



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado e Investigación
Departamento de Medicina Familiar
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Unidad Académica
Unidad de Medicina Familiar No. 57 La Ceiba
Mérida, Yucatán, México

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE LAS FAMILIAS
SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA INFLUENZA A H1N1,
EN LA UMF No. 44 DEL IMSS, TECOH, YUCATÁN**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
Dr. Francisco Santos Rendón

MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO
2013



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado e Investigación
Departamento de Medicina Familiar
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Unidad Académica
Unidad de Medicina Familiar No. 57 La Ceiba
Mérida, Yucatán, México



**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE LAS FAMILIAS
SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA INFLUENZA A H1N1,
EN LA UMF No. 44 DEL IMSS, TECOH, YUCATÁN**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:

MEDICINA FAMILIAR



PRESENTA
Dr. Francisco Santos Rendón

MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO
2013



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 57 MÉRIDA, YUCATÁN.**

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE LAS FAMILIAS
SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA INFLUENZA A H1N1,
EN LA UMF No. 44 IMSS, TECOH, YUCATÁN**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. FRANCISCO SANTOS RENDÓN

MÉRIDA, YUCATÁN

2013

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE LAS FAMILIAS SOBRE LA
PREVENCIÓN DE LA INFLUENZA A H1N1,
EN LA UMF No. 44 DEL IMSS, TECOH, YUCATÁN**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. FRANCISCO SANTOS RENDÓN

AUTORIZACIONES



DRA. DEISY TERESA CETZ MUGARTE
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
ASESORA DEL TEMA DE TESIS
DEL IMSS EN MÉRIDA, YUCATÁN



DRA. HORTENCIA PATRICIA CASTILLO CASTILLO
ASESORA DE METODOLÓGIA DE TESIS
M. en C. ADSCRITA A LA UMF No. 52, IMSS CENTRO
MÉRIDA, YUCATÁN



DRA. REYNA GUADALUPE GAMBOA LEÓN
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 12
LIC. BENITO JUAREZ GARCÍA

**CONOCIMIENTO Y PRACTICA DE LAS FAMILIAS SOBRE LA
PREVENCIÓN DE LA INFLUENZA A H1N1 EN LA UMF No 44 DEL
IMSS TECOH, YUCATÁN.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

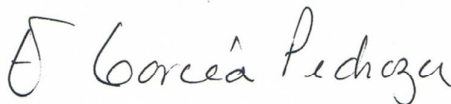
PRESENTA

DR. FRANCISCO SANTOS RENDÓN


AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

“Aunque una tesis hubiere servido para examen profesional y hubiese sido aprobada por el H. Sínodo, sólo su autor es responsable de las doctrinas en ella emitidas”

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

POR PERMITIRME LLEGAR HASTA ESTE PUNTO Y HABERME DADO SALUD,
PARA LOGRAR MIS OBJETIVOS, QUE CON SABIDURÍA ME HAS
ENSEÑADO A SER QUIEN SOY HOY.

A MI FAMILIA:

POR DARME TODO SU APOYO Y QUERERME SOBRE TODAS LAS COSAS.
A **MINERVA** MI ESPOSA POR DARME SU AMOR, APOYO, CONFIANZA Y COMPARTIR
NUEVOS E INOLVIDABLES MOMENTOS EN MI VIDA, TE QUIERO MUCHO.
A **MAYTE** MI HIJA QUIEN ILUMINO MIS ESFUERZOS, MOTIVÁNDOME A SEGUIR ADELANTE.

A MIS PADRES Y HERMANOS:

COMO UN TESTIMONIO DE CARÍÑO Y ETERNO AGRADECIMIENTO POR MI EXISTENCIA,
VALORES MORALES Y FORMACIÓN PROFESIONAL.

A MI PROFESORA TITULAR, ASESORA Y MAESTROS:

POR SU GENEROSIDAD AL BRINDARME LA OPORTUNIDAD DE RECURRIR A SU CAPACIDAD
Y ORIENTACIÓN CON PROFESIONALISMO ÉTICO EN UN MARCO DE CONFIANZA,
AFECTO Y AMISTAD, FUNDAMENTALES PARA LA CONCRECIÓN DE ESTE TRABAJO.

A MIS COMPAÑEROS:

QUIENES ME ACOMPAÑARON EN ESTA TRAYECTORIA
DE APRENDIZAJE Y CONOCIMIENTOS.

A TODOS:

LOS QUE DIRECTA E INDIRECTAMENTE ME AYUDARÓN A REALIZAR ESTE PROYECTO.
A LA VIDA: "LO IMPORTANTE EN ELLA NO ES EL TRIUNFO SINO LA LUCHA,
LO ESENCIAL NO ES HABER VENCIDO, SINO HABER LUCHADO BIEN."

(BARÓN PIERRE DE COUBERTIN)

AL H. SÍNODO:

CON TODO RESPETO

GRACIAS

CONTENIDO

Marco Teórico.....	1
Planteamiento del problema.....	22
Justificación.....	24
Objetivos.....	26
Hipótesis.....	27
Metodología.....	28
Consideraciones éticas.....	39
Resultados.....	40
Discusión.....	52
Conclusiones.....	54
Sugerencias.....	55
Transcendencia y utilidad del estudio.....	56
Referencias bibliográficas.....	57
Anexos.....	60

MARCO TEÓRICO

Es importante destacar que la Medicina Familiar es la única especialidad médica que no ha surgido del progreso de las ciencias médicas y tecnológicas, sino por la presión de atender imperiosas necesidades sociales, tanto de las comunidades como las familias.¹

La Medicina Familiar es la combinación de la tradición humanista, del antiguo médico de cabecera, con el desarrollo tecnológico de la segunda mitad del siglo XX, dentro del marco producido por la colectivización de la asistencia médica.

El reto del Médico Familiar, es lograr una armoniosa, combinación de estos elementos y según palabras del Dr. Laín Entralgo:¹ “ser los protagonistas de una etapa nueva en la historia de la asistencia al enfermo”.

En noviembre 1994 la Organización Mundial de la Salud y la Organización Mundial de Colegios, Académicas y Asociaciones Académicas Nacionales de Médicos Generales y Médicos de Familia (OMS-WONCA); publicaron el documento “Haciendo el ejercicio del médico y la formación médica más adecuada a las necesidades de la población: la contribución del Médico de Familia”. En el preámbulo dice: “el constante y deseado progreso para una atención sanitaria adecuada, cualitativa con mejor coste-eficacia y equitativa, requiere una movilización activa del total de los profesionales sanitarios”.¹

Los Médicos Familiares son considerados personas que poseen una situación fundamental a la hora de proporcionar una atención sanitaria global, continuada, coordinada y personalizada. Su papel, a la vez que los demás profesionales de atención primaria, es considerado muy importante para llevar a cabo una utilización óptima de los recursos sanitarios. En el futuro, su papel, dentro de los sistemas sanitarios, llegará a ser incluso más importante si son capaces de mejorar la coordinación de la salud individual y de los servicios sanitarios comunitarios”.¹

Las buenas condiciones económicas y sociales mejoran el estado de salud y el buen estado de salud mejora la productividad en todos los sentidos. Las investigaciones modernas han evidenciado que el mejoramiento de la salud poblacional, en cualquier sociedad se ve determinado por múltiples factores, la forma en que viven las personas y la sociedad misma, el estado del medio ambiente y la disponibilidad de los servicios de salud.²

La interpretación de los factores de riesgo permite al profesional de la salud a su enfrentamiento adecuado para lograr la conservación de la salud de la población.²

Salud y Enfermedad (S-E) no son polos opuestos, sino diferentes grados de adaptación del organismo frente al medio; los modos y estilos de vida son influidos y a la vez influyen en la actividad del hombre como ser social, por lo tanto influirán positivamente o negativamente como elementos benefactores o perjudiciales (de riesgo).^{2,3}

La salud depende de los hábitos y costumbres que a diario se practican y del resultado de las acciones y los esfuerzos que cada quien hace por cuidarla y mejorarla.

El ser humano necesita a lo largo de su vida de una alimentación adecuada, hábitos de higiene personal en el lugar y en la comunidad, actividad física y descanso para fortalecer y mantener el cuerpo.

El personal de la salud tiene la misión de influir en pro de modos y estilos de vida favorables a la conservación de la salud, deteniendo y contrarrestando el movimiento y la consecuente influencia negativa de los factores de riesgo.²

Cuando se habla de promoción de salud y prevención de enfermedades, se estimula el desarrollo de actitudes en contra de los “factores de riesgo”, para que su influencia sea menos significativa.²

Cuando se habla de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, se trata de identificar y controlar los daños causados por los factores de riesgo, antes de que los recursos del organismo y la ciencia médica sean incapaces de lograrlo.²

Existen varios factores que hacen urgente la construcción de una nueva cultura de salud y del autocuidado de prácticas de la prevención en el ámbito familiar, ya que hoy en día en el campo de la salud, la prevención de enfermedades se encuentra en nuestro primer nivel de atención médica.

Las condiciones sanitarias de la vivienda, el acceso a los alimentos, a los servicios de salud, la escolaridad, la recreación, la cultura, son algunos de los factores condicionantes de la S-E que dependen de manera muy directa de los factores determinantes.⁴

Desde el siglo XIX se ha venido observando un creciente interés por el estudio de la Familia, teniendo entre otras aspiraciones, el definirla con la mayor claridad posible, llegando incluso la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en el año de 1970, a definir el concepto de Familia, por intermedio del documento "M" número 44, como:

El conjunto de miembros del hogar, emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio.⁵

Existe un concepto de familia desde la perspectiva del Médico Familiar:

La Familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros que, en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad.⁵

La Medicina Familiar se asume a sí misma no como una especialidad mas, sino como una disciplina que requiere un trabajo en equipo, pues el médico como profesionalista aislado ha logrado impactar poco en la modificación de la salud-enfermedad a través de

la historia, y el equipo de salud debe tener una capacitación y formación amplia tanto en aspectos teórico-conceptuales, como en aspectos metodológicos.

Las Familias pueden clasificarse de diferente manera dependiendo del aspecto que se esté estudiando, por tal motivo existe un sin número de tipos de Familia por lo que es importante tener claro los conceptos.

Familias según la dinámica de interacción entre sus miembros: ⁵

- ✓ Familias integradas y solidarias.
- ✓ Familias desintegradas o con conflicto.
- ✓ Familias de cooperación o subnuclearización, en alianza en torno a la madre, al padre u otro miembro de la familia.

En este aspecto, se menciona la importancia de la integración familiar, así como el uso de los mecanismos de defensa familiares; se encuentra principalmente el amalgamiento en las familias integradas y solidarias, en oposición a la disgregación de las familias desintegradas y con conflicto. Las familias de cooperación son las que se encuentran en homeostasis y en las que los roles están bien definidos. ⁵

Familias según la división de funciones y tareas:

- ✓ Familias con función económica masculina.
- ✓ Familias con función económica femenina.
- ✓ Familias con función económica compartida.
- ✓ Familias que realizan la tarea según la edad, género, estatus familiar.
- ✓ Familias con disgregación múltiple compartida.

Actualmente, puede fundamentarse este tipo de familia al considerar principalmente la función económica, al igual que la repartición de tareas, lo que indica de alguna manera como la desempeñan. Si relacionamos esta clasificación con otras antes descritas, nos encontraremos que una familia es particular y puede caer en cualquiera de estas clasificaciones.

Familias según el sistema de poder de acuerdo al género: ⁵

De manera más circunstancial, pero también en estrecha relación con las categorías básicas de esta segunda dimensión, se encuentran las variables de tamaño familiar, edad conjunta y contrastante de sus miembros, género predominante en número o en tónica ambiental, ocupación de los miembros, distribución de tareas entre ellos y nivel educativo de los mismos.

En síntesis, se encuentran las siguientes clasificaciones:

- ✓ Familias extensas o consanguíneas.
- ✓ Familias extensas de tipo casi patriarcal.
- ✓ Familias extensas (ambivalente o alternante).
- ✓ Familias extensas de tipo “maternalista”.

También se clasifican de acuerdo a su composición o características de sus integrantes y de si hay o no algún grado de consanguinidad en: ⁵

- ✓ Nuclear: constituida exclusivamente por el padre, la madre y los hijos.
- ✓ Extensa o extendida: conformada por el padre, la madre, los hijos y algún otro familiar consanguíneo.
- ✓ Extensa compuesta: compuesta por el padre, la madre, los hijos, algún pariente consanguíneo y alguna otra persona sin parentesco familiar.

Y como último dato recientemente se agrega la clasificación de la Familia de acuerdo al **Consenso Académico de Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud**. Efectuada en junio del 2005 en la ciudad de México, que con el propósito de facilitar la clasificación se identificaron cinco ejes fundamentales: ⁶

- ✓ Con base al parentesco: el parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de efectividad análoga a esta. La transcendencia de esta clasificación se identifica fundamentalmente, en la necesidad del médico familiar de identificar características de los integrantes

de las familias, que influyan en el proceso salud-enfermedad y cuya importancia se relacione con las consecuencias propias del parentesco.

Con parentesco: nuclear, nuclear simple, nuclear numerosa, reconstruida (binuclear), monoparental, monoparental extendida, monoparental extendida compuesta, extensa, extensa compuesta, no parental.

Sin parentesco: monoparental extendida sin parentesco, grupos similares a familias.

- ✓ De acuerdo a la presencia física en el hogar o convivencia: la presencia física en el hogar implica algún grado de convivencia cuya importancia para la práctica de la medicina familiar se identifica con los riesgos de enfermedades infecciosas y transmisibles.

La presencia física también está vinculada con la identificación del jefe de familia y la interacción psicosocial de los miembros de las familias.

Núcleo integrado, núcleo no integrado, extensa ascendente, extensa descendente, extensa colateral.

- ✓ Con base en nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios sociales. Se deben tomar en consideración los cambios que se han presentado en las sociedades modernas y que han representado diversas formas en que tienden a conformarse otros estilos de convivencia y que repercuten en la salud individual y familiar.

Persona que vive sola, matrimonio o pareja de homosexuales, matrimonio o parejas de homosexuales con hijos adoptivos, familia grupal, familia comunal, poligamia.

- ✓ Con base en sus medios de subsistencia. La inserción de las familias en los procesos productivos puede propiciar una clasificación basada en los medios que son origen esencial de su subsistencia.

Agrícolas, pecuarias, industrial, comercial y de servicios.

- ✓ Con base en su nivel económico: el nivel económico de las familias influye poderosamente sobre diversos elementos vinculados con la salud.

Se han identificado enfermedades fuertemente relacionadas con la pobreza y se ha señalado la importancia de evaluar el peso de este fenómeno económico-social sobre la salud individual y familiar.

Pobreza familiar nivel 1: ingreso per cápita suficiente para cubrir el valor de la canasta básica, recursos suficientes para cubrir los gastos en vestido, calzado, vivienda, salud y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.

Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transportes fuera del lugar de que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.

Pobreza familiar nivel 2: ingreso per cápita para cubrir el valor de la canasta básica, carencia de recursos para cubrir los gastos en vestido, calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.

Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transportes fuera del lugar de que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.

Pobreza familiar nivel 3: ingreso per cápita inferior al valor de la canasta básica, carencia de recursos para cubrir los gastos en vestido, calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.

Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transportes fuera del lugar de que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.

La escala establece que el nivel 3 de pobreza es el más grave de todos y el nivel 1 es el menos grave. Las familias que puedan cubrir los rubros mencionados en los tres niveles no se consideran pobres.

Los servicios de salud han aumentado su cobertura y mejorado notablemente en organización y calidad, ciertas iniciativas basadas en un enfoque de riesgo, combinan acciones curativas tradicionales con otras de tipo preventivo y de promoción a la salud es por ello que la salud depende de los hábitos y costumbres que a diario se practican y en la que está inmersa la Familia.

Considerando a la familia como la unidad primaria de la salud desde el punto de vista biológico, psicológico, social y ecológico en relación a la prevención de enfermedades se puede mencionar a la Influenza A H1N1 que es una enfermedad respiratoria aguda altamente contagiosa, que ha afectado a los humanos desde la antigüedad.

La gripe, fue descrita por Hipócrates en el año 412 a.C., como una enfermedad aguda transmisible, muy contagiosa, de propagación rápida, que provocaba problemas importantes en la población. El término Influenza fue introducido en Italia al inicio del siglo XV.^{7,8}

La Influenza se ha presentado desde tiempos antiguos, parte de la historia de las diferentes pandemias ocasionadas por el virus de la Influenza se debe a los cambios antigénicos en los virus que infectan a la población. En los últimos 300 años han ocurrido 10 pandemias de Influenza.

El nuevo virus de Influenza A H1N1 produjo la primera pandemia del siglo XXI. Durante 1918-1919 el virus A subtipo H1N1 conocido como “Influenza española”, causó 50-100 millones de muertes.⁷

La pandemia de 1830 a 1832 fue tan grave como la de 1918-1919. En 1957 el virus A subtipo H2N2 ocasionó la pandemia “Influenza asiática”, ocasionó 2 millones de muertes, en 1968 el virus A subtipo H3N2 “Influenza de Hong Kong”, causó un millón de defunciones.^{7, 9,10}

Entre las características estructurales y funcionales de los componentes del virus de la Influenza, encontramos que es una enfermedad autolimitada que afecta a la población general y la morbi-mortalidad es en particular considerable en ciertos grupos de población denominados de riesgo, la infección se transmite con rapidez durante las epidemias estacionales y afecta el 10 a 20 % de la población.¹¹

El virus de la Influenza pertenece a la familia Orthomixoviridae, existen tres tipos de virus de la Influenza: A, B y C.¹¹⁻¹⁴

El tipo A se relaciona con las pandemias que han agredido a la humanidad, este virus infecta una amplia variedad de animales como aves, focas, ballenas, cerdos, caballos y al hombre.

El tipo B se relaciona con pequeñas epidemias, generalmente infecta al humano y el tipo C solo causa cuadros ligeros o es asintomático.

Los virus de la Influenza miden entre 80 y 120 nm (nanómetros) tienen un genoma de ARN segmentado de cadena sencilla y polaridad negativa. De la envoltura se proyectan tres proteínas transmembranales de superficie, que son codificadas por el virus: proteína matriz M (M1 y M2), una hemaglutinina (H) y una neuraminidasa (N).¹⁵

Las proteínas H Y N son glucoproteínas que definen los subtipos virales, actualmente se reconocen 16 subtipos de H y 9 subtipos de N.^{9, 15,16}

El virus de tipo A puede presentarse hasta en 144 combinaciones, desde H1N1 hasta H16N9. Los subtipos que más afectan al ser humano son H1, H2, y H3. El sistema inmune responde generalmente contra las proteínas H y N.^{9, 15}

La Influenza pandémica A H1N1 se ha diseminado por todo el mundo y ha cobrado numerosas vidas en un corto período de tiempo. Por ello, es necesario que el personal de salud tenga los conocimientos suficientes para prevenir una alta mortalidad por dicha enfermedad, con respecto a ello se ha encontrado un estudio en el extranjero donde se evalúa el nivel de conocimiento en un grupo de trabajadores de salud (340 encuestados) del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Perú, Julio 2009, titulado “Nivel de conocimientos sobre la Influenza A H1N1 en los trabajadores de salud del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Perú” identificando que el 60.59% de los profesionales de salud, tienen un buen nivel de conocimiento acerca de la Influenza A H1N1.¹⁷

En México, la Influenza es una enfermedad de notificación obligatoria desde 1994. Con base en el título octavo, capítulo segundo, artículo 134 fracción II de la Ley General de Salud, la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas realizarán vigilancia epidemiológica, prevención y control de Influenza epidémica.¹⁸

De acuerdo a lo establecido por la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994 para la vigilancia epidemiológica, las unidades de vigilancia de todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) deben notificar la ocurrencia de casos nuevos de Influenza.¹⁸

En abril 2009 se detectaron los primeros casos confirmados del nuevo virus de la Influenza A H1N1 en México, para el 11 de junio 2009 había afectado a 7,624 personas en México, con 113 defunciones.¹⁹

El 19 junio 2009 la Organización Mundial de la Salud (OMS), declaró a la Influenza como pandemia que corresponde a la fase 6 (transmisión interhumana eficiente y sostenida).¹⁹

La Influenza estacional llamada así porque ocurre principalmente durante los meses fríos del año, se transmite fácilmente por secreciones respiratorias al estornudar o toser, por el saludo de mano o beso, o tocar objetos contaminados con el virus. Puede atacar a gente de todas las edades, en los cuales produce cuadros clínicos de leves a severos.
19

La Secretaría de Salud en México (SS) reportó los signos y síntomas más frecuentes de la Influenza A H1N1 que se presentaron: fiebre, tos, odinofagia, rinorrea, mialgias, ataque al estado general, diarrea, vómito, cefalea; y en los casos graves se agregó: disnea, expectoración, cianosis, hemoptisis, dolor de tórax, hiperemia conjuntival y obstrucción nasal.⁹

La SS recomendó considerar caso sugestivo de Influenza a los pacientes que presenten fiebre de 38 grados centígrados o mayor, tos, cefalea, irritabilidad en niños, rinorrea, cuadro de 48 horas de evolución o menos, o cuadro altamente sospechoso.⁹

A continuación se relaciona la clasificación de los casos de acuerdo a la SS: ^{9, 12, 18}

Caso Sospechoso:

Cualquier persona con fiebre, tos y cefalea, además con alguno de los siguientes síntomas: rinorrea, artralgias, mialgias, ataque al estado general, dolor de garganta, dolor de pecho, dolor abdominal, o congestión nasal, agregándose diarrea y vómito.

Además que haya estado en contacto cercano dentro de un período de 7 días con un caso confirmado de infección por el nuevo virus de Influenza A H1N1, hasta que se confirme por laboratorio.

Caso probable:

Aquella persona con síntomas similares a los de la Influenza, con una prueba positiva para Influenza A, pero negativa para H1 y H3 de Influenza por RT-PCR (prueba más confiable para confirmar el diagnóstico de la Influenza A H1N1, es la reacción de cadenas de polimerasa en tiempo real).

Caso confirmado:

Aquella persona con enfermedad respiratoria febril aguda que tiene infección confirmada por el nuevo virus de Influenza A H1N1, mediante laboratorio por una o más de las siguientes pruebas: RT-PCR en tiempo real, cultivo viral.

Caso descartado:

Se considera al que tenga resultado de laboratorio negativo para la Influenza A H1N1.

Para considerar a un paciente como caso grave: la SS recomienda buscar como datos de alarma, en **adultos**: dificultad para respirar, vómito o diarrea persistente, trastorno del estado de conciencia, deterioro agudo de la función cardíaca, agravamiento de enfermedad crónica; y en **niños**: fiebre alta, dificultad para respirar, aumento de la frecuencia respiratoria (mayor de 50 x minuto en menores de un año y mayor de 40 en niños de uno o más años), rechazo a la vía oral, irritabilidad y/o convulsiones, trastornos en el estado de conciencia.⁹

Para el diagnóstico de la Influenza A H1N1 en pacientes se realizan las pruebas rápidas que tienen sensibilidad entre el 10 y el 60% basadas en la detección para gripe novel, consistente en un antígeno viral (H1N1) y esta sensibilidad disminuye cuando los títulos virales son inferiores. Las pruebas rápidas son capaces de detectar al nuevo virus de la Influenza A H1N1, en las muestras respiratorias, sin embargo muchas infecciones pueden ser no identificadas especialmente en las muestras con títulos virales bajos, por lo que la evaluación clínica es fundamental.⁹

El resultado positivo de la prueba rápida debe de interpretarse en el contexto de las cepas virales circulantes; en caso de resultado negativo no debe interpretarse absolutamente como ausencia de infección.

Pruebas Diagnósticas:^{20,21}

1. Prueba rápida para detección de antígeno en:
 - ✓ Pacientes con cuadro clínico sugestivo de infección (de preferencia en los primeros 5 días de la enfermedad).
 - ✓ En casos de brote epidémico (como prueba de escrutinio).
2. PCR:
 - ✓ Puede detectar partes del genoma del virus de la Influenza A estacional, sin embargo puede no identificar la nueva cepa de la especie Influenza A H1N1.
3. RT-PCR en tiempo real y cultivo:
 - ✓ Se consideran pruebas con alta sensibilidad y especificidad para identificación del nuevo virus de Influenza A H1N1.

El medicamento recomendado es el Oseltamivir que está aprobado para el tratamiento y la prevención de la Influenza A H1N1 en adultos y niños a partir del año de edad.

El Zanamivir para el tratamiento de la Influenza A H1N1 en adultos y niños a partir de los siete años de edad y para la prevención a partir de los cinco años de edad.^{9, 12, 22}

Ante la pandemia declarada oficialmente por la OMS y basándose en que los beneficios que se pueden obtener son mayores a los riesgos potenciales, las Autoridades de Regulación de Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) y Europea (EMA), han autorizado el uso de emergencia de Oseltamivir en niños menores de un año, mujeres embarazadas y en período de lactancia.

La dosis recomendada en menores de un año es de 2-3mg/kg una vez al día.^{9, 22}

El tratamiento en las embarazadas con Oseltamivir debe iniciarse lo antes posible, una vez que aparezcan los síntomas, de preferencia en las primeras 48 horas, sin necesidad de esperar a conocer los resultados de las pruebas de laboratorio, si el tratamiento no se inició en las primeras 48 horas, también resulta beneficioso cuando se administra después de ese período, ya que disminuye el riesgo de neumonía y hospitalización.⁹

La vacuna contra la gripe estacional es poco probable que proporcione protección contra la gripe A H1N1.

Los lineamientos generales para la vacunación de la Antiinfluenza A H1N1 estacional en México, emitido por el Consejo Nacional de Vacunación (CNV) son:²³

1. Inmunizar al 100% de la población de 6 a 35 meses de edad cumplidos en el trimestre octubre-diciembre 2009.
2. Inmunizar a la población de 3 a 9 años de edad considerada de alto riesgo:
 - a. Asma y otras enfermedades pulmonares crónicas.
 - b. Cardiopatías.
 - c. VIH.
 - d. Hemoglobinopatías (anemia de células africanas o falciformes).
 - e. Problemas renales crónicos.
 - f. Diabetes Mellitus.
 - g. Artritis.
3. Se inmunizará al 100% de la población de 60 y más años y la de alto riesgo de 50 a 59 años de edad.
4. Se considera población de alto riesgo de 50 a 59 años de edad a las personas que presentan:
 - a. Diabetes Mellitus.
 - b. Enfermedades cardiovasculares y renales (excepto Hipertensión Arterial)
 - c. Asma y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
 - d. Inmunocomprometidos (VIH, cáncer, etc.)

5. Mujeres embarazadas (a partir del segundo trimestre).
6. Cuidadores de niños menores de 5 años de edad y de mayores de 65 años de edad, incluyendo al personal de salud que atiende a estos grupos.

Se recomienda la dosificación de la vacuna para los diferentes grupos de edad, de la siguiente manera:

- a) Población de 6 a 35 meses de edad: dos dosis de 0.25 ml (con un intervalo mínimo de 4 semanas) si no fueron vacunados anteriormente. Si ya fueron vacunados, aplicar una dosis de refuerzo anual de 0.25 ml.
- b) Población de alto riesgo de 3 a 8 años de edad: dos dosis de 0.5 ml (con un intervalo mínimo de 4 semanas) si no fueron vacunados anteriormente. Si ya fueron vacunados, aplicar una dosis de refuerzo anual de 0.5 ml.
- c) Población de alto riesgo de 10 años o más años de edad (mujeres embarazadas, cuidadores, etc.), una dosis de 0.5 ml.
- d) Población de 50 a 59 años en riesgo, y de 60 años y más una dosis de 0.5 ml.

Las vacunas que se utilizan para prevenir la Influenza, contienen la cepa viral California A H1N1 recomendada por la OMS. Las vacunas pueden estar constituidas por virus completos o fraccionados.^{22, 23}

Contenido	Conservador
<p><u>Vacuna sin adyuvante (Sanofi-Pasteur)</u></p> <p>Es una mezcla de solución salina tamponada con fosfatos de virus de la cepa Influenza A California/07/2009 H1N1, concentrados y purificados por formaldehído.</p>	<p>Las presentaciones unidosis vienen sin conservador, en las multidosis se agrega timerosal.</p>
<p><u>Vacuna con adyuvante (GlaxoSmithKline)</u></p> <p>Es una mezcla de solución salina tamponada con fosfatos de virus de la cepa Influenza A California/07/2009 H1N1, concentrados y purificados por formaldehído. Con el adyuvante escualeno AS03.</p>	<p>Timerosal.</p>

Su presentación es en jeringa pre-llenada con una dosis de 0.5 ml de suspensión inyectable, o frasco ampola con 5 ml para 10 dosis de 0.5 ml.^{22, 23}

La vacuna con el adyuvante, viene en una presentación con dos viales, uno contiene la emulsión del adyuvante y el otro el antígeno con timerosal como conservador, se deberán mezclar ambos viales y darán 10 dosis.

Tomar las precauciones correspondientes para diferenciar físicamente la vacuna sin adyuvante de la vacuna con adyuvante.

La vía y sitio de aplicación es intramuscular.

En lactantes de 6 a 18 meses de edad se aplica en el tercio medio de la cara anterolateral del músculo vasto derecho, para población mayor de 18 meses se aplica en el musculo deltoides derecho.²²

Se debe aplicar la vacuna en las extremidades derechas, puesto que existirá la posibilidad de aplicar conjuntamente la vacuna de Influenza estacional, la cual se aplica en extremidades izquierdas. Los estudios al día de hoy indican que la aplicación simultánea debe realizarse en sitios diferentes, de acuerdo a los lineamientos normados.

Las contraindicaciones de la vacunación son las siguientes:²³

a). Vacuna con o sin adyuvante:

- ✓ En lactantes menores de 6 meses.
- ✓ En personas que hayan tenido una reacción de hipersensibilidad, incluyendo una reacción anafiláctica al huevo o a una dosis previa de vacuna contra Influenza.
- ✓ Ante la presencia de fiebre mayor o igual a 38°C.
- ✓ Pacientes con antecedente de Síndrome de Guillan Barré.

b). Vacuna con adyuvante:

- ✓ Las anteriores contraindicaciones y además:
- ✓ Menores de 18 años.
- ✓ Mujeres embarazadas.

Entre las recomendaciones generales para la población se dan las siguientes medidas:

14,20

1. Cubrir nariz y boca con un pañuelo desechable al toser o estornudar y desecharlo en una bolsa de plástico que deberá mantener cerrada.
2. Si no tiene pañuelo utilizar el ángulo interno del codo.
3. Lavado de manos con agua y jabón frecuentemente, si no es posible, uso de alcohol-gel.
4. Evitar tocar sus ojos, nariz y boca.
5. Evitar asistir a lugares concurridos.
6. Invariablemente, evitar saludar de mano, de beso o de abrazo.
7. Evitar escupir en el suelo y en otras superficies expuestas al medio ambiente.
8. No compartir vasos, platos y cubiertos, así como alimentos, bebidas y utensilios de aseo personal.
9. Seguir las recomendaciones del médico y no automedicarse.

Recomendaciones generales para contactos sospechosos o confirmados de infección por el nuevo virus de Influenza A H1N1:

Cuando el familiar o cuidador este en contacto con un caso sospechoso, probable o confirmado **(en el domicilio)**.

1. Utilizar mascarilla quirúrgica rígida o cubreboca durante toda su interacción con el enfermo.
2. Invariablemente, no saludar de mano, de beso o de abrazo.
3. No acudir a sitios concurridos y si es indispensable hacerlo portando en todo momento mascarilla.

4. Toser o estornudar en un pañuelo desechable que deberá ser eliminado inmediatamente en una bolsa de plástico y mantenerla cerrada. En caso de carecer de pañuelo desechable debe toser o estornudar sobre la cara interna de su antebrazo.
5. Eliminar el equipo de protección personal desechable utilizado (mascarilla y guantes) diariamente en una bolsa de plástico y mantenerla cerrada.
6. Realizar lavado minucioso de manos con jabón y agua o desinfección con alcohol-gel inmediatamente antes y después de cada contacto.
7. Lavar los platos, vasos y cubiertos del paciente con abundante agua y jabón cada vez que sean usados por él o por cualquier otra persona. No se requiere separar los utensilios del paciente si el lavado es adecuado.

Cuando el familiar o cuidador este en contacto con un caso sospechoso, probable o confirmado **(en el hospital)**.

1. Realizar el lavado de manos con agua y jabón o antisepsia con alcohol-gel al entrar y salir del cuarto.
2. Utilizar guantes desechables al entrar al cuarto y durante el contacto con el enfermo; desechándolos al salir en la bolsa para residuos peligrosos biológico-infecciosos.
3. Portar una bata de uso exclusivo en el interior del cuarto en el que se visita al enfermo.
4. Utilizar mascarilla N95, si no se dispone del recurso, utilizar mascarilla quirúrgica rígida o cubreboca y evitar al máximo acercarse al enfermo.

Para el personal de salud las recomendaciones generales son:

En áreas de atención para pacientes con sospecha o confirmación de infección por el nuevo virus de Influenza A H1N1, en riesgo de transmisión puede reducirse mediante la combinación de acciones como son:

1. Lavado de manos con agua y jabón frecuentemente, si no es posible, uso de alcohol-gel.
2. Cubrir nariz y boca con un pañuelo desechable al estornudar o toser.

3. Evitar tocarse los ojos, nariz y boca.
4. El personal con sospecha de Influenza debe permanecer en su casa y minimizar el contacto con otros, así como evitar los viajes durante 7 días después del inicio de los síntomas o hasta 24 horas después de su desaparición.
5. Evitar el contacto cercano con enfermos con Influenza (1.80 m) si no se cuenta con barreras de protección.

En la **atención de un enfermo**, caso sospechoso, probable o confirmado de infección por el nuevo virus de Influenza A H1N1, se recomienda:

1. Mantener una distancia mayor de 1.80 m de la persona enferma si no se cuenta con barreras de protección.
2. Utilizar mascarilla quirúrgica rígida o cubreboca en áreas de hospitalización durante la epidemia.
3. Utilizar mascarilla N95 o mascarilla quirúrgica rígida, únicamente por el personal de salud que realiza procedimientos invasivos (que tiene contacto con secreciones respiratorias).
4. Eliminar el equipo de protección personal desechable utilizado (mascarilla y guantes) en una bolsa de plástico para residuos peligrosos biológico-infecciosos.
5. Realizar lavado minucioso de manos con jabón y agua o desinfección con alcohol-gel.

En la atención de un **enfermo no hospitalizado** con infección respiratoria aguda, caso sospechoso, probable o confirmado de infección por el nuevo virus de Influenza A H1N1, se debe:

1. Designar para las áreas de manejo, preferentemente personal (sin factores de riesgo para complicaciones por Influenza), con inmunización para Influenza estacional y evitar su rotación a otras áreas.
2. Utilizar equipo de protección personal que incluye: cubreboca o mascarilla quirúrgica rígida o N95, lentes de seguridad, bata y guantes desechables.

3. Eliminar el equipo de protección personal desechable utilizado y el material que haya estado en contacto con la mucosa nasofaríngea del enfermo en una bolsa de plástico para residuos peligrosos biológico-infecciosos.
4. Realizar lavado minucioso de manos con jabón y agua o desinfección con alcohol-gel.
5. Descontaminar todo equipo (no desechable) utilizado durante la exploración de un enfermo; por medio de una gasa, torunda o toalla alcoholada.

Durante **el traslado de un caso** sospechoso, probable o confirmado de infección por el nuevo virus de Influenza A H1N1, se debe:

1. Colocar mascarilla quirúrgica rígida al enfermo.
2. El personal debe utilizar mascarilla quirúrgica rígida y guantes desechables (no estériles) durante el traslado del paciente.
3. El personal debe realizar lavado minucioso de manos con jabón y agua o desinfección con alcohol-gel, antes de colocarse la mascarilla y los guantes y también, cuando sean retirados.

En un **paciente hospitalizado** caso sospechoso, probable o confirmado de infección por el nuevo virus de Influenza A H1N1:

1. Cumplir de forma obligatoria las precauciones de aislamiento estándar, de contacto durante los primeros 7 días a partir del inicio de la enfermedad o hasta 24 horas después de que los síntomas hallan remitido.
2. Designar para las áreas de manejo, preferentemente personal (sin factores de riesgo para complicaciones por Influenza), con inmunización para Influenza estacional y evitar su rotación a otras áreas.
3. El personal de salud que atiende al paciente deberá utilizar equipo de protección personal que incluya cubreboca, mascarilla quirúrgica rígida o N95 de acuerdo a su riesgo de exposición, lentes de seguridad, bata y guantes desechables.
4. Eliminar el equipo de protección personal desechable utilizado (mascarilla y guantes) y el material que haya estado en contacto con la mucosa

nasofaríngea de pacientes, en una bolsa de plástico para residuos peligrosos biológicos-infecciosos.

5. Realizar periódicamente lavado de manos con jabón y agua o desinfección con alcohol-gel.
6. Descontaminar el equipo utilizado en la exploración; con una gasa, torunda o toalla alcoholada.
7. Debe utilizar el personal de equipos básicos o técnicas auxiliares para la entrada a los cuartos de atención: mascarilla quirúrgica rígida (o cubreboca) y guantes desechables; los cuales deberá eliminar en una bolsa de plástico para residuos peligrosos biológico-infecciosos, posterior a su uso.

Datos epidemiológicos

Las infecciones respiratorias agudas (IRAs) son un conjunto de padecimientos infecciosos de las vías respiratorias con evolución menor a 15 días, con una amplia gama de signos y síntomas que pueden incluir: tos, escurrimiento nasal, obstrucción nasal, odinofagia, otalgia, respiración ruidosa, dificultad respiratoria, las cuales pueden estar o no acompañados de fiebre y en ocasiones se complican con neumonía, responsable de un número significativo de muertes.

En México, las IRAs constituyen un importante problema de salud pública y representan la morbilidad más alta del país, así como la primera causa de consulta en los servicios de salud. Entre las IRAs cabe destacar la Influenza, padecimiento que sin considerar el año pandémico del 2009 y el remanente del 2010, representó en el periodo 2006 a 2008 un promedio de solamente 217 casos anuales, en comparación con los 24 millones de IRAs, lo que sin duda refleja el gran subregistro e inoperatividad de un sistema general basado en la cuenta de casos y dependiente de la situación sociocultural, política y financiera del momento.¹⁸

El Estado de Yucatán no es la excepción del panorama epidemiológico nacional, ya que en el municipio de Tecoh que abarca 10 comisarias, una de las principales causas de morbilidad, que se presenta durante el año son las IRAs que representa un 25% del total de las causas de consulta externa.²⁴

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Influenza A H1N1, representa uno de los problemas principales de salud de los individuos de cualquier grupo étnico y en las poblaciones de cualquier parte del mundo.

La OMS reconoció, al final del 2009, casi 13 mil muertes por la nueva Influenza en todo el mundo. El continente americano aportó más del 50% de esas defunciones. Hasta finales de noviembre de 2009 el número de casos confirmados era de 622 482, que representan una fracción minúscula del total de los casi 7 mil millones de habitantes del planeta.²⁵

Es sencillo entender que esta cifra de casos debe de ser mucho menor que la real, debido a que la mayor parte de los enfermos no demandan atención médica y en otros innumerables casos no se solicitó o no fue posible hacer una prueba confirmatoria.

En México, al final de diciembre, se habían reportado casi 70 mil casos confirmados y alrededor de mil muertes. Con base en la información acumulada en todo el mundo, fue posible tener la seguridad de que la inmensa mayoría de los pacientes afectados se curan sin mayores consecuencias, pues la mortalidad tiende a ubicarse hacia el 1% de los casos confirmados.²⁵

El Estado de Yucatán, México, no fue la excepción, al reportar casos de infección humana con el virus pandémico; de hecho, durante la segunda ola de transmisión a nivel nacional, los estados del sur, principalmente Chiapas y Yucatán, fueron los que reportaron más casos del virus Influenza A H1N1; 17,416 casos confirmados hasta el 4 de agosto 2009 a nivel nacional, ocupando el primero y segundo lugar en el país: Chiapas 3,044 (17.47%) y Yucatán 2,535 (14.55%).²⁶

La Influenza A H1N1 representa por sí misma una enfermedad, como también un factor de riesgo fundamental a complicaciones.

La OMS deberá incorporar al sistema de vigilancia epidemiológica global el virus Influenza A H1N1 2009, junto con las cepas desde antes circulantes, para conformar la vacuna estacional. Asimismo, si se acepta que la pandemia está en recesión, será necesario explicar lo más pronto posible los motivos de este fenómeno; según lo ya mencionado, es posible suponer que se ha adquirido una inmunidad de grupo capaz de frenar la pandemia.

Debido a que los resultados de la Influenza A H1N1 demuestra que la comunidad médica ha aprendido a utilizar los medicamentos antivirales adecuados y las medidas de soporte que fueran necesarias, deducimos hipotéticamente que los cuidados que realizan las familias en la prevención del cuadro respiratorio y del uso de su conocimiento basado en la experiencia y aunado al conocimiento científico acerca de esta afección, pudieran aplicarse en su hogar y a la vez realizando prácticas beneficiosas, para el cuidado de las mismas, surgiendo la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento y las prácticas que tienen las familias sobre las medidas preventivas de la Influenza A H1N1, del consultorio No.1 matutino de la Unidad de Medicina Familiar No. 44 del Instituto Mexicano del Seguro Social del Municipio de Tecoh, Yucatán?

JUSTIFICACIÓN

El riesgo de adquirir la Influenza A H1N1 puede reducirse tomando medidas que disminuyan la posibilidad de exposición a secreciones respiratorias. Estas medidas incluyen el lavado frecuente de las manos, cubrirse la boca al toser y hacer que las personas enfermas se queden en casa, excepto para obtener atención médica.

Se debe enfatizar la educación para prevención de infecciones respiratorias. La cuarentena voluntaria en el hogar de las personas con casos probables o confirmados de Influenza A H1N1, la disminución del contacto social y el evitar en lo posible conglomerados de personas y la necesidad de extremar medidas de protección en el personal de salud.

Es por ello que las familias y las personas pueden ayudar a limitar la propagación de Influenza A H1N1, teniendo en cuenta la idiosincrasia, los valores culturales y su condición social mediante la adopción de medidas preventivas; en la estrategia de toda la sociedad en la preparación contra la Influenza destaca la importancia de las funciones que desempeña no solo el sector salud, sino también la comunidad.

Puesto que la Influenza A H1N1 constituye un problema de salud pública de prioridad por su magnitud y consecuencias graves, para el grupo vulnerable se considera de gran interés la realización de esta investigación, para dar a conocer y reforzar en nuestro medio las medidas preventivas, uso adecuado y racional de la vacuna Influenza A H1N1; donde todo el personal de salud (enfermeras-médicos) contribuyan directa y eficazmente en el autocuidado de la salud de las familias, desarrollando actividades preventivas dentro del consultorio médico de primer nivel, lo cual contribuirá a disminuir la morbi-mortalidad y complicaciones de los casos de Influenza A H1N1, teniendo como finalidad principal la prevención en la población.

Por eso es necesario, que las familias conozcan las medidas preventivas para sus familiares considerando los conocimientos, actitudes, costumbres y/o prácticas de la misma, contribuyendo de esta manera a reducir la morbi-mortalidad como también las complicaciones de la Influenza A H1N1, mejorando de esta manera la calidad de vida de los grupos vulnerables.

En el municipio de Tecoh, Yucatán, no se ha realizado una evaluación de la problemática planteada y una estimación del evento, el propósito del estudio es orientado a incentivar al profesional de salud sobre la importancia de desarrollar actividades preventivo-promocionales destinados a proteger, promover y fomentar la salud, mejorando e incrementando los conocimientos y prácticas de las familias acerca de la prevención de la Influenza A H1N1, así como implementar programas de salud acordes a la realidad existente y/o prioridades de la comunidad.

OBJETIVOS

GENERAL:

1. Determinar la relación que existe entre el conocimiento y las prácticas que tienen las familias sobre las medidas preventivas de la Influenza A H1N1, de la Unidad de Medicina Familiar No. 44; consultorio número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social del Municipio de Tecoh, Yucatán.

ESPECÍFICOS:

1. Evaluar el nivel de conocimiento de las familias sobre las medidas preventivas de la Influenza A H1N1, de la Unidad de Medicina Familiar No. 44; consultorio número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social del Municipio de Tecoh, Yucatán.
2. Identificar las prácticas que realizan las familias sobre las medidas preventivas de la Influenza A H1N1, de la Unidad de Medicina Familiar No. 44; consultorio número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social del Municipio de Tecoh, Yucatán.
3. Determinar la correlación entre el conocimiento y las prácticas que realizan las familias sobre las medidas preventivas de la Influenza A H1N1, de la Unidad de Medicina Familiar No. 44; consultorio número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social del Municipio de Tecoh, Yucatán.

HIPÓTESIS

Ho: No existe relación entre el conocimiento de Influenza A H1N1 y las prácticas preventivas de dicha patología.

Ha: Existe relación entre el conocimiento de Influenza A H1N1 y las prácticas preventivas de dicha patología.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio:

Estudio analítico, no experimental, transversal, prolectivo.

Mediante este estudio se propone correlacionar el conocimiento y prácticas que existen en las familias sobre la Influenza A H1N1, de la Unidad de Medicina Familiar No. 44; consultorio número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social del Municipio de Tecoh, Yucatán.

Teniendo en cuenta la naturaleza del problema y el objetivo del presente estudio, no representan invasión directa sobre el paciente, pretende recabar información de manera independiente sobre los conceptos o las variables a las que se refieren. Se integran las mediciones o información de cada una de dichas variables o conceptos para decir como es y cómo se manifiesta el fenómeno de interés.

Principios de la Investigación Biomédica no Terapéutica en Seres Humanos (investigación biomédica no clínica).²⁷

1. En la aplicación puramente científica de la investigación médica realizada en un ser humano, es el deber del médico ser el protector de la vida y de la salud de esa persona en la cual se lleva a cabo la investigación biomédica.
2. Los participantes deben ser voluntarios, ya sea personas sanas o pacientes cuyas enfermedades no se relacionen con el diseño experimental.
3. El investigador o el equipo investigador debe interrumpir la investigación si a su juicio continuar realizándola puede ser perjudicial para la persona.
4. En la investigación en seres humanos, el interés de la ciencia y de la sociedad nunca debe tener prioridad sobre las consideraciones relacionadas con el bienestar de la persona.

Propósito (institucional).

Establecer prueba de relación.

Características de los estudios de correlación:²⁸⁻³⁰

- ✓ Son rápidos y baratos, pueden utilizar información ya disponible, permiten realizar comparación de tasas de enfermedad, mortalidad en distintas zonas o grupos.
- ✓ Se usan medidas que representan características de toda la población para describir una enfermedad en relación a algún factor de interés (edad).
- ✓ Las medidas del grado de proximidad que existe entre la variable enfermedad y factor de exposición se obtienen calculando el *Coefficiente de Correlación* que en este estudio se utilizó el *r de Pearson*, que expresa en términos cuantitativos el grado y dirección de la relación entre dos variables (conocimiento / prácticas sobre las medidas preventivas de la Influenza A H1N1).

Las correlaciones pueden tener correlación positiva o negativa. La *correlación positiva* se obtiene cuando los valores altos de una variable se acompañan de valores altos en la otra. La *correlación negativa* es aquella en que los valores altos de una variable se relacionan con valores bajos en la otra.

Población

Pacientes de 20 a 64 años de edad que asistieron a la Unidad de Medicina Familiar No. 44 del Municipio de Tecoh Yucatán, durante el período comprendido de Noviembre a Diciembre del 2010. Características de la población: nivel socioeconómico y cultural medio-bajo.

Técnica de muestreo

El universo correspondió a 416 personas adultas del municipio de Tecoh las cuales fueron elegidas de forma no probabilística consecutiva por cuota hasta completar el tamaño de muestra.

Tamaño de la muestra

El tamaño de muestra determinado fue de 200 personas, se obtuvo mediante la siguiente fórmula con un nivel de confianza del 95% y un error de estimación del 5% sin remplazo: (Anexo A).

$$n = \frac{(N)(z^2)(\hat{p})(\hat{q})}{(d^2)(N - 1) + (z^2)(\hat{p})(\hat{q})}$$

El resultado del tamaño de la muestra: 200 pacientes

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Criterios de inclusión:

1. Pacientes que acudieron a la consulta médica de la Unidad de Medicina Familiar No. 44; consultorio número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social del Municipio de Tecoh, Yucatán.
2. Hombres o Mujeres, de 20 a 64 años edad.
3. Residentes de Tecoh.
4. Un miembro de cada familia.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes analfabetas.
2. Personas con deficiencia mental.

Criterios de eliminación:

1. Encuestas incompletas.

VARIABLES DEL ESTUDIO

a). Independiente (X). Conocimiento que tienen las familias acerca de la prevención de la Influenza A H1N1.

b). Dependiente (Y). Prácticas que realizan las familias para la prevención de la Influenza A H1N1.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

Variable independiente.

Conocimiento: es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vagos e inexactos, el cual puede ser clasificado en conocimiento empírico y científico. El primero se refiere a todas a todas las representaciones que el común de los hombres se hace en su vida cotidiana por el simple hecho de existir, de relacionarse con el mundo, de captar mediante los sentidos información inmediata acerca de los objetivos, los fenómenos naturales y sociales, se materializa mediante el lenguaje simple y natural.

El conocimiento científico es racional, analítico, sistemático y verificable a través de la experiencia.³¹

Conocimiento que tienen las familias acerca de la prevención de la Influenza A H1N1.- Es la información que tienen las familias acerca de los signos y síntomas de la Influenza A H1N1 y las medidas preventivas de las mismas, verificadas a través de las encuestas, utilizando como instrumento el cuestionario (Anexo B).

Sexo: conjunto de seres pertenecientes que definen a un mismo sexo: masculino (hombre) y femenino (mujer).³²

Edad: es la sucesión de etapas del desarrollo físico, se basa en la evaluación de fundamentos biológicos. Denota el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista.³³

Número de habitantes por núcleo familiar: unidad formada por una o más personas, unidas o no por lazos de parentesco, que residen habitualmente en la misma vivienda y se sostienen de un gasto común para la alimentación, se mide de acuerdo al número de integrantes en el hogar.³⁴

Nivel de escolaridad: grado de estudio más alto aprobado por la población de 5 y más años de edad en cualquiera de los niveles del Sistema Educativo Nacional. Los niveles utilizados son: sabe leer y/o escribir, primaria, secundaria, otros estudios (bachillerato, carrera técnica o comercial, profesional), se mide de acuerdo a la instrucción escolar alcanzada por el encuestado.³⁵

Tipología Familiar: implica identificar con que elementos está integrada, siendo el reflejo de la gran diversidad de condiciones que existen en una sociedad, lo cual predetermina la naturaleza, la composición y la dinámica familiar, de acuerdo a su composición o características de sus integrantes y de si hay o no algún grado de consanguinidad, se puede clasificar: Nuclear, Extensa y Extensa compuesta, expresada por los encuestados al momento actual de la entrevista.⁵

Variable dependiente.

Prácticas: es el ejercicio de un conjunto de habilidades, destrezas, hechos y principios que se emplean por medio de una educación, mediante las facultades de cada individuo, adquiridas por las experiencias, basadas en cierto tipo de conocimiento sea este científico y/o empírico, valoradas a través de la observación y expresadas por medio del lenguaje.

Prácticas que tienen las familias acerca de la prevención de la Influenza A H1N1.-

Descripción de habilidades y destrezas que son utilizados por las familias, basados en la experiencia e identificados, las cuales se llevan a cabo para prevenir la presencia y complicación por Influenza A H1N1, verificadas a través de las encuestas, utilizando como instrumento el cuestionario.

OPERACIONALIZACIÓN Y ESCALAS DE MEDICIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	TIPO DE VARIABLE	NATURALEZA DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR DE MEDICIÓN
Conocimiento que tienen las familias acerca de la prevención de la Influenza A H1N1	Numérica	Cuantitativa	Continua	0 a 11 pts.
	Catagórica	Cualitativa	Ordinal	Alto: 8 a 11 pts. Medio: 4 a 7.5 pts. Bajo: 0 a 3.5 pts.
Sexo	Catagórica	Cualitativa	Nominal	Hombre. Mujer.
Edad	Numérica	Cuantitativa	Discreta	20 a 64 años; ejemplo: 20 a 24 años 25 a 29 años 30 a 34 años, etc.
Número de habitantes por núcleo familiar	Numérica	Cuantitativa	Discreta	2 a 3 personas 4 a 6 personas 7 a 9 personas + 9 personas
Nivel de escolaridad	Catagórica	Cualitativa	Ordinal	Analfabeta Sabe leer y/o escribir Primaria Secundaria Otros estudios
Tipología familiar	Catagórica	Cualitativa	Nominal	Según su Composición: 1. Familia nuclear 2. Familia extensa 3. Familia extensa compuesta

VARIABLE DEPENDIENTE	TIPO DE VARIABLE	NATURALEZA DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR DE MEDICION
Prácticas que tienen las familias acerca de la prevención de la Influenza A H1N1	Numérica	Cuantitativa	Continua	Puntuación obtenida en el cuestionario en la sección prácticas. 0 a 14 pts.
	Catagórica	Cualitativa	Nominal dicotómica	Nivel prácticas: Buenas: 7 a 14 pts. Malas: 0 a 6 pts.

MÉTODOS, TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

En el Municipio de Tecoh, Yucatán, en el periodo comprendido de Noviembre a Diciembre del 2010, previa aprobación del Comité Local de Investigación, se efectuó un estudio analítico, no experimental, transversal, prolectivo, para la determinación del conocimiento y prácticas que realizan las familias de la comunidad.

Mediante un muestreo no probabilístico consecutivo por cuota, no se eligieron a los pacientes, sino que se incluyeron conforme acudieron, cumplían criterios y aceptaban voluntariamente a participar en el estudio.

Para el efecto de la recolección de datos se seleccionó como técnica la entrevista y como instrumento se utilizó un cuestionario, el cual se aplicó en forma personal a cada paciente.

La estructura del cuestionario consta de cinco apartados: presentación, instrucciones, datos generales, interrogantes en relación a su conocimiento y prácticas, se conformo por 21 ítems entre los cuales se han formulado preguntas: dicotómicas, policotómicas, así como preguntas abiertas.

Para medir las variables se asignó un puntaje a las respuestas del conocimiento y las prácticas, otorgando 1 punto para el primero y 2 puntos para las ultimas, en los ítems 7 y 9 se utilizó una puntuación de 0.5 dado que las alternativas correctas por estas últimas preguntas varió de uno a seis respuestas, asi mismo por cada pregunta no marcada no se le asigno puntaje. Los ítems se combinaron aditivamente para hallar una puntuación global, clasificándose el nivel de conocimiento como alto: 8 a 11 pts., medio: 4 a 7.5 pts., y bajo: 0 a 3.5 pts. Para determinar si hubo buenas o malas prácticas el puntaje fue buenas: 7 a 14 pts., y malas: 0 a 6 pts.

Para el análisis bivariado del conocimiento y las prácticas, se utilizó una escala continua y se calculó el Coeficiente de Correlación *r de Pearson* para la identificación de la fuerza y dirección de la relación existente entre las variables en estudio.

Al término de cada encuesta, se procedió a realizar entrevistas por parte del investigador para determinar el tipo de familia interrogando a los participantes sobre los integrantes que conforman su núcleo familiar y el vínculo de consanguinidad existente, codificándolo de la siguiente manera: 1. Familia Nuclear, 2. Familia Extensa y 3. Familia Extensa Compuesta, esto sirvió para clasificar la estructura familiar descrita por Dr. Membrillo Luna Apolinar, según su composición. Esta asignación numérica no significa jerarquía u orden de valores, en el (Anexo C) se presenta la guía para las entrevistas, diseñada específicamente para tal fin.

El cuestionario fue reproducido, de acuerdo al número de la muestra, los datos fueron recolectados, en la Unidad de Medicina Familiar No. 44, consultorio número 1, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Tecoh, Yucatán, previo consentimiento informado (Anexo D) e informando a los miembros de las familias encuestadas acerca del instrumento, el cual se aplicó en un espacio de ocho semanas, (lunes a viernes, en el horario de 08:00 am a 16:00 pm), en el periodo comprendido de noviembre a diciembre del 2010, así mismo la duración de aplicación del instrumento fue de aproximadamente, 15 minutos por cada entrevista.

Se siguió los lineamientos propuestos por la Guía Clínica de la Influenza A H1N1, editada por el Instituto Mexicano del Seguro Social, para determinar los factores de riesgo y síntomas más frecuentes del padecimiento respiratorio.^{14, 20}

PLAN DE PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN (ANÁLISIS ESTADÍSTICO)

La información obtenida mediante los cuestionarios se seleccionó y clasificó para ser capturada y procesada en una base de datos computarizada con ayuda del programa estadístico SPSS (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales) en su versión número 15 y los resultados obtenidos fueron analizados por el investigador.

Validación del instrumento.

Se estimó la validación y confiabilidad del cuestionario mediante el *alfa de Cronbach* (Anexo E).

La validez de contenido del instrumento se hizo mediante el juicio de expertos, cuyas opiniones y recomendaciones sirvieron para mejorar el instrumento. La confiabilidad del instrumento se determinó a través de una prueba piloto, tomando el 10% de la muestra establecida con características similares de la población a estudiar.

El análisis estadístico se realizó en dos etapas

- 1). Etapa Descriptiva: Presentación de las variables en gráficas y tablas.
- 2). Etapa Inferencial: Prueba de Hipótesis.

Etapas descriptiva:

Las características de la población se reportaron mediante el porcentaje y frecuencia de cada categoría en cada variable en estudio.

Mediante el *Coefficiente de Correlación r de Pearson* (r) (Anexo F) se determinó la relación existente entre las variables del estudio.

Se calculó el coeficiente de correlación para conocer el porcentaje de ajuste del modelo lineal.

Las respuestas a las preguntas abiertas se reportan de forma narrativa, una ventaja de combinar datos cuantitativos y cualitativos está en la posibilidad de incrementar la validez de los resultados del estudio con la corroboración obtenida por otros métodos (Anexo G).³⁶

Etapas Inferenciales:

Finalmente la prueba de hipótesis exploró si las prácticas preventivas de Influenza A H1N1 están asociadas con el conocimiento sobre dicha patología.

La Hipótesis estadística fue:

$$H_0: r_{xy} = 0$$

$$H_a: r_{xy} \neq 0$$

Donde “*r*” se define como la *correlación de Pearson*, “*x*” corresponde al conocimiento de la Influenza A H1N1 e “*y*” corresponde a las prácticas preventivas de la enfermedad.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

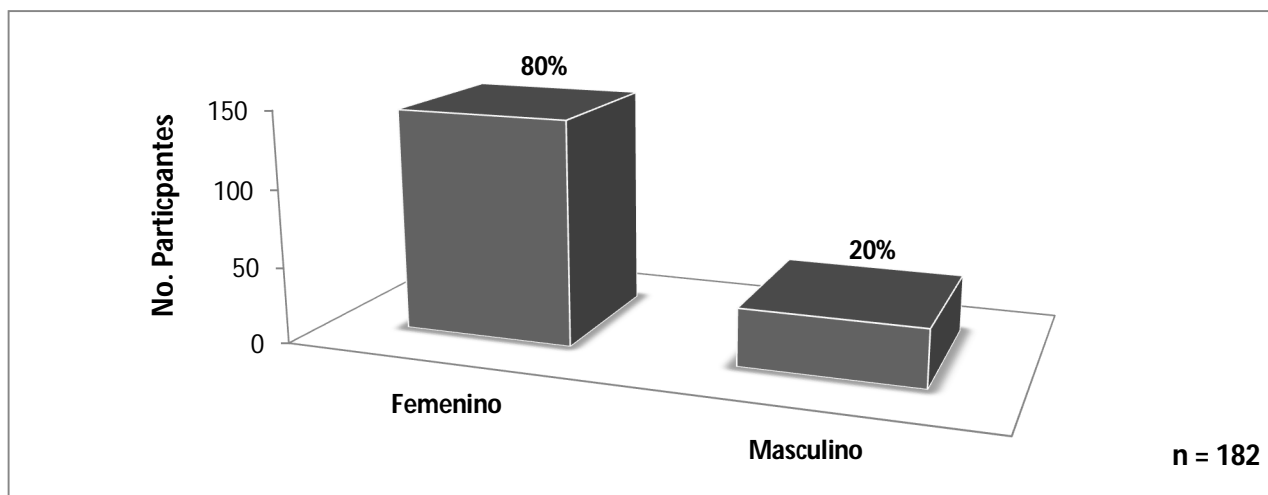
El presente estudio fue sometido a la revisión del Comité Local de Investigación, cumplió con todas la consideraciones éticas para la investigación clínica en los seres humanos, además se apegó a las consideraciones formuladas en la investigación para la salud de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y al Instructivo para la Operación de la Comisión de Investigación Científica y de los Comités Locales de Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los participantes fueron voluntarios y se mantendrá el anonimato de los pacientes contando con el consentimiento informado.²⁷

RESULTADOS

Datos generales.

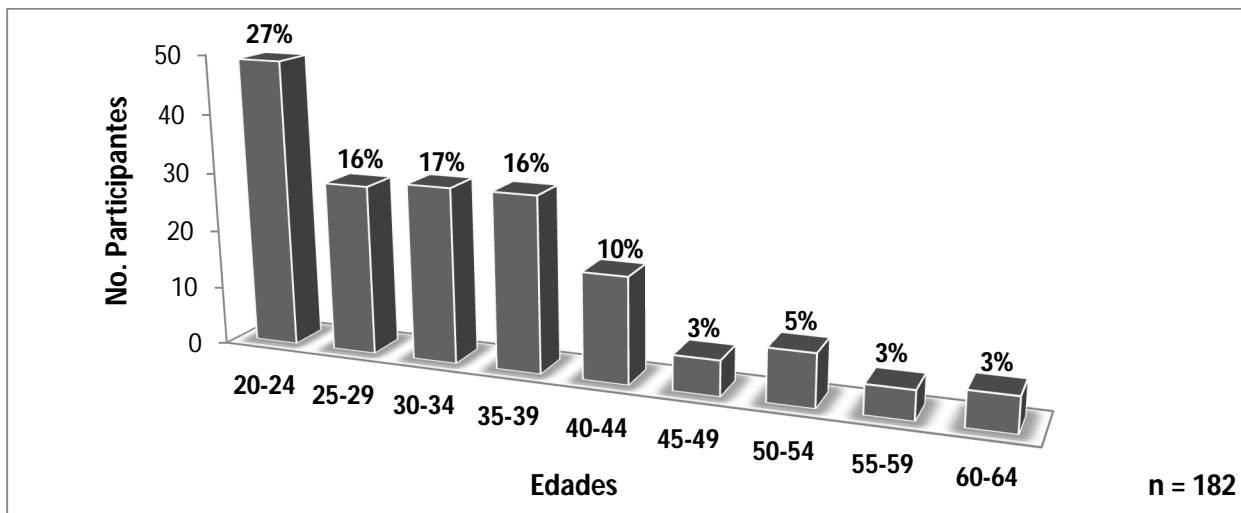
Se encuestaron 200 pacientes provenientes de diferentes familias, de las cuales 18 (9%) no cumplieron con el criterio de inclusión. De las que si cumplieron con este criterio se encontró que 145 corresponden al sexo femenino y 37 al masculino. Predominaron las edades comprendidas entre 20 y 24 años en 49 personas, en los grupos etáreos de 30 a 34 y de 35 a 39 años los resultados fueron similares, con 30 personas, y finalmente del grupo de 60 a 64 años fueron 6 personas. (Gráfica No. 1 y 2).

Gráfica No. 1. Distribución por sexo.



Fuente: Encuestas realizadas en la Unidad de Medicina Familiar No. 44, consultorio número 1, del Instituto Mexicano del Seguro Social del Municipio de Tecoh, Yucatán.

Gráfica No. 2. Distribución por grupo de edad.

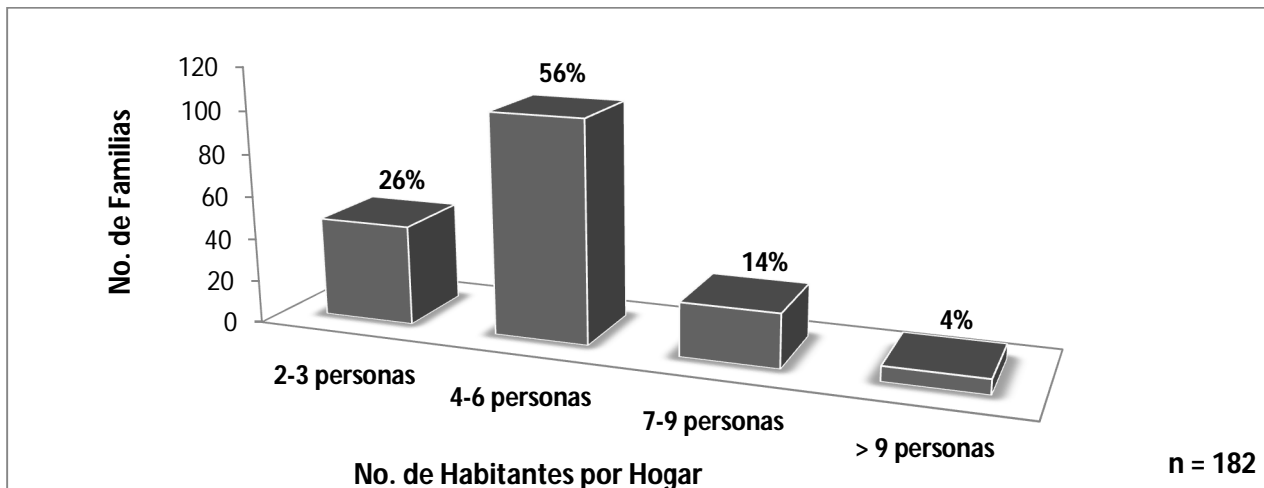


Fuente: Encuestas realizadas en la Unidad de Medicina Familiar No. 44, consultorio número 1, del Instituto Mexicano del Seguro Social del Municipio de Tecoh, Yucatán.

De lo observado se evidencia que en el grupo predominó el sexo femenino y los adultos jóvenes.

En relación al número de personas que habitan en un mismo hogar, de 182 personas, se observó un claro predominio en las familias con 4 a 6 integrantes que correspondió a 103 familias y por último 7 familias con más de 9 personas. (Gráfica No. 3).

Gráfica No. 3. Distribución de las familias de acuerdo al número de integrantes.

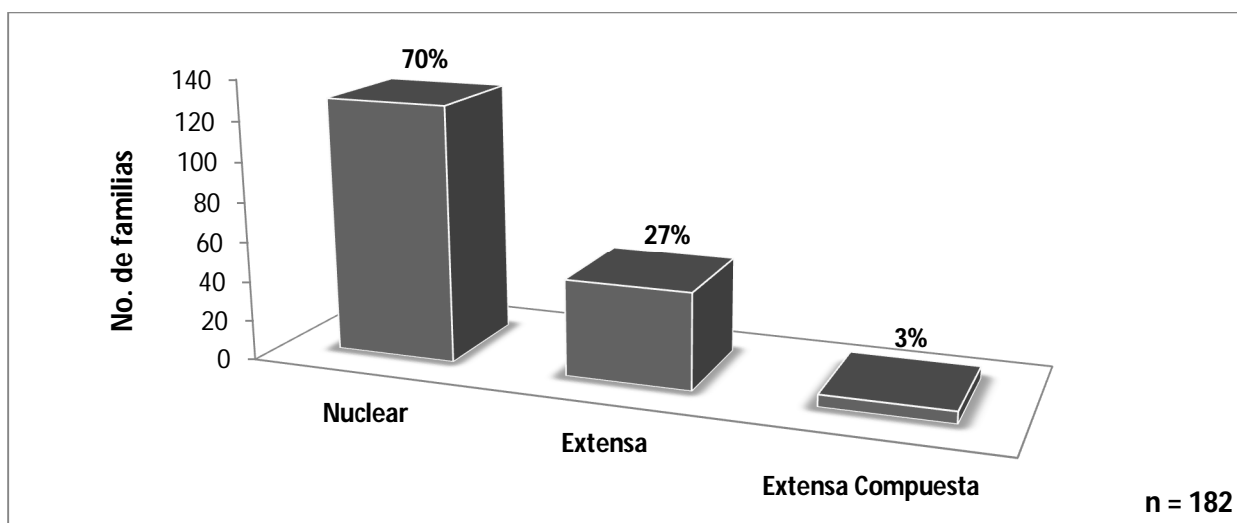


Fuente: Encuestas realizadas en la Unidad de Medicina Familiar No. 44, consultorio número 1, del Instituto Mexicano del Seguro Social del Municipio de Tecoh, Yucatán.

De tal manera que el mayor porcentaje esta dado por las familias que tienen 4 a 6 integrantes en el núcleo familiar, lo cual puede influir en el cuidado y prevención de la enfermedad.

Respecto al tipo de familia de los encuestados, se detecto lo siguiente: 128 pertenecen a familias nucleares, 48 a familias extensas y 6 a familias extensas compuestas. (Gráfica No. 4)

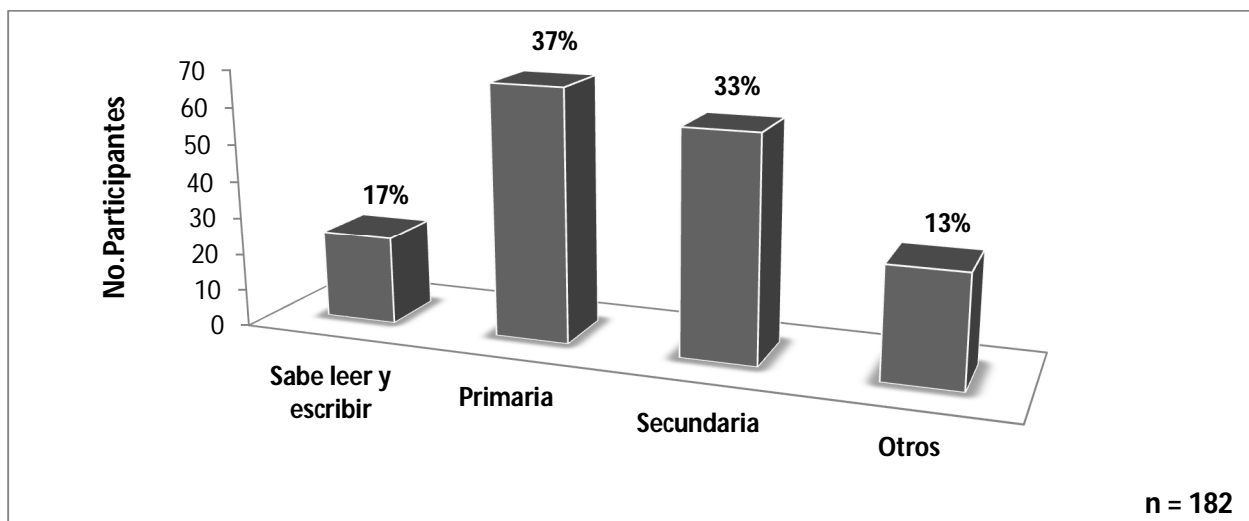
Gráfica No. 4. Distribución de la tipología familiar según su composición.



Fuente: Encuestas realizadas en la Unidad de Medicina Familiar No. 44, consultorio número 1, del Instituto Mexicano del Seguro Social del Municipio de Tecoh, Yucatán.

En relación al nivel de escolaridad se identificó que de las 182 personas encuestadas, la mayor frecuencia observada fue de la escolaridad de primaria (68), seguidos por el grado de instrucción secundaria (60) y la de menor frecuencia se encontró sabe leer y escribir (24) y en otros (30) se consideraron otros niveles académicos (nivel técnico o profesionistas). Aunque en el cuestionario se incluyo el nivel analfabetismo se eliminó en estos resultados por ser un criterio de no inclusión para el estudio. (Gráfica No. 5).

Grafica No. 5. Distribución por nivel de escolaridad.

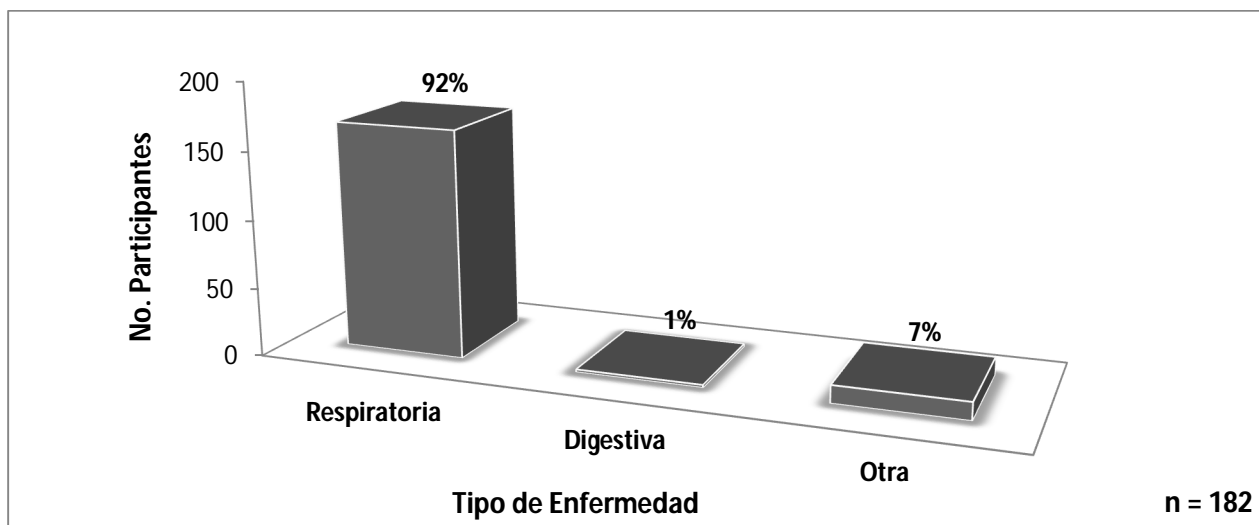


Fuente: Encuestas realizadas en la Unidad de Medicina Familiar No. 44, consultorio número 1, del Instituto Mexicano del Seguro Social del Municipio de Tecoh, Yucatán.

Aspectos relacionados a conocimientos sobre la prevención de la Influenza A H1N1.

Encontramos que 167 (92%) de la muestra seleccionada reconoce a la Influenza A H1N1, como un problema de salud de tipo respiratorio. (Gráfica No. 6).

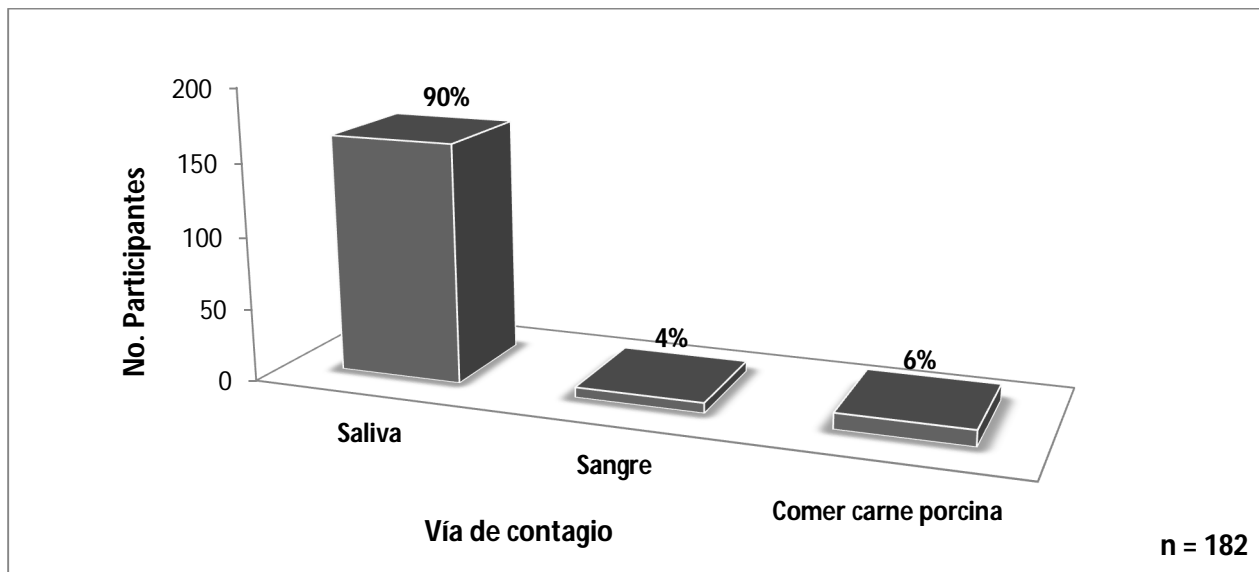
Gráfica No. 6. Distribución sobre que es la ¿Influenza A H1N1?



Fuente: Encuestas realizadas en la Unidad de Medicina Familiar No. 44, consultorio número 1, del Instituto Mexicano del Seguro Social del Municipio de Tecoh, Yucatán.

De igual manera 164 personas mencionaron que la vía de transmisión de la Influenza A H1N1, es por saliva, revelando un nivel adecuado sobre este aspecto del conocimiento sobre la Influenza A H1N1 en la población. (Gráfica No. 7).

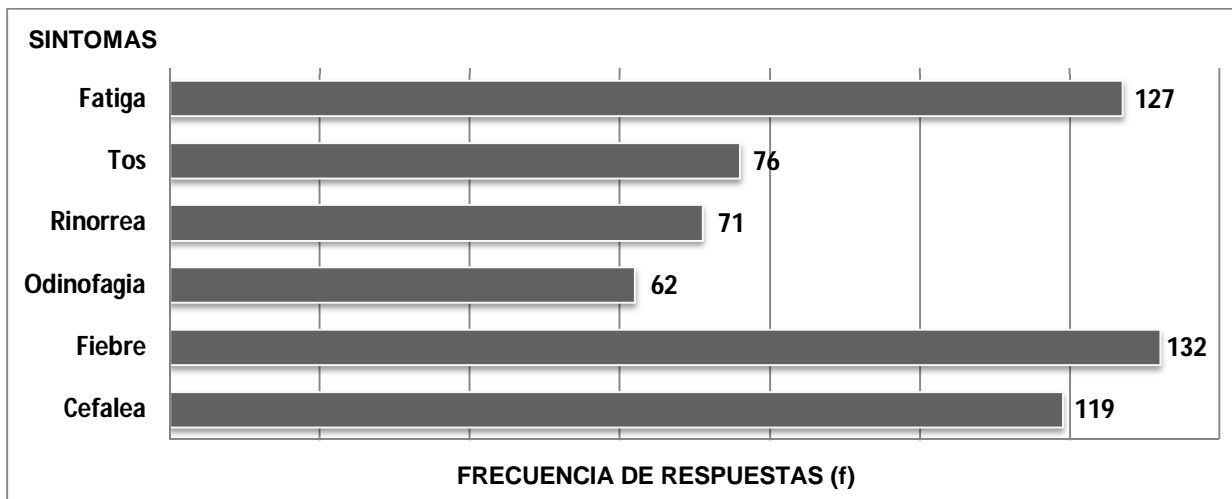
Gráfica No. 7. Distribución sobre la vía de contagio de la Influenza A H1N1.



Fuente: Encuestas realizadas en la Unidad de Medicina Familiar No. 44, consultorio número 1, del Instituto Mexicano del Seguro Social del Municipio de Tecoh, Yucatán.

Los principales síntomas que reconoce la población son la presencia de fiebre, fatiga y cefalea como los más comunes seguido de la tos, rinorrea y odinofagia, lo que nos permite deducir que la mayoría de las familias reconoce los síntomas y signos más comunes de la Influenza A H1N1. (Gráfica No. 8).

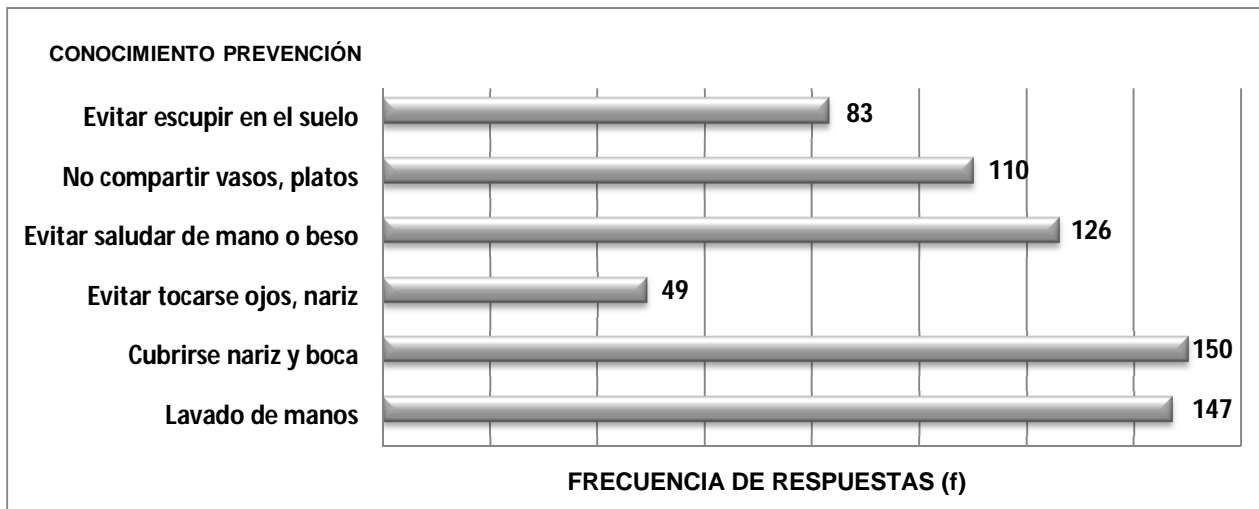
Gráfica No. 8. Distribución sobre los síntomas más frecuentes de la Influenza A H1N1.



Fuente: Encuestas realizadas en la Unidad de Medicina Familiar No. 44, consultorio número 1, del Instituto Mexicano del Seguro Social del Municipio de Tecoh, Yucatán.

En relación a los conocimientos de las familias para evitar que se propague la Influenza A H1N1, se observó que reconocen las medidas preventivas a seguir, destacando la medida preventiva de cubrirse nariz y boca. (Gráfica No. 9).

Gráfica No. 9. Distribución sobre las medidas preventivas para evitar el contagio de la Influenza A H1N1.

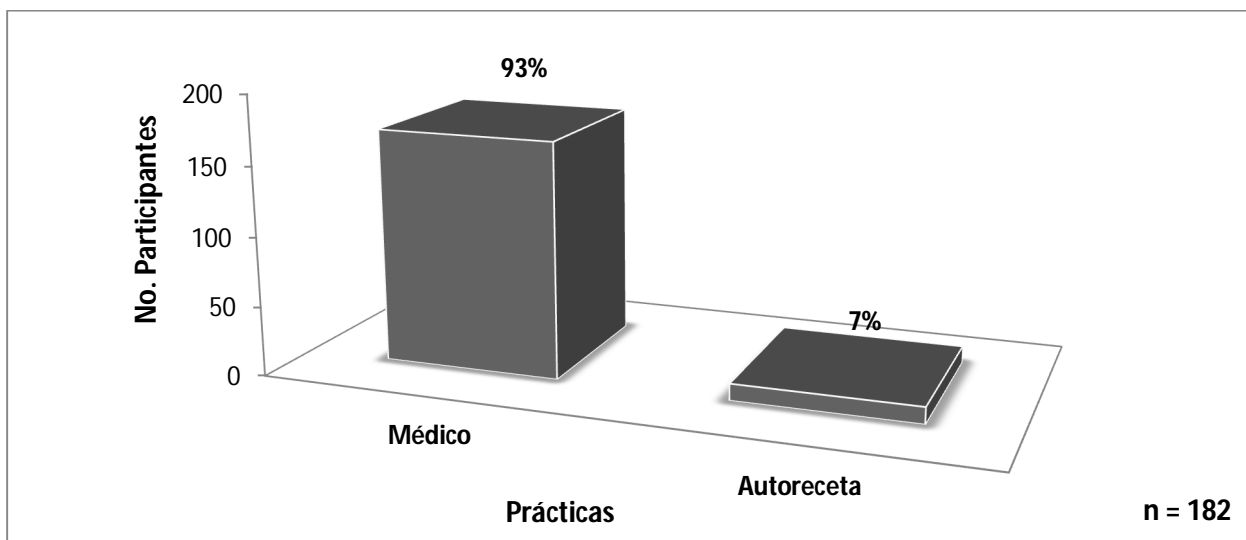


Fuente: Encuestas realizadas en la Unidad de Medicina Familiar No. 44, consultorio número 1, del Instituto Mexicano del Seguro Social del Municipio de Tecoh, Yucatán.

Aspectos relacionados a las prácticas sobre la prevención de la Influenza A H1N1.

En la población encuestada, entonces se puede evidenciar, que 169 de las personas, acuden a los servicios de salud para recibir atención médica y 12 personas tienen el hábito de autorecetarse. (Gráfica No. 10).

Gráfica No. 10. Distribución sobre la atención recibida para prevención de la Influenza A H1N1.

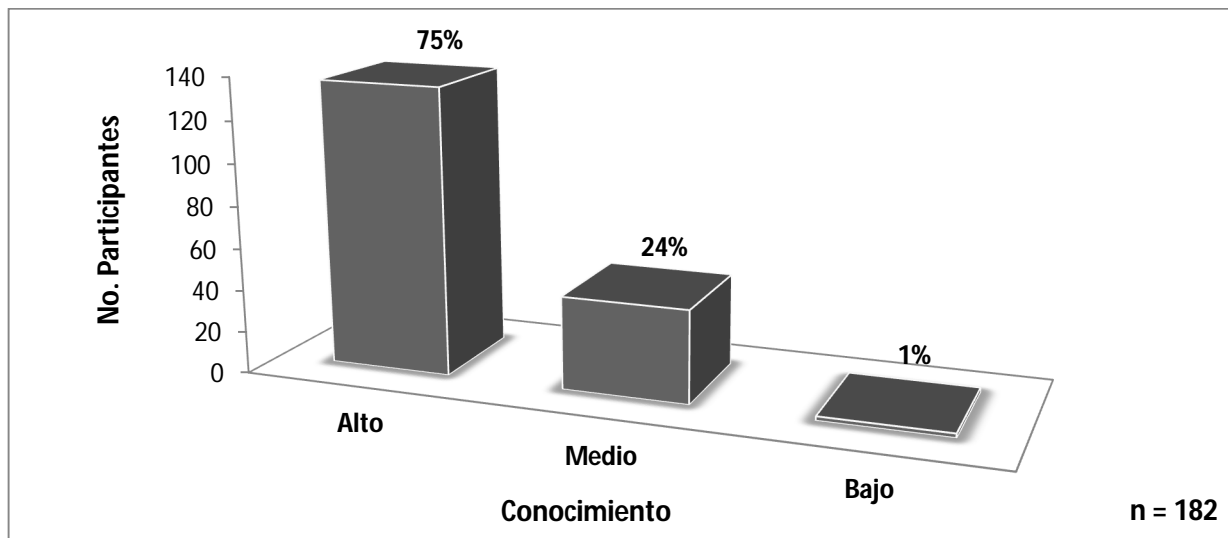


Fuente: Encuestas realizadas en la Unidad de Medicina Familiar No. 44, consultorio número 1, del Instituto Mexicano del Seguro Social del Municipio de Tecoh, Yucatán.

Análisis de las respuestas para categorizar la acción realizada sobre la prevención de la Influenza A H1N1.

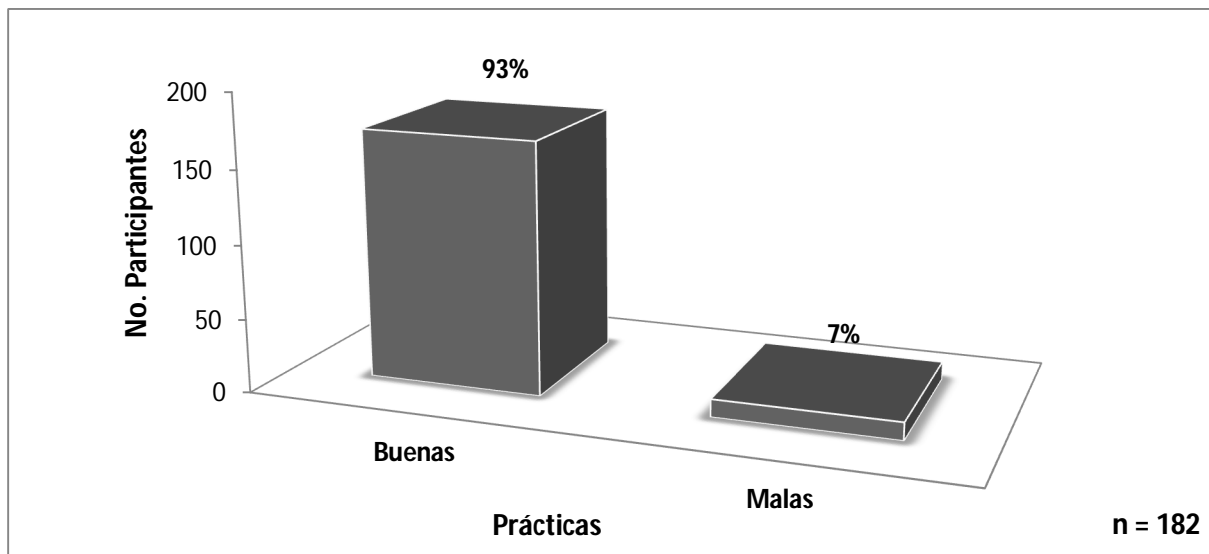
De las 182 personas encuestadas y de acuerdo a los resultados obtenidos, 136 tuvieron un adecuado nivel de conocimiento, 44 se encontraron en nivel medio y solo 2 encuestados en el nivel bajo. Respecto a las prácticas, 170 personas realizan buenas prácticas, acerca de la prevención de la Influenza A H1N1. (Gráfica No. 11 y 12).

Gráfica No. 11. Distribución nivel conocimiento acerca de la prevención de la Influenza A H1N1.



Fuente: Encuestas realizadas en la Unidad de Medicina Familiar No. 44, consultorio número 1, del Instituto Mexicano del Seguro Social del Municipio de Tecoh, Yucatán.

Gráfica No. 12. Distribución nivel prácticas para prevención de la Influenza A H1N1.



Fuente: Encuestas realizadas en la Unidad de Medicina Familiar No. 44, consultorio número 1, del Instituto Mexicano del Seguro Social del Municipio de Tecoh, Yucatán.

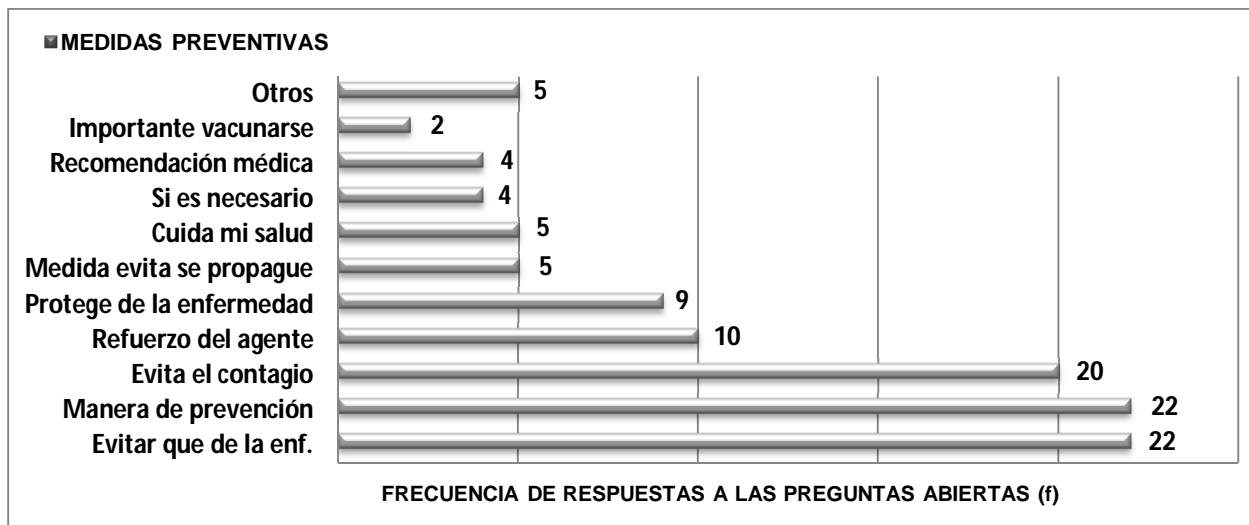
Análisis de las respuestas a las preguntas abiertas.

Del concentrado de las respuestas a las preguntas no estructuradas del instrumento de recolección de datos, se relaciona que las personas encuestadas tienen un conocimiento científico y/o médico suficiente de la Influenza A H1N1, brindado por el personal de salud, mediante actividades intramuros y extramuros.

De acuerdo a la gráfica No. 13, se puede identificar que la principal medida preventiva para volverse a vacunar, es la correspondiente a: “evitar que nos dé la enfermedad”, seguida de: “es una manera de prevención efectiva” con un 20% de la población encuestada (f=22).

Dentro de esta categoría se engloban otras medidas como la de: “evitar el contagio”. La medida que menos se mencionó es la relacionada con: “es importante vacunarse” que corresponde al 2% (f=2).

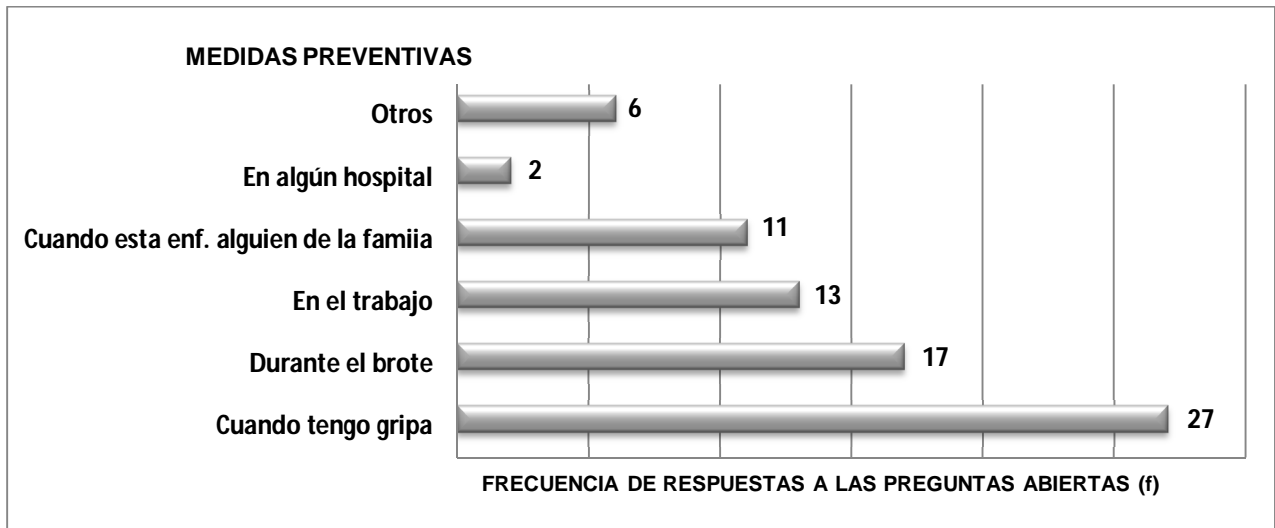
Gráfica No. 13.- Distribución de la principal medida preventiva para inmunización.



Fuente: Encuestas realizadas en la Unidad de Medicina Familiar No. 44, consultorio número 1, del Instituto Mexicano del Seguro Social del Municipio de Tecoh, Yucatán.

En la gráfica No. 14, se identificó que la mayor parte de la población utiliza el cubrebocas al mencionar: “cuando tengo gripa”, con un 36% (f=27), entre otras se mencionan: “durante el brote y en el trabajo” y la menos mencionadas fue: “en algún hospital”, solo el 3% (f=2).

Gráfica No. 14.- Distribución de la principal medida preventiva para el uso del cubrebocas.



Fuente: Encuestas realizadas en la Unidad de Medicina Familiar No. 44, consultorio número 1, del Instituto Mexicano del Seguro Social del Municipio de Tecoh, Yucatán.

Validez y Confiabilidad.

La confiabilidad del cuestionario se realizó mediante el *alfa de Cronbach*, obteniendo un coeficiente de fiabilidad aceptable (*alfa de Cronbach de 0.819*).

Mediante el *Coefficiente de Correlación r de Pearson (r)* se determinó la relación existente entre las variables del estudio. Teniendo como resultado una correlación positiva fuerte ($r = 0.802$). (Tabla No. 1).

- ✓ Tabla No. 1. Resultado una correlación positiva fuerte ($r = 0.802$) con una significancia de ($p=0.000$).

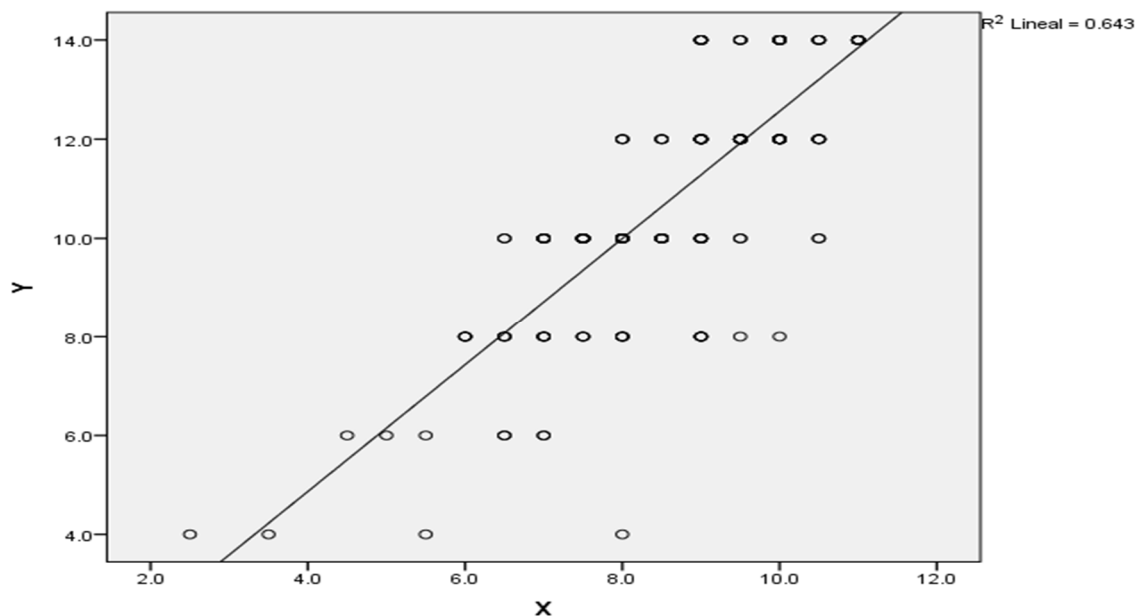
	X	Y
Correlación de Pearson	1	.802**
X Sig. (bilateral)		.000
N	182	182
Correlación de Pearson	.802**	1
Y Sig. (bilateral)	.000	
N	182	182

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Al demostrarse una asociación positiva fuerte entre “x” e “y” se estimó la intensidad de asociación entre las variables mediante el coeficiente de determinación (r^2).

Se calculó el coeficiente de correlación para conocer el porcentaje de ajuste del modelo lineal, el cual fue de 64.3% ($r^2=0.643$). (Gráfica No. 15 y Tabla No. 2).

Gráfica No. 15. Coeficiente de Correlación.



X = Conocimiento. Y = Prácticas.

Fuente: programa estadístico (SPSS).

✓ Tabla No. 2. “Coeficiente de determinación (r^2)”.

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Estadísticos de cambio				
					Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. Cambio en F
1	.802 ^a	.643	.641	1.4547	.643	324.141	1	180	.000

a. Variables predictoras: (Constante), X

Se aceptó la hipótesis alterna que considera existente una relación entre el conocimiento de Influenza A H1N1 y sus prácticas preventivas, lo cual permitió la decisión de rechazar la hipótesis nula.

DISCUSIÓN

La Influenza A H1N1 es un padecimiento de las vías respiratorias, que causó un problema real para la comunidad y para los servicios de salud en México en el 2009. Mediante este estudio se relacionó el conocimiento y prácticas existentes en las familias sobre la prevención de la Influenza A H1N1, en la población de Tecoh, Yucatán.

Mediante un muestreo no probabilístico consecutivo por cuota, se encontró una significancia estadística determinándose la relación existente entre las variables del estudio, teniendo una correlación de $r=0.802$, estimándose la intensidad de asociación entre las variables mediante el coeficiente de determinación el cual fue $r^2=0.643$.

En cuanto a las características generales de los participantes, predominó el sexo femenino [145 encuestados (80%)] y los adultos jóvenes 20 a 24 años [49 encuestados (27%)], evidenciándose en este estudio que la mujer utiliza con mayor frecuencia los servicios de salud.

De las 182 personas encuestadas, 136 (75%) tuvieron un buen nivel de conocimiento, lo que concuerda una cifra cercana con Bravo K *et al*¹⁷, quien identificó un 60.59% de 340 encuestados, en profesionales de salud, mencionando un buen nivel de conocimiento acerca de la Influenza A H1N1.

En este estudio la mayoría de los encuestados manifestó que forma parte de familias nucleares [128 encuestados (70%)], extensas [48 encuestados (27%)] y extensas compuestas [6 encuestados (3%)], clasificación mencionada por Membrillo A y colaboradores.⁵

Es notorio que en las respuestas de las preguntas abiertas, las personas utilizan terminología médica, como por ejemplo: “para refuerzo ante el agente causal”, “brote de influenza”, “para evitar que el virus se propague”, “durante el brote”, “cuando inicio la influenza”, interpretándose que estos conocimientos y prácticas, son adquiridos por las

diferentes áreas de información de salud con las que tienen contacto al asistir a la unidad médica y/o medios de comunicación. Al respecto Senado J², menciona que el personal de la salud tiene la misión de influir en pro de modos y estilos de vida favorables a la conservación de la salud, deteniendo y contrarrestando el movimiento y la consecuente influencia negativa de los factores de riesgo.

Dentro de las limitaciones del estudio se reconoce la dificultad para determinar los criterios de análisis de datos, es decir, la creación, selección y ajuste de las categorías que fueran útiles para codificar los resultados. De igual manera el tipo de muestreo no probabilístico, condiciona que los resultados únicamente sean validos para la población estudiada.

Puesto que la Influenza A H1N1 constituye un problema de Salud Pública prioritario por su magnitud y consecuencias graves, para el grupo vulnerable se consideró de gran interés la realización de esta investigación, para dar a conocer y reforzar en nuestro medio las medidas preventivas, uso adecuado y racional de la inmunización por Influenza A H1N1.

CONCLUSIONES

Después de realizar este estudio de investigación, se formularon las siguientes conclusiones:

1. Existe una relación directa entre el conocimiento que tienen las familias acerca de la prevención de la Influenza A H1N1 y las prácticas que emplean sobre las mismas.
2. La mayoría de las familias (99%) tienen un conocimiento de alto a medio sobre las medidas de prevención de la Influenza A H1N1.
3. Las prácticas que emplean las familias para la prevención de la Influenza A H1N1, es buena obteniéndose un 93%.
4. Tenemos que las personas conocen los signos y síntomas más comunes como la fiebre, fatiga, cefalea, seguido de tos, rinorrea hialina y odinofagia, lo cual permite detectarlo precozmente y tratarla adecuadamente.
5. Considerando a la familia como la unidad primaria de la salud con los integrantes que la conforman, éstos pueden ayudar a limitar la propagación de Influenza A H1N1.
6. Respecto a los factores de riesgo por los que se presentan la Influenza A H1N1, la mayoría de las personas reconoce (90%) que un factor es la transmisión por medio de la saliva, así como las medidas que debe tener en el autocuidado de su salud.
7. Los lugares donde acuden los habitantes cuando sus familiares presentan cuadro de vías respiratorias (93%), suelen hacer uso de los servicios de salud, lo cual permite que las personas reciban atención adecuada y oportuna.

SUGERENCIAS

1. Se recomienda que los profesionales de salud en cumplimiento de sus acciones preventivas (promoción a la salud) en el primer nivel de atención, mediante el programa de PREVENIMSS, promuevan, planeen y ejecuten actividades educativas continuas y permanentes dirigidas fundamentalmente a cada miembro de los núcleos familiares y de la población en general, enfatizando el reconocimiento de signos de alarma, factores de riesgo y medidas preventivas de la Influenza A H1N1, evitando de esta manera su presencia y complicaciones.
2. Realizar estudios con enfoque educativo, el cual brinde aportes a la ciencia del cuidado de la salud.
3. Llevar a efecto otros estudios con muestreo probabilístico, con el fin de aumentar la validez externa.
4. Realizar estudios similares en otras unidades médicas, al fin de conocer la problemática en torno a las variables relacionadas con la prevención de la Influenza A H1N1, así como para verificar si los resultados encontrados son similares a los del presente estudio.
5. Motivar a las familias a tener hábitos de vida saludable y reforzar sus medidas preventivas, ante la presencia de cuadro de vías respiratorias.
6. Continuar con pláticas (intra-extramuros) en la población, para disminuir las complicaciones por infecciones de vías respiratorias, sin olvidar que la familia es responsable de pautas y conductas.
7. Continuar con investigaciones futuras, que incluyan actualización del tratamiento médico y el uso adecuado de la inmunización por Influenza A H1N1.

TRANSCENDENCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO

Teniendo el antecedente que la Influenza A H1N1, enfermedad respiratoria que en el mes de abril 2009, causó una alarma epidemiológica a nivel mundial y como una pandemia emitida por la OMS, dada su magnitud y transcendencia.

Parte fundamental en esta pandemia fue la prevención primaria para mitigar la propagación de dicha enfermedad, por lo que las acciones deben de ir encaminadas a la promoción a la salud e inmunización oportuna a los grupos vulnerables y así evitar complicaciones en la población.

A nivel institucional es importante conocer la frecuencia con la que se presenta la Influenza A H1N1, con el fin de elaborar estrategias preventivas y contar con los insumos necesarios para disminuir la morbimortalidad y los costos de estancia hospitalaria.

Las acciones preventivas deben ir encaminadas a la ingesta de líquidos, alimentación saludable y acudir a los servicios médicos de salud, para su atención oportuna.

Este estudio permite analizar y contribuir la solución de un problema práctico inmediato que tienen las familias sobre la prevención de la enfermedad respiratoria en un determinado tiempo y espacio. Considerando el conocimiento y las prácticas, desarrolladas dentro del núcleo familiar, lo que permitirá orientar el cuidado, las actividades de educación sanitaria hacia la promoción y recuperación de la salud, de acuerdo a la realidad de los grupos poblacionales, así como implementar programas de salud más acordes a la realidad existente y/o prioridades de la comunidad, lo cual contribuirá a disminuir la morbilidad y complicaciones por Influenza A H1N1.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gómez T, Ceitlin J. La medicina de familia en el mundo: medicina de familia la clave de un nuevo modelo. Madrid: sem FYC-CIMF; 1997.
2. Senado J. Los factores de riesgo en el proceso salud-enfermedad. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15 (4): 43-60.
3. Huerta JL. Medicina Familiar: La Familia en el proceso salud-enfermedad. México: Alfil; 2005.
4. Anzures RL, Chávez V, García MC, Pons ON. Medicina Familiar. México: Corinter; 2008.
5. Membrillo A, Fernández MA, Quiroz JR, Rodríguez JL. Familia: Introducción al estudio de sus elementos. México: ETM; 2008.
6. II Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias. Archivos de Medicina Familiar 2005; 7 (1): 15-19.
7. Comité de Emergencias Biológicas de la Red de Hospitales e Institutos de la Universidad de Buenos Aires-Argentina: Nueva gripe A (H1N1) causada por el virus pandémico Influenza A H1N1 2009. [citado 15 enero 2010]. Disponible en URL: www.fmed.uba.ar/depto/microbiologia/gripe_a.pdf
8. Ayora G. Influenza: historia de una enfermedad. Rev Biomed 1999; 10: 57-61.
9. Gutiérrez VM, Orenday ME, Gutiérrez A. Influenza A H1N1 2009. Epidemiología de la pandemia, valoración clínica y diagnóstico. Arch Inv Mat Inf 2009; 1 (2): 64-74.
10. El resurgimiento de la Influenza A H1N1 2009. Rev de Act Med 2009; 22 (9).
11. Kuri P, Galván F, Cravioto P, Zarraga LA, Tapia R. Mortalidad en México por Influenza y neumonía 1990-2005. Salud Pub de Méx 2006; 48 (5): 379-384.
12. Secretaría de Salud: Guía de Manejo Clínico de Influenza A H1N1: Temporada Otoño-Invierno 2009.
13. Guía de manejo de Influenza A H1N1. Rev Fac Med UNAM 2010; 53 (2): 69-75.
14. Guía de práctica clínica: prevención, diagnóstico y tratamiento de la Influenza A H1N1 2009. Portal IMSS.

15. García J, Ramos C. La Influenza un problema vigente de salud pública. *Salud Pub de Méx* 2006; 48 (3): 247.
16. Soria J, Solari L, Cabezas C, Ticona E. Guía para el manejo de pacientes con la nueva Influenza A H1N1. *Rev Perú Med Exp Sal Pub* 2009; 26 (3) 349-57.
17. Bravo K, Gamarra M, Gonzales S, Lecca D, Martínez A, Mendoza M, et al. Nivel de conocimientos sobre la Influenza A H1N1 en los trabajadores de salud del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Perú. *Rev Perú Epidemiol* 2009; 13 (2) 1-7.
18. Lineamientos para la vigilancia epidemiológica de Influenza. CONAVE-SINAVE: 2012. Disponible en: www.dgepi.salud.gob.mx/influenza/2012/Linea_Influenza.pdf
19. Navarro FP, Abdo M, Ibarra C. Sobre la epidemia de Influenza tipo A H1N1 en el Hospital General de México 2009; 72 (2): 63-67.
20. Guía de referencia rápida: prevención, diagnóstico y tratamiento de la Influenza A H1N1 2009. Portal IMSS.
21. Organización Mundial Salud: información de la OMS para el diagnóstico de laboratorio del nuevo virus de la Influenza A H1N1 en seres humanos 2009. Disponible: <http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/realtimeptpcr/en/index.html>.
22. Villa KK, Gutiérrez EA, Guzmán JE. Influenza A H1N1. *Aten Fam* 2009; 16 (4-5) 76-82.
23. Vacunación Anti-Influenza A H1N1. Lineamientos Operativos Generales. Norma Oficial Mexicana 2009.
24. Diagnóstico de salud. Unidad de Medicina Familiar No. 44. Tecoh, Yucatán: 2011.
25. López M, García J, Pacheco RL, Escamilla RA, Villanueva M. La Influenza A H1N1 2009: Una crónica de la primera pandemia siglo XXI. *Rev UNAM*; 11 (4): 1-19.
26. Ayora G. Tras un año de los comienzos de la pandemia de influenza A H1N1. 2010; *Rev. Biomed*: 21 (1) 33-34.
27. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Disponible en: www.uchile.cl/.../declaración-de-helsinki-de-la-asociación-medica-m...

28. Hernández SR. Definición del alcance de la investigación a realizar: exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa. Fundamentos de Metodología de Investigación. México: Mc Graw Hill 2007.
29. García J. Estudios descriptivos, Nure Investigación junio 2004; 7: 1-3
30. Piédrola G, Calero J, Carmona M. Medicina preventiva y salud pública, 9ª ed. Barcelona España: Masson-Salvat; 1994.
31. Bunge M. La ciencia. Su método y su filosofía. 1995. disponible en: www.maestriaoeapifj.org/maestria/.../La_ciencia_Mario_Bunge.pdf
32. Verbal V. Conceptos básicos sobre diversidad sexual. Santiago, 2011. p. 1-9.
33. Diccionario lengua española 2005. Disponible en: Wordreference.com
34. Valdés AS, Gonzales JJ. Sistema Nacional de Información en Salud. Disponible en: www.sinais.salud.gob.mx/.../SE12_PobNoAseguradyNucleosFam.pdf
35. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Glosario. Disponible en: www.inegi.org.mx
36. Polit H. Investigación científica en ciencias de la salud. 6a ed. México: Mc Graw Hill Interamericana. 2000.

ANEXOS

Anexo A.

Fórmula para la población finita sin reemplazo:

$$n = \frac{(N)(z^2)(\hat{p})(\hat{q})}{(d^2)(N - 1) + (z^2)(\hat{p})(\hat{q})}$$

n = Tamaño de muestra

N= Población (416)

Z= Nivel de confianza o seguridad que en este caso es de 95% (Z=1.96)

\hat{p} = Proporción esperada de casos (0.50)

\hat{q} = 1-p (En este caso 0.50)

d = Error de precisión (0.05)

$$n = (416) (1.96)^2 (.50) (.50) / (.05)^2 (415) + (1.96)^2 (.50) (.50)$$

$$n = (416) (3.84) (.50) (.50) / (0.0025) (415) + (3.84) (.50) (.50)$$

$$n = 399.36 / 1.0375 + 0.96 = 399.36 / 1.9975$$

$$n = 199.92$$



Anexo B.
Instrumento de recolección de datos

BUENOS DIAS

No. _____

Me permito pedirle su colaboración para contestar algunas preguntas con el objetivo de un trabajo de investigación acerca de lo que conoce y realiza para evitar que su familia presente una infección de Influenza A H1N1. Sus respuestas serán confidenciales y anónimas. Sus opiniones serán incluidas en un estudio de investigación sin comunicar ningún dato individual. Por lo que le pido que conteste el cuestionario con la mayor veracidad posible. No hay respuestas correctas e incorrectas.

Lea las instrucciones cuidadosamente y elija la opción que más se apegue a su forma de pensar y actuar, márquela con una (X). También encontrará algunas preguntas abiertas.

Muchas gracias.

CUESTIONARIO

DATOS GENERALES:

- 1. EDAD:**
- | | |
|---------|-----|
| 20 a 24 | () |
| 25 a 29 | () |
| 30 a 34 | () |
| 35 a 39 | () |
| 40 a 44 | () |
| 45 a 49 | () |
| 50 a 54 | () |
| 55 a 59 | () |
| 60 a 64 | () |
-
- 2. AÑO ESTUDIO:**
- | | |
|------------------------|-----|
| ANALFABETO/A | () |
| SABE LEER Y/O ESCRIBIR | () |
| PRIMARIA | () |
| SECUNDARIA | () |
| OTROS ESTUDIOS | () |
-
- 3. SEXO:**
- | | |
|-----------|-----|
| FEMENINO | () |
| MASCULINO | () |
-
- 4. CUANTAS PERSONAS HABITAN EN SU HOGAR:**
- | | |
|-------|-----|
| 2 a 3 | () |
| 4 a 6 | () |
| 7 a 9 | () |
| + 9 | () |
-
- 5. HUBO ALGUN ENFERMO DE INFLUENZA EN SU FAMILIA DURANTE EL BROTE 2009:**
- | | |
|----|-----|
| SI | () |
| NO | () |

EN RELACIÓN A SU CONOCIMIENTO.

6. SABE USTED QUE ES LA INFLUENZA A H1N1:

- ENFERMEDAD RESPIRATORIA ()
- ENFERMEDAD DIGESTIVA ()
- OTRO TIPO DE ENFERMEDAD ()

7. QUE MOLESTIAS RECONOCE COMO SINTOMAS DE LA INFLUENZA A H1N1 (EN ESTA PUEDE MARCAR VARIOS SINTOMAS QUE USTED CREA CONVENIENTE):

- DOLOR DE CABEZA INTENSO ()
- FIEBRE MAYOR 38 GRADOS ()
- DOLOR DE GARGANTA ()
- ESCURRIMIENTO NASAL INTENSO ()
- TOS ()
- CANSANCIO, FATIGA, DOLOR DE CUERPO ()

8. COMO SE CONTAGIA LA INFLUENZA A H1N1:

- SALIVA ()
- SANGRE ()
- COMER CARNE DE PUERCO ()

9. QUE MEDIDAS PREVENTIVAS CONOCE PARA EVITAR EL CONTAGIO DE LA ENFERMEDAD (PUEDE MARCAR LAS QUE USTED CREA CONVENIENTE):

- LAVADO DE MANOS CON AGUA Y JABON FRECUENTEMENTE ()
- CUBRIR NARIZ Y BOCA CON UN PAÑUELO DESECHABLE AL ESTORNUDAR O TOSER ()
- EVITAR TOCARSE OJOS, NARIZ O BOCA ()
- EVITAR SALUDAR DE MANO O BESO ()
- NO COMPARTIR VASOS, PLATOS, CUCHARAS O UTENSILIOS PERSONALES ()
- EVITAR ESCUPIR EN EL SUELO O SUPERFICIES EXPUESTAS AL MEDIO AMBIENTE ()

10. SABE USTED QUE YA EXISTE LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA A H1N1:

- SI ()
- NO ()
- NO SABE ()

11. CREE USTED QUE MANTENER LAS MEDIDAS HIGIENICAS EN SU VIVIENDA EVITARÍA LA INFECCIÓN DE INFLUENZA A H1N1 EN SU FAMILIA:

- SI ()
- NO ()
- NO SABE ()

12. EN CASO DE QUE SE HAYA VACUNADO CONTRA LA INFLUENZA A H1N1; SE VOLVERIA A VACUNAR:

- SI ()
- NO ()

13. ¿POR QUÉ?

EN RELACIÓN A LAS PRÁCTICAS QUE REALIZA.

14. USTED EN SU DOMICILIO VIO SI SU FAMILIA SE LAVO LAS MANOS FRECUENTEMENTE DURANTE EL BROTE DE LA INFLUENZA A H1N1:

SI ()
NO ()

15. EN SU FAMILIA SE ACOSTUMBRA SEPARAR EL PLATO, VASO O CUCHARA, EN CASO DE ESTAR ENFERMOS DE CATARRO O GRIPE:

SI ()
NO ()

16. QUE HACE USTED EN CASO DE QUE SE PRESENTE UN CATARRO O GRIPE EN SU FAMILIA:

ACUDE A:

MÉDICO ()
PERSONA NO PROFESIONAL (FAMILIAR O CONOCIDO) ()
SE AUTORECETA ()

17. USTED O SU FAMILIA HAN UTILIZADO EL CUBREBOCAS:

SI ()
NO ()

18. ¿CUÁNDO?

19. CUANDO SE PRESENTO LA ALARMA POR LA PRESENCIA DE CASOS DE VIRUS DE LA INFLUENZA, REALIZO USTED LAS MEDIDAS PREVENTIVAS, (QUE SE INDICARÓN EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN O EN LOS FOLLETOS QUE SE ENTREGARON EN SU UNIDAD DE SALUD):

SI ()
NO ()

20. USTED O ALGUN INTEGRANTE DE SU FAMILIA ¿DEJÓ DE IR A LUGARES PUBLICOS (PARQUES), ESCUELA O AL TRABAJO?, DURANTE EL BROTE DE INFLUENZA A H1N1:

SI ()
NO ()

21. YA LE APLICARON A USTED LA VACUNA CONTRA INFLUENZA A H1N1:

SI ()
NO ()

Anexo C.

Guía de entrevista para determinar el tipo de familia de acuerdo a su composición:

Estructura Familiar según su composición Dr. Membrillo Luna Apolinar y colaboradores.⁵

- 1. Familia Nuclear: es aquella familia constituida exclusivamente por el padre, la madre y los hijos.

- 2. Familia Extensa: formada por el padre, la madre, los hijos y algún otro familiar consanguíneo (abuelo, abuela materna o paterna, tíos, primos, sobrinos, etc.).

- 3. Familia Extensa Compuesta: es la familia compuesta por el padre, la madre, los hijos, algún pariente consanguíneo y alguna otra persona sin parentesco familiar (compadres, amigos, etc.).

Anexo D.



Carta de Consentimiento Informado

Instituto Mexicano del Seguro Social

Mérida, Yucatán a _____ de _____ del _____.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado **“Conocimiento y Prácticas de las Familias sobre la Prevención de la Influenza A H1N1, en la UMF No. 44 IMSS, Tecoh, Yucatán, México”**, registrado ante el Comité local de Investigación Científica; con el objetivo de: **“Determinar la Relación que existe entre el Conocimiento y las Prácticas que tienen las Familias sobre las Medidas Preventivas de la Influenza A H1N1, de la Unidad de Medicina Familiar No. 44 del Instituto Mexicano del Seguro Social del Municipio de Tecoh, Yucatán”**.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en el llenado de un cuestionario para lo cual se me solicita que responda las preguntas relacionadas con datos generales, conocimiento y prácticas que realizamos ante la prevención de la enfermedad respiratoria aguda. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los riesgos, que en este caso no existen ya que no interfiere con algún tratamiento médico y o requiere de invasión a mi organismo.

Entiendo que conservo el derecho de no participar en la investigación, si lo considero conveniente hacia mi persona, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

El investigador principal me ha dado la seguridad que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Firma del paciente

Testigo

Nombre, firma y matricula del investigador

Anexo E.

La fórmula para calcular el Alpha de Cronbach es la siguiente:

A partir de las varianzas, el alfa de Cronbach se calcula así:

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right],$$

Donde:

- S_i^2 es la varianza del ítem i ,
- S_t^2 es la varianza de los valores totales observados y
- k es el número de preguntas o ítems.

Anexo F.

Fórmula: coeficiente de correlación r de Pearson.

Se simboliza con la letra $\rho_{x,y}$, siendo la expresión que nos permite calcularlo:

$$\rho_{X,Y} = \frac{\sigma_{XY}}{\sigma_X \sigma_Y} = \frac{E[(X - \mu_X)(Y - \mu_Y)]}{\sigma_X \sigma_Y},$$

Donde:

- σ_{XY} es la covarianza de (X, Y)
- σ_X es la desviación típica de la variable X
- σ_Y es la desviación típica de la variable Y

Anexo G.

CONCENTRADO DE RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS ABIERTAS

Pregunta 13:

Seguimiento de la pregunta dicotómica número 12.- La cual menciona: en caso de que se haya vacunado contra la Influenza a H1N1, se volvería a vacunar ¿por qué?

Para evitar el contagio
Evitar que nos de la enfermedad
Es una manera de prevención efectiva
Estaría protegida de la enfermedad
Para refuerzo ante el agente causal
Para estar más protegido
Para tener defensas y no contagiarnos
Si es necesario para estar más prevenido
Es una buena medida para que no se propague otra vez
Proporciona protección adecuada
Para protegerme
Para evitar la enfermedad
Si es necesario
Para evitar que la enfermedad se propague o me dé más fuerte
Porque si me da la enfermedad, evitaría que me dé fuerte
Para prevenir y evitar la enfermedad
La utilizaría como refuerzo
Para evitar más el riesgo
Como refuerzo de la enfermedad
Para evitar una recaída
Como refuerzo de la enfermedad
Es una prevención
Es un refuerzo
Mantener constante una prevención
Evitar el contagio en caso de que vuelva el brote de influenza
Para cuidar la salud y prevenir la enfermedad en la familia
Para cuidar mi salud
Para evitar que el virus se propague
Si es necesario
Para evitar que siga la enfermedad

Para prevenirse de la enfermedad en la etapa de frío
Para evitar algún contagio
Para evitar enfermarme
Para estar protegidos
Como refuerzo de la enfermedad
Para prevenir el contagio
Para estar prevenido
Para prevenir el contagio
Si así se requiere
Si es recomendación medica
Para prevenir la enfermedad
Si es recomendación medica
Para evitar contagiarme
Para prevenir la enfermedad
Para prevenir la enfermedad
Para evitar que te vuelva a dar la enfermedad
Para evitar contagio
Para no padecer la enfermedad
Para prevenir
Para no ser contagiado
Para protegerme de la enfermedad
Para evitar que nos enfermemos
Porque es una medida preventiva
Es mejor prevenir
Si es necesario
Para prevenir
Para no contagiarme
Para prevenir el contagio
Para evitar que me de
Es importante vacunarse
Para evitar el contagio
Como refuerzo de la enfermedad
Para evitar enfermarme
Para prevenir la enfermedad
Para cuidar mi salud
Para que no me enferme
Porque hay vacunas que tiene refuerzos
Para refuerzo
Para refuerzo
Mayor seguridad
Para estar más protegido

Como refuerzo
Es una medida de refuerzo
Evitar enfermarme
Para no enfermarme
Para evitar la influenza
Para prevenir
Para que no me contagie
Para que no nos de la enfermedad
Para prevenir la enfermedad
Para prevenir la enfermedad
Para evitar contagiarnos
Para evitar contagiarme
Por prevención
Para contrarrestar la enfermedad
Para evitar la enfermedad
Cada vez que digan
Es muy importante para nuestra salud
Prevención
Para prevenir la enfermedad
Evitar el riesgo de contagio
Para defender mi vida
Para que no me contagie
Es mejor prevenir
Para cuidar mi salud
Para prevenir la enfermedad
Para prevenir la enfermedad
Para estar más prevenido
Prevenir es mejor
Si el médico lo cree conveniente
Para estar más protegido
Si el doctor lo dice
Porque así se previene la enfermedad
Para cuidarme y protegerme
Para no enfermarme
Para prevenir
Para evitar contagiar

Pregunta 18:

Seguimiento de la pregunta dicotómica número 17.- Usted y su familia han utilizado el cubrebocas ¿cuándo?

Cuando tengo tos y gripa
Cuando estoy en el trabajo
En el trabajo
A veces
Durante el brote
Durante el brote
Durante el brote
Cuando me ha dado gripa
Cuando está enfermo alguien de la familia
Durante mi trabajo
Cuando empezó la enfermedad
Cuando le dio gripa a mi esposa
Cuando nos enfermamos de las vías respiratorias
En algún hospital, al consultar
En el hospital
Cuando tengo tos
Cuando inicio la influenza y tengo tos
En la casa cuando tenemos tos
Durante el brote
Durante el brote
En el trabajo
En el trabajo
Durante el brote
Cuando se está enfermo de gripe
Por catarro
En tiempos de frio
Durante el brote
Durante el brote
Cuando les dio gripe
Cuando es necesario
En el trabajo
Cuando tengo gripe
Cuando se enfermo alguien de la familia
Cuando nos da gripa o tos
Cuando hay un enfermo de gripe
En el trabajo

Cuando tiene gripa alguien de la familia
Cuando hubo el brote
Cuando hay catarro
Cuando empezaron anunciar la enfermedad
En el trabajo
Cuando tiene gripa alguien de la familia
Cuando tiene gripa alguien de la familia
Durante el brote
Durante el brote
Cuando tengo gripe
Cuando tengo gripe
Cuándo tiene gripa alguien de la familia
En el trabajo
Durante el brote
En el trabajo
Cuando hay gripe
Cuando tengo gripe
En el trabajo
Cuando está enfermo alguien de la familia
Cuando tengo tos o gripa
Cuando andamos agripados
Cuando andamos agripados
Cuando hubo el brote
Cuando tiene gripa
En el trabajo
Durante el brote
Cuando alguien de la familia se enferma
Cuando tenemos gripa
Cuando tenemos gripa
Cuando tenemos gripa
Cuando tenemos gripa
Cuando me dio tos
Cuando estaba enferma
Cuando tenemos gripa
Durante el brote
En el trabajo
Cuando hay tos o gripe
Cuando tengo gripe
Cuando tenemos tos
Cuando tengo gripe