAS. 2013

Eventos	Porcentaje	Frecuencia
FIEBRE	26%	77
DOLOR, ENROJECIMIENTO	18%	53
DIFICULTAD PARA RESPIRAR	5%	16
MALESTAR GENERAL	45%	133
OTROS SIGNOS	5%	16
TOTAL	100%	295

Fuente; Encuesta

Grafica No,25



Anexo .26 Clasificación Internacional de Enfermedades según

Cuadro 1– (CIE-10) de IRA alta

CIE 10 IRA alta	Descripción
J00	Gripe o resfriado común
J01	Sinusitis aguda
J02	Faringitis aguda
J03	Tonsilitis (amigdalitis) aguda
J04	Laringitis y traqueitis aguda
J05	Laringitis obstructiva aguda y epiglottitis
J06	Infecciones respiratorias altas en múltiples sitios

Fuente: Organización Mundial de la Salud

Cuadro 2 – CIE 10 de IRA baja

CIE 10 – IRA bajas	Descripción
J09	Influenza por virus aviar
J10	Influenza por otros virus identificado
J10.0	Influenza con neumonía, virus identificados
J10.1	Influenza con otras manifestaciones respiratorias, virus identificado
J10.8	Influenza con otras manifestaciones, virus identificado
J11	Influenza por virus no identificado
J11.0	Influenza con neumonía, virus identificado
J11.1	Influenza con otras manifestaciones respiratorias, virus no identificado
J11.8	Influenza con otras manifestaciones, virus no identificado
J12	Neumonía viral no clasificada en otra parte
J12.0	Neumonía viral por adenovirus
J12.1	Neumonía viral por VSR
J12.2	Neumonía viral por parainfluenza
J12.8	Neumonía viral por otra etiología
J12.9	Neumonía viral no especificada
J13	Neumonía por <i>Streptococcus pneumoniae</i>
J14	Neumonía por <i>Haemophilus influenzae</i>
J15	Neumonía bacteriana no clasificada en otra parte
J16	Neumonía por otro agente infeccioso, no clasificado en otra parte
J17	Neumonía en otras enfermedades clasificadas en otras partes (ver especificaciones en el CIE 10)
J18	Neumonía por agente no especificado
J20	Bronquitis aguda (ver especificaciones en el CIE 10)
J21	Bronquiolitis aguda
J21.0	Bronquiolitis aguda por VSR
J21.8	Bronquiolitis aguda por otro agente infeccioso
J21.9	Bronquiolitis aguda por agente no especificado
J22	Infección respiratoria aguda baja no especificada

Fuente: Organización Mundial de la Salud

RECURSO HUMANO PERMANENTE POR CATEGORÍAS EN HOSPITALES y REGIONES DE LA SECRETARÍA DE SALUD.

HONDURAS, C.A. 2011

REGION /HOSPITAL	Médico General	Médico Especialista	Lic. Enfermería	Auxiliar de Enfermería	Odonólogo	Psicólogo	Técnico (Rayos X, Laboratorio)	Microbiólogo	TOTAL
SAN FELIPE	42 (4)	129 (14)	100 (11)	310 (35)	5 (1)	5 (1)	100 (11)	25 (2)	716 (79)
INSTITUTO CARDIO-PULMONAR	18 (2)	57 (6)	39 (4)	109 (12)	1 (0)	0 (0)	80 (9)	7 (1)	311 (34)
MARIO CATARINO RIVAS	62 (7)	142 (16)	105 (11)	382 (41)	2 (1)	2 (1)	115 (13)	18 (1)	828 (91)
LEONARDO MARTINEZ	9 (1)	33 (3)	18 (2)	115 (13)	2 (0)	1 (0)	39 (5)	2 (0)	219 (24)
OCCIDENTE	25 (3)	34 (4)	37 (4)	139 (14)	0 (0)	0 (0)	33 (4)	3 (1)	271 (30)
JUAN MANUEL GÁLVEZ	14 (1)	27 (3)	13 (2)	69 (9)	2 (0)	0 (0)	17 (1)	1 (0)	143 (16)
ENRIQUE AGUILAR CERRATO	16 (2)	13 (1)	17 (2)	73 (8)	0 (0)	1 (0)	15 (1)	2 (1)	137 (15)
REGION METROPOLITANA N0,19	135 (15)	30 (4)	63 (7)	302 (33)	52 (5)	9 (1)	120 (13)	5 (1)	716 (79)
REGION METROPOLITANA N0,20	45 (5)	9 (1)	18 (2)	75 (8)	10 (1)	2 (0)	45 (5)	5 (1)	209 (23)
TOTAL	366 (40)	474 (52)	410 (45)	1,574 (173)	74 (8)	20 (3)	564 (62)	68 (8)	3,550 (391)

Fuente: Departamento de Planillas, Área de Sistemas de Información, Secretaría de Salud.

Operacionalización de Variables:

Variable	Accesibilidad a los servicios de Salud para ser vacunado.
Definición conceptual	Mayor o menor posibilidad de tomar contacto con los servicios de salud.
VARIABLES CONTENIDAS	Accesibilidad geográfica, económica y cultural.
Indicadores	Aceptación a ser vacunado, nivel de conocimientos y de cultura, contacto directo con pacientes.

Matriz de variables

VARIABLES	Definición operacional	Valores	Ítems o guía de preguntas	Escala de Medición
Edad	Tiempo Transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de aplicar el instrumento de recolección de datos. (Años)	<20 años 21-25 26-30 31-35 36-40 41-45 46-50	¿Qué edad tiene?	Continua
Estado Civil	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra donde hay lazos jurídicamente, sin que sea su pariente.	51-55 56-60 >61 Soltero Casado Divorciado Separado Viudo Unión Libre	¿Estado civil?	Nominal

Nivel educativo	Nivel más alto de educación, completado, por el participante.	Primaria Secundaria. Universitario. Maestría. Post grado	¿Qué grado de escolaridad tiene?	Ordinal
Sexo	Características físicas sexuales	Hombre Mujer	¿Sexo?	Nominal
Creencia Religiosa	Tener Fe, (conjunto de creencias que tiene una persona o un grupo de personas)	Católico Evangélico Adventista Testigo de Jehová Mormón No creyente	¿Asiste alguna iglesia? ¿Qué religión profesa?	Discreta
Atención directa al paciente	Satisfacer una necesidad, ruego o mandato en los servicios de salud	¿Brinda atención directa al paciente?	SI NO	Ordinal
Profesión	Es el empleo o trabajo que alguien ejerce y por el que recibe una retribución económica	Medico Enfermera Microbiólogo Psicólogo Odontólogo Técnicos Auxiliares .Una vez al año -Dos Vacunas al	SI NO	Ordinal

Esquema de vacunación,	Son actividades que realiza el sector salud, para garantizar la protección de enfermedades prevenibles por vacunas.	año No sabe No recuerda	¿Cuál es el esquema vacunación de la influenza en adulto?	Discreta
Conocimientos Conjunto de datos sobre hechos Verdaderos o de la información almacenada a través de la experiencia, del aprendizaje.	Conjunto de datos sobre hechos verdaderos o de la información almacenada a través de la experiencia, del aprendizaje o a través de introspección.	Identificación, del 60% de respuestas correctas sobre conocimiento Verdadero Falso	¿Por qué es importante vacunarse contra la influenza estacional?	Ordinal
Actitudes respecto a la Vacunación del trabajador de la salud.	Predisposición reaccionar sistemática en cierta forma (positiva o negativa) ante ciertas personas o Conceptos.	Respuesta favorable o desfavorable frente a la vacunación del personal de salud,	¿Se vacuno contra la influenza estacional?	Ordinal
Rechazo	Enfrentamiento u oposición a una idea, acción o situación	SI NO	¿Se niega a vacunarse?	Disceta
Incumplimiento	Cuando no se cumple una obligación legal	SI NO	¿Se vacuna todos los años?	Discreta

<p>Enfermedad Tipo Influenza(ETI)</p>	<p>-Aparición súbita de fiebre superior a 38 °C. -Tos o dolor de garganta. En ausencia de otras causas.</p>	<p>Enfermo Sano</p>	<p>¿ Última vez que padeció de alguna infección respiratoria f?</p>	<p>Intervalo</p>
<p>O Infecciones Respiratorias Agudas Graves(IRAG)</p>	<p>Requiere hospitalización y presentara dificultades respiratorias o falta de aliento y admisión al hospital por al menos 24 horas.</p>	<p>Enfermo Sano</p>	<p>¿o estuvo hospitalizado por alguna IRAG?</p>	<p>Discreta</p>
<p>Evento Adverso</p>	<p>Cualquier evento clínico que se presenta, luego de la vacunación</p>	<p>-Dolor, enrojecimiento, sensibilidad o inflamación en el sitio de punción. _ Fiebre _ Malestar _ Mialgias -dificultad de respirar</p>	<p>¿Después de la vacunación presento Usted algún signo o síntoma?</p>	<p>Discreta</p>

Consentimiento Informado

Código

Soy la Dra. Dina Jeaneth Castro, estoy realizando una investigación con el Programa Ampliado Inmunizaciones con la finalidad de obtener información sobre aspectos relacionados a las bajas coberturas de vacunación contra el virus de la influenza en el trabajador de la salud.

Con esta información esperamos obtener acciones dirigidas a mejorar las coberturas de vacunación del personal, reducir los episodios de enfermedad y evitar el contagio a pacientes.

La información que Usted nos proporcione es Confidencial y voluntaria. Si tuviese alguna duda estamos en la disposición de poder contestarle en el momento que Usted considere.

YO _____ -

Con número de Identidad _____ después de recibida la explicación del propósito de la investigación, autorizó a utilizar la información que brinde,

Firma _____ -

Firma del Investigador _____

ENCUESTA SOBRE LA VACUNA DE INFLUENZA

No. Ficha _____

Nombre _____

Edad _____ Sexo _____

Estado Civil _____

Profesión: _____ Grado de Escolaridad _____

Religión: _____

Hospital: _____

Ciudad: _____

¿Brinda atención directa al paciente?

SI NO

Área de Atención:

Consulta Externa Emergencia Hospitalización

Sala _____ Otro _____ -

1.- Marque ¿Cuál es el esquema nacional de vacunación contra la influenza en Adultos?

a.) Una vacuna al año c.) No sabe

b.) Dos vacunas al año d.) No recuerda

2. Indique ¿cómo conoce el esquema? .

Capacitación en la Unidad de Salud

Medios de comunicación (prensa, radio, TV, Internet)

Otros _____

3. ¿Dónde recibió la información?

Centro de salud Hospital

Colegio o Asociación Profesional Otro _____

4.- ¿Se vacuna todos los años contra Influenza?

Si No

5- ¿Últimos años que se vacunó?(Marcar todos los años que se vacuno)

2008 2009

2010 2011 2012

6. Presentó algún signo o síntoma después de ser vacunado?:

Si No

7. Si su respuesta es afirmativa, marcar el o los signos o síntomas que hayas presentado en los 7 días siguientes a la vacunación

Malestar general Dolor, enrojecimiento,

Fiebre . Dificultad para respirar

Otras especifique: _____ -

8. ¿- Después de haber recibido la vacuna contra la influenza presentó durante el año alguna enfermedad respiratoria?

Si No

9. En caso afirmativo a la pregunta No. 8 que tipo de enfermedad respiratoria presentó:

Gripe o resfriado común Faringitis aguda

Neumonía Bronconeumonía

Bronquitis aguda Faringoamigdalitis no estreptocócicas

Otra, especifique: _____

10. Durante No ha sido vacunado contra influenza, presentó durante el año alguna enfermedad respiratoria:

Si No

11. En caso afirmativo a la pregunta No. 10 que tipo de enfermedad Respiratoria presento:

Gripe o resfriado común Faringitis aguda

Neumonía Bronconeumonía

Bronquitis aguda Faringoamigdalitis no estreptocócicas

Otra, especifique: _____

12.- Con cuales frases se siente más identificado respecto a la vacuna de Influenza (contestarlas todas)

Conteste Verdadero Falso

Frases	Verd.	Falso
La vacunación del trabajador de la salud controla la influenza estacional y evita el contagio y protege a los pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La vacunación del trabajador de salud contra la influenza evita episodios graves de enfermedad respiratoria y disminuye el riesgo de hospitalización y muerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El trabajador de la salud es fuente de contagio para su entorno laboral y familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy a favor de la vacuna y me interesa vacunarme ya que tendrá un efecto beneficioso para mi salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy a favor de la vacunación, pero creo que en este momento no necesito, por lo cual considero un gasto innecesario del gobierno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy en contra de la vacunación, ya que tiene más efectos adversos que beneficios sobre mi salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy en contra de la vacuna, ya que es un método desagradable tanto para niños como adultos ; pero sí acepto otro tipo de medicación para la prevención de la influenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escuché que los efectos colaterales de la inyección son peores que la misma gripe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. ¿Se niega usted a colocarse la vacuna de la Influenza?

Si No

14. ¿Si su respuesta es afirmativa, indique cuál es la razón?

- Enfermedad del entrevistado
- Estaba dando la lactancia materna
- No hubo vacuna
- No me enteré de la campaña de vacunación
- Migración
- No llegaron a vacunar al trabajo

- Experiencia personal con efectos secundarios
- Dudas sobre la eficacia y seguridad de la vacuna
- Experiencia de algún familiar o amigo con efectos secundarios
- Miedo al dolor
- No creo que la vacuna proteja

- La iglesia no aprueba la vacunación
- Es mejor adquirir la enfermedad naturalmente (La enfermedad no es nociva)
- Creencias de que las enfermedades involucran fuerzas sobrenaturales
- Creencia en la medicina tradicional, ya sea indígena o no.