



ULL

Universidad de La Laguna

Adherencia y actitudes hacia la vacuna antigripal de los Enfermeros del Área de Salud de La Palma

Noemí Isabel Fagundo Paz

Tutor: Jorge Antonio Martín Martín

Grado en Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de La Laguna:

Sección Enfermería y Fisioterapia (Unidad Docente de La Palma)

Fecha: 24/05/2017



AUTORIZACIÓN DEL TUTOR PARA LA PRESENTACIÓN DEL TRABAJO FIN DE GRADO

Grado en Enfermería. Universidad de La Laguna

Título del Trabajo Fin de Grado

“Adherencia y actitudes hacia la vacuna antigripal de los Enfermeros del Área
de Salud de La Palma”

Autor/a:

Noemí Isabel Fagundo Paz

Firma del alumno/a

Tutor/a:

Jorge Antonio Martín Martín

Vº. Bº del Tutor/a:

La Laguna a 24 de Mayo de 2017

❖ **RESUMEN:**

Las vacunas constituyen el pilar fundamental para el control de muchas enfermedades inmunoprevenibles como la gripe. En este ámbito, los profesionales sanitarios son una de las poblaciones más susceptibles debido a su contacto directo con pacientes portadores de esta enfermedad. Además, los enfermeros por su actividad asistencial y de promoción de la salud, son pieza clave tanto en la administración como asesoramiento sobre la vacuna antigripal. Por este motivo, se ha decidido investigar la adherencia y las actitudes de los enfermeros del Área de Salud de La Palma hacia esta inmunización, haciendo hincapié especialmente en su percepción y actitud sobre la necesidad y efectividad de ésta, así como su conocimiento teórico sobre inmunización. Para ello se realizará un estudio descriptivo cuantitativo basado en un cuestionario orientado a recabar la información necesaria que nos permita investigar sobre qué actitudes llevan a los enfermeros a recibir y recomendar la vacunación anual antigripal.

❖ **ABSTRACT:**

Vaccines are the key for the control of many immunopreventable diseases like influenza. In this area, health professionals are one of the most susceptible populations due to their direct contact with patients with this disease. In addition, nurses for their care activity and health promotion are the key as much in the administration as advice about the influenza vaccine. For this reason, we have been decided to investigate the adherence and attitudes of nurses in the health area of La Palma to this immunization, with particular emphasis on their perception and attitude about the necessity and effectiveness of this, as well as their theoretical knowledge on immunization. To do this, we will realized a quantitative descriptive study based on a questionnaire aimed at gathering the necessary information that allow us investigate what attitudes lead nurses to receive and recommend annual vaccination influenza.

❖ **PALABRAS CLAVE/KEY WORDS:**

- Vacuna/Vaccine.
- Enfermeros/Nurses.
- Adherencia/Adherence.
- Gripe/Flu.
- Actitudes/Attitudes.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. Introducción de conceptos.....Página 1.

1.2. Marco teórico.....Páginas 2 -13.

1.2.1.Prevenición.....Página 6.

1.3. Antecedentes..... Páginas 13-22.

1.4. Justificación.....Páginas 23-25.

2. OBJETIVOS.

2.1. Objetivo general..... Página 25.

2.2. Objetivos específicos.....Páginas 25-26.

3. METODOLOGÍA.

3.1. Diseño de investigación..... Página 26.

3.2. Población y muestra de estudio.....Páginas 26-27.

3.2.1 Criterios de inclusión.....Página 27.

3.3. Variables e instrumentos..... Página 27.

3.4. Procedimiento.....Páginas 28-29.

3.5. Método estadístico..... Página 29.

3.6. Consideraciones éticas..... Página 30.

3.7. Logística. Presupuesto..... Página 30.

3.8. Cronograma.....Página 31.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....Páginas 32-39.

5. ANEXOS.

5.1 Anexo 1. Calendario vacunal infantil y adulto de la Comunidad Autónoma de Canarias 2017.....Página 40.

5.2 Anexo 2. Encuesta. Páginas 41-44.

5.3 Anexo 3. Solicitud de autorización para la Gerencia de los Servicios de Atención Especializada y de Atención Primaria. Página 45-47.

6. AGRADECIMIENTOS..... Página 48.

Introducción

Se denomina vacuna a la preparación de microorganismos muertos o vivos pero debilitados que, una vez administrados, desencadenan en el individuo una respuesta inmunitaria que lo protege de la enfermedad sin llegar a producírsela. De este modo, el individuo queda protegido contra el germen si se producen posteriores contactos, gracias a la formación de linfocitos dotados de memoria que pueden reconocer un antígeno introducido al cuerpo durante una infección o vacunación anterior produciendo una respuesta inmunitaria rápida y fuerte cuando se exponen a un antígeno por segunda vez. [1, 2, 3, 4]

Este procedimiento produce una inmunidad adquirida artificial, que se define como la resistencia que opone el individuo al desarrollo, dentro del organismo, de los agentes patógenos tras el contacto con el agente infeccioso después de su inyección. [1, 2, 5]

La mayoría de las enfermedades inmunoprevenibles por la administración de vacunas han causado, alguna vez, una Alerta Sanitaria, lo cual se considera como una situación que genera un riesgo potencial para la salud de la población y que, además, pueden tener trascendencia social teniendo que adoptar medidas mediante el desarrollo de una serie de actuaciones eficaces de Salud Pública de un modo más o menos urgente, dependiendo del nivel de la alerta. [6, 7] Estas alertas suelen ocasionarlas las epidemias y las pandemias cuya diferencia es crucial. En el caso de la epidemia, se conoce como toda enfermedad que se propaga afectando a un elevado porcentaje de la población de un país durante un tiempo determinado y, cuando esta consigue extenderse a diferentes zonas o continentes se denominará pandemia, es decir, una pandemia implica un crecimiento exponencial de los casos afectados así como una expansión geográfica de gran alcance durante un tiempo ilimitado que puede provocar que se sobrepasen los controles sanitarios y que se colapse el sistema de salud. [8, 9, 10]

El nivel de la alerta en ambos casos dependerá de dos factores fundamentales: la facilidad de transmisión de la enfermedad y la relación entre las personas en peligro potencial y las personas inmunes. [10]

❖ **Marco teórico**

Los primeros antecedentes sobre la historia de las vacunas se remontan al siglo VII en la India, donde algunos nativos ingerían veneno de serpiente con el fin de ser inmunes a sus efectos. Luego, hubo que esperar varios siglos más (exactamente hasta el siglo X) para obtener algunos datos referentes de lo que hoy se conoce como vacunas, los cuales proceden de la antigua China, donde se han hallado escritos en los que se hace referencia a una forma primitiva de vacunación conocida como "variolización", esta técnica tenía el fin de inocular del pus procedente de las pústulas (contagiosas) de la viruela para provocar esta enfermedad de una forma atenuada e inmunizar así al paciente contra dicho padecimiento. [4, 11]

Sin embargo, la primera vacuna como tal, específicamente contra el virus de la viruela, fue descubierta por *Eduardo Jenner* en 1796, cuando llevó a cabo un estudio de inmunización a través de diversos experimentos con linfa de viruela del ganado vacuno (de ahí su nombre). Esta idea se le ocurrió al escuchar a una campesina del condado de *Berkeley* en Escocia, planteando que ella no podía padecer la viruela pues ya había sido afectada por la enfermedad del ganado vacuno y, por lo tanto, era inmune a ella. [3, 4, 11, 12]

Simultáneamente, a partir de ese momento, comenzó una nueva etapa en el ámbito de la Salud Pública, en la que se empezaron a crear numerosas vacunas para combatir los diversos tipos de virus y de enfermedades infecciosas, correspondiéndose sus invenciones y descubridores con el siguiente cuadro [4] (*Cuadro 1*):

Año	Vacuna	Autor
1796	Publicación de la vacuna y creación de la vacuna contra la viruela.	Edward Jenner
1885	Vacuna antirrábica y vacuna contra el ántrax de los vacunos.	Luis Pasteur
1892	Vacuna anticolérica.	Hapfkine
1898	Vacuna contra el Tifus.	Wright
1913	Inmunidad antidiftérica/Toxina-antitoxina.	Behring
1921	BCG (Antituberculosa).	Calmette y Guérin

1923	Vacuna anatóxica diftérica/ Vacuna de la tos ferina.	Ramon y Glenny/ Madsen
1927	Anatoxina tetánica.	Ramón y Zoeller
1937	Primera vacuna antigripal/ Vacuna Amaril 17D.	Salk/ Theiler
1949	Vacuna contra las paperas (autor desconocido) y cultivos celulares.	Engers, Robbin y Weller
1954	Vacuna antipoliomielítica inerte	Salk
1957	Vacuna antipoliomielítica oral activa atenuada.	Sabin
1960	Vacuna contra el sarampión.	Engers
1962	Vacuna contra la rubeola.	Weller
1968	Vacuna Meningocócica C.	Gotschlich
1971	Vacuna Meningocócica A.	Gotschlich
1976	Vacuna contra la Hepatitis B.	Maupas
1978	Vacuna Neumocócica.	Austrian
1979	Vacuna contra el <i>Haemophilus Influenzae</i> .	Desconocido
1983	Vacuna contra la varicela.	Takahshi
1986	Vacuna triple SARUPA (Sarampión, Rubeola y Paperas)/ Primera vacuna por Ingeniería Genética contra la Hepatitis B.	Mérieux/ Laboratorios Chiron
1987	Vacuna contra la meningitis en lactantes.	Eskola

Cuadro 1. Cronograma del descubrimiento de las vacunas. Elaboración propia [4]

Por otra parte, uno de los últimos pasos más importantes de la historia en este ámbito se remonta a 1874, cuando entró en vigor la Ley de Vacunación en Alemania, en la que se implantaba la obligatoriedad de la vacunación contra la viruela a todos los niños en su primer año de vida y a los menores de doce años, siempre que no hubiesen contraído la enfermedad [3]. Luego esta ley se extendió al resto de países en los que, más tarde, se crearía un calendario

vacunal, en el que se establece la edad que debe tener la persona a vacunar y, sobre todo, la vacuna que se administrará dividida, habitualmente, en diversas dosis (*Anexo 1*). [13, 14]

Cuando hablamos de Calendario Vacunal nos referimos a la “secuencia cronológica de aplicación rutinaria de inmunizaciones para una zona geográfica determinada, con las que se intenta proteger a su población frente a aquellas infecciones de potencial prevalencia local, contra las que se dispone de una vacuna segura”. En España, la obligatoriedad de la vacunación contra la viruela no se plasmó hasta 1921 tras varios brotes sucesivos. Posteriormente, la Ley de Bases de Sanidad de 1944 indicaría la obligación de vacunar, también, contra la difteria, contribuyendo de manera decisiva al control de ambas enfermedades. Le siguen diversas campañas de vacunación frente a la poliomelitis (1963) y DTP (1965). Fruto del éxito de estas vacunaciones, se determinó la necesidad de disponer de un calendario vacunal, el cual se instaura en nuestro país de manera oficial en 1972 recogiendo las vacunas anteriores como obligatorias. Tras esto, el 9 de diciembre de 1979, se declaró la erradicación de la viruela y se recomendó la suspensión de su vacunación y, finalmente, en 1986, con la creación de la Ley General de Sanidad, la cual sigue vigente en la actualidad, se suprimió la obligatoriedad de la vacunación. [12, 15, 16]

Si nos centramos en los costes-efectividad de las vacunas, en 1994, el Centro de Servicios Públicos, Investigación y Evaluación en Salud de Estados Unidos, llevó a cabo un estudio en Arlington, Virginia, en el que se calculó la relación coste-efectividad de las vacunas. (*Cuadro 2*) [17, 18]:

<u>Vacuna</u>	<u>Ahorro en gastos directos</u> <u>médicos/dólar gastado en la vacuna</u>	<u>Ahorro en gastos sociales</u> <u>indirectos/dólar gastado en la vacuna</u>
Polio	3.4 dólares	2.74 dólares
Sarampión	10.30 dólares	3.20 dólares

Cuadro 2. Relación coste-efectividad de las vacunas en Estados Unidos.

Elaboración propia. [17, 18]

Estos hechos constatan que la vacunación ha sido una pieza fundamental para el control y la prevención de muchas enfermedades infecciosas, pues han conseguido un claro descenso en las cifras de incidencia y de la mortalidad de las enfermedades inmunoprevenibles. Esta eficacia radica en dos factores: la protección conferida a la persona inmunizada y la inmunidad en grupo, esta última se define como la situación de protección que se crea cuando un elevado porcentaje

de la población se encuentra inmunizada frente a una enfermedad, ocasionando que la transmisión entre humanos de esa enfermedad no pueda circular. [19]

Una de las recomendaciones del calendario vacunal de adultos es la vacuna antigripal. La gripe es una enfermedad infecciosa aguda que afecta a las vías respiratorias con una elevada capacidad de transmisión. Este problema de salud es de vital importancia debido a la mortalidad que provoca, a las complicaciones que puede ocasionar y a los costes económicos y sociales que origina. Además, este virus tiene una elevada capacidad de mutación en sus antígenos, lo cual implica la aparición de nuevas cepas de virus gripales cada año y, a su vez, la necesidad de actualizar la vacuna cada temporada y administrarse de forma anual. [20, 21, 22]

La fuente de infección habitual la constituyen las personas enfermas mediante gotas originadas al hablar, toser o estornudar que alcanzan a la persona sana, aunque también puede llegar a transmitirse por contacto directo cuando una persona toca una superficie que contiene el virus, como la mano de un enfermo, y acto seguido se toca su nariz o boca. Sin embargo, los virus gripales también pueden infectar a animales, quienes pueden ser fuente de nuevos subtipos del virus para el ser humano. La capacidad de este virus para saltar la barrera interespecie hace que sea una enfermedad considerada como no erradicable. [12, 16, 20]

Esta infección, a las pocas horas ocasiona la inflamación y congestión del tracto respiratorio. Tras ello comienza con el cuadro clínico inicial, que incluye: fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, mialgias, molestias de garganta, congestión nasal, malestar general, pérdida de apetito y tos seca. Sin embargo, otros síntomas son exclusivos de ciertos grupos de edad, por ejemplo, los niños suelen presentar en su sintomatología otitis media y molestias intestinales (náuseas, vómitos o diarreas) que no se suelen presentar en los adultos, en cuanto a los ancianos es bastante frecuente la dificultad respiratoria. Del mismo modo, la mayoría de personas se recuperan en una o dos semanas, pero en ocasiones se pueden desarrollar una serie de complicaciones respiratorias, en su mayoría, en los grupos considerados de riesgo (*ver Cuadro 3*), como: neumonía, bronquitis, sinusitis u otitis, pero también deshidratación y empeoramiento de enfermedades crónicas ya existentes, siendo lo más común la exacerbación de los síntomas de los pacientes con asma, fibrosis quística o Enfermedad Obstructiva Crónica (EPOC). Estas complicaciones pueden llegar a ocasionar la muerte. [20, 21, 22]

El tratamiento está enfocado al control sintomatológico, aunque en ocasiones se administra alguno de los cuatro antivirales que se conocen (amantadina, rimantadina, zanamivir y

oseltamivir) con el fin de reducir las complicaciones graves y los casos de muerte. El tratamiento habitual incluye los siguientes consejos higiénico-sanitarios: [20, 21]

- Reposo y beber abundantes líquidos.
- Evitar el consumo de tóxicos (alcohol, tabaco...)
- Tomar medicación para mejorar la sintomatología de la gripe (la medicación no incluye antibióticos pues la enfermedad está causada por un virus).
- No administrar aspirina a niños ni adolescentes pues puede provocar la aparición del Síndrome de Reye.

◆ **Prevención.**

La vacunación contra este virus es el método más eficaz para prevenir la enfermedad y, aunque se recomiende de forma general a toda la población, se hace especial énfasis en aquellas personas que tienen un alto riesgo de sufrir complicaciones en caso de contagiarse, así como aquellos individuos que mantengan contacto con población infectada. Así, según las recomendaciones de la Comisión Nacional de Salud Pública y de la Organización Mundial de la Salud los grupos de individuos en los que se recomienda la vacunación antigripal anual son los siguientes (*Cuadro 3*) [20, 21, 22, 23]:

<p>Personas que pueden transmitir la gripe a personas con alto riesgo a presentar complicaciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Trabajadores de los centros sanitarios. Se hará especial énfasis en los profesionales que atienden a pacientes de alto riesgo ya descritos. · Personas que trabajan en instituciones geriátricas o en centros de atención a enfermos crónicos, especialmente los que tengan contacto continuo con personas vulnerables. · Personas que proporcionen cuidados domiciliarios a pacientes de alto riesgo. · Personas que conviven en el hogar, incluidos niños/as, con otras que pertenecen a algunos de los grupos de alto riesgo, por su condición clínica especial, citados anteriormente.
<p>Otros grupos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Personas que trabajan en servicios públicos esenciales, con especial énfasis en los siguientes subgrupos: Fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, bomberos, servicios de protección civil, personas que trabajan en los servicios de emergencias sanitarias y trabajadores de instituciones penitenciarias y de otros centros de internamiento por resolución judicial. · Personas que, por su ocupación, pueden estar en contacto con aves con sospecha o confirmación de infección por virus de gripe aviar, especialmente: Las personas que están directamente involucradas en las tareas de control y erradicación de los brotes y las personas que viven y/o trabajan en granjas de aves donde se han notificado brotes, o se sospecha su existencia.

Cuadro 3. Grupos de riesgo a los que se les recomienda la vacunación anual. Elaboración propia. [12, 20, 23]

Sin embargo, hay grupos a los que no se les recomienda vacunarse contra la gripe, tales como [20, 23]:

- Personas con alergia grave al huevo o hipersensibilidad a sus proteínas ya que se fabrican a partir de virus cultivados en huevos embrionados de gallina que, posteriormente, son inactivados y fraccionados. Tampoco se recomienda a aquellos pacientes que hayan tenido una reacción alérgica severa a una vacunación anterior de la gripe.

- Niños menores de 6 meses.

- Presencia de enfermedad aguda con fiebre alta. Debe esperarse hasta que esta situación remita.

La vacuna contra la gripe está compuesta por tres cepas diferentes, dos de tipo A y una de tipo B, que representan los virus que, con mayor probabilidad, circularán el invierno siguiente. Estas cepas se publican en el mes de febrero de cada año por la OMS y, en el caso de esta temporada (2016/2017) deberá contener los siguientes componentes [20, 21, 23]:

- Cepa análoga A. California/7/2009 (H1N1).
- Cepa análoga A. Hong Kong/4801/2014 (H3N2).
- Cepa análoga B. Brisbane/60/2008.

La capacidad protectora de esta vacuna dependerá de dos factores: la similitud de los virus circulantes y los contenidos en la vacuna, y la edad y estado de salud de la persona inmunizada. De este modo, si la coincidencia entre los virus circulantes y los vacunales es alta, la vacuna previene entre el 70-90% de la gripe en sujetos sanos menores de 65 años mientras que en las personas mayores de 65 años o con enfermedades crónicas la eficacia para prevenir la enfermedad es de un 30-40%, siendo más efectiva para prevenir las complicaciones asociadas a esta enfermedad evitando, así, el 50-60% de las hospitalizaciones y el 80% de los fallecimientos asociados a ellas [20, 21, 23].

Hace más de 50 años, la OMS creó un programa internacional de vigilancia epidemiológica para recoger e identificar las cepas gripales con el fin de aislar y caracterizar cuales son las circulantes. Estos virus son comparados entre sí a nivel mundial en cuatro Centros Colaboradores de Investigación en Gripe (Atlanta, Londres, Melbourne y Tokyo), a fin de evaluar la importancia de las nuevas variantes detectadas [20, 24].

En España, la vigilancia se ayuda de diversos sistemas y fuentes de información que permiten ofrecer una amplia visión del comportamiento de la enfermedad y los virus circulantes (*Imagen 1*). Esta vigilancia se realiza a través de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, en la que la información es suministrada por las Comunidades Autónomas mediante el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Asimismo, los países de la Unión Europea, incluida España, integran un sistema de vigilancia denominado EISN (*European Influenza Surveillance Network*), que facilita información semanal sobre la actividad de la gripe en Europa (*Imagen 2-3 y Gráfico 1*) [20, 24].

España. Semana 17/2017



Imagen 1. Difusión geográfica de la gripe en España (casos/100.000 habitantes). [25]



Imagen 2. Intensidad del virus de la gripe en Europa. Extraído de European Centre for Disease Prevention and Control. [26, 27]

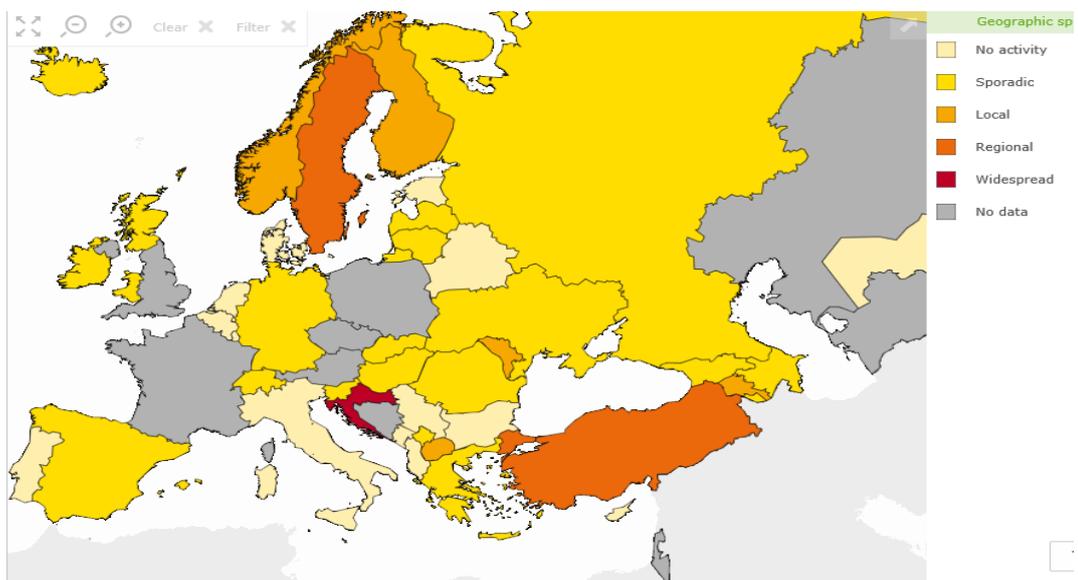


Imagen 3. Distribución geográfica de la gripe en Europa. Extraído de European Centre for Disease Prevention and Control. [26, 27]

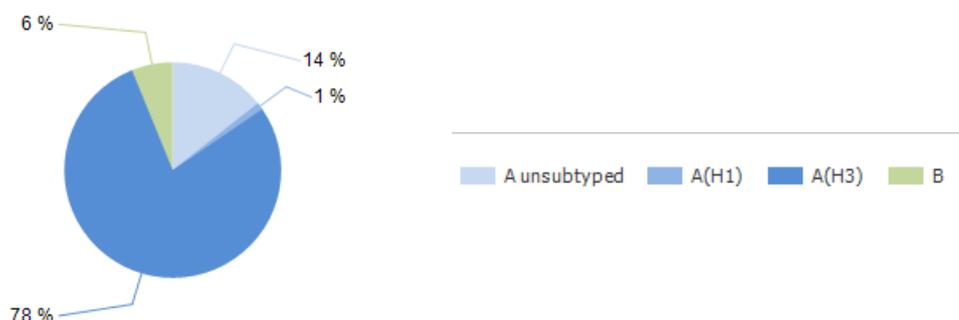


Gráfico 1. Porcentajes de los subtipos de la gripe detectados en la región. Extraído de European Centre for Disease Prevention and Control. [26, 27]

El conjunto del Sistema de Vigilancia de Gripe en España (SVGE) engloba las siguientes fuentes y sistemas de información [20, 24]:

- **Sistema centinela de vigilancia de gripe en España (ScVGE).** La vigilancia se realiza en el periodo de mayor prevalencia. Durante este periodo, los médicos integrantes de cada red notifican de forma individual las consultas por síndromes gripales detectadas.
- **Vigilancia de casos graves hospitalizados confirmados de gripe (CGHCG).** El objetivo de los hospitales designados de cada Comunidad Autónoma es reconocer las características clínicas epidemiológicas y virológicas de estos casos producidos por los virus de la gripe circulantes, así como caracterizar los grupos de riesgo para la presentación de complicaciones. Del mismo modo, se encargan de evaluar la gravedad de la situación y compararla con situaciones previas de epidemia.
- **Circuito de transmisión de la información.** La información se introduce semanalmente en cada Comunidad Autónoma en una aplicación informática, con ella se elaborará un informe semanal en colaboración con el CNM que se difundirá a todos los integrantes del SVGE y a las autoridades sanitarias. Los datos a nivel nacional se envían semanalmente al ECDC y a la Oficina Regional Europea de la OMS para participar en la vigilancia internacional de la enfermedad, lo que contribuye a la formulación de recomendaciones y la adopción de medidas para el control de la gripe.
- **Brotos de la gripe.** Se notificarán aquellos casos que pudiesen requerir de actuaciones especiales de Salud Pública, que puedan dar lugar a presentaciones graves o cuando se haya determinado la discordancia entre las cepas circulantes y vacunales.

- **Vigilancia del virus respiratorio sincitial (VRS).** La vigilancia virológica de la gripe se complementa con la vigilancia no centinela de VRS en España debido a la necesidad de establecer cuáles son los casos producidos y cuáles por el VRS, ya que la sintomatología y el periodo circulante son muy similares.

- **Vigilancia de la mortalidad.** La información relativa a las defunciones debidas al virus de la gripe se obtiene del registro de casos graves hospitalizados que presentaban un diagnóstico confirmado de infección gripal y han tenido una evolución nefasta. En este espacio, durante las epidemias de gripe estacional se han venido estimando de forma indirecta mediante modelos el exceso de defunciones asociadas a la gripe, respecto al nivel basal esperado en periodos de circulación de virus gripales.

- **Vigilancia internacional.**

En cuanto a la Red Centinela Canaria (RCC), durante la quinta semana de 2016 registró un máximo de 256 casos por 100.000 habitantes, siendo esta epidemia menor en cuanto a la intensidad y la duración que la anterior temporada. [28]

En los hospitales del Servicio Canario de Salud se registraron un total de 210 casos graves debidos al virus de la gripe de los cuales la mayoría pertenecían al tipo A (77 del subtipo A H1N1, 2 del subtipo A H3N2, y el resto “A sin subtipar”), y solo 29 de los casos pertenecían al tipo B. De este total, el 58.6% tenían algún factor de riesgo y únicamente cinco de ellos habían recibido la vacuna antigripal (*Gráfico 2*). [28]

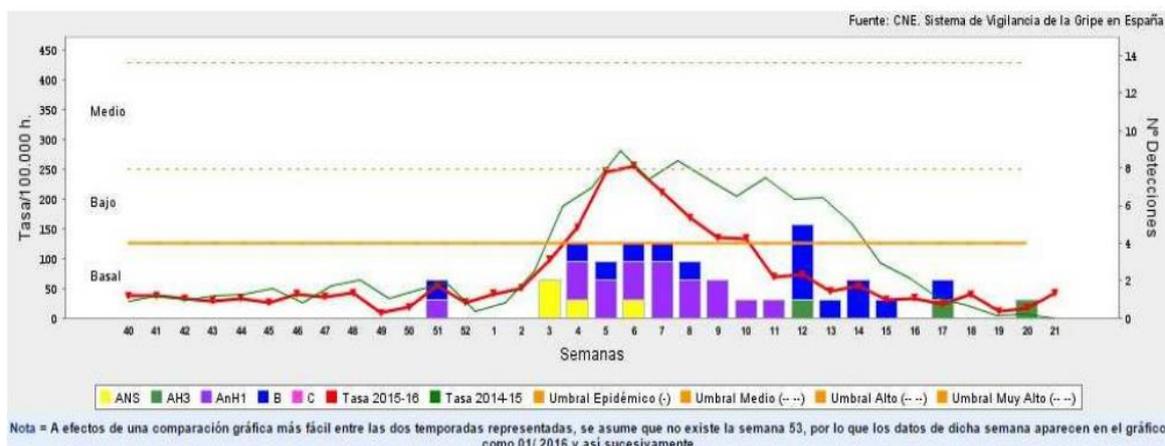


Gráfico 2. Casos de la gripe en Canarias según la semana y subtipos más prevalentes. Extraída del Sistema de Vigilancia de la Gripe en España. [28]

En esta enfermedad, los profesionales sanitarios cumplen la función de nexo entre la política sanitaria en la materia de las vacunas y la población, puesto que se encarga de informar

acerca de la indicación de vacunarse y se identifica como una pieza clave a la hora de promover la decisión final de vacunarse o no. [19]

Para poder indicar la vacuna, los profesionales deben tener acceso a información fiable y contrastada en lo referente a la eficacia, los efectos secundarios o cualquier cuestión relacionada con el fin de poseer argumentos útiles ante dudas que puedan ocasionarse. [19]

Por otra parte, en Georgia, durante 1988, un estudio realizado por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades et col demostró que la actitud de los trabajadores sanitarios proveedores del servicio de vacunación era un factor que influenciaba en la recepción de vacunas por parte de la población [29]. En dicho estudio se examinó la actitud de los pacientes y de los trabajadores sanitarios antes de la visita médica y se midió el porcentaje de pacientes inmunizados durante esa visita. Cuando el paciente y el trabajador sanitario tenían actitud positiva hacia la vacunación, casi el 90% de los pacientes fueron inmunizados, si el paciente tenía planeado no inmunizarse, pero el trabajador sanitario se lo recomendaba el 70% recibieron la vacunación y, cuando se daba el caso de que el paciente tuviera actitud positiva hacia la inmunización pero el trabajador sanitario no la recomendaba, sólo el 8% se vacunaban. Por este motivo, los especialistas de Cumbre de Expertos Europeos Independientes en Vacunas (SIEVE) destacó la importancia de la percepción del trabajador sanitario sobre las vacunas y su actitud hacia éstas, además de la necesidad de mejorar su conocimiento en vacunas y el acceso a buenas fuentes de información sobre las mismas. [29, 30]

❖ **Antecedentes**

La última alerta sanitaria a nivel mundial del siglo XXI fue la producida por el virus del Ébola, la cual se inició en diciembre de 2013 en Guinea y se extendió a toda África Occidental. Sin embargo, no es la única epidemia que ha acontecido en este siglo, ya que existieron otras dos pandemias anteriores: el síndrome respiratorio agudo (SARS) y la gripe A (virus H1N1), la cual afectó a nivel mundial a más de 343.298 personas y ocasionó 4.108 muertes con un elevado porcentaje de sanitarios afectados. Pese a esto, el virus de la gripe estacional supera esas cifras anualmente, pues ocasiona aproximadamente 100 millones de casos en el mundo, de los cuales 200.000 personas son hospitalizadas y mueren alrededor de 30.000. [31, 32]

Estas cifras nos sugieren que, entre un 10-20% de la población mundial se ve afectado de forma anual por la enfermedad transmisible más conocida: la gripe, lo cual se asocia con un incremento de la hospitalización y de la mortalidad. [33, 34]

Por otro lado, en 2004 Roberto Debbag llevó a cabo un estudio sobre la infección por el virus de la gripe en el que se incluyen los riesgos, complicaciones y su prevención y en el cual concluyó que durante las epidemias de este virus, las muertes por accidentes cardiovasculares aumentan 2,5 veces y las secundarias a insuficiencia cardíaca congestiva 1,8 veces, que el riesgo de hospitalización para los diabéticos es 6 veces mayor que el de los pacientes no diabéticos y la tasa de muertes es 1,7 veces mayor por neumonía y gripe que en la población general. Así, la tasa de mortalidad oscila entre un 5 y un 15% y aumenta ante la coexistencia de situaciones adicionales, como enfermedades cardiovasculares y renales crónicas. Del mismo modo, se determinaron los siguientes resultados, organizados poblaciones de riesgo (*Cuadro 4*): [35]

<u>Grupo</u>	<u>Acción de la vacuna</u>
<i>Personas mayores de 65 años</i>	En estudios no aleatorizados realizados en esta población con o sin enfermedades crónicas asociadas se muestra una reducción de la tasa de neumonías y de hospitalización del 18-52% y una disminución de las causas totales de muerte del 27-70%. En un metaanálisis se estimó que la vacunación reducía la aparición de la enfermedad en un 33%, la hospitalización por neumonía en un 50% y la mortalidad en un 50%.
<i>Personas institucionalizadas</i>	La efectividad ha sido ampliamente estudiada en poblaciones de residencias de ancianos y la reducción de la enfermedad durante los brotes epidémicos fue de aproximadamente el 40%. A pesar de que la respuesta inmunogénica puede disminuir con la edad, la vacunación previene las hospitalizaciones y las muertes en un 47-90%. La vacunación reduce la enfermedad por un efecto de inmunidad comunitaria, es decir, un mayor número de individuos protegidos y una menor probabilidad de contagio.
<i>Grupos de riesgo que presentan una condición médica comórbida asociada.</i>	En pacientes diabéticos se apreció una reducción de la enfermedad cercana al 79%.

Cuadro 4. Efectividad de la vacuna antigripal en algunas de las poblaciones de riesgo. Elaboración propia. [35]

Si nos centramos en la gripe A, acaecida en 2009, fue uno de los acontecimientos más importantes de este siglo, puesto que la OMS decretó el estado de pandemia, aunque no fue hasta julio cuando recomendó la vacunación contra este virus al personal sanitario, ya que es considerado como un grupo de protección prioritario debido tanto a su papel transmisor como por la importancia que el absentismo laboral masivo hubiera supuesto en la atención poblacional. A pesar de su importancia, las tasas de vacunación entre los profesionales sanitarios tienden a ser bajas y así lo demuestra un estudio realizado en 2010 por María Matilde Maceira Castineira et col dirigido a conocer el estado de vacunación frente a la gripe estacional y a la gripe A en los trabajadores sanitarios de atención primaria del área de Ferrol. Este estudio reveló que la aceptación de la vacunación fue baja, tanto para la gripe estacional (57,2%) como para la gripe A (15,6%), resultando la tasa de vacunación frente a la gripe A significativamente inferior en todas las categorías profesionales (Tabla 1). Del mismo modo, Saxen y Virtanen estimaron que la vacunación del personal sanitario puede reducir el absentismo atribuible a infecciones respiratorias agudas en un 28%. [33, 36, 37]

Colectivo	N	Vacunación gripe estacional		Vacunación gripe A	
		n	%	n	%
Enfermería	84	44	52,4	8	9,5
Médicos generales	78	47	60,3	15	19,2
Pediatras	10	7	70,0	4	40,0
Total	172	98	57,0	27	15,7

Tabla 1. Cobertura vacunal frente a la gripe estacional y la gripe A según colectivo profesional. [36]

Por este motivo y con el fin evitar el incremento de personas afectadas por el virus de la gripe, atacando directamente a su difusión y a las complicaciones derivadas de esta en las poblaciones de riesgo, cada año se crea una nueva vacuna frente a la gripe, ya que tiene la peculiar característica de ser la única vacuna que necesita reformularse cada año debido a los cambios antigénicos que se producen en los virus gripales, sin embargo sigue considerándose la medida de prevención más eficaz para los grupos de riesgo debido a que, en la actualidad, es la única capaz de reducir el impacto que producen estas epidemias estacionales. Pese a esto, su efectividad varía cada año en función de factores como: la similitud entre las cepas vacunales y las circulantes, la edad de las personas vacunadas, el estado inmunológico de los mismos y la memoria inmunológica. [33, 34]

En 2011, Raúl Herzog Verrey, publicó una tesis doctoral bajo el título “Conocimiento, creencias y actitudes del personal sanitario respecto a las vacunas: ¿están relacionados con su intención de vacunar a la población que atienden?” [19]. De la búsqueda bibliográfica que se realizó se obtuvieron 2354 referencias, se seleccionaron 43 estudios para leer a texto completo y, finalmente, solo quedaron incluidos 15 estudios significativos (siendo algunos autores: Mills E et al, Prislín R et al, Wilson K et al, Wakefield AJ et al...). Tres de ellos mostraban una asociación positiva entre un mayor conocimiento y una mayor intención de vacunar, teniendo además los de mayor calidad metodológica significación estadística, ocho estudios mostraban una asociación positiva entre creencias más acordes a la evidencia científica y la intención de vacunar, unos alcanzando la significación estadística y otros no, y doce de estos estudios mostraban una asociación positiva entre una actitud más favorable hacia la vacunación y una mayor intención de vacunar, unos alcanzando la significación estadística, como los dos de mayor calidad, y otros no. Todo ello se resume en la postulación de los especialistas de Cumbre de Expertos Europeos Independientes en Vacunas (SIEVE): *“A mayor conocimiento del trabajador sanitario sobre inmunización, mayor era su intención de vacunar”, “Los trabajadores sanitarios con creencias sobre inmunización más acordes con la evidencia científica tenían mayor intención de vacunar” y “Los trabajadores con actitud más positiva hacia la inmunización tenían mayor intención de vacunar”*. [19]

Las ideas, como citan a Ribera en este estudio, *“pueden acabar transmutándose con el paso del tiempo en creencias y estas a su vez ser la base de habilidades prácticas y, entre medias, existe el conocimiento tácito, difícil de encasillar entre las dos tapas de un libro, pero que finalmente condiciona la actitud a seguir”*. Las creencias, a su vez y según Ortega y Gasset, *“son una miríada de expectativas inconscientes en la que descansa nuestra conducta todos los días y este componente de inconsciencia dificulta tanto su investigación como su conocimiento”*. [19]

Con la información obtenida, se concluyó que, a mayor conocimiento sobre vacunas, creencias más acordes con la evidencia científica y las actitudes más favorables hacia la vacunación de los trabajadores sanitarios, se asocian con una mayor intención de vacunar a la población que atienden. Del mismo modo, se postuló que, tal y como demuestran los hechos históricos, la mayor o menor adherencia a la vacunación se ve influenciada por el riesgo que los pacientes perciben en ella y la confianza en las personas u órganos que las recomiendan y, además, está estrechamente vinculada al temor, a la enfermedad y a los riesgos supuestos, asociados o no a las vacunas. [19]

En el año 2012, José Tuells et col realizó un estudio sobre los factores asociados a la predisposición a vacunarse contra la gripe A en la población adulta del Departamento de salud de Elche y la influencia de las fuentes de información [38]. En esta publicación los encuestados manifestaron que la televisión (57%) y el médico de familia (47,9%) eran su fuente principal de información sobre vacunas. El 82,2% tenía una buena opinión sobre las vacunas, un 30,5% percibía la gripe A como más grave que la estacional, siendo esta percepción creciente entre los de mayor edad y con menos estudios, un 25,4% de encuestados sentía preocupación por padecerla, sobre todo los de menor nivel educativo, y un 42,1% manifiesta su buena predisposición para vacunarse contra la gripe estacional, disminuyendo hasta un 18,4% la intención de vacunarse contra la gripe A. Del mismo modo, las únicas fuentes de información cuya consulta no se ve alterada por la edad o el nivel educativo son la radio y la televisión, desde esta perspectiva su uso podría oscilar entre un 54 y un 60% para la televisión y entre un 15 y un 23% para la radio, sin embargo, la recepción de información por parte de familiares o amigos actúa a favor de la no vacunación contra la gripe A. Si observamos las fuentes sanitarias primarias frente a los medios de comunicación en su conjunto el resultado es que un 64,5% de la muestra obtuvo información a través de los medios de comunicación mientras que el personal facultativo informó a un 61,5% de la población (*Imagen 4*). [38]

Los resultados que se presentaron muestran que la actitud positiva hacia la vacunación, tanto frente a la gripe estacional como a la gripe A, está fuertemente condicionada por la edad de la persona y su nivel educacional, siendo creciente con la edad y decreciente con el nivel educacional [38]. Estos datos concuerdan para la gripe A con estudios realizados en Hong Kong por Lau JT et col durante mayo de 2009, en Australia por Keith Eastwood et col en agosto de 2009 y en Francia por Schwarzinger et col en julio de 2009 [39, 40, 41], donde la edad toma un papel significativo en la predisposición a vacunarse y con otro realizado en Grecia durante agosto de 2009 por Sypsa et col que muestra al nivel educativo como favorecedor de la predisposición [42]. Sin embargo, no se ha observado, por el contrario, que la información producida por los medios de comunicación influya en la predisposición a vacunarse, ni en la preocupación o sensación de miedo a padecer la gripe A. Finalmente, se demostró que la fuente de información más concluyente para ayudar a tomar decisiones respecto a la vacunación antigripal es el médico de familia, dato acorde con el estudio de Maurer y col realizado en Estados Unidos entre 2009-2010 [43].

Variables socioculturales			Fuentes de información consultadas sobre vacunas		
Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Porcentaje		
Hombre	352	42,6	Médico de familia del CS	396	47,9
Mujer	474	57,4	Pediatra del centro de salud	99	12,0
Edad	Frecuencia	Porcentaje	Enfermera del centro de salud	162	19,6
[18-35]	320	38,8	Médico del hospital	67	8,1
[35-55]	257	31,2	Enfermera del hospital	71	8,6
> de 55	248	30,1	Sanidad (Salud pública)	135	16,3
Estudios	Frecuencia	Porcentaje	Folleto/Póster de vacunas	147	17,8
Universitarios	234	28,4	Familiares o amigos	163	19,7
Secundarios	316	38,3	Prensa escrita o revistas	180	21,8
Primarios o menos	275	33,3	TV	471	57,0
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Radio	159	19,2
Con pareja	376	45,5	Internet	141	17,1
Sin pareja	450	54,5	No me han dado información	20	2,4
Total	826	100,0	Otras fuentes	33	4,0

*Creencias sobre la gripe A y predisposición a la vacunación contra la gripe A/(H1N1) y la gripe estacional.
Frecuencias y porcentajes de respuestas afirmativas.*

¿Cree que las vacunas son buenas para la salud?	679	82,2
Sensación de preocupación o miedo por padecer la gripe A.	210	25,4
Sensación de más gravedad en la gripe A que en la gripe estacional.	252	30,5
Predisposición hacia la vacunación contra la gripe A/(H1N1).	152	18,4

Imagen 4. Resultados de los factores asociados a la predisposición a vacunarse contra la gripe A en la población adulta del Departamento de salud de Elche y la influencia de las fuentes de información. [38]

Por otra parte, en 2014 Nuria Torner et col efectuó un estudio acerca de las actitudes sobre la vacunación antigripal en los profesionales sanitarios de atención primaria de Cataluña [33]. En él participaron 1212 profesionales de los cuales solo se incluyeron a 423 (la iniciaron 604, la completaron 470, 16 tenían contraindicación para recibir la vacuna y 31 tenían condiciones médicas de riesgo), y que reveló una cobertura vacunal global del 46.6%, situándose en la banda alta entre los diferentes estudios realizados en España en relación con la vacuna antigripal estacional tanto en Atención Primaria (AP) como en hospitales, aunque por debajo de las observadas en otros países como Estados Unidos (66,9%). Además, en este estudio se observó una asociación entre estar vacunado y considerar que la vacunación es la mejor medida preventiva, la preocupación por contraer la gripe y considerar importante la vacunación del personal sanitario. En cuanto a conocimientos, actitudes y opiniones sobre la gripe, el 56,5% tenía conocimientos insuficientes sobre la gripe, el 48,9% estaba preocupado por infectarse en su lugar de trabajo, el 73,8% consideraba importante que los profesionales se vacunaran, el 93,1% opinaba que la vacuna protegía a los grupos de riesgo, el 55,3% que la vacunación de los profesionales reduce los brotes de gripe y el 78,5% consideraba que la vacunación era la mejor medida preventiva. Del mismo modo, se observa que se incrementa con la edad del profesional,

pasando de un 30% en los profesionales entre 25-34 años y el 59,6% en los mayores de 55 años, hecho constatado por otros autores, aunque, aun así, las coberturas se encuentran por debajo de los niveles deseados [33]. Este estudio se ha comparado con otro en el que la encuesta fue realizada a 336 profesionales sanitarios de toda España entre enero y marzo de 2012, y Picazo et al. observaron que la cobertura de vacunación antigripal fue del 75% [44]. En relación con los argumentos a favor de recibir la vacuna, dicho estudio reveló una mayor cobertura en profesionales que conviven con personas afectadas por enfermedades crónicas y con mayores de 65 años, aquellos más preocupados por contraer la infección en el lugar de trabajo y que opinaban que su vacunación es útil para evitar la aparición de brotes, al igual que se ha observado en otros trabajos (Tabla 2 y 3) [45, 46, 47, 48, 49].

	Vacunados/n (%)	No vacunados/n (%)
Edad^a		
25-34 años	12/40 (30,0)	28/40 (70,0)
35-44 años	55/141 (39,0)	86/141 (61,0)
45-54 años	77/153 (50,3)	76/153 (49,7)
≥ 55 años	53/89 (59,6)	36/89 (40,4)
Sexo		
Masculino	44/77 (57,1)	33/77 (42,9)
Femenino	153/346 (44,2)	193/346 (55,8)
Categoría profesional		
Médico de familia	76/162 (46,9)	86/162 (53,1)
Pediatra	22/32 (68,8)	10/32 (31,2)
Personal de Enfermería	99/229 (43,2)	130/229 (56,8)
Años de trabajo		
≤ 9 años	17/52 (32,7)	35/52 (67,3)
10-29 años	123/267 (46,1)	144/267 (53,9)
≥ 30 años	57/104 (54,8)	47/104 (45,2)
Convive con personas con enfermedades crónicas		
No	165/372 (44,4)	207/372 (55,6)
Sí	32/51 (62,7)	19/51 (37,3)
Convive con personas ≥ 65 años		
No	166/374 (44,4)	208/374 (55,6)
Sí	31/49 (63,3)	18/49 (36,7)

Tabla 2. Distribución de profesionales sanitarios vacunados y no vacunados según las características demográficas y profesionales. [33]

	Vacunados/n (%)	No vacunados/n (%)
La gripe tiene un periodo de incubación de 10-14 días		
No	82/151 (54,3)	69/151 (45,7)
Sí	99/239 (41,4)	140/239 (58,6)
No responde	16/33 (48,5)	17/33 (51,5)
Recomiendo vacuna en mujeres embarazadas primer trimestre		
No	89/203 (43,8)	114/203 (56,2)
Sí	61/111 (55,0)	50/111 (45,0)
Recomiendo la vacuna en las mujeres en posparto		
No	55/134 (41,0)	79/134 (59,0)
Sí	82/160 (51,2)	78/160 (48,8)
Preocupado por infectarse en su lugar de trabajo	148/207 (71,5)	59/207 (28,5)
Preocupado por contraer la enfermedad	87/169 (51,5)	82/169 (48,5)
Preocupado por infectar a sus pacientes	81/218 (37,2)	137/218 (62,8)
La vacunación en los profesionales sanitarios es importante	176/312 (56,4)	136/312 (43,6)
La vacunación en personas de alto riesgo reduce complicaciones	192/394 (48,7)	202/394 (51,3)
La vacunación en los profesionales sanitarios recude brotes	136/234 (58,1)	98/234 (41,9)
La vacunación es la mejor medida preventiva contra la gripe	184/332 (55,4)	148/332 (44,6)

Tabla 3. Cobertura vacunal antigripal de los profesionales sanitarios según sus conocimientos y actitudes sobre la vacunación antigripal. [33]

En fechas similares (2013-2014), Josep Montserrat-Capdevila et col desarrolló un estudio acerca de los factores asociados a recibir la vacunación antigripal en profesionales de atención primaria de la región sanitaria de Lleida obteniéndose una cobertura vacunal del 60.3% de 320 profesionales (47.2% del total) [32]. En los resultados obtenidos no se halló una asociación entre la vacunación y el conocimiento sobre la gripe y la vacunación antigripal, pero sí con la prescripción de la vacunación antigripal en gestantes, mayores de 65 años e inmunodeprimidos y, al igual que en otros estudios, otro motivo para vacunarse fue para proteger la propia salud y por la percepción de que la vacunación antigripal es efectiva [50, 51, 52, 53]. Del mismo modo, se determinó que los/las profesionales de mayor edad, los/las pediatras y las mujeres tienen una adherencia superior y se concluyó que, aunque el estudio detecta una cobertura vacunal superior a la de la mayoría de los publicados hasta el momento, esta cobertura se considera insuficiente y, por ello, sería preciso diseñar estrategias para conseguir mejorarla en los profesionales con el fin de prevenir la enfermedad y evitar la transmisión del virus a sus pacientes. [32]

El siguiente año, en 2015, Belén Collado Hernández y Yolanda Torre Rugarcía realizaron una revisión sobre las actitudes hacia la prevención de riesgos laborales en profesionales sanitarios en situaciones de alerta epidemiológica en Madrid [31]. Se recolectó un total de 17 artículos, once de ellos hacían referencia a efectos psicosociales, 3 a la vacunación y 12 a la adhesión a medidas preventivas que demostraron que las medidas preventivas en dos pandemias (SARS y gripe A) fueron bien valoradas y seguidas por los profesionales debido al miedo a enfermarse, contagiar a sus familias y la elevada carga laboral, sin embargo, existe una escasa adherencia a programas de vacunación y a la utilización de literatura científica. [31]

En relación al impacto psicosocial, Vinck L. et al, en 2011, determinó que durante la pandemia de la gripe A el 60% de los médicos, enfermeras y directivos no mostraban estrés o ansiedad por contagiarse, aunque Nickell LA. Et al demuestra lo contrario en un estudio realizado en Toronto durante la pandemia de SARS (2004) en el que observó que el 64.7% se mostraba preocupado por su salud [54, 55]. Este último se encuentra en concordancia con la investigación realizada en marzo de 2004 por Wong WCW. Et al quien demostró que los profesionales mostraban ansiedad por contagiarse a ellos mismos, pero también por contagiar a sus familias. [56]

Dos autores hacen referencia, en sus estudios (2007 y 2011), a la carga de trabajo, desde el punto de vista psicológico, que las pandemias producen en el personal sanitario, sin encontrar en ninguno de los 17 ninguna mención a la carga física [31]. Shiao JS-C. et al. estudiando los factores que influían en decidir abandonar su trabajo en las enfermeras durante la pandemia de SARS descubre que el 49.9% de ellas percibe aumento de la carga de trabajo, aunque Vinck L. et

al. obtuvo resultados mayores valorándolo durante la pandemia de gripe A (70.5% de incremento de carga laboral). [54, 57]

En lo referente a las medidas preventivas, el artículo de Vinck L et al casi coincide en el porcentaje de cumplimiento de las mismas con el de Martin SD et al que se cita en la revisión (88 vs 92%), siendo las medidas más eficaces: las salas de aislamientos, mascarilla respiratoria y el lavado de manos, tal y como expone en su artículo Parker MJ. Et al. [31, 54, 58]

En cuanto a la información sobre las pandemias, hay controversias con respecto a las fuentes utilizadas para conseguirla. Vinck L. et al. objetiva en su estudio de 2011 en los países bajos, que el 48% consultaron la información al centro de referencia mientras que La Torre G et al. en un trabajo sobre la pandemia de SARS en el que comparaba el comportamiento y actitud de médicos con el de población general realizado en 2012, destaca que la fuente principal de información para los médicos era internet (41.5%) y la segunda, fuentes internas hospitalarias (33.1%), en cambio, el resto de población lo obtiene de televisión (34.1%) seguido de internet (30.9%). Además, otro dato referido a la información, lo encontramos en el estudio de Vinck L. et al. en el que se encuentra que entre el 71-97% del total de personal sanitario informaban a los pacientes sobre las medidas de protección. [54, 59]

Tres de los nueve artículos que hablan sobre la gripe A mencionan la vacunación. Tanto Seale H. et al. en su estudio sobre la vacunación del personal sanitario de Pekín (febrero de 2011), como Torun SD. et. al. en un estudio muy similar, pero en Estambul en 2010, hablan de porcentaje de vacunados similares (25% y 23.1% respectivamente) y determinaron que los posibles efectos secundarios son el factor que más influye sobre la adhesión a la vacunación (61% y 76.1% respectivamente). [31]

El estudio más reciente encontrado corresponde al año pasado (2016), cuando María Fernández-Prada et col ejecutó un diseño de un cuestionario sobre la vacunación en estudiantes de ciencias de la salud en el cual se determinó que las actitudes y conocimientos son mayores según el curso [60]. Del mismo modo, los autores concluyeron que las actitudes actúan como variable moduladora entre los conocimientos y las conductas/intenciones de conductas, lo cual concuerda con las observaciones obtenidas por otros autores (*Esquema 1*) [61]. En esta línea, estudios como el llevado a cabo por Lehman et al. en 2015 en Alemania destacaron la existencia de múltiples factores que influyen, directa o indirectamente, en las conductas de los estudiantes respecto a la vacunación: autonomía personal, normas de conducta social/moral, presencia de una actitud instrumental positiva, etc. [62]. También se comprobó que la relación entre actitudes y

conductas/intenciones de conductas fue estadísticamente significativa, sin embargo, la asociación entre los conocimientos y estas dos dimensiones fue menor, hecho probablemente explicable por la existencia de otros factores, como la presión social o la experiencia personal, al igual que plantearon Lehman et al, o fruto del nivel formativo. [60, 62]



Esquema 1. Relación hacia la vacunación entre actitudes, conocimientos y conductas/intenciones. *Elaboración propia.* [60]

Por otra parte, la Asociación de Enfermería Familiar y Comunitaria de Cataluña (AIFiCC) también alerta del bajo nivel de vacunación entre los médicos y enfermeras. De hecho, manifiestan que la cobertura vacunal entre el personal sanitario se sitúa en el 25%, lo que le ha llevado a señalar que *“hay que mejorar la cobertura vacunal y por tanto, es necesario averiguar los motivos por los que los profesionales sanitarios no nos vacunamos tanto como deberíamos, y utilizar nuevas estrategias que permitan mejorar la cobertura”*. Del mismo modo, la Sexta Noticias compartió a principios de año que, en la segunda semana del 2017, se batieron los récords anuales de casos de la gripe en España en comparación con los datos obtenidos en el 2016, cuando la gripe llegó a su apogeo en marzo. Esta enfermedad dejó más de 420 casos graves y 53 muertes, más del doble que en la primera semana. Esta situación de epidemia afectó a 22 países y a nivel de toda España, exceptuando Canarias. Esta situación provocó la preocupación del personal sanitario ya que se esperaba que la epidemia empeorara con el invierno además de que, según el hospital Carlos III, el pico se esperaba para principios de febrero. [63, 64]

❖ Justificación

A pesar de todos los avances conseguidos en las últimas de décadas en el ámbito sanitario de la vacunación y a que esté demostrado que las vacunas proporcionan beneficios (Tabla 2) para la sociedad reduciendo los posibles contagios enfermeros-paciente (infección nosocomial) o la disminución de la eficacia en la atención, muchos profesionales sanitarios deciden no vacunarse contra una de las enfermedades más contagiosas y que más muertes ocasiona en el mundo: la gripe.

Beneficios	Categorías	Ejemplos/resultados
Beneficios sobre el control de la enfermedad	Erradicación	Viruela erradicada en 1980. Requiere altas coberturas vacunales, mantenidas en el tiempo, y un periodo de vigilancia activa.
	Eliminación	Polio, sarampión y <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b eliminadas en varias regiones. Posibilidades de añadir rubéola y parotiditis. Requiere mantenidas coberturas >95%. Riesgo de reemergencia.
	Control de la morbilidad y la mortalidad	Sociedad: en el siglo XXI, 2,5 millones de muertes evitadas cada año en niños/as <5 años. Reducción de la mortalidad y las secuelas de un 99% gracias a las nueve vacunas clásicas. El 83% de los/las niños/as del mundo recibe tres dosis de DTP (difteria-tétanos-tos ferina) al año. Individual: alta reducción de casos de <i>H. influenzae</i> tipo b, tos ferina, hepatitis B, rabia, hepatitis A, tétanos, varicela...
Reducción de la gravedad de la enfermedad		En individuos previamente vacunados, la enfermedad es menos grave que en los no vacunados (p. ej., brotes de tos ferina, varicela).
Prevención de la infección y resistencia a antibióticos		Además de la enfermedad, pueden prevenir la infección (p. ej., hepatitis A, virus del papiloma humano). La reducción de la necesidad de antibióticos, gracias a las vacunas, dificulta el desarrollo de cepas resistentes.
Protección de los no vacunados	Inmunidad de grupo	Producción de inmunidad en no vacunados por difusión secundaria de virus atenuados (p. ej., vacuna de la polio atenuada).
	Protección de grupo/efecto rebaño	Protección de los no inmunizados sin inducir inmunidad por rotura en la transmisión de la infección (p. ej., vacunas de la difteria, el sarampión, la rubéola, <i>H. influenzae</i> tipo b, la parotiditis y la hepatitis A).
Prevención de enfermedades relacionadas y cáncer	Protección frente a enfermedades relacionadas	La vacunación contra el sarampión, por ejemplo, protege contra complicaciones como neumonía, disentería o malnutrición.
	Prevención del cáncer	Las vacunas contra la hepatitis B y el virus del papiloma humano pueden actuar como factor de protección o prevención de lesiones precancerosas.
	Aumentan la equidad	Las vacunas proporcionan beneficio a los más desfavorecidos, disminuyendo la desigualdad.
Beneficios sociales	Aumento de la esperanza de vida	El uso de algunas vacunas (gripe, neumococo) puede disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular, etc.
	Seguridad en los viajes y la movilidad	Reduce el riesgo de contraer enfermedades relacionadas con los viajes (p. ej., hepatitis A, fiebre amarilla, cólera...).
	Empoderamiento de las mujeres	Las mejoras de la salud infantil en los países en desarrollo puede animar a las mujeres a controlar la natalidad.
	Protección contra el bioterrorismo	Pueden ser útiles como respuesta al uso de microorganismos como armas biológicas (p. ej., viruela, carbunco...).
	Diplomacia vacunal, promoción de la paz	Alto el fuego humanitario en los «días de tranquilidad». Desarrollo de vacunas contra enfermedades olvidadas.
	Ahorros de costes en salud	Ahorro en medicamentos para tratar episodios de enfermedad evitados por la vacunación.
Beneficios económicos	Ganancia en productividad de los cuidados	Ahorro en la productividad de los/las sanitarios/as, ya que la vacunación evita la necesidad de atención y cuidados.
	Ganancia en productividad de los resultados	La vacunación mejora la salud y produce un aumento de la productividad. Fortalece la atención primaria.
	Ganancia en productividad de las conductas	El aumento de la salud y de la supervivencia que produce la vacunación repercute en otra inversión (educación, etc.).
	Promueven el crecimiento económico	La vacunación es el cimiento de los programas de salud en los países pobres, aumentando su crecimiento económico.
	Ganancias en la reducción de riesgos Ganancias en salud	Hay ganancias en bienestar, ya que se reduce la incertidumbre sobre futuros resultados Valor utilitario de la reducción en morbilidad y mortalidad más allá de su valor para la productividad.

Tabla 2. Beneficios de las vacunas. Extraída de “Proyecto Avatar”. [12]

Uno de los principales problemas a los que se enfrenta el sistema de prevención de enfermedades, tal y como se ha demostrado en los estudios anteriormente expuestos, es la falta de vacunación del personal sanitario, cuyo porcentaje debería estar en torno al 80% para poder generar la inmunidad del grupo pero las tasas actuales oscilan entre el 22.2% y el 56% en la población española y así lo confirman varios artículos que hablan acerca del virus de la gripe y que mencionan la vacunación como forma de prevención. Tanto Seale H. en su estudio sobre la vacunación en personal sanitario de Pekín, como Torun SD. en un estudio muy similar, pero en Estambul, hablan de un porcentaje de vacunación similar (25% y 23.1%). En ambos trabajos coinciden que los posibles efectos secundarios son el factor que más influye sobre la adhesión a la vacunación (61% y 76.1% respectivamente). [31, 32]

En estos artículos y estudios mencionados, aquellos que decidieron vacunarse lo hacían por el riesgo de contagiar a los pacientes o a sus familiares, y por considerarse a ellos mismos como pacientes de riesgo. Sin embargo, la causa más frecuente en aquellos que no lo hicieron fue la desconfianza hacia la vacuna o a sus posibles efectos adversos, así como el no considerar la gripe A como una enfermedad importante. [33, 36]

Por otra parte, la vacunación contra la gripe es capaz de prevenir enfermedades infecciosas y mejorar la calidad de vida de los pacientes crónicos puesto que disminuye las complicaciones derivadas del proceso infeccioso que podrían descompensar o agravar la patología de base contribuyendo, de este modo, a la reducción de los costes asociados a las hospitalizaciones, consultas en Atención Primaria, tratamientos y pruebas diagnósticas, entre otras, como demostró el Centro de Servicios Públicos, Investigación y Evaluación en Salud de Estados Unidos en su estudio de 1994 [12, 17, 18]. Del mismo modo, la vacunación es un acto primordial para favorecer la salud colectiva potenciando la individual, tal y como demuestra la erradicación o proceso de eliminación de enfermedades como la viruela, el sarampión y la polio. Sin embargo, para que las vacunas ejerzan los efectos esperados de una atención integral e integrada, en la que los profesionales, la ciudadanía, las organizaciones sanitarias, las instituciones y los organismos nacionales e internacionales se impliquen en la vacunación. [12]

Es por esto, por lo que llevar a cabo una adecuada cobertura de vacunación antigripal de manera anual, así como evaluar del programa de vacunación antigripal centrado, sobre todo, en aquellas personas que poseen un riesgo elevado de padecer complicaciones asociadas a esta enfermedad y en aquellos que los atienden, es decir, los profesionales sanitarios, se considera prioritario tanto para proteger su salud como para evitar bajas laborales durante los periodos de mayor demanda de los servicios asistenciales, además de reducir la morbimortalidad de los

pacientes. Para ello, algunas de las posturas que se adoptan están encaminadas hacia: campañas informativas acerca de los beneficios propios para el personal y para los pacientes, evitar barreras administrativas, dar mayor accesibilidad para su administración, así como monitorizar las coberturas obtenidas. [33, 34]

Ante la vacunación, las enfermeras ejercen un papel fundamental ya que no solo administran, gestionan y controlan las vacunas, sino que han de estar en permanente actualización sobre las evidencias en torno a la vacunación con el fin de brindar unos cuidados de calidad, eficaces y eficientes resolviendo las dudas, inquietudes o preocupaciones que pueda tener la sociedad, siendo la información y divulgación una de las labores más importantes. Por lo tanto, las enfermeras se consideran como un referente necesario y fiable que contribuye a la consideración de las vacunas como un valor imprescindible para la Salud Pública. [12]

En definitiva, la iniciativa de este proyecto surge con el fin de mejorar la cobertura vacunal analizando en profundidad los aspectos relacionados con la aceptación o el rechazo de la vacuna antigripal por parte de los profesionales sanitarios, e incidir en la motivación de estos mediante el desarrollo de intervenciones que mejoren la confianza hacia el proceso de la vacunación antigripal y que les hagan tomar conciencia de su papel protector, no solo sobre ellos mismos, sino sobre su entorno personal y profesional.

Objetivos:

✓ **General:**

- ◆ Indagar sobre las actitudes y adherencia de los profesionales de enfermería ante la vacuna antigripal en el Área de Salud de La Palma.

✓ **Específicos:**

- ◆ Determinar si el nivel de conocimientos sobre las vacunas de los enfermeros del Área de Salud de La Palma está relacionado con la adherencia a la vacuna antigripal, considerando como nivel óptimo de conocimientos 24 aciertos de las 34 preguntas destinadas a determinarlos, es decir, un 70% de aciertos.

- ◆ Establecer la adherencia a la vacuna antigripal de los Enfermeros del Área de Salud de La Palma que conviven con personas que presentan una patología de riesgo.

- ◆ Determinar la adherencia a la vacuna de la gripe de los enfermeros del Área de Salud de La Palma que padecen alguna patología por la cual se les recomiende la vacunación (asma, enfermedad cardiovascular...).
- ◆ Valorar si existe relación entre el conocimiento y las actitudes de los enfermeros del Área de Salud de La Palma respecto a la vacunación y su intención de vacunar a la población que atienden.
- ◆ Investigar si la pandemia de gripe A (2009) ha ocasionado cambios en la adherencia a la vacuna antigripal en los enfermeros del Área de Salud de La Palma.
- ◆ Comprobar si los enfermeros de Atención Primaria de la Palma tienen una adherencia mayor a la vacuna antigripal que los enfermeros de Atención Especializada.

Metodología

❖ *Diseño de investigación.*

Se realizará un estudio cuantitativo descriptivo transversal.

❖ *Población y muestra de estudio.*

El total de enfermeros del Área de Salud de La Palma, a fecha de 17 de abril de 2017, era de 1.205, según los datos que nos proporcionó el Servicio de Recursos Humanos del Área de Salud de La Palma. En este total se incluyen: Enfermeros de Plantilla Orgánica del Hospital General de La Palma, enfermeros de Plantilla Orgánica de Atención Primaria del Área de Salud de La Palma, enfermeros eventuales del Hospital General de La Palma, enfermeros eventuales de Atención Primaria del Área de Salud de La Palma y enfermeros apuntados en la lista de contratación.

Teniendo en cuenta que este estudio lo centraremos únicamente a los enfermeros asistenciales y que se encuentren en activo entre los meses de abril y julio se redujo el total de la población de estudio a 288 enfermeros distribuidos entre atención primaria y atención especializada, 82 y 206 respectivamente. De este total, y dado que contamos con una población finita, extrapolaremos una muestra que refleje un 95% de nivel de confianza y un margen de error del 5% por medio de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde:

- $N = \text{Total de la población}$
- $Z_{\alpha}^2 = 1.96^2$ (seguridad del 95%)
- $p = \text{proporción esperada (en este caso } 50\% = 0.5)$
- $q = 1 - p$ (en este caso $1-0.5 = 0.5$)
- $d = \text{precisión (en este caso deseamos un } 5\% = 0.05)$.

Realizando dichos cálculos, obtenemos una muestra final de **165** enfermeros sujetos a estudio.

✓ Criterios de inclusión

- Enfermeros asistenciales.
- Enfermeros en activo en la isla de La Palma entre los meses de abril-junio.

❖ Variables e instrumentos

<u>Variable</u>	<u>Tipo de variable</u>
Edad	Cuantitativa discreta
Sexo	Cuantitativa dicotómica
Años de experiencia	Cuantitativa continua
Ámbito laboral	Cualitativa dicotómica
Convivencia con personas de riesgo	Cualitativa dicotómica
Profesional con enfermedad de riesgo	Cualitativa dicotómica

Los resultados obtenidos se analizarán y se representarán mediante diagramas de sectores y/o diagramas de barras.

❖ Procedimiento

La búsqueda bibliográfica inicial se realizó entre los meses de enero y marzo de 2017, siendo el resto de búsquedas complementarias posteriores ejecutadas para aportar información adicional que fuera relevante para este proyecto. Esta revisión bibliográfica se obtuvo mediante consulta directa y acceso, vía internet, a diferentes bases de datos como: Medlars Online International Literature (MEDLINE), PubMed, SCOPUS, Cochrane Library Plus, Scielo, Euro Surveill, y Elsevier. Los términos de la búsqueda se realizaron empleando los siguientes descriptores MeSH: *vaccination, immunization, healthcare worker, knowledge, attitudes, barriers* tanto en inglés como en castellano. Del mismo modo se repitió la búsqueda con los mismos descriptores en los Metabuscaadores Scholar Google y Punto Q, y en las páginas web del Gobierno de Canarias, Servicio Canario de Salud y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad...

Inicialmente en la búsqueda realizada sólo se limitaron publicaciones en castellano e inglés y no se limitó fecha de publicación. Se optó por que la búsqueda de los términos seleccionados se hiciera en todos los campos (título, resumen, palabras clave, autores, afiliación, etc.).

No se encontró ninguna encuesta validada que se adaptará a nuestro estudio por lo que, se solicitó ayuda a la Coordinadora de Enfermería del Centro de Salud de Los Llanos de Aridane, que, por su actividad de gestión, se relaciona con diversos enfermeros de Salud Pública del resto de las Islas Canarias. Se solicitó información sobre si utilizaban algún cuestionario destinado únicamente a enfermeros y que se centrara en la vacuna de la gripe. Estos profesionales nos informaron que no existía ningún cuestionario con esas características, por lo que finalmente elaboramos nuestra propia encuesta.

Se diseñó un cuestionario formado por 50 preguntas organizadas en 3 dominios: Datos demográficos (7 ítems), Actitudes (9 ítems) y Conocimientos (34 ítems). Las primeras 7 preguntas son de respuesta corta y el resto de los ítems de los dominios Actitudes y Conocimientos se evaluarán mediante Escalas Likert (*Anexo 2*). Dicho método de estudio nos ayudará a indagar acerca de los factores que puedan relacionar la adherencia de la vacuna antigripal en una de las poblaciones más susceptibles e importantes en la vacunación de la población.

Tras la redacción inicial del cuestionario en mayo de 2017, se procedió a un primer pilotaje del mismo entre estudiantes de tercer y cuarto curso de grado en enfermería. Tras ellos, se hizo lo mismo con un grupo de Enfermeros especialmente relacionados con el manejo de estos productos (La Enfermera de Medicina Preventiva del Hospital General de La Palma, la Enfermera

de la consulta de pediatría del Centro de Salud de Santa Cruz de La Palma y el Coordinador de Enfermería del mismo centro), los cuales propusieron una serie de sugerencias que se llevaron al cuestionario.

Se solicitará el pertinente permiso y colaboración a la Gerencia de los Servicios Sanitarios del Área de Salud de La Palma y a los Directores de Enfermería, tanto de Atención Especializada como de Atención Primaria. (Anexo 3).

El investigador principal, realizará de forma personal la encuesta a los enfermeros incluidos en la población a estudio de Atención Especializada del Hospital General de La Palma y a los enfermeros de Atención Primaria del Área de Salud de La Palma distribuidos en todos los Centros de Salud (C.S. Santa Cruz de La Palma, C.S. Mazo, C.S. Breña Alta, C.S. Tazacorte, C.S. Los Llanos de Aridane, C.S. El Paso, C.S. Tijarafe, C.S. Garafía, C.S. San Andrés y Sauces, así como los Consultorios de Breña Baja, Puntallana, Barlovento, Puntagorda, Franceses, Puerto de Tazacorte y Todoque

En el momento de entregar los cuestionarios se notificará que necesitarán entre 10-15 minutos para contestar a las preguntas y, del mismo modo, se explicará brevemente la finalidad del estudio y que, siguiendo la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal”, cualquier dato recogido se tratará de forma anónima.

Finalmente, los resultados obtenidos se analizarán estadísticamente y se representarán mediante diagramas de sectores y/o de barras.

❖ **Método estadístico**

Los datos obtenidos se analizarán utilizando el programa SPSS v. 18.0 que genera estadísticas descriptivas (frecuencias) calculadas a partir de las escalas Likert mediante el test de chi al cuadrado de Pearson considerándose como valor estadísticamente significativo: $p \leq 0.05$.

Los resultados obtenidos se representarán gráficamente utilizando porcentajes en diagramas de sectores o mediante diagramas de barras.

❖ Consideraciones éticas

Este estudio no ha surgido a través de la iniciativa de ningún laboratorio ni se ha visto beneficiado económicamente por ninguna entidad colaboradora.

La información recolectada en este proyecto sólo será utilizada para fines de esta investigación, preservando el anonimato de los sujetos participantes, tal y como se establece en la “Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal”, respetándose en todo momento los principios éticos de beneficencia, justicia, fidelidad y veracidad, considerando también el consentimiento informado y el asentimiento informado salvaguardando, de este modo, el principio de autonomía.

❖ Logística. Presupuesto.

Concepto	Unidad	Cantidad/mes	Subtotal	Meses	Total
Investigador/ Encuestador	Personas	1	350 €	1	350 €
Gastos inventariables: -Impresora -Memoria USB - Ordenador portátil	Unidad	- 1 impresora - 1 USB - 1 Ordenador portátil	- 80 € - 20 € - 300€	1	400 €
Gastos fungibles: -Papelería -Tóner	Unidad	- 2 Paquetes de 500 folios - 3 tóneres	- 3€/paquete - 19€/unidad	1	63 €
Teléfono	Euros	35 euros	35 €	1	35 €
Dinero empleado en viajes: -Gasolina de automóviles.	Euros	(10 viajes/mes/coche) - 50 €/ recarga	- 100 €	1	100 €
SUMA = 948 €					

❖ **Cronograma**

Cronograma	Tiempo estimado en semanas																																							
	Mes 1				Mes 2				Mes 3				Mes 4				Mes 5				Mes 6				Mes 7				Mes 8											
Concepto	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
<i>Elección del tema, planificación y organización de ideas</i>	█																																							
<i>Búsqueda de la información</i>		█	█			█	█			█	█	█			█	█		█	█	█		█	█																	
<i>Asesoría metodológica</i>		█	█	█	█	█	█			█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█																
<i>Diseño del proyecto</i>		█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█																
<i>Creación y pilotaje del cuestionario</i>																					█	█	█	█	█	█	█	█												
<i>Recolección de datos</i>																																								
<i>Análisis de datos</i>																																								
<i>Estudio estadístico</i>																																								
<i>Análisis de Conclusiones</i>																																								

Bibliografía.

(1) Plaza C, Hernández J, Martínez J, Castro P, Martínez-Aedo J.J, Medina F.J; *Biología de segundo de bachillerato*. Madrid: Anaya; 2012. Pág. 304

(2) Plaza C, Hernández J, Martínez J, Castro P, Martínez-Aedo J.J, Medina F.J; *Biología de segundo de bachillerato*. Madrid: Anaya; 2012. Págs. 330-331

(3) Sesmero Lillo M.A, *Historia de las vacunas* [recurso en web], Asociación española de vacunología; 31 mayo de 2010 [actualizado 31 mayo de 2013], [aprox. 2 pantallas], [acceso: diciembre 2016]. Disponible en: <http://www.vacunas.org/es/info-publico/historia-de-lasvacunas>

(4) Ruíz J, *Vacunaciones. Breve historia de las vacunas*, Web de la salud [Material electrónico], [aprox. 2 pantallas], [acceso: diciembre 2016]. Disponible en: <http://www.webdelasalud.es/-/vacunaciones-lo-fundamental-breve-historia-de-las-vacunas>

(5) Rodríguez E, *¿Es posible garantizar la inmunidad solo a través del calendario de vacunación?*, Escuela Normal Superior Nº 1 en Lenguas Vivas Presidente Roque Sáenz Peña [Material electrónico], noviembre de 2008 [aprox. 6 pantallas], [acceso: diciembre 2016]. Disponible en: <http://www.taringa.net/posts/apuntes-y-monografias/3333504/Monografiasobre-la-Inmunidad-y-la-Vacunacion.html>

(6) Ibáñez Martí C. *¿Qué es una alerta en salud Pública o Alerta Sanitaria?*, Salud pública de Madrid [Recurso en web], 3 de mayo de 2008 [aprox. 4 pantallas], [acceso: enero de 2017]. Disponible en: http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2008/05/03/90759

(7) Ibáñez Martí C. *Definición de una Alerta en Salud Pública o Alerta Sanitaria*. [Recurso en web]. 25 de septiembre de 2012 [aprox. 3 pantallas] Acceso: enero de 2017. Disponible en: <http://globalcienciaglobal.blogspot.com.es/2012/09/definicion-de-una-alerta-en-salud.html>

(8) Organización Mundial de la Salud. *¿Qué es una pandemia?*, [Material electrónico], 24 de febrero de 2010 [aprox. 2 pantallas], actualización en 2017 [acceso: enero de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/es/

(9) Diccionario ABC. *Definición de epidemia*, [Recurso en web], [Aprox. 2 pantallas]. Actualización en 2017 [acceso: enero de 2017]. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/salud/epidemia.php>

(10) Arzabal M. *Diferencias entre una epidemia, epidemia y pandemia*, [Material electrónico], [Aprox. 8 pantallas]. Actualización en 2017 [Acceso: enero de 2017]. Disponible en: <http://www.vix.com/es/btg/curiosidades/7808/diferencias-entre-una-epidemia-epidemia-y-pandemia>

(11) Berdasquera Corcho D, Cruz Martínez G, Suárez Larreinaga C.L, *La vacunación. Antecedentes históricos en el mundo*, Rev Cubana Med Gen Integr, Julio del 2000.

(12) Pastor Gallardo F. J., Barrado García N., García Pérez A., Izquierdo Rebolledo M., López-Gómez J., Soriano Martín P. *Activando la vacunación de adultos trabajando a través de la red*. Asociación de Enfermería Comunitaria (Proyecto Avatar), 2017 [aprox. 10 pantallas], [acceso: mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.proyectoavatar.enfermeriacomunitaria.org/>

(13) Consejería de Sanidad. *Calendario vacunal infantil*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016 [aprox.1 pantallas], [acceso: enero 2017]. Disponible en: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/0e9287fe-ce6d-11e6-83bc-5d3a19128004/Calendario2017.jpg>

(14) Consejería de Sanidad. *Calendario vacunal adulto*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015 [aprox. 1 pantallas], [acceso: enero 2017]. Disponible en: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1c8caad0-ddd9-11e4-b8de-159dab37263e/CalendarioVacunasParedADULTOS2015.jpg>

(15) Uberos Fernández J., *Calendarios vacunales*. Sociedad de Pediatría de Andalucía Oriental [Recurso en web]. Actualizado el 21 de julio de 2013 [Aprox. 6 páginas], Acceso: marzo de 2017. Disponible en: <http://ibvacunas.com/wp-content/uploads/calendario.pdf>

(16) Comité Asesor de Vacunas. *Calendarios de vacunación en España*. Asociación Española de Pediatría [Material electrónico]. Actualizado en enero de 2017 [Aprox. 23 pantallas], Acceso: marzo de 2017. Disponible en: <http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-7>

(17) Batelle Medical Technology Assessment and Policy Research Program, Centers for Public Health Research and Evaluation. *A cost benefit analysis of the OPV vaccine*. Arlington, Virginia: Batelle, 1994.

(18) Batelle Medical Technology Assessment and Policy Reserach Program, Centers for Public Health Research and Evaluation. *A cost benefit analysis of the measles-mumps-rubella (MMR) vaccine*. Arlington, Virginia: Batelle, 1994.

(19) Raúl Herzog Verrey. *Conocimiento, creencias y actitudes del personal sanitario respecto a las vacunas: ¿están relacionados con su intención de vacunar a la población que atienden?* Facultad de ciencias de la Salud de la Universidad Rey Juan Carlos [Recurso en web]. 2011 [Aprox. 210 páginas]. Acceso: enero de 2017. Disponible en: <https://eciencia.urjc.es/bitstream/handle/10115/11399/TESIS%20%20Ra%C3%BAI%20Herzog%20Verrey.%20URJC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

(20) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *La gripe*. Gobierno de España. [Material electrónico]. Actualización en 2017 [Aprox. 10 pantallas], [acceso: marzo 2017]. Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/gripe/gripe.htm>

(21) Organización Mundial de la Salud. *Gripe (estacional)*. [Recurso en web]. Noviembre de 2016 [Aprox. 6 pantallas], [acceso: marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/es/>

(22) Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional de Inmunización y Enfermedades Respiratorias. *Síntomas de la Influenza y sus complicaciones*. [Material electrónico]. Actualización: 23 de mayo de 2016 [Aprox. 2 pantallas], [acceso: marzo de 2017]. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/enes/flu/about/disease/complications.htm?mobile=nocontent>

(23) Consejo interterritorial. *Recomendaciones de vacunación frente a la gripe. Temporada 2016-2017*. Comisión de Salud Pública del Sistema Nacional de Salud [Recurso en web]. 22 de septiembre de 2016 [Aprox. 3 páginas]. Acceso: marzo de 2017. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/Recomendaciones_vacunacion_gripe.pdf

(24) Sistema de vigilancia de la gripe en España. *Vigilancia de la gripe en España. Información adicional – Temporada 2016-2017*. CNE y Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica [Material electrónico]. Septiembre de 2016 [Aprox. 6 páginas]. Acceso: febrero de 2017. Disponible en: http://vgripe.isciii.es/gripe/documentos/20162017/home/Informacion_adicional_SVGE_temporada2016-2017.pdf

(25) Sistema de Vigilancia de la Gripe en España. *Actividad de la gripe en España*. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica [Recurso en web]. Mayo de 2017 [Aprox. 1 pantalla]. [Acceso: mayo de 2017]. Disponible en: <http://vgripe.isciii.es/gripe/inicio.do>

(26) Flu News Europe. *Influenza intensity, spread and dominant virus type/subtype, Influenza virus detections in the región*. World Health Organization and European Centre for Disease Prevention and Control [Material electrónico]. Mayo de 2017 [Aprox. 2 pantallas]. [Acceso: mayo de 2017]. Disponible en: <http://flunewseurope.org/>

(27) European Centre for Disease Prevention and Control. *European Influenza Surveillance Network (EISN)* [Recurso en web]. Actualización en 2017 [Aprox. 1 pantalla]. [Acceso: marzo de 2017]. Disponible en: <http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/influenza/EISN/Pages/index.aspx>

(28) Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de Salud. *Vigilancia de la gripe en Canarias* [Material electrónico]. 2016 [Aprox. 3 páginas]. [Acceso: mayo de 2017]. Disponible en: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1c7da46e-96b2-11e6-a33b-757951c5b2fa/gripecentinela1516.pdf>

(29) Centers for Disease Control and Prevention. *Adult immunization: Knowledge, Attitudes and Practices, DeKalb and Fulton Counties, Georgia, 1988*. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1988; 37 (43): 657-61.

(30) Schmitt HJ, Booy R, Aston R, Van Damme P, Schumacher RF, Campins M, et al. *How to optimise the coverage rates of infant and adult immunisation in Europe*. BMC Med. 2007; 5: 11 - 11.

(31) Collado Hernández B., Torre Rugarcía Y. *Actitudes hacia la prevención de riesgos laborales en profesionales sanitarios en situaciones de alerta epidemiológica*. Med Segur Trab (Internet). Abril-Junio de 2015; 61 (239): 233-253.

(32) Montserrat-Capdevila J., Godoy P., Ramon Marsal J., Barbé-Illa F. *Factores asociados a recibir la vacunación antigripal en profesionales de atención primaria*. Gac Sanit. 2015; 29 (5): 383-386.

(33) Torner N., Godoy P., Soldevila N., Toledo D., Rius C., Domínguez A. *Estudio actitudes sobre vacunación antigripal en profesionales sanitarios de atención primaria de Cataluña*. Elsevier. Aten Primaria. 2016; 48 (3): 192-199.

(34) Jiménez-Jorge S., de Mateo Ontañón S., Savulescu C., Delgado-Sanz C., Pozo Sánchez F., García-Cenoz M. et col. *Estudio cycEVA: Casos y controles para la estimación de la efectividad de la vacuna antigripal en España, 2008-2013*. Rev Esp Salud Pública. Octubre de 2014; 88 (5): 601-611.

(35) Debagg R. *Infección por influenza. Riesgos, complicaciones y prevención*. Rev Esp Cardiol Supl. 2004; 4: 3G-6G.

(36) Maceira Castiñeira M.M., Debén Sánchez M., Ramil Hermida L., Acevedo Prado A. *Vacunación del personal sanitario de atención primaria del área de Ferrol frente a gripe estacional y gripe A*. Cartas al director [Material electrónico]. Acceso: enero de 2017 [Aprox. 2 páginas]. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/accedys2.bbtk.ull.es/S0212656711002551/1-s2.0-S0212656711002551-main.pdf?_tid=42ee9ff8-3bd0-11e7-a494-0000aacb35f&acdnat=1495115313_89ba9d6e0357a140e6d5236603835639

(37) Saxen H., Virtanen M. *Randomized, placebo-controlled double blind study on the efficacy of influenza immunization on absenteeism of health care workers*. Pediatr Infect Dis J. Septiembre de 1999; 18 (9): 779-783.

(38) Tuells J., Caballero P., Nolasco A., Montagud E. *Factores asociados a la predisposición a vacunarse contra la gripe pandémica a/H1N1 en población adulta del Departamento de salud de elche (España)*. Influencia de las fuentes de información. An. Sist. Sanit. Navar. Mayo-Agosto de 2012; 35 (2): 251-260.

(39) Lau JT., Yeung NC., Choi KC., Cheng MY., Tsui HY., Griffiths S. *Acceptability of A/H1N1 vaccination during pandemic phase of influenza A/ H1N1 in Hong Kong: population based cross sectional survey*. BMJ. 22 de septiembre de 2009; 339: b4164.

(40) Eastwood K., Durrheim DN., Jones A., Butler M. *Acceptance of pandemic (H1N1) 2009 influenza vaccination by the Australian public*. Med J Aust 2010; 192 (1): 33-36.

(41) Schwarzinger M., Flicoteaux R., Cortarenoda S., Obadia Y., Moatti JP. *Low acceptability of A/ H1N1 pandemic vaccination in French adult population: did public health policy fuel public dissonance?* Plos One. 16 de abril de 2010; 5 (4): e10199.

(42) Sypsa V., Livanios T., Psychogiou M., Malliori M., Tsiodras S., Nikolakopoulos I. et al. *Public perceptions in relation to intention to receive pandemic influenza vaccination in a random population sample: evidence from a crosssectional telephone survey*. Euro Surveill. 10 de diciembre de 2009; 14 (49).

(43) Maurer J., Uscher-Pines L., Harris KM. *Perceived seriousness of seasonal and A (H1N1) Influenzas, attitudes toward vaccination, and vaccine uptake among U.S. Adults: Does the source of information matter?* Prev Med 2010; 51 (2): 185-187.

(44) Picazo J.J., González Romo F., Salleras Sanmartí L., Bayas Rodríguez J.M., Álvarez Pasquín M.J. *Encuesta sobre la vacunación de adultos en España. Gripe y neumococo*. Elsevier. Septiembre de 2012; 13 (3): 100-111.

(45) Sánchez-Paya J., Hernández-García I., Barrenengoa S.J., Rolando M.H., Camargo A.R., Cartagena L.L., et al. *Determinants of influenza vaccination in health staff: 2009-2010 season*. Gac Sanit. 2011; 25: 29-34.

(46) Galicia-García M.D., González-Torga A., García-González C., Fuster-Pérez M., Garrigós-Gordo I., López-Fresneña N., et al. *Vacunación de la gripe en trabajadores sanitarios. Por qué se vacunan y por qué no se vacunan*. Enferm Infecc Microbiol Clin. 11 de enero de 2006; 24 (7): 413-417.

(47) Maltezou H.C., Maragos A., Katerelos P., Paisi A., Karageorgou K., Papadimitriou T., et al. *Influenza vaccination acceptance among health-care workers: A nationwide survey*. Elsevier. 10 de marzo de 2008; 26 (11): 1408-1410.

(48) Wicker S., Rabenau H.F., Doerr H.W., Allwinn R. *Influenza vaccination compliance among health care workers in a German university hospital*. Infection. 10 de diciembre de 2008; 37 (3): 197-202.

(49) Hollmeyer H.G., Hayden F., Poland G., Buchholz U. *Influenza vaccination of health care workers in hospitals - A review of studies on attitudes and predictors*. Elsevier. 19 de junio de 2009; 27 (30): 3935-3944.

(50) Martínez-Baz I., Díaz-González J., Guevara M., Toledo D., Zabala A., Domínguez A., et al. *Actitudes, percepciones y factores asociados a la vacunación antigripal en los profesionales de atención primaria de navarra, 2011-2012*. An Sist Sanit Navar. 21 de mayo de 2013; 36 (2): 263-273.

(51) Eiser J. *Psicología social: actitudes, cognición y conducta social*. Madrid: Pirámide; 1989: p. 32.

(52) Castilla J., Martínez-Baz I., Godoy P., Toledo D., Atray J., García S. et al. *Trends in influenza vaccine coverage among primary healthcare workers in Spain, 2008-2011*. *Prev Med (Baltim)*. Septiembre de 2013; 57 (3): 206–211.

(53) Elorza Ricart J.M., Campins Martí M., Martínez Gómez X., Allepuz Palau A., Ferrer Gramunt E., Méndez-Aguirre Guitián M. *Vacunación antigripal y personal sanitario: estrategias para aumentar la cobertura en un hospital de tercer nivel*. *Med Clin (Barc)*. 2002; 119 (12): 451–452.

(54) Vinck L., Isken L., Hooiveld M., Trompenaars M., Ijzermans J., Timen A. *Impact of the 2009 influenza A (H1N1) pandemic on public health workers in the Netherlands*. *Euro Surveill*. 17 de febrero de 2011; 16 (7).

(55) Nickell L.A., Crighton E.J., Tracy C.S., Al-Enazy H., Bolaji Y., Hanjrah S., et al. *Psychosocial effects of SARS on hospital staff: survey of a large tertiary care institution*. *CMAJ*. 2 de marzo de 2004; 170 (5): 793-798.

(56) Wong W.C.W., Lee A., Tsang K.K., Wong S.Y.S. *How did general practitioners protect themselves, their family, and staff during the SARS epidemic in Hong Kong?*. *J Epidemiol Community Health*. Marzo de 2004; 58 (3): 180-185.

(57) Shiao JS-C., Koh D., Lo L-H, Lim M-K., Guo Y.L. *Factors predicting nurses' consideration of leaving their job during the SARS outbreak*. *Nursing Ethics*. Enero de 2007; 14 (1): 5-17.

(58) Parker M.J., Goldman R.D. *Paediatric emergency department staff perceptions of infection control measures against severe acute respiratory syndrome*. *Emerg Med Journal*. Mayo de 2006; 23 (5): 349-353.

(59) La Torre G., Semyonov L., Mannocci A., Boccia A. *Knowledge, attitude, and behaviour of public health doctors towards pandemic influenza compared to the general population in Italy*. *Scand Journal Public Health*. Febrero de 2012; 40 (1): 69-75.

(60) Fernández-Prada M., Ramos-Martín P., Madroñal-Menéndez J., Carmen Martínez-Ortega C., González-Cabrera J. *Diseño y validación de un cuestionario sobre la vacunación en estudiantes de Ciencias de la Salud*. *Rev Esp Salud Pública*. 7 de noviembre de 2016; 90: e1-e10

(61) Hernández-García I., González-Celador R., Giménez-Júlvez M.T. *Intención de los estudiantes de medicina de vacunarse contra la gripe en su futuro ejercicio profesional*. Rev Esp Salud Pública. Junio de 2014; 88 (3): 407-418.

(62) Lehman B.A., Ruitter R.A.C., Wicker S., Chapman G., Kok G. *Medical students' attitude towards influenza vaccination*. BMC Infect Dis. 15 de abril de 2015; 15: 185.

(63) Diario enfermero. *Enfermeras de primaria alertan del bajo nivel de vacunación contra la gripe entre los profesionales*. [Material electrónico]. 18 de enero de 2017 [Aprox. 2 pantallas]. [Acceso: enero de 2017]. Disponible en: <http://diarioenfermero.es/enfermeras-primaria-alertan-del-nivel-vacunacion-la-gripe-los-profesionales/>

(64) La Sexta Noticias. *La epidemia de la gripe en España no deja de crecer y lo peor está por llegar: ya hay 53 fallecidos*. [Recurso en web]. 12 de enero de 2017 [Aprox. 2 pantallas]. [Acceso: enero de 2017]. Disponible en: http://www.lasexta.com/noticias/sociedad/la-epidemia-de-la-gripe-en-espana-no-deja-de-crecer-y-lo-peor-esta-por-llegar-ya-hay-53-fallecidos_20170112587785680cf290341de049ff.html

ANEXOS

➤ **Anexo 1. Calendario vacunal infantil y adulto de la Comunidad Autónoma de Canarias 2017.**

CALENDARIO VACUNAL INFANTIL DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE CANARIAS

MESES					AÑOS			
2	4	11	12	15	3	6	12	14
Difteria	Difteria	Difteria	Sarampión		Sarampión	difteria		difteria
Tétanos	Tétanos	Tétanos	Rubéola		Rubéola	Tétanos		Tétanos
Tosferina (acelular)	Tosferina (acelular)	Tosferina (acelular)	Parotiditis		Parotiditis	tosferina (acelular)		
Haemophilus (Hib)	Haemophilus (Hib)	Haemophilus (Hib)		Varicela	Varicela		Varicela	
Polio Inactivada	Polio Inactivada	Polio Inactivada				Polio Inactivada	Virus Papiloma Humano	Virus Papiloma Humano
Hepatitis B	Hepatitis B	Hepatitis B						
	Anti-meningitis C		Anti-meningitis C				Anti-meningitis C	
Anti-neumocócica	Anti-neumocócica	Anti-neumocócica						

ORDEN de 17 de noviembre de 2016. Consejería de Sanidad. B.O.C. - núm. 220 - 20 de noviembre de 2016

* **Calendario vacunal infantil de La Comunidad Autónoma de Canarias 2017.** [7]

CALENDARIO VACUNAL ADULTO DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE CANARIAS

ENFERMEDAD PREVENIBLE	TIPO DE VACUNA	18 A 65 AÑOS	+ 65 AÑOS
Tétanos-Difteria	Td	✓ todos	✓ todos
Tos ferina en neonatos	dTpa	✓ embarazadas	✗
Sarampión, Rubeola y Parotiditis	Triple Vírica	✓ susceptibles	✗
Varicela	Varicela	✓ susceptibles	✗
Gripe	Gripe	✓ personas con factores de riesgo	✓ todos
Neumococo	Pn PS23 ¹ · PCV 13 ²	✓ personas con factores de riesgo	✓ todos
Virus Papiloma Humano	VPH	✓ mujeres conizadas ³ o con EII ⁴	✗

ORDEN de 20 de febrero de 2015. Consejería de Sanidad. B.O.C. - núm. 40 - 27 de febrero de 2015

* **Calendario vacunal de adultos de La Comunidad Autónoma de Canarias 2017.** [8]

➤ **Anexo 2. Encuesta.**

La presente encuesta se realiza con el fin de determinar la adherencia de los enfermeros a la vacuna antigripal. Se precisará de 15 minutos para cumplimentarla.

Los datos obtenidos se tratarán de forma totalmente anónima.

Dominio 1. Datos demográficos.

- Edad:.....
- Sexo:.....
- Años de experiencia laboral:.....
- Ámbito de trabajo:

AP		AE	
----	--	----	--

- ¿Ha realizado alguna actividad formativa en vacunología en los últimos 5 años?

Sí		No	
----	--	----	--

- ¿Convive con personas que sufran alguna patología por la que se aconseje la vacunación anual antigripal?

Sí		No	
----	--	----	--

- ¿Sufre usted de alguna patología por la que se le aconseje la vacunación anual antigripal?

Sí		No	
----	--	----	--

Dominio 2. Actitudes.

Señale del 0 al 5, siendo 0 "Nada de acuerdo" y 5 "Totalmente de acuerdo", las siguientes afirmaciones:

1. Todos los años me vacuno contra la gripe.

0		1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

2. Tras la pandemia de gripe A de 2009 he dejado de vacunarme contra la gripe.

0		1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

3. Mi estado de salud es óptimo y por eso no necesito vacunarme.

0		1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

4. No me considero una población de riesgo.

0		1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

5. Tengo miedo a los efectos secundarios de esta vacuna.

0		1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

6. No es necesario vacunarse contra la gripe porque existen tratamientos eficaces contra ella.

0		1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

7. Cada año necesito solicitar la baja laboral debido a la gravedad de la sintomatología que esta enfermedad me ocasiona.

0		1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

8. Recomiendo esta vacuna a todos los pacientes considerados “de riesgo”.

0		1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

9. La campaña de la vacunación antigripal es una estrategia costo-efectiva (los costes relativos se relacionan positivamente con los efectos que produce).

0		1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

Dominio 3. Formación específica.

Señale del 0 al 5, siendo 0 “Nada de acuerdo” y 5 “Totalmente de acuerdo” las siguientes afirmaciones:

1. El periodo de vacunación dura todo el año.

0		1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

2. La vacuna de la gripe está compuesta por virus atenuados.

0		1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

3. Al vacunarme contra la gripe quedo inmunizado también del virus H1N1.

0		1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

4. La capacidad protectora de la vacuna depende, en gran medida, de la similitud de los virus circulantes con los contenidos en la vacuna.

0		1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

5. La vacuna de la gripe tiene una eficacia mínima del 70% en pacientes sanos.

0		1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

6. Aunque exista una enfermedad aguda que provoque fiebre alta se puede vacunar al paciente.

0		1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

Señale del 0 al 5, siendo 0 “Nada de acuerdo” y 5 “Totalmente de acuerdo” si los siguientes síntomas están relacionados con la gripe.

1. Fiebre alta (>38º) y escalofríos.

0		1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

2. Tos y expectoración.

0		1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

3. Congestión nasal y mucosidad.

0		1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

4. Dolor articular y dolor muscular.

0		1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

5. Cefalea y fatiga.

0		1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

6. Inflamación de las amígdalas.

0		1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

Señale del 0 al 5, siendo 0 “Nada de acuerdo” y 5 “Totalmente de acuerdo” las siguientes afirmaciones.

1. La gripe no requiere reposo.

0		1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

2. La gripe solo puede contraerse una vez al año como máximo.

0		1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

3. La gripe se debe a una bacteria.

0		1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

4. La gripe puede transmitirse por contacto directo (tocar la mano de un enfermo y, tras ello, nuestra nariz o boca sin haber realizado técnicas higiénicas previas).

0		1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

5. Los síntomas de la gripe desaparecen en un tiempo inferior a los 3 días.

0		1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

6. El contagio puede reducirse con una buena higiene.

0		1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

En relación con los pacientes considerados de riesgo, señale del 0 al 5, siendo 0 “Nada de acuerdo” y 5 “Totalmente de acuerdo” las siguientes afirmaciones:

1. Los pacientes inmunodeprimidos pueden vacunarse contra la gripe.

0		1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

2. Los pacientes con Diabetes Mellitus deben vacunarse.

0		1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

3. Las mujeres embarazadas pueden vacunarse en cualquier trimestre de gestación.

0		1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

4. Los pacientes con implante coclear son considerados de riesgo.

0		1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

5. Cualquier paciente con enfermedad cardiovascular crónica debe vacunarse.

0		1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

6. La gripe puede ocasionar una crisis asmática en pacientes con enfermedades respiratorias graves.

0		1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

7. A los cuidadores/niñeras/padres no se les recomienda la vacuna antigripal.

0		1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

8. Los niños menores de 6 meses deben vacunarse contra la gripe.

0		1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

9. Los niños (1-6 años) con primovacunación solo necesitan recibir una dosis de la vacuna.

0		1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

10. En los niños la fiebre se trata con aspirina.

0		1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

11. Los picos febriles son superiores en niños y ancianos que en la población sin riesgo.

0		1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

12. Una de las complicaciones en los niños y ancianos es la otitis aguda.

0		1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

13. Es preciso recomendar la vacunación a personas con enfermedades respiratorias crónicas, ancianos (<65 años) y niños (1-18 años).

0		1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

14. La intensidad de los síntomas de la gripe es igual en los pacientes con enfermedades respiratorias graves, en niños y en ancianos que en pacientes considerados sanos.

0		1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

15. Una de las complicaciones de personas con enfermedades respiratorias crónicas, ancianos (<65 años) y niños (1-18 años) es la neumonía.

0		1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

16. Los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas, ancianos (<65 años) y niños (1-18 años) pueden fallecer a causa de las complicaciones de la gripe.

0		1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

➤ **Anexo 3. Solicitud de autorización para la Gerencia de los Servicios de Atención Especializada y de Atención Primaria.**

Estimado/a Sr./Sra.....(Gerente de los Servicios Sanitarios del Área de Salud de La Palma.

Mi nombre es Noemí Isabel Fagundo Paz, estudiante de cuarto curso del grado de enfermería de la Universidad de La Laguna con sede en La Palma.

Como proyecto de Trabajo Final de Grado, estoy desarrollando una Investigación sobre la adherencia a la vacuna antigripal por parte de los enfermeros/as asistenciales del Área de Salud de La Palma.

Por este motivo, me dirijo a Usted con el propósito de solicitar su autorización para recoger los datos necesarios mediante un cuestionario personal.

Las personas que colaboren en dicho cuestionario no necesitarán proporcionar ningún dato de carácter personal, tan sólo aportar su edad y ámbito de trabajo (Atención Primaria/Atención Especializada). Todos los datos se tratarán de forma confidencial con arreglo a la "Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal", respetándose en todo momento los principios éticos de beneficencia, justicia, fidelidad y veracidad. De antemano le agradezco su colaboración.

Un cordial saludo.

Atentamente:

Noemí Isabel Fagundo Paz

Firma: _____.

Sr. /Sra..... (Gerente de los Servicios Sanitarios del Área de Salud de La Palma)

En.....a.....de.....de 2017.

Estimado Sr. /Sra..... (Director/a de enfermería de Atención Especializada).

Mi nombre es Noemí Isabel Fagundo Paz, estudiante de cuarto curso del grado de enfermería de la Universidad de La Laguna con sede en La Palma.

Como proyecto de Trabajo Final de Grado, estoy desarrollando una Investigación sobre la adherencia a la vacuna antigripal por parte de los enfermeros/as asistenciales del Área de Salud de La Palma.

Por este motivo, me dirijo a Usted con el propósito de solicitar su autorización para recoger los datos necesarios mediante un cuestionario personal.

Las personas que colaboren en dicho cuestionario no necesitarán proporcionar ningún dato de carácter personal, tan sólo aportar su edad y ámbito de trabajo (Atención Primaria/Atención Especializada). Todos los datos se tratarán de forma confidencial con arreglo a la "Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal", respetándose en todo momento los principios éticos de beneficencia, justicia, fidelidad y veracidad. De antemano le agradezco su colaboración.

Un cordial saludo.

Atentamente:

Noemí Isabel Fagundo Paz

Firma: _____.

Sr./Sra..... (Director/a de enfermería de Atención Especializada).

En.....a.....de.....de 2017.

Estimado Sr./Sra. (Director/a de enfermería de Atención Primaria).

Mi nombre es Noemí Isabel Fagundo Paz, estudiante de cuarto curso del grado de enfermería de la Universidad de La Laguna con sede en La Palma.

Como proyecto de Trabajo Final de Grado, estoy desarrollando una Investigación sobre la adherencia a la vacuna antigripal por parte de los enfermeros/as asistenciales del Área de Salud de La Palma.

Por este motivo, me dirijo a Usted con el propósito de solicitar su autorización para recoger los datos necesarios mediante un cuestionario personal.

Las personas que colaboren en dicho cuestionario no necesitarán proporcionar ningún dato de carácter personal, tan sólo aportar su edad y ámbito de trabajo (Atención Primaria/Atención Especializada). Todos los datos se tratarán de forma confidencial con arreglo a la "Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal", respetándose en todo momento los principios éticos de beneficencia, justicia, fidelidad y veracidad. De antemano le agradezco su colaboración.

Un cordial saludo.

Atentamente:

Noemí Isabel Fagundo Paz

Firma: _____.

Sr./Sra. (Director/a de enfermería de Atención Primaria).

En.....a.....de.....de 2017.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera mostrar mi agradecimiento a todas las personas que han colaborado con la elaboración de este proyecto de investigación:

- Jorge Antonio Martín Martín por su dedicación, su ayuda y su perseverancia a la hora de tutorizar, ayudar y resolver todas las dudas.
- Cecilia R. Ramón Henríquez y Joan Ordoñez Batlle del Servicio de Recursos Humanos por proporcionarnos los datos sobre la cuantía de la Plantilla de Enfermeros.
- Cristina Martín Lorenzo, Coordinadora del Centro de Salud de Los Llanos de Aridane, por ayudarnos a determinar la no existencia de un cuestionario validado.
- Ana Belén López Cadenas (Enfermera de Medicina Preventiva del Hospital General de La Palma), Luis Miguel Cairós Ventura (Coordinador de enfermería en el Centro de Salud de Santa Cruz de La Palma) y Elisa Álvarez Feliciano (Enfermera de pediatría del Centro de Salud de Santa Cruz de La Palma) por acceder a revisar el cuestionario propuesto y aportar ideas de mejora.
- José Izquierdo Botella (Gerente de los servicios de Atención Especializada y de Atención Primaria) por su colaboración con el desarrollo de este proyecto.
- A Coraima Medel González, Henar Llanos Palmes, Diana Moro Calderón, Montserrat Roldán Díaz y Yeray Martín Dieppa, alumnos de Grado de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Laguna, por su colaboración en el primer pilotaje de este estudio.