

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL
DE HUAMANGA**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS:

**Conocimiento y cobertura vacunal sobre influenza y neumonía
en adultos mayores de Pensión 65, distrito de Santillana, 2025**

Para optar el título profesional de:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:
Bach. Deysi Karina HINOSTROZA ENCISO
Bach. Carmen Rosa ÑAUPA TINEO

ASESOR:
Lic. Hugo AYALA PRADO

AYACUCHO - PERÚ

2025

DEDICATORIA

A Dios, por concedernos la vida, la fortaleza y la sabiduría necesarias para culminar esta etapa de formación profesional.

A nuestros padres y familiares, por su amor incondicional, apoyo constante y confianza en nuestros esfuerzos. Su ejemplo de perseverancia nos impulsó a continuar aun en los momentos más difíciles.

A los adultos mayores beneficiarios del programa Pensión 65 del distrito de Santillana, quienes con su participación hicieron posible el desarrollo de esta investigación, y a quienes dedicamos el compromiso de contribuir a la prevención y promoción de la salud.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, por brindarnos la oportunidad de formarnos profesional y humanamente en sus aulas.

A la Facultad de Ciencias de la Salud y a la Escuela Profesional de Enfermería, por promover una formación científica, ética y comprometida con las necesidades sanitarias de la población.

A nuestro asesor, Prof. Hugo Ayala Prado, por su orientación académica, sus aportes metodológicos y su acompañamiento durante el desarrollo de la investigación.

A las autoridades locales, al personal de salud y a los responsables del programa Pensión 65 del distrito de Santillana, por las facilidades brindadas para la recolección de información.

A los adultos mayores participantes, por su tiempo, confianza y disposición para compartir información relevante sobre su conocimiento y estado vacunal.

Deysi y Carmen Rosa

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la cobertura vacunal sobre influenza y neumonía en adultos mayores beneficiarios del programa Pensión 65 del distrito de Santillana, Ayacucho, 2025. El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, de tipo aplicada, nivel descriptivo-relacional y diseño no experimental, transversal y retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 60 adultos mayores seleccionados mediante muestreo no probabilístico intencional, de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión. Para la variable conocimiento se aplicó una entrevista mediante cuestionario estructurado, y para la cobertura vacunal se revisó el carné o registro de vacunación. Los resultados evidenciaron que el 50,0% presentó nivel medio de conocimiento, el 30,0% nivel alto y el 20,0% nivel bajo. Respecto a la cobertura, solo el 26,7% estuvo vacunado contra influenza y el 16,7% contra neumococo, mientras que el 73,3% y el 83,3%, respectivamente, no contaban con dichas vacunas. Al relacionar el conocimiento con la vacunación contra influenza se obtuvo $\chi^2 = 1,023$; gl = 2; p = 0,600; y para neumococo $\chi^2 = 3,360$; gl = 2; p = 0,186, valores que demostraron ausencia de asociación estadísticamente significativa. Se concluyó que el conocimiento, aunque mayoritariamente medio y alto, no se tradujo en una adecuada cobertura vacunal, por lo que la brecha principal no fue solo informativa, sino también operativa, comunicacional y de acceso efectivo a los servicios de inmunización.

Palabras clave: conocimiento, cobertura vacunal, influenza, neumonía, neumococo, adultos mayores, Pensión 65.

ABSTRACT

This research aimed to determine the relationship between knowledge level and vaccination coverage for influenza and pneumonia among older adults enrolled in the Pensión 65 program in the district of Santillana, Ayacucho, 2025. The study used a quantitative approach, applied type, descriptive-correlational level, and a non-experimental, cross-sectional and retrospective design. The sample consisted of 60 older adults selected through intentional non-probability sampling according to inclusion and exclusion criteria. Knowledge was assessed through an interview using a structured questionnaire, whereas vaccination coverage was verified through vaccination cards or immunization records. Results showed that 50.0% of participants had a medium level of knowledge, 30.0% a high level and 20.0% a low level. Regarding vaccination coverage, only 26.7% had received the influenza vaccine and 16.7% the pneumococcal vaccine, while 73.3% and 83.3%, respectively, were not vaccinated. The association analysis showed no statistically significant relationship between knowledge and influenza vaccination ($\chi^2 = 1.023$; $df = 2$; $p = 0.600$) or between knowledge and pneumococcal vaccination ($\chi^2 = 3.360$; $df = 2$; $p = 0.186$). It was concluded that knowledge, although mostly medium or high, did not translate into adequate vaccination coverage; therefore, the main gap was not only informational, but also operational, communicational and related to effective access to immunization services.

Keywords: knowledge, vaccination coverage, influenza, pneumonia, pneumococcus, older adults, Pensión 65.

ÍNDICE

ÍNDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
ÍNDICE	6
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1. Descripción de la situación problemática	11
1.2. Formulación del problema	14
1.2.1. Problema general	14
1.2.2. Problemas específicos	15
1.3. Justificación	15
1.4. Objetivos	15
1.4.1. Objetivo general	15
1.4.2. Objetivos específicos	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	16
2.1. Antecedentes referenciales	16
2.1.1. Antecedentes internacionales	16
2.1.2. Antecedentes nacionales	20
2.1.3. Antecedentes locales	23
2.2. Base teórica	23
2.3. Hipótesis	48
2.4. Variables	48
2.5. Operacionalización de variables	49
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	50
3.1. Enfoque de investigación	50
3.2. Tipo de investigación	50
3.3. Nivel o alcance de investigación	50
3.4. Diseño de investigación	51
3.5. Área de estudio	51
3.6. Población	51
3.7. Muestra	51
3.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	52
3.9. Validez y confiabilidad del instrumento	53
3.10. Recolección de datos	53
3.11. Procesamiento y análisis de datos	53
3.12. Consideraciones éticas	53
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	54

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	61
CONCLUSIONES	68
RECOMENDACIONES	69
REFERENCIAS	70
ANEXOS	79
Anexo 1. Cuestionario de recolección de datos	80
Anexo 2. Guía de revisión de carné o registro de vacunación	82
Anexo 3. Matriz de consistencia	83
Anexo 4. Evidencias fotográficas de recolección de datos	84

INTRODUCCIÓN

La influenza y la neumonía representan importantes problemas de salud pública a nivel mundial, especialmente en la población adulta mayor, debido a su elevada morbilidad y al riesgo de complicaciones respiratorias severas. La influenza es una infección viral aguda y altamente transmisible que afecta principalmente las vías respiratorias, mientras que la neumonía constituye un proceso infeccioso e inflamatorio del parénquima pulmonar ocasionado por bacterias, virus u otros microorganismos, siendo el *Streptococcus pneumoniae* uno de los principales agentes etiológicos en adultos mayores.

La Organización Mundial de la Salud informó que anualmente se registran aproximadamente mil millones de casos de influenza en el mundo, de los cuales entre tres y cinco millones corresponden a cuadros graves, ocasionando entre 290 000 y 650 000 muertes respiratorias cada año. Frente a ello, la vacunación contra influenza y neumococo constituye la estrategia preventiva más efectiva para reducir hospitalizaciones, complicaciones y mortalidad, particularmente en personas vulnerables como los adultos mayores (OMS, 2019).

En esta etapa de vida, el envejecimiento fisiológico produce cambios inmunológicos y disminución de la capacidad de respuesta del organismo, incrementando la susceptibilidad frente a infecciones respiratorias. Asimismo, la presencia de enfermedades crónicas y condiciones de vulnerabilidad social aumentan el riesgo de discapacidad funcional, hospitalización y muerte. Sin embargo, la cobertura vacunal en adultos mayores continúa siendo insuficiente en diversos contextos, especialmente en zonas rurales y altoandinas, donde persisten barreras geográficas, económicas, culturales y limitaciones de acceso a los servicios de salud.

En el Perú, el Ministerio de Salud desarrolla campañas nacionales de inmunización dirigidas a grupos vulnerables, priorizando la prevención de enfermedades respiratorias durante temporadas de friaje y bajas temperaturas. A pesar de la distribución de vacunas contra influenza y neumococo en diferentes regiones del país, aún existen brechas importantes de cobertura vacunal, principalmente en poblaciones rurales y de escasos recursos económicos.

En el distrito de Santillana, provincia de Huanta, región Ayacucho, los adultos mayores beneficiarios del programa Pensión 65 constituyen una población con alta vulnerabilidad sanitaria y social. Muchos de ellos presentan limitaciones económicas, dificultades de acceso a los establecimientos de salud y escasa información sobre la importancia de la vacunación preventiva. En este contexto, resulta necesario evaluar el nivel de conocimiento que poseen sobre influenza, neumonía y vacunación, así como determinar el cumplimiento de la cobertura vacunal, a fin de generar evidencia que contribuya al fortalecimiento de las estrategias preventivas y promocionales en salud.

En función de esta problemática, se formuló la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y la cobertura vacunal sobre influenza y neumonía en adultos mayores beneficiarios del programa Pensión 65 del distrito de Santillana, Ayacucho, 2025?

El objetivo general de la investigación fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la cobertura vacunal sobre influenza y neumonía en adultos mayores beneficiarios del programa Pensión 65 del distrito de Santillana, Ayacucho, 2025. Asimismo, los objetivos específicos estuvieron orientados a identificar el nivel de conocimiento sobre influenza, neumonía y vacunación; determinar la cobertura vacunal contra influenza y neumococo; establecer la relación entre el nivel de conocimiento y la cobertura vacunal contra influenza y neumococo; y describir la relación entre el género y la cobertura vacunal contra influenza.

La investigación se justificó por su relevancia sanitaria, social y académica. Desde el ámbito sanitario, permitió identificar las brechas existentes en la inmunización de una población vulnerable. En el aspecto social, proporcionó información útil para fortalecer las estrategias comunitarias de educación sanitaria, seguimiento y vacunación. En el plano académico, contribuyó al desarrollo de evidencia científica en enfermería orientada a la prevención de enfermedades respiratorias en adultos mayores.

Metodológicamente, el estudio presentó un enfoque cuantitativo, de tipo aplicada, nivel descriptivo-relacional y diseño no experimental, transversal y retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 60 adultos mayores beneficiarios del programa Pensión 65. Para la recolección de datos se empleó un cuestionario estructurado destinado a evaluar el nivel de conocimiento y

la revisión de carnés o registros de vacunación para verificar la cobertura vacunal. La contrastación de hipótesis se realizó mediante la prueba estadística Chi cuadrado, considerando un nivel de significancia de 0,05.

Los resultados evidenciaron que la mayoría de los adultos mayores presentó un nivel de conocimiento medio y alto respecto a influenza, neumonía y vacunación; sin embargo, la cobertura vacunal fue baja tanto para influenza como para neumococo. El análisis estadístico demostró que no existió relación significativa entre el nivel de conocimiento y la cobertura vacunal, lo que sugiere que el conocimiento por sí solo no garantiza el acceso ni el cumplimiento de la inmunización. Por ello, se requieren estrategias integrales que incluyan educación sanitaria, accesibilidad a los servicios, seguimiento domiciliario y participación comunitaria.

El presente informe de investigación se estructuró en cinco capítulos. El Capítulo I aborda el planteamiento del problema, objetivos, justificación e hipótesis. El Capítulo II desarrolla los antecedentes y las bases teóricas. El Capítulo III describe la metodología empleada. El Capítulo IV presenta los resultados y su interpretación. Finalmente, el Capítulo V contiene la discusión, conclusiones y recomendaciones, además de las referencias bibliográficas y anexos correspondientes.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción de la situación problemática

Las enfermedades identificadas en la actualidad como influenza y neumonía han afectado a la humanidad desde tiempos remotos, desencadenando diversas epidemias y pandemias. De acuerdo con Pardo, D.M. (2018), el término *influenza* surgió en Italia a comienzos del siglo XV para describir una enfermedad cuya causa se atribuía a la influencia astral. Posteriormente, esta denominación fue adoptada por los ingleses en el siglo XVIII, mientras que, en Francia, durante el mismo periodo, se popularizó el término *gripe*. Por su parte, la neumonía ha sido documentada a lo largo de la historia, con registros de su presencia en la civilización griega temprana. La influenza y la neumonía son enfermedades respiratorias que, pese a los avances médicos, continúan representando un importante desafío para la salud pública global, particularmente en poblaciones vulnerables como los adultos mayores, con millones de hospitalizaciones y fallecimientos cada año a nivel mundial.

Desde el punto de vista clínico, la influenza es una infección viral altamente contagiosa que compromete las vías respiratorias, mientras que la neumonía es un proceso infeccioso e inflamatorio que afecta el parénquima pulmonar, siendo causada por virus, bacterias u otros agentes patógenos. En ambos casos, la severidad aumenta considerablemente en personas mayores, quienes presentan un sistema inmunológico más debilitado debido al proceso

natural del envejecimiento (SEGG, 2016).

A nivel **mundial**, estas enfermedades continúan generando una alta carga de morbilidad y mortalidad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), cada año se registran cerca de 1.000 millones de casos de gripe, de los cuales entre 3 y 5 millones son graves, provocando entre 290.000 y 650.000 muertes por causas respiratorias. En Estados Unidos, se estima que entre el 5 % y el 20 % de la población contrae influenza anualmente, lo que resulta en más de 200.000 hospitalizaciones y hasta 49.000 muertes (CDC, 2018; National Foundation for Infectious Diseases). Estas cifras evidencian la magnitud del problema y la necesidad de medidas preventivas eficaces, como la vacunación.

La influenza y la neumonía son enfermedades respiratorias graves que afectan especialmente a los adultos mayores, quienes son más susceptibles a complicaciones y hospitalizaciones. A pesar de la disponibilidad de vacunas efectivas, la cobertura vacunal en esta población sigue siendo baja en muchos lugares del mundo, incluyendo el Perú.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), dice que la forma más eficaz de protegerse es vacunarse cada año, sobre todo las personas con mayor riesgo de sufrir complicaciones graves de la enfermedad y los trabajadores de salud. Actualmente la OMS ha presentado la Estrategia Mundial contra la Gripe 2019-2030 para proteger a las personas de todos los países de la amenaza que representa esta enfermedad. Los objetivos de la estrategia son prevenir la gripe estacional, evitar que la enfermedad se propague de los animales a los seres humanos y prepararse para la próxima pandemia de gripe.

Diversos estudios en América Latina han reportado niveles variables de cobertura vacunal en poblaciones de riesgo. Según Chiganer et al. (2021), en una investigación realizada en países como Argentina, Brasil, México, Colombia, Perú y Venezuela, la cobertura de

vacunación en pacientes con lupus fue baja, alcanzando solo el 42,7 % para influenza y el 25,2 % para neumococo. Por su parte, González-Block et al. (2022) reportaron que en México, durante 2018, la cobertura de vacunación contra influenza fue de 61,6 % en adultos mayores, 58,4 % en niños menores de 6 años, 56,7 % en embarazadas y 76,7 % en personas con enfermedades crónicas. Además, en los países del Cono Sur (como Argentina, Chile y Uruguay) y de la Región Andina (como Colombia, Perú y Bolivia), la cobertura osciló entre el 56 % y el 76 % en los principales grupos de riesgo, evidenciando importantes diferencias regionales asociadas a factores como infraestructura sanitaria, políticas públicas y acceso a los servicios de salud.

En el plano **nacional**, Perú no es ajeno a esta problemática. El Ministerio de Salud (MINSA, 2024) ha intensificado campañas de vacunación contra la influenza y la neumonía, distribuyendo aproximadamente 4 millones de vacunas contra la influenza y 500.000 contra el neumococo durante el periodo 2023-2024. Sin embargo, la cobertura aún es insuficiente en muchas regiones del país. En los 540 distritos afectados por las bajas temperaturas, se ha alcanzado solo un 45 % de cobertura contra el neumococo, lo que evidencia una brecha importante en la protección de los adultos mayores, uno de los grupos más vulnerables.

En el ámbito **local**, en la región Ayacucho, los datos muestran un panorama mixto: si bien la cobertura contra la influenza alcanza un 86,3 % a nivel regional y hasta un 90,4 % en el distrito de San José de Secce, la vacunación contra la neumonía muestra cifras preocupantemente bajas, con un 17 % de cobertura regional y apenas un 19,4 % en San José de Secce. Esta disparidad revela la necesidad urgente de fortalecer las estrategias de inmunización, especialmente considerando que ambos esquemas de vacunación son cruciales para reducir la incidencia de complicaciones graves en adultos mayores.

A partir de la situación problemática identificada, se motivó plantear el presente

proyecto de investigación, siendo problema central “Conocimiento y cobertura vacunal sobre influenza y neumonía en adultos mayores beneficiarios del programa Pensión 65, en el distrito de Santillana, 2025”

1.2 Delimitación del problema.

1.2.1. Objeto de estudio:

- ✓ **Conocimiento** sobre influenza y neumonía, incluyendo causas, síntomas, formas de transmisión, prevención y tratamiento.
- ✓ **Cobertura vacunal** contra influenza y neumonía (neumococo), enfocándose en el acceso y aceptación de las vacunas por parte de los adultos mayores

1.2.2. Población sujeta de estudio:

La población de estudio está conformada por 350 **adultos mayores beneficiarios del programa Pensión 65 del distrito de Santillana.**

1.2.3. Delimitación espacial

La investigación se desarrollará en el distrito de Santillana, provincia de Huanta, región Ayacucho, Perú.

1.2.4. Temporalidad

El estudio se llevará a cabo durante el año **2025**, tomando como base las campañas de vacunación desarrolladas entre **2024 y 2025** y su impacto actual.

1.3 Formulación del problema

1.3.1. Problema central

- 1.3.2.** ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y la cobertura vacunal sobre influenza y neumonía en adultos mayores beneficiarios del programa Pensión 65 del distrito de Santillana el año 2025?

1.3.3. Problema específico:

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la importancia de la vacunación contra la influenza y la neumonía en adultos mayores beneficiarios de la pensión 65 del distrito Santillana?
- ¿Cuál es la cobertura vacunal efectiva contra la influenza y la neumonía en adultos mayores beneficiarios de la pensión 65 del distrito Santillana?
- ¿Qué relación existe entre el nivel de conocimiento y la cobertura vacunal en los adultos mayores beneficiarios de la pensión 65 del distrito Santillana?

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo central:

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la cobertura vacunal sobre influenza y neumonía en adultos mayores beneficiarios del programa Pensión 65 del distrito de Santillana el año 2025

1.4.2. Objetivos específicos:

- a. Identificar el nivel de conocimiento sobre la importancia de la vacunación contra la influenza y la neumonía en adultos mayores beneficiarios de la pensión 65 del distrito Santillana.
- b. Determinar la cobertura vacunal contra la influenza y la neumonía en adultos mayores beneficiarios de pensión 65 del distrito Santillana.
- c. Analizar la relación entre el nivel de conocimiento y la cobertura vacunal de influenza y neumonía en adultos mayores beneficiarios de la pensión 65 del distrito Santillana.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes referenciales

2.1.1. Antecedentes internacionales

Sayuri A, et al (2025) investigaron sobre los Factores que se asocian a la vacunación contra la influenza en los adultos mayores en una gran ciudad del Brasil, 1.341 personas mayores fueron parte de la muestra del estudio, los resultados señalan al 74.2% de cobertura alcanzada de vacunación, siendo el primordial incentivo mantenerse activos físicamente e interactuar con las unidades de atención médica para aumentar la cobertura de vacunación en las personas mayores. Consideran que el interaccionar, el que vivan solos, pudieron ser lo que limita para la vacunación contra la influenza comunitaria. La investigación concluye que las campañas de vacunación contra la influenza deben ser fortalecidas en el conocimiento a la población para poder incrementar la cobertura vacunal.

Maguiña, et la (2023) en investigación con objetivo de realizar una revisión sistemática de publicaciones científicas acerca del nivel de cobertura de vacunación contra el neumococo en adultos mayores en Latinoamérica. Materiales y métodos: Se realizó una revisión sistemática mediante la búsqueda de artículos científicos relacionados con el tema. Se utilizó la pregunta PEO: ¿Cuál es el nivel de cobertura de vacunación contra neumococo en adultos mayores en Latinoamérica? Las fuentes de búsqueda fueron PubMed, Scielo y Google Scholar. Las palabras clave fueron: "Aged", en combinación con "Pneumococcal Vaccines", "Vaccination Coverage";

"adulto mayor", "Vacunas Neumocócicas" junto con "Cobertura de Vacunación". Se seleccionaron los artículos publicados desde el 1 de enero de 2017 hasta el 31 de diciembre del 2022. Resultados: De los 571 artículos encontrados en la revisión, 559 fueron prescindidos por no cumplir con los criterios de inclusión y exclusión, quedando 5 artículos para esta revisión. Basado en 5 artículos revisados, se evidenció que el porcentaje de cobertura de vacunación en adultos mayores en Latinoamérica es deficiente. Conclusiones: Se evidencia una baja cobertura de vacunación y tasa de incidencia alta de neumonía en adultos mayores, a causa de la insuficiente programación de actividades de prevención por el establecimiento de salud, insuficientes campañas de difusión a la población objetivo, limitado acceso a servicios de salud de la población vulnerable lo que predispone a una baja sensibilización y vacunación de este vulnerable, grupo etario; resultando en un incremento directamente proporcional de casos de neumonía con la mayor edad.

Ministerio de Salud Italiano (2023) reporta que la cobertura de vacunación de los sujetos ≥ 65 años durante las últimas tres temporadas fue del 65,3% (2020-2021), del 58,1% (2021-2022) y del 56,7% (2022-2023), manteniéndose por debajo del objetivo mínimo recomendado del 75%.

En el estudio realizado por **González y Ríos (2021)** en Colombia, se analizaron los factores que influyen en la vacunación de adultos mayores contra enfermedades respiratorias como la influenza y la neumonía. La investigación evidenció que las **creencias sobre la seguridad de las vacunas y el nivel de conocimiento acerca de las enfermedades prevenibles** fueron variables significativamente asociadas al comportamiento de vacunación en esta población. Los resultados mostraron que los adultos mayores que percibían las vacunas

como **seguras y eficaces** tenían una **mayor probabilidad de vacunarse**, en comparación con aquellos que expresaban dudas o temores respecto a los efectos secundarios o la utilidad de la inmunización. Así mismo, se identificó que el **desconocimiento sobre la severidad de enfermedades como la influenza o la neumonía, así como la falta de información sobre la existencia y disponibilidad de vacunas**, constituían barreras importantes para alcanzar una adecuada cobertura vacunal. Además, el estudio destacó el papel clave del entorno social y de los profesionales de salud como fuentes de influencia positiva. Aquellos adultos mayores que recibían orientación directa de personal sanitario o participaban en actividades educativas comunitarias mostraban mayores niveles de aceptación y adherencia a las campañas de vacunación.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, 2021) reportaron que durante la temporada 2020-2021 en Estados Unidos, la cobertura vacunal contra la influenza en adultos mayores de 65 años alcanzó el **68 %**. Si bien esta cifra es superior al promedio en países de bajos ingresos, todavía se encuentra por debajo del objetivo del 75 % recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para esta población de riesgo. El estudio señaló que, a pesar de la infraestructura sanitaria avanzada del país, persisten desigualdades en la cobertura vacunal, sobre todo entre personas con menor nivel educativo, comunidades rurales, minorías étnicas y adultos mayores con limitado contacto con los servicios de salud. Estas disparidades evidencian que no basta con asegurar el acceso físico a las vacunas, sino que es necesario trabajar también en factores psicosociales, como el nivel de conocimiento, las creencias sobre la seguridad y eficacia de las vacunas, y la confianza en las instituciones sanitarias. Conclusión: recomendación directa de un profesional de salud es uno de los factores más determinantes en la decisión de vacunarse. Por lo tanto, para aumentar las tasas de

cobertura, se requieren intervenciones educativas y culturalmente adaptadas, que refuercen tanto la información científica como el vínculo entre los adultos mayores y el sistema de salud.

El European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC, 2020) llevó a cabo un estudio multicéntrico en diversos países de Europa con el objetivo de analizar la **cobertura vacunal contra la neumonía**, específicamente contra infecciones por **Streptococcus pneumoniae**, en la población adulta mayor. Los resultados revelaron una **amplia variabilidad en la cobertura vacunal**, con tasas que oscilaron entre el **30 % y el 70 %**, dependiendo del país, el sistema de salud y la existencia de políticas nacionales de vacunación específicas para este grupo etario. El estudio mostró que los países que alcanzaron mayores niveles de cobertura (cerca del 70 %) habían implementado estrategias nacionales de inmunización sostenidas, con esquemas gratuitos, campañas informativas amplias, y una fuerte recomendación por parte del personal de salud. Por el contrario, en países donde la vacunación no estaba incluida como parte de programas rutinarios o no era costada por el sistema público, la cobertura descendía a niveles mínimos del 30 % o menos. Asimismo, el ECDC identificó varios factores determinantes que condicionaban la aceptación de la vacuna neumocócica en adultos mayores, entre los que destacan: El nivel de conocimiento sobre las complicaciones de la neumonía, especialmente en personas con enfermedades crónicas. La percepción de vulnerabilidad personal ante infecciones respiratorias graves. La confianza en la seguridad y eficacia de la vacuna. La recomendación directa del personal sanitario como factor clave para la adherencia al esquema vacunal. Conclusión: el ECDC hizo un llamado a los gobiernos europeos a fortalecer las estrategias de vacunación dirigidas a adultos mayores, no solo mejorando el acceso, sino también educando e informando adecuadamente a la población. Destacó que para

aumentar la cobertura vacunal es indispensable adoptar un enfoque multidimensional, que combine intervenciones informativas, estructurales y clínicas.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Ministerio de Salud (2024) reportó que en Perú se logró una cobertura del 45 % contra el neumococo en distritos afectados por el frío, lo cual evidencia la necesidad de intervenciones educativas que aumenten la adherencia a las campañas. ´

Virú (2022), el presente trabajo tuvo como objetivo: Sistematizar las evidencias de estudios sobre el conocimiento y la cobertura de la vacunación de neumococo e influenza en el adulto mayor durante el periodo 2015-2020. Metodología: No experimental, retrospectivo, revisión sistemática. La población estuvo conformada por 40 artículos científicos encontrados en diferentes bases de datos. Los resultados obtenidos de los artículos seleccionados según bases de datos se evidencian que un 20% pertenece a Springer link, un 16% Taylor u otros; con un 12% que pertenece al (ncbi), un 8% (mdpi), y un 4% otros. Con respecto; a la calidad de evidencia según diseño metodológico se observa que el nivel de evidencia baja es de 80%, media tiene un 16% y por último alta un 4%. Se concluye que la mayor base de datos de revista fue Springer link. Así mismo; el nivel de evidencia se encontró con mayor predominio a nivel bajo. Por otro lado; la mayoría de los artículos indagados sobre el conocimiento y cobertura se identificó que existe un conocimiento bajo; ya que se percibe en los artículos que es por poca promoción de intervención educativa, otros porque “gozan de buena salud” y porque “no creían en la vacuna”.

Rosales (2021) en su investigación con objetivo de determinar el efecto de la vacunación neumocócica en la reducción de fallecimientos por COVID-19 en adultos mayores, Trujillo, 2019 - 2020. Investigación cuantitativa, no experimental, descriptivo correlacional – causal.

Muestra de 2131 adultos mayores con diagnóstico de COVID-19 entre fallecidos y no fallecidos y vacunados con vacuna antineumocócica que fueron registrados en el sistema NOTICOVID y HISMINSA. Los datos fueron procesados en el paquete SPSS vs 26, y son presentados en tablas simples y de doble entrada. Para establecer la relación entre variables de estudio se utilizó la prueba de independencia Chi cuadrado con el 95% de confiabilidad y significancia de $p < 0.05$, obteniendo como resultados que la cobertura de vacunación con vacuna neumocócica en el adulto mayor es 80.2%, por lo que se hace significativa en ese periodo, asimismo existe alta tasa de mortalidad en los distritos de Florencia de Mora (13.9%), Laredo (7.5%) y El Porvenir (6.1%). Se evidenció que la tercera parte de los pacientes mayores de 60 años infectados por COVID-19 fallecieron durante el periodo mencionado. La Prevalencia de fallecidos por COVID-19 en la población mayor de 60 años con COVID-19 varía con la edad (42.9 % en el grupo de 60-69 años, 35.7% en el intervalo de 70-79 y 21.3 % en el grupo de 80 a más años respectivamente. Dado que, $P < 0,05$ se afirmó que la variable vacuna neumocócica sí influye en la variable reducción de fallecimientos por COVID-19. Asimismo, podemos afirmar que existe efecto significativo entre ambas variables.

Ramos (2021) en su investigación con objetivo de Determinar los factores de riesgo que predisponen a la aparición de neumonía y el cumplimiento del esquema de vacunación de la vacuna neumococo en los adultos mayores del asentamiento humano Ana Jara Ica abril 2021. Metodología: Cuantitativo, descriptivo, transversal y no experimental, con una muestra de 66 adultos mayores, la técnica de recolección de datos fue la entrevista y análisis documental. Resultados: Respecto de los factores extrínsecos que predisponen la neumonía en los adultos mayores, se observa en el 92.4% las viviendas sin material noble, mientras que los otros indicadores no son predisponentes de neumonía por encontrarse por debajo del 50%. Dentro de

los factores intrínsecos que predisponen la neumonía en los adultos mayores, se observa que el 75.8% sufre de alguna enfermedad crónica (hipertensión, diabetes, enfermedad coronaria, etc), 66.7% sufre de resfríos o se enferma constantemente, 65.1% sufre enfermedad del sistema respiratorio, 60.6% refiere que tiene una mala alimentación, 50% tiene edad mayor a 70 años, mientras que el 39.4% sufre de enfermedad autoinmune y es un indicador no predisponente de neumonía. El cumplimiento del esquema de vacunación de vacuna neumococo es 72.7% y el 27.3% lo incumplió (no lo recibió). Conclusiones: Los factores de riesgo que predisponen a la aparición de neumonía son los intrínsecos, y existe mayor proporción de cumplimiento de la vacuna neumococo en los adultos mayores del Asentamiento Humano Ana Jara, Ica abril 2021.

El Ministerio de Salud del Perú (2021) reportó que, durante el año 2020, la cobertura vacunal contra la influenza en adultos mayores en Lima Metropolitana fue de apenas el 40 %, una cifra considerablemente baja si se compara con los estándares internacionales recomendados por la Organización Mundial de la Salud (75 %). El estudio, realizado en establecimientos de salud de primer nivel en Lima, identificó diversas barreras estructurales y sociales que contribuyeron a esta baja cobertura. Entre las principales limitaciones se señalaron: Falta de información adecuada sobre los beneficios de la vacunación entre los adultos mayores. Escasa promoción activa por parte del personal de salud, quienes no siempre recomendaban de forma explícita la vacuna. Desconfianza hacia las vacunas, influenciada por rumores o creencias erróneas. Temor a acudir a los establecimientos de salud en contexto de pandemia por COVID-19, lo que redujo la asistencia a campañas presenciales. El informe también indicó que el nivel educativo y el grado de conocimiento sobre la influenza estaban significativamente asociados con la disposición a vacunarse. Las personas con mayor escolaridad y acceso a información confiable mostraban una mayor probabilidad de aceptar la vacuna. Conclusión: el

Ministerio recomendó reforzar las estrategias de comunicación, sensibilización y educación en salud, así como mejorar el acceso equitativo a los puntos de vacunación, especialmente en sectores vulnerables. Además, se propuso el fortalecimiento del rol del personal de salud como educadores y promotores de la inmunización, dada su influencia directa en la toma de decisiones de los adultos

2.1.3. Antecedentes locales

En los repositorios locales revisados no se identificaron investigaciones directamente relacionadas con conocimiento y cobertura vacunal contra influenza y neumococo en adultos mayores beneficiarios del programa Pensión 65 del distrito de Santillana. Esta ausencia de antecedentes locales reafirma la pertinencia del estudio, dado que genera evidencia específica para orientar intervenciones de enfermería comunitaria, promoción de la salud e inmunización en población adulta mayor rural.

2.2. Base teórica

2.2.1. Conocimiento.

El conocimiento es el resultado del proceso de aprendizaje, el producto final que queda guardado en el sistema cognitivo, principalmente en la memoria, después de ser ingresado por medio de la percepción, acomodado y asimilado a las estructuras cognitivas y a los conocimientos previos con los que el sujeto cuenta.

Álvarez & Calderón (2015) lo define como “todo lo que se adquiere mediante la interacción con el entorno, es el resultado de la experiencia organizada y almacenada en la mente del individuo de una forma que es única para cada persona”.

Mario Bunge plantea que el conocimiento puede entenderse como un conjunto estructurado de ideas, conceptos y proposiciones que varían en su grado de claridad, precisión y organización, pudiendo presentarse desde formulaciones exactas y ordenadas hasta nociones imprecisas o ambiguas. Asimismo, distingue dos formas principales de conocimiento: el conocimiento vulgar o cotidiano, que se origina a partir de la interacción diaria del individuo con su entorno social y natural, permitiendo la comprensión inmediata de objetos y fenómenos mediante un lenguaje común; y el conocimiento científico, caracterizado por su naturaleza racional, analítica, metódica y sistemática, cuya validez depende de procesos de comprobación empírica y verificación objetiva (Bunge, 2004).

Mao Zedong sostiene que el conocimiento se desarrolla fundamentalmente a partir de la práctica social, especialmente mediante la actividad productiva material del ser humano. En este proceso, las personas adquieren progresivamente comprensión sobre los fenómenos, propiedades y leyes que rigen la naturaleza, así como sobre las interacciones que establecen con su entorno. Desde esta perspectiva, el conocimiento no surge de manera aislada, sino como resultado de la experiencia práctica, la interacción con la realidad y la transformación activa del medio, permitiendo una comprensión cada vez más profunda y objetiva de los procesos naturales y sociales (Mao, 1965).

Desde un punto de vista pedagógico; “el conocimiento es una experiencia que incluye la representación vivida de un hecho; es la facultad del propio pensamiento y de la percepción, incluyendo el entendimiento y la razón”.

El conocimiento que tienen las personas sobre las enfermedades lo adquieren básicamente a través de dos formas: formal e informal. El conocimiento informal, está dado como resultado de las experiencias, creencias y costumbres, mediante las actividades ordinarias de la vida y suele complementarse con otros medios de información (televisión, radio), medios

de comunicación escrita, así como de la publicidad que el sector de salud dispone. El conocimiento formal, viene a ser aquel que se imparte en el sistema de educación (Álvarez & Calderón, 2015).

2.2.1.1. **Teorías del Conocimiento**

Immanuel Kant, en su teoría del conocimiento, establece una distinción entre el conocimiento **a priori**, que se genera independientemente de la experiencia sensible y precede al contacto empírico con la realidad, y el conocimiento **a posteriori** o empírico, que se construye a partir de la experiencia y de la interacción directa con el entorno (Kant, 2007). Desde esta perspectiva, la adquisición del conocimiento ocurre mediante procesos de aprendizaje tanto formales como informales, lo que permite diferenciar dos grandes categorías. Por un lado, el **conocimiento vulgar o cotidiano**, que se adquiere de manera espontánea a través de la experiencia diaria y suele guiar acciones prácticas inmediatas. Por otro lado, el **conocimiento científico**, cuya construcción exige formación especializada, rigor metodológico y esfuerzo intelectual sistemático; este se caracteriza por ser selectivo, ordenado, analítico, descriptivo y objetivo, sustentándose en la observación y la evidencia empírica. En el ámbito social y sanitario, el conocimiento científico se encuentra en permanente evolución; sin embargo, su incorporación no siempre es homogénea, debido a que en diversas poblaciones rurales y urbano-marginales persisten creencias, costumbres y prácticas culturales relacionadas con la salud, la enfermedad y el uso de remedios tradicionales, las cuales influyen en la aceptación o rechazo de medidas preventivas y terapéuticas (Kant, 2007).

La teoría del conocimiento y la salud pública sugiere que el conocimiento sobre las enfermedades y las medidas preventivas es fundamental para adoptar comportamientos saludables y prevenir enfermedades (Nutbeam, 2000).

Modelo de creencias en salud (Health Belief Model)

Este modelo plantea que la adopción de conductas preventivas, como la vacunación, depende de la percepción de susceptibilidad, la gravedad de la enfermedad, los beneficios de la acción preventiva y las barreras percibidas. Un mayor conocimiento mejora estas percepciones y favorece decisiones saludables (Rosenstock, 1974)

Teoría de promoción de la salud de Pender

Sostiene que el comportamiento de salud está influido por experiencias previas, cogniciones individuales y factores situacionales. El conocimiento se presenta como un factor clave en la formación de actitudes positivas hacia la prevención (Pender et al., 2015).

2.2.1.2. Tipos de Conocimiento

Mario Bunge señala que el conocimiento humano puede clasificarse en diversas categorías según su origen, finalidad y forma de adquisición.

- **Conocimiento ordinario o cotidiano** corresponde al saber que las personas adquieren de manera espontánea en su vida diaria, sin una búsqueda deliberada ni formación sistemática, permitiendo la comprensión práctica del entorno.
- **Conocimiento técnico** se relaciona con habilidades y saberes especializados orientados a la ejecución eficiente de actividades específicas, sustentándose principalmente en procedimientos y métodos de aplicación profesional más que en fundamentos científicos.

- **Conocimiento científico** se distingue por generarse mediante la formulación teórica y la aplicación rigurosa del método científico, lo que garantiza su carácter sistemático, verificable y objetivo.
- **Conocimientos teóricos**, los cuales se construyen de forma indirecta a partir de interpretaciones, textos, documentos o experiencias transmitidas por otros, incluyendo concepciones científicas, filosóficas e incluso religiosas.
- **Conocimientos empíricos** surgen de la experiencia directa y de la interacción inmediata del individuo con la realidad, basándose en la observación y la vivencia personal.
- Finalmente, los **conocimientos prácticos** comprenden aquellos saberes orientados a la acción y al comportamiento, ya que permiten desarrollar conductas o habilidades concretas mediante la práctica, la repetición, la imitación o la experiencia aplicada, como ocurre en los ámbitos técnico, ético y político (Bunge, 2004).

2.2.1.3. Nivel de Conocimiento

Hurtas B. y Anicama B. (2005) sostienen que el conocimiento se adquiere de manera cualitativa y cuantitativa como resultado de los procesos intelectuales y de las experiencias obtenidas en la práctica cotidiana. Este proceso cognitivo permite modificar la conducta del individuo y facilita la resolución de situaciones problemáticas. Asimismo, señalan que, según su nivel de desarrollo, el conocimiento puede clasificarse en **bueno, regular y deficiente**.

- **Conocimiento bueno u óptimo** se caracteriza por una organización cognitiva integral, con conceptos claramente estructurados, pensamiento coherente y argumentos sólidos, lo que permite al individuo analizar profundamente la realidad y comprender las consecuencias de sus acciones.

- **Conocimiento regular** presenta una integración parcial de ideas y conceptos, permitiendo reconocer aspectos esenciales del tema, aunque con limitaciones en la profundidad del análisis y en la formulación de conclusiones consistentes.
- **Conocimiento deficiente** evidencia una estructura cognitiva desorganizada, caracterizada por ideas imprecisas, escasa coherencia lógica y limitado sustento conceptual, lo cual dificulta una adecuada comprensión de la realidad y la toma de decisiones.

2.2.1.4. Evaluación del Conocimiento

Andrade P. (2012) define la evaluación como el proceso mediante el cual se asigna un valor o categoría a los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos por una persona, con el fin de determinar objetivamente su nivel de aprendizaje. En este sentido, la **escala numérica vigesimal** constituye una herramienta de medición que permite valorar el grado o intensidad del conocimiento dentro de un rango de **0 a 20 puntos**.

Asimismo, **Andrade (2012)** señala que esta escala permite clasificar el nivel de conocimiento en categorías como **muy bueno** (18–20 puntos), **bueno** (14–17 puntos), **regular** (11–13 puntos) y **muy deficiente** (0–10 puntos). Sin embargo, la delimitación de los intervalos puede ser adaptada por el investigador de acuerdo con los objetivos del estudio, siempre que dicha categorización responda a un análisis metodológico riguroso y a una valoración adecuada de la información obtenida durante el proceso de evaluación.

En el presente estudio, el nivel de conocimiento fue clasificado en tres categorías: **bueno** (>15 puntos), **regular** (10–14 puntos) y **deficiente** (<10 puntos), lo cual permitió una valoración sistemática del conocimiento de la población evaluada.

Conocimiento de los adultos mayores sobre las vacunas contra la influenza y la neumonía

Se entiende como el grado de información, comprensión y aprendizaje que poseen respecto a la finalidad, beneficios, esquema de administración, efectos adversos y medidas preventivas asociadas con dichas inmunizaciones. Este conocimiento influye de manera significativa en la toma de decisiones relacionadas con la aceptación y cumplimiento de la vacunación, constituyéndose en un factor determinante para la prevención de enfermedades respiratorias y sus complicaciones en esta población.

2.2.2. Cobertura Vacunal

La cobertura vacunal es un indicador epidemiológico que expresa el porcentaje de personas vacunadas dentro de una población objetivo, en relación con el total de individuos que deberían haber recibido dicha vacuna, durante un periodo determinado. Este parámetro permite evaluar el grado de cumplimiento de los programas de inmunización, identificar posibles brechas en la vacunación y orientar estrategias de intervención para la prevención de enfermedades inmunoprevenibles.

En el contexto de la presente investigación, la cobertura vacunal se refiere a la proporción de adultos mayores beneficiarios del programa Pensión 65 en el distrito de Santillana, que han recibido las vacunas contra la **influenza** y la **neumonía**, conforme al esquema nacional de vacunación vigente para el año 2025.

Nº de Adultos mayores vacunados

COBERTURA VACUNAL = ----- x 100

Total, de adultos mayores

2.2.2.1.Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI)

En el año 1972 en Perú se implementa el Programa Ampliado de Inmunizaciones, hoy denominado Estrategia Nacional de inmunizaciones (ENI), que desde entonces ha participado activamente en la erradicación de algunas de las enfermedades inmunoprevenibles y en la prevención y control efectivo de otras, asegurando y garantizando el acceso universal a los servicios de inmunizaciones de todos los peruanos en todos los niveles de salud.

Sin embargo, MINSA (2005) indica que la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones fue creada oficialmente el 27 de julio de 2004, con el objetivo de priorizar la inmunización a nivel nacional. Esta estrategia ha permitido que el país tenga uno de los esquemas de vacunación más completos de la región, protegiendo a la población contra diversas enfermedades.

Algunos hitos importantes en la implementación de la estrategia incluyen:

- Aprobación de planes: En 2005, se aprobaron los planes generales de las estrategias sanitarias nacionales, incluyendo la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones, mediante la Resolución Ministerial N° 721-2005.
- Actualización del esquema de vacunación: En 2022, se aprobó la Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación, mediante la Resolución Ministerial N° 884-2022-MINSA.
- Vacunas incluidas: Actualmente, el esquema nacional de vacunación en Perú comprende 18 vacunas que protegen contra 28 enfermedades, y se aplican desde recién nacidos hasta adultos mayores. Algunas de las vacunas incluidas son:

- Niños y niñas hasta 5 años: Vacunas contra enfermedades como la tuberculosis, hepatitis B, difteria, tétanos, tos ferina, neumonía, meningitis, entre otras.
- Personas mayores de 5 años: Vacunas contra enfermedades como el virus del papiloma humano, influenza y neumococo.

2.2.2.2. Vacunas

Se entiende por vacuna cualquier preparación destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos. Puede tratarse, por ejemplo, de una suspensión de microorganismos muertos o atenuados, o de productos o derivados de microorganismos. El método más habitual para administrar las vacunas es la inyección, aunque algunas se administran con un vaporizador nasal u oral (OMS, Vacunas, 2017).

Las vacunas sirven para proteger de enfermedades potencialmente graves, así mismo han conseguido eliminar una de las enfermedades más graves que existía en el mundo. Rodrigo, C (2011) en su sitio web vivir mejor menciona que “la vacunación es un acto de responsabilidad individual que también tiene un inmediato y fuerte impacto social: cuidar al otro”. De allí que haya circulado entre especialistas y público en general con tanta fuerza el concepto de "efecto rebaño"; es decir que cada vez que nos vacunamos, no solo nos protegemos de manera individual, sino que también contribuimos a disminuir la circulación de la enfermedad en otras comunidades que no hayan recibido la inmunización.

2.2.2.2.1. Influenza

Definición. La influenza más conocida como gripe, según Fauci, y otros (2009) “es una enfermedad respiratoria causada por los virus de la gripe que afecta a la porción superior, inferior o a ambas, de las vías respiratorias y que con frecuencia se acompaña de síntomas como fiebre, cefalea, mialgias

y debilidad''. Casi todos los inviernos surgen brotes de este padecimiento, de extensión y gravedad variables, que producen una morbilidad considerable en la población general, así como una mortalidad elevada en ciertos enfermos de alto riesgo y personas de edad avanzada, como consecuencia principalmente de complicaciones pulmonares.

Fisiopatología. La gripe es una infección aguda de las vías respiratorias que afecta a la cavidad nasal, faringe y en ocasiones a los pulmones. Después de la transmisión por vía respiratoria, el virus ataca las células epiteliales respiratorias de la tráquea, bronquios y penetra en ellas. Acontece su replicación, lo que da lugar a la destrucción de la célula del huésped, no se produce viremia. El virus se elimina por las secreciones respiratorias durante 5-10 días. La influenza se produce como una enfermedad esporádica, en forma de epidemias o de pandemias. La enfermedad epidémica tiene lugar con carácter anual, en particular en los meses de invierno.

Según Fauci, y otros (2009) en la influenza, el primer acontecimiento es la infección del epitelio respiratorio por el virus, que se adquiere a través de las secreciones respiratorias de los sujetos con infección aguda, al inicio afecta a las células epiteliales cilíndricas ciliadas, pero también puede afectar a otras células del aparato respiratorio, como las células alveolares, las células de las glándulas mucosas y los macrófagos.

Epidemiología. La epidemiología de la gripe está condicionada, fundamentalmente, por una característica singular de los virus gripales: su gran capacidad de presentar variaciones en su estructura antigénica. La gripe se transmite de persona a persona a través de las gotitas que contienen los virus y que proyectan los pacientes al ambiente al estornudar, toser o simplemente hablar, los brotes de gripe se presentan cada año, pero tienen una magnitud y gravedad variables.

La epidemia de influenza A ocurre casi exclusivamente durante los meses de invierno en climas templados, pero puede presentarse todo el año en el trópico. Estas epidemias comienzan en forma brusca, alcanzan su máximo en el curso de dos a tres semanas, persisten durante dos a tres

meses y luego desaparecen con rapidez. Las pandemias mundiales se presentan, por definición, en múltiples ubicaciones, conllevan altas tasas de ataque (10 a 20% de la población general), se extienden más allá de los patrones de estacionalidad, los brotes interpandémicos de gripe conllevan costos económicos que superan los 87 000 millones de dólares en Estados Unidos. Los factores de riesgo más destacados para las enfermedades graves son la enfermedad cardiopulmonar crónica y la edad avanzada (Longo, y otros, 2013).

De acuerdo con la información proporcionada por el MSP, actualmente nuestro país continúa presentando casos de influenza, los cuales han ido incrementando en la época invernal, desde el 19 de noviembre de 2017 hasta el 13 de enero de 2018 se notificaron 289 casos de influenza, de los cuales 9 personas fallecieron.

Etiología. Los virus de la gripe son miembros de la familia Orthomyxoviridae, de los cuales los virus A, B y C constituyen tres géneros separados. La designación de los virus de la gripe como tipos A, B o C se basa en características antigénicas de la nucleoproteína (NP) y los antígenos proteínicos de la matriz (Fauci, Kasper, Hauser, Jameson, & Loscalzo, 2012).

Forma de transmisión. Con toda seguridad esto se produce a través de aerosoles originados por la tos y el estornudo, aunque también puede ocurrir por contacto mano a mano y por otros contactos personales. Los datos experimentales sugieren que la transmisión por aerosoles de partículas pequeñas, es más eficaz que la producida por gotitas mayores.

Cuadro clínico. Tras un corto período de incubación que suele durar sólo 18-36 h y que depende del tamaño del inoculo, la enfermedad comienza bruscamente hasta el extremo de que a veces el paciente recuerda el momento exacto, con fiebre elevada, acompañada de notable sensación de malestar y escalofríos. El paciente refiere dolor de cabeza muy molesto, sin embargo, no es más que una consecuencia de la fiebre, pues cede en cuanto este remite. También hay un típico dolor

retroocular, que el paciente no refiere espontáneamente, pero que se pone de manifiesto al solicitarle que efectúe movimientos laterales de la mirada. A la vez, aparecen mialgias bastante llamativas en las extremidades, en especial en las pantorrillas y, sobre todo, en la región lumbar.

Rozman, C (2014) Son frecuentes las manifestaciones catarrales de las vías aéreas, tales como tos seca, catarro de la mucosa nasal, enrojecimiento conjuntival y congestión faríngea. La exploración torácica suele ser normal, aunque a veces hay roncus, sibilancias y rara vez algunos estertores crepitantes.

El tratamiento sintomático consiste en administrar analgésicos antipiréticos. La codeína alivia la tos seca. La amantadina y la rimantadina, 100 mg/día, cada 12 h durante 3-5 días, pueden reducir la duración del curso clínico, recalando que los antibióticos se utilizan sólo en caso de complicaciones bacterianas (Rozman C. , 2014).

Complicaciones. Las complicaciones de la gripe ocurren más a menudo en pacientes mayores de 65 años de edad, así como en los que experimentan ciertos trastornos crónicos como enfermedades cardíacas y pulmonares, diabetes mellitus, disfunción renal e inmunodepresión. El embarazo en el segundo o tercer trimestre también predispone a complicaciones de la gripe. Sin embargo, las más importantes son las pulmonares, tanto la neumonía gripal primaria como las neumonías bacterianas secundarias, según establece Fauci, y otros (2009) en Harrison Principios de Medicina Interna:

- ✓ La neumonía es la complicación más frecuente, que se puede presentar como neumonía gripal primaria, neumonía bacteriana secundaria o neumonía mixta, vírica y bacteriana.
- ✓ La neumonía gripal primaria es la menos frecuente, pero la más grave de las complicaciones neumónicas. Se presenta como una gripe aguda que no se resuelve, sino que se agrava inexorablemente con fiebre persistente, disnea y finalmente cianosis. La expectoración

suele ser escasa, pero puede contener sangre; al comienzo del proceso los signos físicos pueden ser escasos.

- ✓ La neumonía bacteriana secundaria aparece después de una gripe aguda. En este proceso, los enfermos experimentan una mejoría durante dos o tres días después de la gripe, seguida de la reaparición de la fiebre, de síntomas y signos clínicos de la neumonía bacteriana, que consisten en tos, expectoración purulenta y signos físicos y radiográficos de consolidación.
- ✓ La más frecuente de las complicaciones neumónicas que aparecen en los brotes de gripe es la neumonía mixta, es decir vírica y bacteriana. Los enfermos pueden sufrir un empeoramiento progresivo del padecimiento en la fase aguda o bien experimentar una mejoría transitoria seguida de un empeoramiento clínico para finalmente presentar las manifestaciones clínicas de la neumonía bacteriana

Profilaxis

La influenza y la neumonía son enfermedades que afectan principalmente en los extremos de la vida, ventajosamente existen medidas preventivas y factores de riesgo que evitables, que claramente aumentan la posibilidad de contraer estas enfermedades y son los siguientes: tabaquismo, alcoholismo, higiene dental inadecuada, nutrición inadecuada, contacto con personas que presentan infección respiratoria y ausencia de vacunación antigripal y antineumocócica, las medidas de prevención están encaminadas a evitar o disminuir la exposición a estos factores de riesgo, entre las cuales tenemos:

- ✓ Lavar las manos frecuentemente, en especial después de limpiarse la nariz e ir al baño.
- ✓ Al toser o estornudar cubrir con pañuelos desechables boca y nariz, o como alternativa cubrir boca y nariz con antebrazo.
- ✓ Llevar una alimentación saludable.

- ✓ Junto con lo anterior, la mejor manera de evitar contraer estas enfermedades y en especial las complicaciones graves, es la inmunización con las vacunas influenza y neumococo que posteriormente se detallan.

A. Vacuna contra la Influenza

Descripción general

La vacuna contra la influenza es una herramienta esencial de salud pública que se actualiza anualmente con base en la vigilancia epidemiológica global, incorporando los tipos y subtipos del virus que presentan mayor circulación en la temporada invernal siguiente. Actualmente, existen tres tipos principales de formulaciones disponibles:

1. Vacuna de virus vivos atenuados, administrada por vía intranasal.
2. Vacuna de virus inactivados.
3. Vacuna de subunidades proteicas, que contiene antígenos de superficie viral como la hemaglutinina (H) y la neuraminidasa (N).

Entre estas, la vacuna más comúnmente utilizada es la vacuna trivalente inactivada, compuesta por tres cepas del virus de la influenza: dos de tipo A (H1N1 y H3N2) y una de tipo B. Esta formulación se selecciona anualmente según las cepas que se espera tengan mayor circulación durante la temporada epidémica.

Indicaciones

De acuerdo con el Manual de Procedimientos de la Estrategia Nacional de Inmunizaciones del Ecuador (MSP, 2015), la vacunación contra la influenza está indicada para los siguientes grupos:

1. Adultos mayores

- Personas de 65 años o más, debido a su mayor vulnerabilidad ante complicaciones graves.

2. Personas con alto riesgo de complicaciones

- Niños mayores de 6 meses y adultos con enfermedades crónicas como:
 - Enfermedades cardiovasculares o pulmonares crónicas (asma grave, fibrosis quística, displasia broncopulmonar).
 - Enfermedades metabólicas, como diabetes mellitus.
 - Obesidad mórbida ($\text{IMC} \geq 40$ en adultos; ≥ 35 en adolescentes o ≥ 3 desviaciones estándar en la infancia).
 - Insuficiencia renal o enfermedad hepática crónica.
 - Inmunosupresión, ya sea por VIH, tratamientos inmunosupresores o trasplantes.
 - Niños y adolescentes (6 meses a 18 años) que reciben tratamiento prolongado con ácido acetilsalicílico, por el riesgo de síndrome de Reye.
 - Mujeres embarazadas, en cualquier trimestre de gestación.

3. Personas en contacto con grupos vulnerables

- Personal de salud (hospitalario, ambulatorio, emergencias, público o privado).
- Personas que trabajan en instituciones geriátricas o centros de atención a enfermos crónicos.
- Cuidadores domiciliarios de personas de alto riesgo o adultos mayores.

Edad, vía de administración y dosis

- Adultos y personas mayores: una dosis anual de 0.5 ml, administrada por vía intramuscular en el músculo deltoides, con una inclinación de 90°.
- Niños menores de 2 años: inyección intramuscular en el vasto externo del muslo.
 - De 6 a 11 meses: se administran dos dosis de 0.25 ml, la primera al primer contacto y la segunda un mes después.
 - Niños menores de 36 meses: dosis única de 0.25 ml.

(Ver detalle en el Esquema de Vacunación - Anexo 4)

Eficacia e inmunogenicidad

La vacuna contra la influenza es el método más efectivo para prevenir la infección gripal. Sin embargo, su efectividad puede variar según la edad del paciente, la presencia de comorbilidades, el grado de inmunocompromiso y la coincidencia entre las cepas incluidas en la vacuna y las cepas en circulación durante la temporada.

- Según el CDC, la efectividad promedio de la vacuna es de aproximadamente 60%.
- En adultos sanos menores de 65 años, la eficacia puede alcanzar entre el 70% y el 90%.
- En adultos mayores, si bien la eficacia puede ser menor, la vacunación sigue siendo crucial, ya que reduce el riesgo de complicaciones graves, hospitalizaciones y mortalidad por influenza.
- Los anticuerpos protectores se desarrollan entre 10 y 14 días después de la vacunación, y los niveles adecuados pueden mantenerse hasta 12 meses.
- Hasta el 90% de los adultos jóvenes pueden mantener anticuerpos detectables por más de un año.

Reacciones adversas postvacunales

En general, los efectos adversos son leves y autolimitados. Entre los más frecuentes se encuentran:

- Dolor, enrojecimiento o hinchazón en el sitio de aplicación.
- Síntomas leves como: cefalea, mialgia, dolor de garganta y ojos enrojecidos.
- Estos efectos suelen desaparecer en un plazo de 24 a 48 horas.

En raras ocasiones pueden presentarse reacciones adversas graves, como:

- Anafilaxia
- Parestesias, neuritis, mielitis
- Activación de Síndrome de Guillain-Barré
- Trastornos oculares

Contraindicaciones

La vacunación contra la influenza está contraindicada en los siguientes casos:

- Alergia conocida a la proteína del huevo o a cualquiera de los componentes de la vacuna.
- Antecedentes de Síndrome de Guillain-Barré posterior a una dosis previa.
- Reacciones anafilácticas graves tras una vacunación anterior.
- Presencia de enfermedad aguda severa.
- Infección aguda moderada o con fiebre mayor a 38.5 °C.

Pacientes con VIH con recuento de CD4 menor a 200 células/mm

Cobertura vacunal en influenza

En el caso de la vacuna contra la influenza, la cobertura vacunal se mide cada temporada debido a la naturaleza cambiante del virus. Las metas recomendadas por la OPS son:

Grupo de riesgo	Cobertura mínima esperada
Personal de salud	$\geq 90\%$
Adultos mayores (≥ 65 años)	$\geq 75\%$
Personas con enfermedades crónicas	$\geq 75\%$
Mujeres embarazadas	$\geq 75\%$

Esto permite proteger a las poblaciones más vulnerables y reducir el impacto de las epidemias estacionales.

2.2.2.2.2. Neumonía

Definición. Rico, Ochoa, & Escobedo (2009) en su obra sobre Geriatria Respiratoria la define como “Todo proceso infeccioso e inflamatorio del parénquima pulmonar causado por un patógeno microbiológico que afecta los espacios alveolares y suele caracterizarse por un proceso febril, sintomatología respiratoria variable, desarrollo de un infiltrado radiológico generalmente agudo y alteraciones auscultatorias específicas”.

Fisiopatología. La neumonía es consecuencia de la proliferación de microorganismos a nivel alveolar y la respuesta contra ellos desencadenada por el hospedador, los microorganismos llegan a las vías respiratorias bajas en diferentes formas. Como lo menciona Fauci, y otros (2009) en su obra Harrison Principios de Medicina Interna “La más frecuente es la aspiración desde la orofaringe, durante el sueño volúmenes pequeños de material faríngeo, especialmente en el anciano y en quienes tienen disminución de la conciencia, muchos patógenos son

inhalados en la forma de gotitas contaminadas''. En algunas ocasiones la neumonía surge por propagación hematógica o por extensión contigua desde los espacios pleural o mediastínico infectados.

Los factores mecánicos son de importancia decisiva en las defensas del hospedador. Las vibrisas y los cornetes de las vías nasales capturan las grandes partículas inhaladas antes de que alcancen la porción baja de las vías respiratorias y las ramificaciones del árbol traqueobronquial atrapan las partículas en el epitelio de revestimiento, en donde, por mecanismos de eliminación o limpieza mucociliar y por factores antibacterianos locales, el patógeno es eliminado o destruido. El reflejo nauseoso y el mecanismo de la tos brindan protección decisiva contra la broncoaspiración. Además, la flora normal que se adhiere a las células mucosas de la orofaringe, cuyos componentes son muy constantes, impide que las bacterias patógenas se adhieran a la superficie y así se reduzca el peligro de neumonía causada por los demás microorganismos (Fauci, y otros, 2009).

Cuando estas barreras son sobrecargadas o si los microorganismos tienen la pequeñez suficiente para llegar a los alveolos por inhalación, los macrófagos alveolares tienen extraordinaria eficiencia para eliminarlos y destruirlos, los patógenos después de engullidos son eliminados por la capa mucociliar en dirección ascendente y dejan de constituir un problema infectante.

Clasificación

La neumonía puede ser causada por diferentes agentes patógenos, ya sean bacterianos, micoplasmas, clamidias, virus, hongos o parásitos, anteriormente se clasificaba en forma típica, dentro de tres variantes: como una infección adquirida en la comunidad, en un hospital o

vinculada con el uso de un respirador. En los últimos años, se ha observado que las personas que acuden por primera vez a un hospital están infectadas por patógenos resistentes a múltiples fármacos, que en épocas pasadas causaban la neumonía de origen nosocomial, entre los factores que explican este fenómeno están la obtención y el empleo indiscriminado de antibióticos orales potentes; la transferencia más temprana de individuos desde hospitales a su hogar o empleo cada vez más amplio de antibioticoterapia intravenosa extrahospitalaria y el envejecimiento general de la población.

La neumonía puede clasificarse desde el punto de vista epidemiológico según se adquiera en la comunidad, denominada también neumonía extrahospitalaria y la adquirida en el hospital llamada neumonía intrahospitalaria, esta es una infección pulmonar que se desarrolla una vez transcurridas las primeras 48 horas del ingreso del paciente en el hospital, sin embargo en el presente trabajo se estudia la Neumonía adquirida en la comunidad ya que se encuentra estrechamente relacionada con el grupo de estudio

Neumonía extrahospitalaria. La neumonía es una inflamación del parénquima pulmonar debida a un agente infeccioso, cuando afecta a la población no ingresada en un hospital se denomina neumonía adquirida en la comunidad, o extrahospitalaria, para diferenciarla de la que aparece en pacientes ingresados en un hospital, que tiene un espectro etiológico distinto y, en general, un peor pronóstico.

Rozman & Cardellach (2016) menciona que la neumonía extrahospitalaria no es un proceso único, sino un grupo de infecciones causadas por diferentes microorganismos y que afecta a diferentes tipos de personas, lo que condiciona una epidemiología, un cuadro clínico y un pronóstico específicos

Epidemiología. En Estados Unidos, aproximadamente 80% de los cuatro millones de casos de neumonía adquirida en comunidad (NAC) que ocurren cada año, son tratados fuera de hospitales y 20%, en promedio, dentro de nosocomios. La NAC ocasiona más de 600 000 hospitalizaciones, 64 millones de días de restricción laboral y 45 000 fallecimientos cada año. El costo global anual que genera NAC, según estimaciones es de 9 000 a 10 000 millones de dólares. Las cifras de incidencia alcanzan su máximo en personas de muy corta edad o en las muy ancianas. La cifra anual global en Estados Unidos es de 12 casos por 1 000 personas, pero llega hasta 12 a 18 casos por 1 000, en niños menores de cuatro años y a 20 por 1 000 en personas mayores de 60 años (Fauci, y otros, 2009).

La principal causa de muerte en el Ecuador hasta el 2003 era la insuficiencia cardíaca, pero años después fue desplazada por la neumonía, tanto en hombres como en mujeres, de acuerdo con la información del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC), entre 2003 y 2013, esta patología causó la muerte de 33 040 personas. (Quiroz & Puente, 2015). Ello indica la existencia de un riesgo latente para las personas de edad avanzada.

Etiología. La etiología depende de la población y de la zona geográfica considerada, de la aparición de posibles epidemias, de la utilización de determinadas técnicas diagnósticas y de su calidad, y de la administración previa o no de antibióticos. En la mayoría de los estudios epidemiológicos no se puede demostrar una etiología específica en alrededor del 50% de los casos, a pesar del carácter prospectivo de la mayoría de ellos y del empleo exhaustivo de diversos métodos diagnósticos. Según Rozman & Cardellach (2016) Más de un centenar de microorganismos pueden causar una neumonía extrahospitalaria, aunque solo un reducido número de ellos está implicado en la mayor parte de los casos. Se considera que *S. pneumoniae* es el agente etiológico de casi la mitad de los casos. El neumococo es el primer microorganismo

causal, independientemente de la gravedad de la neumonía. *M. pneumoniae* es el microorganismo que se identifica con mayor frecuencia en adultos jóvenes, globalmente es responsable del 1% al 37% del total de los casos, aunque su incidencia varía según las ondas epidémicas de lenta instauración que ocurren cada 3-4 años, fuera de estos periodos, solo se observan casos esporádicos.

En torno al 10% de los pacientes con neumonía extrahospitalaria ingresados en el hospital, los microorganismos implicados son enterobacterias, que afectan sobre todo a enfermos crónicos y ancianos. En definitiva, ante el diagnóstico de neumonía extrahospitalaria, siempre se debe pensar en el neumococo como microorganismo responsable y tener en cuenta además la situación epidemiológica local (Rozman & Cardellach, 2016).

Forma de transmisión. La neumonía puede propagarse por diversas vías: los virus y bacterias presentes comúnmente en la nariz o garganta, pueden infectar los pulmones al inhalarse, también pueden propagarse por vía aérea, en gotículas producidas en tosidos o estornudos de la persona enferma o por contacto directo de las manos con objetos contaminados y luego llevarlos a la nariz o a la boca.

Cuadro Clínico. En general, el paciente puede indicar la hora exacta del comienzo del cuadro clínico, con intensos escalofríos, fiebre alta y mantenida de 39-40 °C y tos seca inicial, que luego se hace productiva, con esputo purulento o herrumbroso. Son frecuentes el herpes labial, el dolor torácico de tipo pleurítico y el aleteo nasal. Suele observarse que el paciente se acuesta sobre el lado afecto como postura antiálgica. Rozman, C (2014) es su Compendio de Medicina Interna menciona que a través de la exploración física se detecta una intensa matidez del área pulmonar afecta, la cual puede acompañarse del soplo tubárico (inspiratorio) y pleural (espiratorio) cuando

curso con una inflamación de la serosa. A la vez son muy característicos los estertores crepitantes, que se auscultan mejor en la fase inicial y terminal de la neumonía, mientras que en la etapa de la máxima condensación pueden faltar.

Tratamiento. La selección del tratamiento antimicrobiano inicial se basa, en general, en la presunción de los patógenos que más probablemente son los causantes de la infección, si se atiende fundamentalmente a los patrones epidemiológicos específicos de cada área geográfica, a la gravedad del cuadro clínico y a la existencia o no de factores que sugieran la implicación de microorganismos menos frecuentes o con mayor probabilidad de resistencia antimicrobiana (Rozman & Cardellach, 2016). Dentro del tratamiento también se incluye medidas de soporte, como una correcta hidratación y humidificación de las vías aéreas, antitérmicos, terapia respiratoria y reposo.

El enfermo que al principio recibió antibióticos intravenosos puede cambiar por fármacos orales cuando es capaz de ingerir y absorber los medicamentos, se encuentra estable desde el punto de vista hemodinámico y exhibe mejoría clínica. Por lo general el tratamiento de la neumonía extrahospitalaria tiene una duración de 10 a 14 días, pero cuando no existen complicaciones basta con un régimen de cinco días a base de una fluoroquinolona. Los pacientes que no responden al tratamiento en el tercer día deben de ser valorados nuevamente, considerando diagnósticos alternos, resistencia del patógeno a los antibióticos y la posibilidad de haber administrado el fármaco equivocado (Longo, y otros, 2013).

Complicaciones. Las complicaciones más frecuentes de la neumonía extrahospitalaria grave son insuficiencia respiratoria, choque e insuficiencia multiorgánica, diálisis hemorrágica y exacerbación de otras enfermedades concomitantes. Longo, y otros (2013) en Harrison Manual de Medicina establece que “es poco común la infección metastásica y requiere atención

inmediata, con la infección por un solo microorganismo patógeno se pueden formar abscesos pulmonares, los mismos que se deben drenar y administrar el antibiótico correspondiente”.

A. Vacuna contra el neumococo en adultos

Descripción general

La vacuna antineumocócica polisacárida de 23 serotipos (VNP23) está compuesta por una solución estéril que incluye polisacáridos capsulares altamente purificados de las cepas más prevalentes e invasivas del *Streptococcus pneumoniae*. Contiene fenol como conservante y actúa generando una respuesta inmunitaria independiente de los linfocitos T, lo que implica que no confiere inmunidad de memoria ni reduce la portación nasofaríngea del patógeno (Astigarraga et al., 2016).

Su eficacia en la prevención de enfermedades neumocócicas invasivas en adultos mayores de 65 años se estima en aproximadamente un **75%**, aunque esta puede disminuir en pacientes inmunocomprometidos (Astigarraga et al., 2016).

Indicaciones

De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP, 2015), la vacuna VNP23 está indicada en:

- **Personas de 65 años o más.**
- Individuos mayores de 2 años que presenten alguna de las siguientes condiciones de riesgo:
 - Enfermedades crónicas cardiovasculares, pulmonares (excluyendo asma) o metabólicas.

- Cirrosis hepática, diabetes mellitus o alcoholismo.
- Presencia de fístulas de líquido cefalorraquídeo o implantes cocleares.
- Infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- Enfermedades inmunosupresoras.
- Personas sometidas a tratamientos con quimioterapia.

Edad, vía de administración y esquema de dosis

En adultos, se administra una dosis única de 0,5 ml por vía intramuscular, preferentemente en el músculo deltoides. Se recomienda un **refuerzo cada cinco años** para mantener niveles adecuados de protección (MSP, 2015).

Eficacia e inmunogenicidad

La vacuna VNP23 ha demostrado una buena inmunogenicidad, es decir, capacidad para inducir la producción de anticuerpos específicos frente a los 23 serotipos incluidos. Estudios clínicos han confirmado que esta respuesta ocurre en un alto porcentaje de casos, siendo efectiva para prevenir la enfermedad neumocócica invasiva (Álvarez & Calderón, 2015).

De acuerdo con estos autores, los niveles protectores de anticuerpos suelen alcanzarse hacia la tercera semana posterior a la vacunación. Además, se resalta que los polisacáridos capsulares actúan mediante mecanismos que no requieren la participación directa de linfocitos T, lo cual influye en la ausencia de memoria inmunológica (Álvarez & Calderón, 2015).

Eventos adversos postvacunales

Las reacciones adversas más comunes incluyen dolor local, inflamación, enrojecimiento y fiebre leve, siendo más frecuentes tras la administración de una segunda dosis. Las reacciones sistémicas graves son poco comunes (MSP, 2015).

Contraindicaciones

Según el *Manual de Procedimientos de la Estrategia Nacional de Inmunizaciones* del MSP (2015), esta vacuna no debe administrarse en los siguientes casos:

- Presencia de fiebre superior a 38.5 °C.
- Historial de reacciones alérgicas graves a alguno de los componentes de la vacuna.

En caso de producirse una reacción anafiláctica, debe contarse con epinefrina disponible para su uso inmediato (MSP, 2015).

2.3. Hipótesis

H1: Existió relación significativa entre el nivel de conocimiento y la cobertura vacunal sobre influenza y neumonía en adultos mayores beneficiarios del programa Pensión 65 del distrito de Santillana, Ayacucho, 2025.

H0: No existió relación significativa entre el nivel de conocimiento y la cobertura vacunal sobre influenza y neumonía en adultos mayores beneficiarios del programa Pensión 65 del distrito de Santillana, Ayacucho, 2025.

2.4. Variables

Variable 1: Nivel de conocimiento sobre influenza, neumonía y vacunación.

Variable 2: Cobertura vacunal contra influenza y neumococo.

2.5. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA MEDICIÓN Y VALOR FINAL
Conocimiento sobre influenza y neumonía, incluyendo causas, síntomas, formas de transmisión, prevención y tratamiento	El conocimiento es el proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano; dicho proceso está condicionado por las leyes del devenir social y se halla	El nivel de conocimiento sobre influenza y neumonía se medirá mediante un cuestionario estructurado.	Neumonía	Definición de neumonía	1,2,3,4, 5,6,7,8, 9,10,11, 12,13,14,15,16	Ordinal Bajo: 01 – 5 puntos Medio: 06 – 11 puntos Alto: 12 – 16 puntos
				Forma de transmisión		
				Síntomas		
				Tratamiento		
				Medidas de prevención		
			Influenza	Definición de Influenza		
				Forma de transmisión de la Influenza		
				Síntomas Tratamiento		
				Medidas de prevención		
Cobertura Vacunal	a. Se define cobertura de vacunación en la población al porcentaje de individuos vacunados.	Las variables se miden en proporciones de adultos mayores que recibió vacuna respecto al total de la población objetivo	Vacuna contra neumonía	- 60 adultos mayores - 1 dosis de vacuna antineumocócica después de 60–65 año		Ordinal. N° de Adultos mayores vacunados C.V = $\frac{\text{-----}}{\text{Total, de adultos mayores}} \times 100$
			Vacuna contra influenza	- 60 adultos mayores beneficiarios del programa Pensión 65 - Adultos mayores vacunados contra influenza por año		

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Enfoque de investigación

La investigación se desarrolló bajo el enfoque cuantitativo, porque la información sobre conocimiento y cobertura vacunal fue recolectada, codificada y procesada mediante datos numéricos, frecuencias, porcentajes y prueba estadística de hipótesis.

3.2. Tipo de investigación

El estudio fue de tipo aplicada, porque utilizó conocimientos teóricos sobre vacunación, prevención de enfermedades respiratorias y promoción de la salud para describir una situación concreta y generar recomendaciones orientadas a mejorar la cobertura vacunal en adultos mayores.

3.3. Nivel o alcance de investigación

La investigación fue de nivel descriptivo-relacional. Fue descriptiva porque caracterizó el nivel de conocimiento y la cobertura vacunal de los adultos mayores evaluados. Fue relacional porque analizó la asociación entre el nivel de conocimiento y la condición de vacunación contra influenza y neumococo.

3.4. Diseño de investigación

Se empleó un diseño no experimental, de corte transversal y retrospectivo. Fue no experimental porque no se manipularon deliberadamente las variables; transversal porque la medición se realizó en un solo momento; y retrospectivo porque la cobertura vacunal fue verificada a partir del carné o registro de vacunación correspondiente al periodo de evaluación.

3.5. Área de estudio

El estudio se realizó en el distrito de Santillana, provincia de Huanta, región Ayacucho, en adultos mayores beneficiarios del programa Pensión 65. El contexto correspondió a una zona con características rurales y con necesidad de fortalecimiento de actividades preventivo-promocionales en salud.

3.6. Población

La población de referencia estuvo conformada por los adultos mayores beneficiarios del programa Pensión 65 del distrito de Santillana. Para el trabajo de campo se consideró a los adultos mayores accesibles que aceptaron participar y cumplieron los criterios de selección.

3.7. Muestra

La muestra estuvo conformada por 60 adultos mayores beneficiarios del programa Pensión 65. El muestreo fue no probabilístico intencional, debido a que se seleccionó a los participantes disponibles, accesibles y que cumplieron los criterios de inclusión establecidos.

3.8. Criterios de inclusión

Se incluyeron adultos mayores de 65 años o más, beneficiarios del programa Pensión 65, residentes en el distrito de Santillana, que aceptaron participar voluntariamente y brindaron información verificable sobre su estado vacunal.

3.9. Criterios de exclusión

Se excluyeron adultos mayores que no aceptaron participar, personas menores de 65 años, adultos mayores que no pertenecían al programa Pensión 65 y participantes con información incompleta que impedía clasificar el conocimiento o verificar el estado vacunal.

3.10. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la variable nivel de conocimiento se utilizó la técnica de entrevista dirigida a las personas mayores de 65 años beneficiarios del programa Pensión 65 del distrito de Santillana, como instrumento se utilizó un cuestionario el mismo que consta de dos partes, la primera corresponde los datos generales y la segunda al conocimiento sobre influenza, neumonía y vacunas (Anexo 1). El grado de conocimiento ha sido clasificado de acuerdo al número de respuestas correctas: bajo (1 a 5 respuestas); medio (6-11 respuestas) y alto (12 a 16 respuestas); previo a la aplicación oficial de la encuesta se llevó a cabo una prueba piloto, que permitió la validación de la misma.

Para la variable cobertura vacunal se utilizó la técnica de observación documental mediante revisión del carné o registro de vacunación, clasificando el estado vacunal como sí o no, para lo cual se empleó una guía de recolección de datos sobre vacunas aplicadas a la población adulta mayor personas mayores de 65 años beneficiarios del programa Pensión 65 del distrito de Santillana (Anexo 2) para determinar la cobertura vacunal sobre Influenza y Neumococo en el Periodo de 2025, teniendo en cuenta que la población total de adultos mayores corresponde a 60 personas y se aplicando la siguiente fórmula del Ministerio de Salud Pública:

$$C.V = \frac{\text{Nº de Adultos mayores vacunados}}{\text{Total, de adultos mayores}} \times 100$$

3.11. Validez y confiabilidad del instrumento

El instrumento fue adaptado del cuestionario elaborado por **Diana Thalia Pardo Capa (2018)**, quien realizó la validación mediante una prueba piloto previa a su aplicación oficial. Sin embargo, en la investigación original no se reportó un coeficiente estadístico de confiabilidad (Alfa de Cronbach o KR-20), por lo que en el presente estudio se evalúa la consistencia interna del instrumento mediante KR-20, debido a que los ítems son dicotómicos (Sí/No).

3.12. Recolección de datos

La recolección de datos se realizó previa coordinación con autoridades locales y responsables del programa Pensión 65. Se informó a los participantes sobre los objetivos del estudio, se solicitó su participación voluntaria y se aplicó la entrevista. Posteriormente, se verificó la cobertura vacunal mediante carné o registro disponible.

3.13. Procesamiento y análisis de datos

Los datos fueron revisados, codificados y organizados en una base de datos. El procesamiento se realizó mediante estadística descriptiva, utilizando frecuencias absolutas y porcentajes. Para contrastar la hipótesis se aplicó la prueba Chi cuadrado con nivel de confianza de 95% y significancia estadística de 0,05.

3.14. Consideraciones éticas

El estudio respetó los principios de autonomía, confidencialidad, beneficencia y no maleficencia. La participación fue voluntaria, la información fue utilizada únicamente con fines académicos y los resultados se presentaron de manera agrupada, sin identificar individualmente a los participantes.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Tabla N° 1. Nivel de conocimiento sobre la importancia de la vacunación contra influenza en adultos mayores beneficiarios de Pensión 65 del distrito de Santillana, Ayacucho, 2025

Nivel de conocimiento	N°	%
Bajo	12	20,0
Medio	30	50,0
Alto	18	30,0
Total	60	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a adultos mayores beneficiarios de Pensión 65 del distrito de Santillana, 2025.

La Tabla N° 1 evidencia que el nivel de conocimiento predominante fue medio, con 50,0% de los participantes. Además, 30,0% alcanzó nivel alto y 20,0% presentó nivel bajo. En términos concretos, ocho de cada diez adultos mayores tuvieron conocimiento medio o alto sobre vacunación contra influenza, lo que indica que la falta de información no fue absoluta. Sin embargo, la presencia de un 20,0% con conocimiento bajo demuestra que aún existe un grupo vulnerable que requiere educación sanitaria directa, sencilla y culturalmente adecuada.

Tabla N° 2. Cobertura vacunal contra influenza en adultos mayores beneficiarios de Pensión 65 del distrito de Santillana, Ayacucho, 2025

Vacuna contra influenza	N°	%
No	44	73,3
Sí	16	26,7
Total	60	100,0

Fuente: Carné o registro de vacunación de adultos mayores beneficiarios de Pensión 65 del distrito de Santillana, 2025.

La Tabla N° 2 muestra una brecha crítica de vacunación contra influenza: 73,3% de los adultos mayores no estuvo vacunado y solo 26,7% contó con la dosis correspondiente. Este resultado es contundente porque revela que aproximadamente tres de cada cuatro adultos mayores permanecieron desprotegidos frente a una enfermedad respiratoria prevenible. La cobertura encontrada fue insuficiente para una población de alto riesgo y demanda intervención inmediata mediante búsqueda activa, vacunación extramural y seguimiento nominal.

Tabla N° 3. Cobertura vacunal contra neumococo en adultos mayores beneficiarios de Pensión 65 del distrito de Santillana, Ayacucho, 2025

Vacuna contra neumococo	N°	%
No	50	83,3
Sí	10	16,7
Total	60	100,0

Fuente: Carné o registro de vacunación de adultos mayores beneficiarios de Pensión 65 del distrito de Santillana, 2025.

La Tabla N° 3 evidencia una situación aún más preocupante que la observada para influenza: 83,3% de los adultos mayores no contó con vacuna contra neumococo y únicamente 16,7% estuvo vacunado. En otras palabras, más de ocho de cada diez participantes no tuvieron protección documentada frente a enfermedad neumocócica. Esta cobertura es claramente deficiente y expone a los adultos mayores a mayor riesgo de neumonía, complicaciones respiratorias y hospitalización.

Tabla N° 4. Relación entre el nivel de conocimiento y la cobertura vacunal contra influenza en adultos mayores beneficiarios de Pensión 65 del distrito de Santillana, Ayacucho, 2025

Nivel de COBERTURA VACUNAL DE INFLUENZA conocimiento					Total	
NO			Sí			
Nivel de conocimiento	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo	10	16,7	2	3,3	12	20,0
Medio	22	36,7	8	13,3	30	50,0
Alto	12	20,0	6	10,0	18	30,0
Total	44	73,3	16	26,7	60	100,0

Fuente: Cuestionario y carné/registro de vacunación.

$$\chi^2 = 1,023; gl = 2; p = 0,600.$$

La Tabla N° 4 demuestra que el conocimiento no garantizó la vacunación contra influenza. Incluso entre quienes tuvieron conocimiento medio, 36,7% no estuvo vacunado; y entre quienes alcanzaron conocimiento alto, 20,0% tampoco recibió la vacuna. La prueba Chi cuadrado confirmó esta lectura: $\chi^2 = 1,023$ y $p = 0,600$, valor mayor a 0,05. Por tanto, no existió relación estadísticamente significativa entre nivel de conocimiento y cobertura vacunal contra influenza. La decisión o posibilidad de vacunarse estuvo influida por factores adicionales al conocimiento.

Tabla N° 5. Relación entre el nivel de conocimiento y la cobertura vacunal contra neumococo en adultos mayores beneficiarios de Pensión 65 del distrito de Santillana, Ayacucho, 2025

COBERTURA VACUNAL					TOTAL	
Nivel de conocimiento	NO		SI			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo	8	13,3	4	6,7	12	20,0
Medio	27	45,0	3	5,0	30	50,0
Alto	15	25,0	3	5,0	18	30,0
Total	50	83,3	10	16,7	60	100,0

Fuente: Cuestionario y carné/registro de vacunación.

$$\chi^2 = 3,360; gl = 2; p = 0,186.$$

La Tabla N° 5 confirma que la cobertura antineumocócica fue baja en todos los niveles de conocimiento. El dato más relevante es que 45,0% de los participantes con conocimiento medio y 25,0% con conocimiento alto no estuvieron vacunados contra neumococo. La prueba Chi cuadrado obtuvo $\chi^2 = 3,360$ y $p = 0,186$, superior a 0,05; por ello, no se encontró relación significativa entre conocimiento y vacunación antineumocócica. Este resultado refuerza que el problema no se limita a saber o no saber, sino a lograr que el sistema de salud acerque efectivamente la vacuna al adulto mayor.

Tabla N° 6. Relación entre género y cobertura vacunal contra influenza en adultos mayores beneficiarios de Pensión 65 del distrito de Santillana, Ayacucho, 2025

COBERTURA VACUNAL					TOTAL	
	NO		SÍ			
Género	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Femenino	27	45,0	8	13,3	35	58,3
Masculino	17	28,3	8	13,3	25	41,7
Total	44	73,3	16	26,7	60	100,0

Fuente: Cuestionario y carné/registro de vacunación.

$$\chi^2 = 0,623; gl = 1; p = 0,430.$$

La Tabla N° 6 muestra que la no vacunación contra influenza afectó tanto a mujeres como a varones. Aunque las mujeres representaron el mayor porcentaje de no vacunados (45,0%), ello se explica en parte porque fueron mayoría en la muestra. Estadísticamente, $\chi^2 = 0,623$ y $p = 0,430$, valor superior a 0,05, por lo que no existió relación significativa entre género y vacunación contra influenza. En consecuencia, las estrategias de captación deben dirigirse a ambos sexos, sin asumir que el problema se concentra solo en un grupo.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Respecto a la **Tabla N.º 1**, el predominio del conocimiento medio (50,0 %) y alto (30,0 %) evidencia que los adultos mayores evaluados no se encuentran completamente desinformados sobre la importancia de la vacunación. Sin embargo, este conocimiento parece ser parcial, posiblemente más declarativo que operativo; es decir, los participantes pueden reconocer la importancia de las vacunas, pero no necesariamente dominan aspectos prácticos como cuándo vacunarse, dónde acudir, qué vacuna les corresponde o qué hacer en caso de no contar con carné de vacunación. Este hallazgo coincide parcialmente con **Virú Díaz (2020)**, quien encontró que el conocimiento insuficiente y la escasa promoción educativa se relacionan con baja adherencia a la vacunación en adultos mayores. Asimismo, se aproxima a lo descrito por **González y Ríos (2021)**, quienes resaltaron que la seguridad percibida de las vacunas y el acceso a información clara influyen significativamente en la conducta preventiva.

Del mismo modo, la **World Health Organization (2023)** señaló que la alfabetización en salud constituye un determinante fundamental para la aceptación de vacunas en grupos vulnerables, especialmente en personas mayores, ya que el acceso a información comprensible mejora la toma de decisiones preventivas. De manera similar, la **Pan American Health Organization (2022)** reportó que la falta de información clara y adaptada al contexto sociocultural constituye una barrera persistente para la vacunación en adultos mayores

latinoamericanos. Desde el Modelo de Creencias en Salud, el conocimiento solo favorece la acción cuando se acompaña de percepción de riesgo, beneficios claros y reducción de barreras (**Irwin Rosenstock, 1974**). En consecuencia, se deduce que, aunque la mayoría de los adultos mayores posee un nivel de conocimiento entre medio y alto sobre las vacunas de influenza y neumonía, dicho conocimiento no necesariamente se traduce en competencias prácticas para acceder oportunamente a la vacunación

En consecuencia, se deduce que, aunque la mayoría de los adultos mayores posee un nivel de conocimiento entre medio y alto sobre las vacunas de influenza y neumonía, dicho conocimiento no necesariamente se traduce en competencias prácticas para acceder oportunamente a la vacunación. Por tanto, el conocimiento identificado parece ser predominantemente teórico y limitado en su aplicación conductual, lo que evidencia la necesidad de fortalecer intervenciones educativas orientadas no solo a informar, sino también a facilitar decisiones preventivas efectivas.

Respecto a la **Tabla N.º 2**, la cobertura de vacunación contra influenza (26,7 %) fue baja y se ubicó muy por debajo de la meta del 75 % recomendada para adultos mayores en programas de inmunización contra influenza. Este resultado resulta preocupante, considerando que la influenza es una enfermedad anual, estacional y prevenible mediante vacunación. Este hallazgo contrasta con **Sayuri et al. (2025)**, quienes reportaron en Brasil una cobertura de 74,2 % en adultos mayores, asociada a una mayor interacción con los servicios de salud. Asimismo, se encuentra por debajo del 68 % reportado por los **Centers for Disease Control and Prevention (2021)** en adultos mayores de Estados Unidos, y muy distante de coberturas superiores observadas en países con estrategias sostenidas de inmunización.

Además, los **CDC (2024)** reportaron una cobertura antigripal cercana al 70 % en adultos mayores estadounidenses, atribuyéndola a estrategias de recordatorio y seguimiento continuo. Del mismo modo, **Domingues et al. (2022)** concluyeron que la cobertura vacunal mejora significativamente cuando existen campañas comunitarias y vacunación extramural. En el contexto peruano, estos resultados se relacionan con lo advertido por el **Ministerio de Salud del Perú** y la **Agencia Peruana de Noticias Andina (2024)**, quienes informaron esfuerzos de distribución de vacunas, aunque persisten brechas importantes en la cobertura. La evidencia sugiere que no basta con disponer de biológicos; se requiere vacunación activa, extramural y seguimiento nominal por nombre y domicilio

En consecuencia, se infiere que la baja cobertura de vacunación contra influenza no responde únicamente a la disponibilidad de vacunas, sino principalmente a deficiencias en la captación activa, el seguimiento nominal y la accesibilidad al servicio. Por tanto, el principal problema radica en la implementación operativa de las estrategias de inmunización más que en el suministro del biológico.

Respecto a la **Tabla N.º 3**, la cobertura contra neumococo fue de apenas 16,7 %, constituyéndose en el hallazgo más crítico del estudio. Este resultado coincide con **Maguiña et al. (2023)**, quienes concluyeron que la cobertura de vacunación antineumocócica en adultos mayores de Latinoamérica es deficiente y está condicionada por limitada programación preventiva, escasa difusión y dificultades de acceso. También se asemeja a lo reportado por **Chiganer et al. (2021)**, quienes encontraron baja cobertura antineumocócica en población latinoamericana de riesgo. Sin embargo, difiere de los hallazgos de **Ramos de la Cruz (2021)**, quien reportó 72,7 % de cumplimiento de la vacuna contra neumococo en adultos mayores de un asentamiento humano de Ica, y de **Rosales Marreros (2021)**, quien registró una cobertura

de 80,2 % en adultos mayores de Trujillo. Estas diferencias podrían explicarse por las características territoriales, la organización local de los servicios, la intensidad de las campañas, la disponibilidad de registros y la capacidad de captación comunitaria.

De igual forma, **Torres et al. (2022)** encontraron que la baja cobertura neumocócica estuvo asociada principalmente a la falta de recomendación médica y al escaso conocimiento del esquema de vacunación. Asimismo, **Marrie y File (2021)** señalaron que la inmunización antineumocócica en adultos mayores continúa siendo subóptima incluso en sistemas sanitarios organizados, debido a barreras logísticas y administrativas

Se deduce que la vacunación contra neumococo representa la mayor brecha preventiva identificada en el estudio, lo cual sugiere fallas importantes en la priorización programática, difusión comunitaria y acceso oportuno a la inmunización. Este hallazgo evidencia una vulnerabilidad crítica frente a enfermedades respiratorias graves en los adultos mayores evaluados.

Respecto a la **Tabla N.º 4**, la ausencia de relación significativa entre conocimiento y vacunación contra influenza ($p = 0,600$) demuestra que el conocimiento, por sí solo, no fue determinante para lograr la inmunización. Este hallazgo cuestiona la idea de que la baja cobertura se resuelve únicamente mediante charlas educativas. Aunque la educación sanitaria es indispensable, los resultados indican la presencia de barreras relacionadas con oportunidad, acceso, confianza, movilidad, disponibilidad del personal, seguimiento y organización del servicio.

En concordancia, **Shmueli (2021)** evidenció que la intención de vacunación no depende exclusivamente del conocimiento, sino también de la confianza institucional, accesibilidad y percepción de riesgo. Asimismo, **Matos et al. (2023)** identificaron que, en adultos mayores

rurales, las barreras de acceso físico y la ausencia de seguimiento sanitario reducen significativamente la vacunación, aun cuando existe conocimiento previo sobre sus beneficios. Esta interpretación concuerda con **Don Nutbeam (2000)**, quien sostiene que la alfabetización en salud debe permitir el uso práctico de la información para tomar decisiones efectivas. De igual manera, **González y Ríos (2021)** encontraron que la recomendación directa del personal de salud constituye un factor clave para la vacunación; por ello, en Santillana, el conocimiento debe traducirse en acción mediante consejería personalizada, visitas domiciliarias y oferta de vacunas en los espacios donde se reúnen los beneficiarios de **Pensión 65**.

En consecuencia, **se deduce** que el conocimiento sobre vacunación contra influenza no constituye, por sí solo, un factor suficiente para garantizar la inmunización. En consecuencia, la cobertura vacunal depende de una interacción multifactorial en la que intervienen barreras estructurales, sociales y organizacionales que limitan la conversión del conocimiento en conducta preventiva.

Respecto a la **Tabla N.º 5**, la ausencia de relación significativa entre conocimiento y vacunación contra neumococo ($p = 0,186$) refuerza la conclusión de que la brecha de cobertura no se explica únicamente por desconocimiento. Se observó incluso que personas con conocimiento medio y alto permanecieron sin vacunación. **Este resultado** es coherente con **Maguiña et al. (2023)**, quienes identificaron que la baja cobertura antineumocócica en Latinoamérica se asocia con insuficiente programación de actividades preventivas y limitado acceso a los servicios. Asimismo, **Chen et al. (2022)** hallaron que la aceptación de la vacuna neumocócica en adultos mayores depende más de la recomendación profesional y de la accesibilidad al servicio que del nivel de conocimiento individual. Del mismo modo, **Suárez et**

al. (2024) reportaron que factores estructurales, como la distancia geográfica y la disponibilidad de brigadas, influyen significativamente en el cumplimiento vacunal en poblaciones rurales.

Por otra parte, **Nola Pender et al. (2015)** sostienen que la conducta preventiva depende de factores personales y situacionales. En adultos mayores rurales, las barreras situacionales — como la distancia al establecimiento de salud, la falta de acompañante, el desconocimiento del cronograma vacunal, el temor a efectos adversos o la ausencia de brigadas— pueden tener mayor peso que el propio conocimiento.

Por ello, se concluye que la baja cobertura de vacunación contra neumococo no puede atribuirse exclusivamente al nivel de conocimiento de los adultos mayores, sino a factores externos relacionados con accesibilidad, oportunidad y organización de los servicios sanitarios. Por ello, las intervenciones centradas únicamente en educación resultarían insuficientes para mejorar el cumplimiento vacunal.

Respecto a la Tabla N°. 6. La ausencia de asociación entre género y vacunación contra influenza ($p = 0,430$) indica que la baja cobertura afecta de manera general a la población adulta mayor, no solo a mujeres o varones. Aunque las mujeres concentraron mayor proporción de no vacunación, esto se vincula con su mayor presencia en la muestra. Resultados similares fueron reportados por **Benítez et al. (2023)**, quienes encontraron que el sexo no constituyó un predictor independiente de vacunación antigripal en adultos mayores. Del mismo modo, **Gentile et al. (2024)** concluyeron que las diferencias por género pierden significancia cuando se controlan variables como acceso al sistema sanitario, nivel socioeconómico y continuidad de campañas preventivas. El hallazgo sugiere que las estrategias de vacunación no deben focalizarse exclusivamente por género, sino por condición de vulnerabilidad, edad, comorbilidad, residencia rural y pertenencia al programa Pensión 65.

En consecuencia, se infiere que el género no constituye un factor determinante en la vacunación contra influenza dentro de la población estudiada. Por tanto, las estrategias de intervención deben priorizar factores de vulnerabilidad más relevantes, como edad avanzada, comorbilidades, dependencia funcional y barreras territoriales de acceso a los servicios de salud.

En conjunto, los resultados demuestran una paradoja sanitaria: el conocimiento fue mayoritariamente medio y alto, pero la cobertura vacunal fue baja. Por tanto, el problema central no fue únicamente cognitivo, sino programático y de acceso efectivo. La investigación rechaza la hipótesis alterna y acepta la hipótesis nula: no existió relación significativa entre conocimiento y cobertura vacunal sobre influenza y neumonía en los adultos mayores evaluados. Este hallazgo exige que enfermería y los servicios de salud fortalezcan intervenciones integrales: educación clara, consejería individual, identificación nominal de no vacunados, brigadas domiciliarias, coordinación con Pensión 65 y verificación periódica de registros.

CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimiento sobre vacunación contra influenza y neumonía en los adultos mayores beneficiarios de Pensión 65 del distrito de Santillana fue predominantemente medio, alcanzando el 50,0%, seguido del nivel alto con 30,0% y bajo con 20,0%.
2. La cobertura vacunal contra influenza fue baja, debido a que solo el 26,7% de los adultos mayores estuvo vacunado, mientras que el 73,3% no contó con la dosis correspondiente.
3. La cobertura vacunal contra neumococo fue críticamente baja, ya que únicamente el 16,7% de los adultos mayores estuvo vacunado y el 83,3% no presentó protección documentada.
4. No existió relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la cobertura vacunal contra influenza, debido a que la prueba Chi cuadrado mostró $\chi^2 = 1,023$; gl = 2; p = 0,600.
5. No existió relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la cobertura vacunal contra neumococo, debido a que la prueba Chi cuadrado mostró $\chi^2 = 3,360$; gl = 2; p = 0,186.
6. No se encontró relación significativa entre género y cobertura vacunal contra influenza, dado que la prueba Chi cuadrado mostró $\chi^2 = 0,623$; gl = 1; p = 0,430.
7. Se aceptó la hipótesis nula, concluyéndose que el nivel de conocimiento no se relacionó significativamente con la cobertura vacunal. La baja vacunación respondió probablemente a factores adicionales, como acceso, oportunidad del servicio, seguimiento, comunicación efectiva, confianza y disponibilidad de estrategias extramurales.

RECOMENDACIONES

1. Al Establecimiento de Salud del distrito de Santillana. Implementar un plan de vacunación nominal para adultos mayores beneficiarios de Pensión 65, identificando con nombre y domicilio a quienes no cuentan con vacuna contra influenza o neumococo, y programando visitas domiciliarias o brigadas extramurales.
2. Para el personal de Licenciados en Enfermería. Reforzar la consejería individual y familiar sobre beneficios, seguridad, periodicidad y efectos esperados de las vacunas, utilizando lenguaje sencillo, materiales visuales y mensajes culturalmente pertinentes.
3. A las autoridades locales y responsables del programa Pensión 65. Coordinar jornadas de vacunación en los días de pago, reuniones comunales o actividades del programa, de modo que la vacuna llegue al adulto mayor en espacios conocidos y accesibles.
4. A las familias y cuidadores. Acompañar a los adultos mayores al establecimiento de salud, conservar el carné de vacunación y verificar anualmente el cumplimiento de la vacuna contra influenza y la vacunación antineumocócica según esquema vigente.
5. A futuros investigadores. Desarrollar estudios analíticos y cualitativos que profundicen en barreras de acceso, creencias, temores, disponibilidad de vacunas, rol del personal sanitario y factores culturales asociados a la baja cobertura vacunal en zonas rurales altoandinas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bunge, M. (2004). *La ciencia, su método y su filosofía*. Buenos Aires, Argentina: Debolsillo.

Agencia Peruana de Noticias Andina. (2024, 8 de mayo). Minsa: Gobierno ha distribuido más de 4 mllns de vacunas contra la influenza y neumococo. <https://andina.pe/agencia/noticia-minsa-gobierno-ha-distribuido-mas-4-mllns-vacunas-contra-influenza-y-neumococo-984951.aspx>

Álvarez, R., & Calderón, M. (2015). *Conocimientos sobre la neumonía y la vacuna del neumococo en los adultos mayores del Hospital “José Félix Valdivieso” del cantón Santa Isabel, Cuenca, marzo–septiembre 2015* [Trabajo de investigación, Universidad de Cuenca].

Astigarraga, I., Pérez, E., Viciola, M., Pocheville, I., Arroyo, J., Garrote, E., & Calabuig, M. (2016). *Manual de vacunaciones*. Euskadi: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia.

Baum, U., Kulathinal, S., & Auranen, K. (2021). Influenza en el punto de mira: estimación de la efectividad de la vacuna antigripal en personas mayores con evaluación de la confusión residual mediante los resultados de los controles negativos, Finlandia, 2012/13 a 2019/20. *Euro Surveillance*, 26(36), 2100054. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.es.2021.26.36.2100054>

Benítez, J. A., Sosa-Rubí, S. G., Rivera-Hernández, M., Bautista-Arredondo, S., García-Díaz, C., & González-Block, M. A. (2023). Estimation of vaccination coverage and associated

factors in older Mexican adults: A population-based study. *Epidemiology and Infection*, 151, e141. <https://doi.org/10.1017/S0950268823001259>

Capillo, A., & Cabrera, Y. (2019). *Efectividad de la vacuna antineumocócica en la prevención de infecciones neumocócicas en población adulto mayor* [Trabajo académico de licenciatura, Universidad Privada Norbert Wiener].
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2957/TRABAJO%20ACAD%20MICO%20Aza%20Bla%20Joselyn%20%20Caruajulca%20Yudy.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2021). *Flu vaccination coverage, United States, 2020-21 influenza season*. Recuperado de [URL correspondiente].

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2022). *Influenza (gripe)*. Recuperado el 3 de abril de 2025, de <https://www.cdc.gov/flu/index.htm>

Chiganer, E. H., Ochi, B. C., Lessa, C. F., Duarte, E. J., Oliveira, R. M., & Albani, S. (2021). Influenza and pneumococcal vaccination coverage in Latin American patients with systemic lupus erythematosus: A cross-sectional study. *Advances in Rheumatology*, 61(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s42358-021-00197-1>

Constenla, D. O., Gómez, J. A., Valenzuela, M. T., Durán, P., Andrade, A. L. S. S., Ortega-Barría, E., Pirez, M. C., Gentile, Á., Guiscafré, H., & Sáez-Llorens, X. (2023). Burden of pneumonia and the impact of pneumococcal conjugate vaccines in Latin America: Evidence from national mortality databases. *The Journal of Infectious Diseases*, 230(4), e768–e775. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiad054>

Cuideo. (2019). *Neumonía en ancianos: recaída* [Blog]. Recuperado en 2025, de <https://cuideo.com/blog-cuideo/neumonia-en-ancianos-recaida/>

Demurtas, J., Celotto, S., Beaudart, C., et al. (2020). Eficacia y seguridad de la vacunación contra la gripe en personas mayores: una revisión general de la evidencia obtenida a partir de metaanálisis de estudios observacionales y controlados aleatorizados. *Ageing Research Reviews*, 62, 101118. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2020.101118>

European Centre for Disease Prevention and Control. (2020). *Vaccination coverage for pneumococcal disease in the EU/EEA*. Recuperado de [URL correspondiente].

Fauci, A. S., Braunwald, E., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Longo, D. L., Jameson, J. L., & Loscalzo, J. (2009). *Harrison: Principios de medicina interna*. México: McGraw Hill.

Fauci, A. S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Jameson, J. L., & Loscalzo, J. (2012). *Harrison: Principios de la medicina interna* (18.^a ed.). New York, NY: McGraw Hill.

Fulop, T., Larbi, A., Pawelec, G., et al. (2022). Inmunosenescencia y alteración de la eficacia de las vacunas en personas mayores: un mito difícil de cambiar. *Vaccines*, 10(4), 607. <https://doi.org/10.3390/vaccines10040607>

Gentile, Á., Arriola, C., Daza, C., Rojas, D., González, C., Pérez, A., Salgado, A., Cares, J., Cáceres, M., & Duré, C. (2024). Impacto de la pandemia de COVID-19 en la cobertura de vacunación antigripal en adultos mayores en América del Sur. *Preprints.org*. <https://doi.org/10.20944/preprints202411.1170.v1>

- Gentile, Á., Arriola, C., Daza, C., Rojas, D., González, C., Pérez, A., Salgado, A., Cares, J., Cáceres, M., & Duré, C. (2024). Impacto de la pandemia de COVID-19 en la cobertura de vacunación antigripal en adultos mayores en América del Sur. Preprints.org. <https://doi.org/10.20944/preprints202411.1170.v1>
- Gonzales, T. (2018). *Factores que influyen en la baja cobertura de vacunación en el adulto mayor en México* [Tesis doctoral, Centro de Investigación y Docencia Económicas]. <http://repositoriodigital.cide.edu/bitstream/handle/11651/3531/164396.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- González, C., & Ríos, M. (2021). Factores asociados a la vacunación en adultos mayores en zonas rurales de Colombia. *Revista Colombiana de Salud Pública*, 23(2), 103-112. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v23n2a06>
- González-Block, M. A., Comes, Y., Crocco, P., Díaz Portillo, S. P., Fachel-Leal, A., Teixeira, C. F. E., Galván, J., Arroyo Laguna, J., & Puentes, E. (2022). Barriers and facilitators to influenza vaccination observed by officers of national immunization programs in South America countries. *Cadernos de Saúde Pública*, 38(3), e00045721. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00045721>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2013). *Metodología de la investigación* (4.^a ed.). México: McGraw Hill.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.^a ed.). McGraw-Hill.

- Lapi, F., Marconi, E., Gualano, M. R., et al. (2022). Estudio de cohorte sobre la vacuna contra la influenza y la mortalidad por cualquier causa en adultos mayores: inquietudes metodológicas e implicaciones para la salud pública. *Drugs & Aging*, 39(8), 645-656. <https://doi.org/10.1007/s40266-022-00958-7>
- Lugo, D., Rius, C., Barreto, M., Ruiz, M. J., Almeida, D., Pacheco, F. C., Martínez, D., Ávila, M. M., Ochoa, T. J., & Castillo, C. (2021). Perceptions and barriers to influenza vaccination among priority groups in Latin America: A qualitative study. *Vaccine*, 39(36), 5217-5225. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.07.062>
- Lugo, D., Rius, C., Barreto, M., Ruiz, M. J., Almeida, D., Pacheco, F. C., Martínez, D., Ávila, M. M., Ochoa, T. J., & Castillo, C. (2021). Perceptions and barriers to influenza vaccination among priority groups in Latin America: A qualitative study. *Vaccine*, 39(36), 5217-5225. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.07.062>
- Macías, A. E., McElhaney, J. E., Chaves, S. S., et al. (2021). La carga de enfermedad de la influenza más allá de las enfermedades respiratorias. *Vaccine*, 39(Supl. 1), A6-A14. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.09.048>
- Maguiña Gorostiaga, X. A., Bonifacio Arévalo, B., Sáenz Vásquez, L. A., et al. (2023). Cobertura de vacunación contra neumococo en el adulto mayor en Latinoamérica. *Revista Sistemát, Artículo sun.39.03.823.357*. <https://doi.org/10.14482/sun.39.03.823.357>

- Martínez, A., Quispe, L., & Ramos, E. (2022). Conocimiento y aceptación de vacunas en adultos mayores de comunidades altoandinas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 39(4), 567-575. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2022.394.1123>
- Ministerio de Salud del Perú. (2021). *Cobertura de vacunación contra la influenza en adultos mayores en el Perú, 2020*.
- Ministerio de Salud del Perú. (2024, 17 de mayo). Gobierno ha distribuido más de 4 millones de vacunas contra influenza y neumococo. *Agencia Andina*. <https://andina.pe/agencia/noticia-minsa-gobierno-ha-distribuido-mas-4-mlns-vacunas-contrainfluenza-y-neumococo-984951.aspx>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). Manual de procedimientos de la estrategia nacional de inmunizaciones del Ecuador.
- Ministro de la Salute (Italia). (2023). Influenza: datos de apertura de vacunas. *Ministerio de Salud*. Recuperado el 3 de abril de 2025, de <https://www.salute.gov.it/portale/influenza/dettaglioContenutiInfluenza.jsp?lingua=italiano&id=679&area=influenza&menu=vuoto>
- MSP Ecuador. (2015). *Manual de procedimientos de la estrategia nacional de inmunizaciones del Ecuador*.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Vacunas*. Recuperado de <http://www.who.int/topics/vaccines/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2019, 11 de marzo). La OMS lanza una nueva estrategia mundial contra la gripe. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/detail/11-03-2019-who-launches-new-global-influenza-strategy>

Ortiz González, J. (2019). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre influenza y su vacuna en el personal de cuidados de la salud del Hospital Regional de Coronel Oviedo* [Tesis de médico cirujano, Universidad Nacional de Caaguazú].

Pardo Capa, D. (2018). *Conocimiento y cobertura vacunal sobre influenza y neumonía en adultos mayores del Centro de Salud el Cambio del Cantón Machala* [Tesis de licenciatura en Enfermería, Universidad Nacional de Loja].

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). *Health promotion in nursing practice* (7.^a ed.). Pearson.

Ramos De la Cruz, D. M. (2021). *Factores de riesgo que predisponen a la aparición de neumonía y cumplimiento de la vacuna neumococo en los adultos mayores del asentamiento humano Ana Jara, Ica* [Tesis de licenciatura en Enfermería, Universidad Privada San Juan Bautista, Perú].

Rico, F., Ochoa, M., & Escobedo, G. (2009). *Geriatría respiratoria*. México: Alfil.

- Rosales Marreros, M. (2021). *Efecto de la vacunación neumocócica en la reducción de fallecimientos por COVID-19 en adultos mayores, Trujillo, 2019-2020* [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Trujillo].
- Rosales Marreros, M. (2021). Efecto de la vacunación neumocócica en la reducción de fallecimientos por COVID-19 en adultos mayores, Trujillo, 2019-2020 [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Trujillo].
- Rosenstock, I. M. (1974). The Health Belief Model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 354-367. <https://doi.org/10.1177/109019817400200405>
- Rozman, C., & Cardellach, F. (2016). *Medicina interna*. Elsevier.
- Sayuri, A., & colaboradores. (2025). Factores asociados a la vacunación contra la influenza en adultos mayores en una gran ciudad de Brasil. [Artículo de investigación].
- SEGG – Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. (2016). *Recomendaciones de vacunación para adultos y mayores*. Recuperado de <http://www.spmsd.es/wp-content/uploads/2016/06/SEGG-VACUNACION-2016-17.pdf>
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. (2016). Recomendaciones de vacunación para adultos y mayores.
- Universidad Nacional del Centro del Perú. (2019). *Conocimiento sobre la vacuna contra la neumonía en adultos mayores en el departamento de Junín* [Trabajo de investigación, Universidad Nacional del Centro del Perú].

Vargas, Z. (2009). *La investigación aplicada: una forma de conocer las realidades con evidencia científica* (p. 159).

Virú Díaz, C. (2020). *Conocimiento y cobertura a la vacunación de neumococo e influenza en el adulto mayor: revisión sistemática durante el periodo 2015-2020* [Tesis de licenciatura en Enfermería, Universidad César Vallejo, Perú].

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario de recolección de datos

Objetivo: recolectar información sobre datos generales y nivel de conocimiento sobre influenza, neumonía y vacunas en adultos mayores beneficiarios de Pensión 65 del distrito de Santillana.

I. Datos generales:

- Sexo: femenino () masculino ()
- Edad: 65 a 69 años () 70 a 74 años () 75 años o más ()
- Estado civil: soltero(a) () casado(a) () viudo(a) () conviviente () separado(a) ()
- Condición laboral: trabaja () quehaceres del hogar () no trabaja () jubilado(a) ()
- Escolaridad: sin estudios () primaria () secundaria () superior ()

II. Conocimiento

Nº	Ítem	No	Sí
1	¿Considera usted que la neumonía es una enfermedad respiratoria contagiosa que afecta los pulmones?	()	()
2	¿La neumonía se transmite por contacto con una persona enferma, objetos contaminados o gotitas de saliva al toser o estornudar?	()	()
3	¿Los síntomas de neumonía son tos, fiebre, dificultad para respirar, sonidos en el pecho y malestar general?	()	()
4	¿El tratamiento de la neumonía incluye medicamentos indicados por el médico, hidratación y terapia respiratoria?	()	()
5	¿Para prevenir la neumonía se debe evitar contacto con personas enfermas, cubrirse al toser, lavarse las manos y vacunarse?	()	()
6	¿La gripe o influenza es una enfermedad contagiosa que afecta nariz, garganta, bronquios y a veces pulmones?	()	()
7	¿La influenza se transmite por contacto con personas enfermas, objetos contaminados o gotitas de saliva?	()	()
8	¿Los síntomas de influenza incluyen fiebre, escalofríos, dolor de cabeza y malestar general?	()	()
9	¿El tratamiento de la influenza incluye medicamentos indicados por el médico, hidratación y reposo?	()	()
10	¿Para prevenir la influenza se debe evitar contacto con enfermos, cubrirse al toser, lavarse las manos y vacunarse?	()	()

11	¿Las vacunas son útiles?	()	()
12	¿Las vacunas previenen enfermedades?	()	()
13	¿Considera usted que debe recibir la vacuna contra influenza y neumococo?	()	()
14	¿La vacuna contra influenza previene la gripe?	()	()
15	¿La vacuna contra neumococo previene formas graves de neumonía?	()	()
16	¿Sus principales fuentes de información sobre vacunas son el médico, la enfermera, la televisión o la radio?	()	()

Valoración: bajo = 1 a 5 puntos; medio = 6 a 11 puntos; alto = 12 a 16 puntos.

Anexo 2.

Guía de revisión de carné o registro de vacunación

Objetivo: verificar la cobertura vacunal contra influenza y neumococo en adultos mayores beneficiarios de Pensión 65.

Nº	Código del participante	Vacuna influenza: Sí	Vacuna influenza: No	Vacuna neumococo: Sí	Vacuna neumococo: No
1					
2					
3					
4					
5					

Anexo 3.

Matriz de consistencia

Título	Objetivo general	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
Conocimiento y cobertura vacunal sobre influenza y neumonía en adultos mayores de Pensión 65, distrito de Santillana, 2025.	Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la cobertura vacunal sobre influenza y neumonía en adultos mayores beneficiarios del programa Pensión 65 del distrito de Santillana, 2025.	H1: Existió relación significativa. H0: No existió relación significativa.	V1: Nivel de conocimiento. V2: Cobertura vacunal.	Enfoque cuantitativo, tipo aplicada, nivel descriptivo-relacional, diseño no experimental, transversal y retrospectivo. Muestra: 60 adultos mayores. Técnicas: entrevista y observación documental.

Anexo N° 4

Material fotográfico de recolección de datos de cobertura vacunal de los beneficiarios de pensión 65. Distrito de Santillana, 2025



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

RESOLUCIÓN DECANAL N° 589-2026-UNSCH-FCSA-D

BACHILLERES: DEYSI KARINA HINOSTROZA ENCISO

CARMEN ROSA ÑAUPA TINEO

En la ciudad de Ayacucho siendo las once horas con ocho minutos del veintiuno de agosto del dos mil veintiséis, se reunieron en el auditorio de la Escuela Profesional de Enfermería los docentes miembros jurados evaluadores, para el acto de sustentación del trabajo de tesis titulado, **Conocimiento y cobertura vacunal sobre influenza y neumonía en adultos mayores de Pensión 65, distrito Santillana, 2025**, presentado por las bachilleras: DEYSI KARINA HINOSTROZA ENCISO, CARMEN ROSA ÑAUPA TINEO, para optar el título profesional de Licenciada(o) en Enfermería y, los miembros del Jurado de Sustentación conformados por:

Presidente : Prof. Iris Jara de Aronés (Delegada por el decano)

: Prof. Celia Berenice Maurtua Galván

: Prof. Maritza Saccsara Meza

: Prof. Yenny Sulca Huamancusi

Asesor : Prof. Hugo Ayala Prado

Secretaria Docente: Soledad Yeni Quispe Cadenas

Con el quorum del reglamento, se dio por inicio la sustentación de tesis, la presidenta de la comisión pide a la secretaria docente dar lectura a los documentos presentados por los recurrentes y, da algunas indicaciones a las sustentantes. Acto seguido, dan inicio a la exposición las Bachilleres DEYSI KARINA HINOSTROZA ENCISO y seguida por CARMEN ROSA ÑAUPA TINEO. Una vez concluida, la presidenta de la comisión solicita a los miembros del jurado evaluador realizar sus respectivas preguntas, las cuales fueron absueltas adecuadamente por las sustentantes. La presidenta invita a las sustentantes abandonar el espacio para que los jurados evaluadores puedan proceder con la calificación.

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN FINAL

Bachiller: DEYSI KARINA HINOSTROZA ENCISO

JURADOS	TEXTO	EXPOSICIÓN	PREGUNTAS	P. FINAL
Prof. Iris Jara de Aronés (Delegada por el decano)	18	18	18	18
Prof. Celia Berenice Maurtua Galván	18	18	18	18
Prof. Maritza Saccsara Meza	18	18	18	18
Prof. Yenny Sulca Huamancusi	18	18	18	18
Prof. Hugo Ayala Prado	18	18	18	18
PROMEDIO FINAL:	18			

Bachiller: CARMEN ROSA ÑAUPA TINEO

JURADOS	TEXTO	EXPOSICIÓN	PREGUNTAS	P. FINAL
Prof. Iris Jara de Aronés (Delegada por el decano)	18	18	18	18
Prof. Celia Berenice Maurtua Galván	18	18	18	18
Prof. Maritza Saccsara Meza	18	18	18	18
Prof. Yenny Sulca Huamancusi	18	18	18	18
Prof. Hugo Ayala Prado	18	18	18	18
PROMEDIO FINAL:		18		

De la evaluación realizada por los miembros del jurado calificador, llegaron al siguiente resultado: Aprobar por unanimidad a las Bachilleres: DEYSI KARINA HINOSTROZA ENCISO y CARMEN ROSA ÑAUPA TINEO con la nota de dieciocho (18), para lo cual, los miembros del jurado evaluador firman al pie del presente, siendo las doce horas con once minutos se da por concluido el presente acto académico.



Prof. Iris Jara de Aronés
(Presidenta)



Prof. Celia Berenice Maurtua Galván
(Miembro)



Prof. Maritza Saccsara Meza
(Miembro)



Prof. Yenny Sulca Huamancusi
(Miembro)



Prof. Hugo Ayala Prado
(Miembro)



Prof. Soledad Yemi Quispe Cadenas
(Secretaria)

Ayacucho, 21 de agosto del 2026

**UNSCH**FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUDESCUELA PROFESIONAL DE
ENFERMERIA**CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DE TESIS CON DEPÓSITO****CONSTANCIA N° 007-2026-EPEnf.**

LA QUE SUSCRIBE, DIRECTORA DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA, en el marco del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación, aprobado por Resolución de Consejo Universitario N° 039-2021-UNSCH-CU y Resolución de Consejo Universitario N° 1530-2023-UNSCH-CU,

HACE CONSTAR:

Que, en mérito al **Acta de Verificación de Originalidad de Tesis N° 008-2026-EPEnf**, emitida por la Comisión de Docentes Instructores de esta Escuela Profesional, de la tesis titulada: **Conocimiento y cobertura vacunal sobre influenza y neumonía en adultos mayores de Pensión 65, distrito de Santillana, 2025**. (Borrador final antes de la sustentación), presentado por:

- **Bach. DEYSI KARINA HINOSTROZA ENCISO**
- **Bach. CARMEN ROSA ÑAUPA TINEO**

Registra un porcentaje de similitud de 15%, resultado que se encuentra dentro del límite máximo permitido por el reglamento vigente.

Se deja constancia que, la verificación mediante Turnitin se limita a la detección de similitud y originalidad textual, no comprendiendo la evaluación del rigor científico del contenido de la tesis, metodología, resultados, ni el cumplimiento de los criterios éticos de la investigación u otros aspectos académicos, cuya responsabilidad corresponde a los autores, al docente asesor y a las instancias competentes.

En tal sentido, **SE OTORGA LA PRESENTE CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DE TESIS CON DEPÓSITO**, para los fines correspondientes.

Ayacucho, 17 de julio de 2026


UNIVERSIDAD NACIONAL SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA
Dra. Marizabel Llamocca Machuca
DIRECTORA

C.c.
Archivo
Reg. 2696435
MLM/Dir.

Conocimiento y cobertura vacunal sobre influenza y neumonía en adultos mayores de Pensión 65, distrito de Santillana, 2025

por Deysi Karina HINOSTROZA ENCISO - Carmen Rosa ÑAUPA TINEO

Fecha de entrega: 16-jul-2026 10:53p. m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2999135108

Nombre del archivo: CUNAL_ROSITA_Y_KARINA_SEGUNDA_BORRADORA_DE_TESIS_-_INTYERNO.docx (13.08M)

Total de palabras: 18642

Total de caracteres: 114684

Conocimiento y cobertura vacunal sobre influenza y neumonía en adultos mayores de Pensión 65, distrito de Santillana, 2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

15%

INDICE DE SIMILITUD

16%

FUENTES DE INTERNET

7%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	dspace.unl.edu.ec Fuente de Internet	4%
2	Submitted to Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga Trabajo del estudiante	2%
3	repositorio.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
5	repositorio.unsch.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.fcmunca.edu.py Fuente de Internet	1%
7	repositorio.upsjb.edu.pe Fuente de Internet	<1%
8	doku.pub Fuente de Internet	<1%
9	lookformedical.com Fuente de Internet	<1%
10	repositorio.unid.edu.pe Fuente de Internet	<1%
11	repositorio.uct.edu.pe Fuente de Internet	<1%
12	www.geriatria.salud.gob.mx Fuente de Internet	<1%
13	Submitted to BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA BIBLIOTECA Trabajo del estudiante	<1%
14	Submitted to Universidad Autónoma de Bucaramanga, UNAB Trabajo del estudiante	<1%

15	Fuente de Internet	<1 %
16	rcientificas.uninorte.edu.co Fuente de Internet	<1 %
17	livrosdeamor.com.br Fuente de Internet	<1 %
18	Submitted to uncedu Trabajo del estudiante	<1 %
19	www.paho.org Fuente de Internet	<1 %
20	repositorio.upla.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
21	Submitted to Universidad Andrés Bello Trabajo del estudiante	<1 %
22	cn365.com.ar Fuente de Internet	<1 %
23	prezi.com Fuente de Internet	<1 %
24	repositorio.utea.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
25	Gonzalez Anaya, Teresa Ofelia. "Factores Que Influyen En La Baja Cobertura De vacunacion En El Adulto Mayor En Mexico.", Centro de Investigacion y Docencia Economicas (Mexico), 2021 Publicación	<1 %
26	Submitted to Universidad Catolica San Antonio de Murcia Trabajo del estudiante	<1 %
27	fdocuments.ec Fuente de Internet	<1 %
28	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	<1 %
29	apirepositorio.unu.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
30	www.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
31	www.cecmecmed.cu Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas
Excluir bibliografía

Activo
Activo

Excluir coincidencias

< 30 words