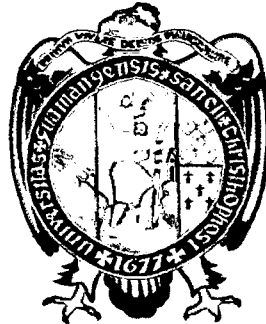


UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**FACTORES SOCIOCULTURALES DE MADRES RELACIONADO CON LA
BAJA COBERTURA DE INMUNIZACIONES DE NIÑOS MENORES DE 5
AÑOS DE LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO DE SALUD PALMAPAMPA,
DISTRITO SAMUGARI – PROVINCIA LA MAR - 2013.**

Presentado por:

Bach. LAGOS HUACHACA, Bike.

Bach. MENDOZA CASTRO, Yudith del Rocío.

Tesis para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AYACUCHO – PERÚ

2014

DEDICATORIA

*A Dios, a mi familia, mis padres,
hermanos, amigos, profesores,
quienes sin esperar nada a
cambio han sido pilares
fundamentales en mi formación
profesional.*

Bike.

A Dios por guiarme en el camino de la vida, mis padres por su cuidado incondicional apoyo y confianza del día a día. Y a los docentes por la formación desde mi ingreso, gracias.

Yudith del Rocío.

FACTORES SOCIOCULTURALES DE MADRES RELACIONADO CON LA BAJA COBERTURA DE INMUNIZACIONES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA JURISDICCION DEL CENTRO DE SALUD PALMAPAMPA, DISTRITO SAMUGARI – PROVINCIA LA MAR – 2013.

Autoras:

Bach. Lagos Huachaca, Bike y Mendoza Castro, Yudith del Rocío

RESUMEN:

Objetivo: Determinar los factores socioculturales de madres relacionado con la baja cobertura de inmunizaciones de niños menores de 5 años de la jurisdicción del Centro de Salud Palmapampa, distrito Samugari – provincia La Mar. - 2013. **Material y Método:** Enfoque Cuantitativo. Tipo descriptivo. Nivel descriptivo simple. Diseño transversal. Área de estudio Jurisdicción del Centro de Salud de Palmapampa, distrito de Samugari y Provincia de La Mar, departamento de Ayacucho. Población Objeto de estudio conformado por 676 Madres con niños menores de 5 años, registrados en el padrón nominal del Centro de Salud Palmapampa. Muestra. 150 madres. Técnicas e instrumentos de recolección de datos: Entrevista estructurada, Test de Conocimiento y como instrumento Test de Conocimiento estructurado con 20 preguntas con respuestas múltiples y abiertas; y ficha de observación. **Resultados:** Cobertura de inmunizaciones en niños menores de 5 años en las vacunas de BCG y HVB es 100%, mientras otras vacunas se encuentra por debajo de la meta mundial de 95%, como APO 80%, pentavalente 79,3%, neumococo 66,0%, influenza 52,7%, rotavirus 58,0%, SPR 40,0%, AMA 37,3% y DPT 22,0%. El 75,3% de las madres de familia no conocen

el por qué y el para qué hacen vacunar a sus hijos. El mayor porcentaje de madres de familia tienen actitud de rechazo a la vacunación de sus hijos.

Conclusiones: La falta de información, bajo nivel de conocimiento, falsas creencias y actitud de negativa de las madres sobre las vacunas, son los principales factores relacionados con la baja cobertura de las inmunizaciones en niños menores de 5 años en la jurisdicción del centro de Salud Palmapampa del distrito de Samugari provincia La Mar del departamento de Ayacucho.

PALABRAS CLAVES: Inmunización, Cobertura, Factores socioculturales.

**MOTHERS CULTURAL FACTORS RELATED TO LOW IMMUNIZATION
COVERAGE OF CHILDREN UNDER 5 YEARS OF JURISDICTION
PALMAPAMPA HEALTH CENTER DISTRICT SAMUGARI - PROVINCE
THE SEA - 2013.**

Authors:

Bach. Lagos Huachaca, Bike and Mendoza Castro, Yudith del Rocio

SUMMARY:

Objective: To determine the socio-cultural factors related to mothers with low immunization coverage of children under 5 years of the jurisdiction of the Health Center Palmapampa, Samugari district - province La Mar - 2013

Material and Methods: Quantitative Approach.. Descriptive.

Simple descriptive level. Cross-sectional design. Jurisdiction Area Health Center study of Palmapampa, Samugari district and province La Mar, department of Ayacucho. Object of study population comprised 676 children under 5 years old, registered in the nominal roll Palmapampa Health Center. Displays. 150 mothers. Techniques and tools for data collection: Structured Interview, Test and Test of Knowledge and Knowledge structured instrument with 20 questions with multiple answers and open; and observation sheet.

Results: Immunization coverage in children under 5 years of BCG vaccines and HVB is 100%, while other vaccines is below the global target of 95% as APO 80%, 79.3% pentavalent, pneumococcal 66 , 0%, 52.7% influenza, rotavirus 58.0%, 40.0% SPR, AMA 37.3% and 22.0% DPT. 75.3% of mothers

do not know the why and wherefore do vaccinate their children. The highest percentage of mothers have negative attitude to vaccination of their children.

Conclusions: The lack of information, low level of knowledge, false beliefs and negative attitudes of mothers about immunizations, are the main factors related to low immunization coverage in children under 5 in the jurisdiction of the Health Center district Palmapampa Samugari La Mar province of Ayacucho department.

KEYWORDS: Immunization Coverage, sociocultural factor

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
RESUMEN	iv
INTRODUCCION	
CAPITULO I: REVISION DE LA LITERARIA	
1.1. Antecedentes de la investigación	18
1.2. Base Teórica	26
1.3. Hipótesis	70
1.4. Variables	71
1.5. Operacionalización de variables	71
CAPITULO II: MATERIAL Y METODO	
2.1. Enfoque de Investigación	73
2.2. Tipo de Investigación	73
2.3. Nivel de Investigación	73
2.4. Diseño de Investigación	73
2.5. Área de Estudio	73
2.6. Población	73
2.7. Muestra	74
2.8. Técnica e Instrumento de Recolección de datos	74
2.9. Plan de recolección de datos	74
2.10. Procedimiento y Análisis de Datos	76
CAPITULO III: RESULTADOS	
Presentación de Resultados	77

CAPITULO IV: DISCUSION

Discusión 85

CONCLUSIONES 98

RECOMENDACIONES 99

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 100

ANEXOS 107

INTRODUCCIÓN

La salud según la OMS, es el estado completo de bienestar físico, psíquico y social, no la mera ausencia de enfermedades y la consecución de este estado de bienestar en el niño es responsabilidad primordial de los padres y en forma secundaria de la familia, la sociedad y sector salud; estos sectores cuentan con apoyo sustancial que representan los programas de salud preventiva que desarrollan los países¹.

Cabe mencionar, que las enfermedades infecciosas han jugado un papel importante en la historia del mundo, al causar grandes cambios en el curso de la historia, determinados por las epidemias de todos los tiempos. Esto trajo como consecuencia la necesidad de crear un mecanismo que a partir de agentes patógenos con alto poder antigénico y escasa virulencia, fuesen capaces de generar la producción de anticuerpos específicos para un agente agresor, lo que Pasteur llamó "Vacuna". Pues son dos siglos desde el descubrimiento de un auténtico milagro de la medicina preventiva, llamado vacuna, ante una larga lista de enfermedades infecciosas, mediante un plan de vacunación oportuno.

Las inmunizaciones son un medio ampliamente eficaz y muy rentable de prevenir las enfermedades infecciosas y es uno de los logros más destacados de la salud pública y de la pediatría. Como consecuencia de las vacunaciones sistemáticas de la infancia, la aparición de enfermedades contagiosas frecuentes en otras épocas disminuyó extraordinariamente en muchos países de América en la segunda mitad del siglo XX. De hecho los programas que se han llevado a cabo sobre vacunación han logrado la erradicación mundial de la viruela, la eliminación de los virus de la poliomielitis de tipo A natural en Estados Unidos y posiblemente del mundo en un futuro próximo, y una reducción superior del 95 % de la enfermedad invasiva por *Haemophilus Influenzae* de tipo b (Hib)⁽²⁾.

En vista de la elevada morbimortalidad en el mundo e Hispanoamérica debido a las enfermedades prevenibles por vacunas y al lograr un éxito muy importante con la erradicación de la viruela, la Organización Mundial de la Salud (OMS) buscó medidas que pudieran tener ese mismo éxito con otras enfermedades infecciosas y es así como el 1974 creó el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). En consecuencia, se estableció una acción conjunta con las naciones del mundo y organizaciones internacionales, con el objetivo de lograr coberturas universales de vacunación con la finalidad de disminuir la morbimortalidad causada por enfermedades prevenibles por vacunas. En la región de las Américas, el PAI fue establecido durante la XXV en la Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Septiembre de 1977 y

concentró su atención en 6 enfermedades: sarampión, polio, difteria, tos ferina, tétanos y tuberculosis ⁽³⁾.

Según OMS, para alcanzar niveles óptimos de inmunización, indica que las coberturas deben superar el 95 %, necesaria para disminuir la población susceptible y prevenir la aparición de enfermedades inmunoprevenibles. Por lo tanto, se hace necesario concientización de los padres y comunidad en general, capacitación constante del personal de salud, provisión de insumos ⁽⁴⁾

En atención a lo dicho, en Perú, el Ministerio de Salud opta como Misión protección efectiva de las enfermedades inmunoprevenibles de todas las personas priorizadas en el esquema nacional de vacunación, con prioridad a los menores de 5 años y mujeres gestantes, basada en principios de universalidad, equidad, solidaridad, con un enfoque de derecho a la salud e interculturalidad y una activa participación ciudadana.” y como Visión “Inmunizaciones con coberturas por encima del 95% para todas las vacunas del Esquema Nacional de Vacunación, que cuenten con infraestructura apropiada para la provisión del servicio de Vacunación y la sostenibilidad operativa necesaria para garantizar la protección efectiva de todas las familias peruanas de las enfermedades inmunoprevenibles”, Por tanto, el Ministerio de Salud, a través del Departamento de Enfermedades Prevenibles por vacunas, puso en vigencia Esquema Nacional de Vacunación (ENV), obligatorio, que además de las vacunas contentivas del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), incluye Trivalente viral (Sarampión, Rubéola, Parotiditis); HaemophilusInfluenzae Tipo b (Meningitis,

Neumonía, otros por Hib); antiamarílica (fiebre amarilla); Hepatitis B; el cumplimiento a cabalidad del precitado Esquema Nacional de Vacunación (ENV), exige del equipo de salud y particularmente de la enfermera en salud comunitaria, ofrecer retroalimentación permanente a madres embarazadas o con niños recién nacidos, la explicación sucinta sobre las vacunas, su importancia, dosis, edad de aplicación, enfermedades que protege, beneficios, etc.⁽⁵⁾

Colegio Médicos del Perú. Observa que la cobertura de las Inmunizaciones ha descendido en los últimos años a casi el 75% en promedio, cuando la cobertura de las vacunaciones debe mantenerse idealmente en 95% a fin de garantizar la protección de la población en general frente a las Enfermedades Inmunoprevenibles; lo que refleja una situación de alarma y vulnerabilidad de la población ante posibles emergencias de brotes epidémicos⁽⁶⁾.

La Coordinadora Nacional de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones - 2012, observa que la cobertura de inmunizaciones en Región de Ayacucho se encuentra: en menores de un año BCG 53.0 %, HvB 50.65%, Antipolio 65.78%, Pentavalente 66.23%, Rotavirus 63.12% y Neumococo 61.48%. Mayores de 1 año: Influenza 39.43%, Neumococo 64.45%, SPR 72.55% y Refuerzo DPT 74.39%. Niños de 4 años: Refuerzo de DPT 65.90% y refuerzo SPR 48.03%. Adultos mayores 60 años: influenza 40.90%. La cobertura ideal debería encontrarse por encima de 95 % para proteger a la población de las enfermedades inmunoprevenibles,

mientras en la actualidad se encuentra en riesgo a que puede producirse brotes epidémicos de dichas enfermedades⁽⁷⁾.

Según Fredy Aguirre Blas⁽⁸⁾, Jefe del Centro de Salud de Palmapampa, responsable de PAI, con respecto a la cobertura de las inmunizaciones refirió testimonialmente:

“Que la cobertura de las inmunizaciones en la jurisdicción del Centro de Salud estuvo en menos de 60%, es decir, en mapa de riesgo. Aún existen niños de 4 a 5 años de edad a sólo con primeras dosis de vacunas de BCG Y HvB. Por otro lado, se observó a muchas madres de familia negativas a la vacunación de sus hijos, mientras otras madres cumplen con la vacunación sólo por mantenerse en los programas sociales como: Juntos, vaso de leche, etc”.

De acuerdo al análisis la cobertura de vacunación 2012 se encontraba aproximadamente en un promedio de 50 %; cuando, en realidad la cobertura debería de mantenerse idealmente en 95% a fin de garantizar la protección de la población en general frente a las enfermedades inmunoprevenibles”. Frente a esta realidad situacional, surgieron las siguientes interrogantes:

¿Cuál es la cobertura real de las inmunizaciones en niños menores de 5 años en la jurisdicción del Centro Salud Palmapampa?

¿Cuáles son los factores socioculturales de las madres relacionados con la baja cobertura de inmunización en niños menores de 5 años en la jurisdicción del Centro Salud Palmapampa?

Para dar respuestas a las interrogantes planteadas, surgió la iniciativa de realizar la investigación titulada:

FACTORES SOCIOCULTURALES DE MADRES RELACIONADO CON LA BAJA COBERTURA DE INMUNIZACIONES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO DE SALUD PALMAPAMPA, DISTRITO SAMUGARI – PROVINCIA LA MAR –2013.

Siendo el enunciado del problema.

¿Cuáles son los factores socioculturales de madres relacionados con la baja cobertura de inmunizaciones de niños menores de 5 años de la jurisdicción del Centro de Salud Palmapampa, distrito Samugari - provincia La Mar - 2013?

Así mismo se planteó los siguientes objetivos:

a.- Objetivo General

Determinar los factores socioculturales de madres relacionado con la baja cobertura de inmunizaciones de niños menores de 5 años de la jurisdicción del Centro de Salud Palmapampa, Distrito Samugari – Provincia La Mar. 2013.

b.- Objetivos Específicos:

- Evaluar la cobertura por cada tipo de vacuna.
- Relacionar la cobertura de PAI con el nivel de conocimiento y actitud de las madres sobre el calendario de vacunación de sus hijos.
- Relacionar la cobertura del PAI con la religión de las madres de familia.
- Relacionar la cobertura del PAI con porcentaje de aceptabilidad de las inmunizaciones por madres de familia.
- Relacionar la cobertura del PAI con la ocupación de las madres.

La hipótesis propuesta fue:

H₁: Los factores socioculturales de las madres están relacionados con la baja cobertura de las inmunizaciones de niños menores de 5 años en la jurisdicción del Centro de Salud de Palmapampa – distrito Samugari – Provincia La Mar- 2013

H₀: Los factores socioculturales de las madres no están relacionados con la baja cobertura de las inmunizaciones de niños menores de 5 años en la jurisdicción del Centro de Salud de Palmapampa – distrito Samugari – Provincia La Mar- 2013.

Material y Método:

Enfoque Cuantitativo.

Tipo: Aplicativa; porque es un estudio que busca la aplicación de los conocimientos adquiridos en la investigación básica.

Nivel de Investigación: descriptivo; porque está orientado a describir los conocimientos básicos sobre las inmunizaciones y la actitud de las madres frente a la vacunación de sus hijos, tal como se presenta en un tiempo y espacio dado.

Diseño: transversal y retrospectivo.

Área de estudio, Jurisdicción del Centro de Salud de Palmapampa, distrito Samugari y Provincia de La Mar, Departamento de Ayacucho.

Población Objeto de estudio: conformado por 676 madres con niños menores de 5 años, registrados en el padrón nominal del centro de Salud Palmapampa.

Muestra: 150 madres con niños menores de 5 años.

Tipo de muestreo: Probabilístico aleatorio simple.

Unidad de observación, madres de familia de niños menores de 05 años con registro en el Centro de Salud de Palmapampa del distrito de Samugari.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos: Para variable conocimiento, se utilizó como técnica Test de Conocimiento y como instrumento Test de Conocimiento estructurado con 20 preguntas de respuestas múltiples y abiertas. Mientras para la variable, actitud frente a la vacunación; se utilizó ficha de observación.

De la investigación se concluye que, cobertura de inmunizaciones en niños menores de 5 años en las vacunas de BCG y HVB es 100% y mientras otras vacunas, se encuentra por debajo de la meta mundial de 95%, como APO 80%, pentavalente 79,3%, neumococo 66,0%, influenza 52,7%, rotavirus 58,0%, SPR 40,0%, AMA 37,3% y DPT 22,0%. El 75,3% de las madres de familia no conocen el por qué y el para qué hacen vacunar a sus hijos. Mayor porcentaje de madres de familia tienen actitud de rechazo a la vacunación de sus hijos. La falta de información, bajo nivel de conocimiento, falsas creencias y actitud de rechazo de las madres sobre las vacunas, son los principales factores relacionados con la baja cobertura de las inmunizaciones en niños menores de 5 años en la jurisdicción del centro de salud Palmapampa del Distrito de Samugari provincia la mar - 2013.

El presente estudio de investigación tiene la siguiente estructura: introducción, revisión de la literatura, materiales y métodos, resultados,

discusiones, conclusiones, recomendaciones, bibliografías y anexos correspondientes.

CAPÍTULO I

REVISION DE LA LITERATURA

1.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Es importante considerar que el centro de Salud, de La Libertad, Petén, en el año del 2006 alcanzo las coberturas ideales del 95% y más que exige el Ministerio de Salud y Asistencia Social, en todos los biológicos que se administraron en niños menores de cinco años⁽⁹⁾.

Así Edward Mills⁽¹⁰⁾. Las barreras expresadas por el ciudadano sobre la vacunación, en 15 estudios observacionales 2003. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos. España. En la revisión se observa:

Creen que las vacunas comprometen al sistema inmune, causan enfermedad, riesgo de efectos adversos a largo plazo desconocidos, riesgo de efectos secundarios. Los padres recuerdan las malas experiencias propias o de otros. Han sido expuestos a patógenos en clínicas, Miedo a las agujas. Se administran a niños demasiado pequeños, dolor. Teoría de la conspiración o desconfianza en el sector sanitario. Piensan que las enfermedades no son un problema; que los médicos no entienden los

efectos secundarios, son inefectivas. Priorizan la inmunidad natural, métodos alternativos de protección. No vacunan al niño por tener enfermedad menor, Costo, Tiempo, Coincide con su horario laboral o tienen que esperar, problemas en el transporte o ubicación. Es una causa más para tener que preocuparse de los niños, el personal sanitario es desagradable o comunica mal, no se saben el calendario vacunal, razones morales o religiosas, falta de conocimiento sobre las enfermedades.

Estas barreras han sido clasificadas en "barreras de dolor"; "desconfianza", "acceso" y en "otras". Algunas barreras como el dolor, el miedo a las agujas, las dudas sobre la eficacia o los efectos secundarios de la vacunación, incumben directamente a la industria y son sujetos de investigación por ésta, que sabe que si consigue mejoras tiene más opciones de venta. El desarrollo, por ejemplo, de vacunas combinadas ha servido para disminuir el número de inyecciones. Otras barreras descritas pueden y deberían de ser abordadas directamente desde los órganos de prevención de la salud, como la accesibilidad por el costo, pero todas las barreras incumben de alguna forma a estos órganos, que son los encargados de llevar a cabo políticas para obtener altas coberturas vacunales para una mejor prevención de la salud.

Muchas de las barreras descritas tienen que ver con la desconfianza en el sistema sanitario o simplemente con la falta de información sobre las vacunas, su utilidad, seguridad, el calendario vacunal o las enfermedades que previenen. La falta de información se puede traducir en una actitud pasiva, por lo que la no vacunación se deberá a que no la han buscado o no

se la han ofrecido, pero también se puede traducir en la búsqueda de información en los medios que tengan al alcance como amigos, medios de comunicación, profesionales sanitarios o internet.

El Gobierno de Japón⁽¹¹⁾, la organización Panamericana de la Salud, UNICEF y otras agencias 2001 – 2002, aprovechando la oportunidad de la introducción de la vacuna pentavalente, en la República Dominicana para desarrollar una serie de actividades tendentes a fortalecer el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Este fue estudio cuanti-cualitativo, dentro los objetivos que motivaron su realización tenemos el de obtener información sobre las percepciones de las madres sobre el servicio y para identificar barreras al aumento de cobertura, determinar problemas de acceso (tiempo, disponibilidad de servicio, acceso cultural) de la población a los servicios de vacunación, identificar otras barreras a nivel poblacional para conseguir vacunas a través de servicios rutinarios, explorar conocimientos y percepción sobre el uso de las tarjetas de vacunas. Para lograr los objetivos enumerados, se realizó la investigación en dos fases: 1) una fase cualitativa donde se realizaron 5 grupos focales (uno en cada provincia y en el distrito) para los que se elaboró una guía que se aplicó a grupos de 8 a 10 madres de hijos menores de 2 años de edad y; 2) una fase cuantitativa mediante la aplicación de cuestionario cara a cara. Se consideraron miembros del universo a ser estudiado, madres con hijos de 6 a 16 meses. Las madres debían pertenecer a la clase social baja (E) y Marginada (F) de áreas urbano y rural de cuatro provincias de la República Dominicana. Seleccionándose una muestra de 600 madres. Las madres en

todos los grupos focales mencionaron este problema en varias ocasiones. En la encuesta el 60.2 % de las madres dijo que “a veces no tienen la vacuna que necesita.” Aunque el 93.6 % logró vacunar a sus hijos en su última visita, 73.6% de las razones por que las otras 6.4% no lograron fue la falta de las vacunas que necesitaban. Lo que dijo una madre en un grupo focal expresa un sentimiento típico: que cuando llega para vacunar a su niño, el personal dice, “Que no hay, ven mañana”. Cabe mencionar que el 93.6% de las madres logro vacunar a sus hijos.

Hay otras razones por la que muchas madres van a vacunar a sus hijos pero no lo logran o son vacunados con dificultad: 25.3% de las madres dice que a veces van y el puesto está cerrado cuando llega; 23.7% dice que a veces el personal de salud no están; 69.2% dice que tiene que esperar mucho; y 40% dice que a veces no vacuna su hijo por estar enfermo. En total, a un 50.5% de las entrevistadas le ha sucedido que ha llegado su niño a vacunar y no han podido vacunarlo. El 97.4% de las entrevistadas dijo que les habían tratado bien o muy bien, y de ellas el 92% aseguró que siempre les trataba así. No fue brusca 97.7 %, fue adecuada 97.7, fue amable 96.7, No fue odiosa 96.0, No fue pesada 95.8 %Fue respetuosa 95.0%. Se quería atenderla 94.8 5. Fue cariñosa 90.5 %. Informó sobre vacunas 83.0. Lo que no está claro es porque 14 (de las 5999 madres han pagado por vacunas en servicios públicos. El PAI debe informarse por qué y tomar medidas para esto en el futuro. En RESUMEN, aunque hay varios problemas en la calidad de servicios que deben ser mejorados, es muy importante que la actitud de

grandes mayorías de madres es muy positiva hacia la inmunización. PAI debe aprovechar la buena voluntad de las madres.

Nigenda-López, G⁽¹²⁾, en Revista de Salud Pública sobre “Motivos de no vacunación: un análisis crítico de la literatura internacional, 1950-1990”, presentaron un análisis sobre una selección de estudios que se interesaron por entender la respuesta de las poblaciones ante la oferta de vacunas a fin de evaluar sus resultados para la definición de políticas futuras de inmunización. Los estudios fueron agrupados de acuerdo a dos criterios: a) grupo de países y b) los factores identificados como motivo de no vacunación para ese período.

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

Stein, Pickering, Tanner y Mazella⁽¹³⁾ (citados por Fredrickson, 2004) en su trabajo titulado “La negativa del padre para inmunizar a un infante de 2 meses de edad”, en “Santa Eduvigis”. Puerto la Cruz. Anzoátegui. 2008; reportan que: algunos padres de familia creen en la “cura natural” y piensan que es mejor para los niños estar expuestos a las enfermedades y adquirirlas naturalmente. Estos investigadores comprobaron la existencia de dichas creencias, lo cual despertó la curiosidad de la autora por explorar este motivo de no vacunación en Santa Eduvigis.

En Venezuela, Rondón (2008)⁽¹⁴⁾, realizó un trabajo de grado titulado Cobertura de Vacunación de los niños del preescolar “El Muchachito” del Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda” y nivel de conocimiento de sus representantes sobre el esquema ideal de vacunación, cuyo objetivo fue determinar el nivel de cobertura de vacunación y el nivel de conocimiento de sus representantes sobre las vacunas, importancia y esquema ideal de vacunación. Los hallazgos fueron los siguientes: Nivel de conocimiento de los representantes: 13% excelente, 35% bueno, 39% regular y 12% deficiente. Se confirmó que el esquema del PAI obtuvo cobertura entre 72 y 100% a diferencia del esquema de la Sociedad Venezolana de Pediatría y Puericultura, que incluye varicela (2,02%), hepatitis A (3,3 8%) y antineumococo (4,05%). En cuanto al grado de instrucción, predominó el nivel universitario (36%), seguido del bachiller (34%). Al relacionar grado de instrucción con nivel de conocimiento, se observó que los de instrucción universitaria, técnica y bachiller tenían un nivel de conocimiento de regular a bueno. Se concluye que a mayor nivel de conocimiento de los padres sobre vacunas, mayor es la cobertura, determinándose así la necesidad de promover un plan educativo preventivo dirigido a los representantes para mejorar los conocimientos y por ende la cobertura. Considerando lo anterior, la autora propuso un programa educativo que se aplicó en la comunidad Santa Eduvigis para mejorar conocimientos, erradicar las falsas creencias y así mejorar la cobertura.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽¹⁵⁾ y el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)⁽¹⁶⁾, realizaron un estudio de conocimientos, actitudes, prácticas en inmunizaciones; cuyo objetivo fue identificar, desde el punto de vista de la comunidad, de los servicios de salud y de los líderes sociales y comunitarios, los conocimientos, actitudes, prácticas, percepciones, creencias, barreras que impiden la inmunización. Los hallazgos fueron los siguientes:

Todas las entrevistadas conocían en términos generales las vacunas y sobre las dosis de las vacunas se observó en general un alto desconocimiento, tanto madres como padres no saben exactamente cuántas dosis se debe colocar para cada vacuna, aunque las madres entienden el concepto de dosis como “refuerzo”. La actitud hacia la inmunización es ampliamente favorable, 92% piensa que las vacunas son muy necesarias, sin embargo, entre el 3% y el 14%, tanto en áreas urbanas como rurales, creen que las medicinas caseras pueden sustituirla.

Con relación a la tenencia del carnet de inmunización, el 76% si lo tiene y el 24% no. A nivel de localidad, varían del 79% que sí lo tiene en área urbana al 74% en área rural. Sobre la DPT se obtuvo que el 74% estaba totalmente vacunado, el 23% parcialmente y el 3% no había recibido ninguna dosis. Con relación a las oportunidades perdidas se demostró que sólo al 29% de las madres se les acercó alguien para indicarle que ingrese al servicio de inmunización, es decir, que al 71% nadie le indicó que se vacunara.

En Estados Unidos, Fredrickson, Davis, Arnold, Kennen, Humiston, Cross y Bocchini (2004)⁽¹⁶⁾. Realizaron un estudio exploratorio titulado "La negativa de la inmunización en la infancia: Percepciones de los padres y del proveedor", publicado en la revista Family Medicine, cuyo objetivo era estimar las tasas de la negativa de las inmunizaciones en la infancia y la prevalencia de las razones que los padres dieron para negarse a las vacunas. Los hallazgos indicaron que los padres raramente se negaron a las vacunas, ocasionalmente se resistieron a vacunas específicas. El miedo a los efectos secundarios fue la razón más común expresada por los padres para negarse a las vacunas (52%). Las razones religiosas (28%) o filosóficas (26%) o creer que la enfermedad no era dañina (26%), fueron las razones menos comunes. Pocos padres se negaron debido a un sentimiento antigubernamental (8%).

HUANCA, en Bolivia, (2001)⁽¹⁷⁾, tesis titulada "Impacto de aceptación de las vacunas del PAI segunda generación en los padres de familia" .Hospital Pediátrico Albina Patiño- Hospital Materno Infantil Germán Urquidi, Cochabamba. Los resultados confirman que el equipo de salud tiene los conocimientos sobre vacunas, pero no tienen la capacidad de transmitir la información completa; tan solo mencionan algunos efectos secundarios por las vacunas y su tratamiento. Por tanto, las madres de familia no reciben información completa sobre las vacunas y no tienen un conocimiento puntual, pero reconocen algunos efectos secundarios y mencionan que estos son factores para el rechazo de las mismas.

BARRIOS, en Guatemala, (2001)⁽¹⁸⁾, trabajo titulado “Evaluación de coberturas de vacunación”. Municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango, determinó las causas de incumplimiento de vacunas y obtuvo los siguientes resultados: “No le tocaba” (52,1%), “no sabía” (11,2%); el 10,1% rechazaron la vacuna, porque el niño lloraba o le causaba fiebre o se enfermaba; en el 7,1% hubo falsa contraindicación, porque le dijeron que el niño tenía fiebre; en 4,1% fue porque el servicio estuvo cerrado o no había personal, y en otros, vale destacar argumentaciones de tipo religioso o cultural. Además, se les preguntó a los padres si sabían para qué servían las vacunas y se encontró que el 82,8% respondieron positivamente sobre los beneficios de las vacunas y el 17,2% señalaron que estas no eran benéficas. A la pregunta contra qué enfermedades protegen las vacunas, el sarampión y tos ferina fueron las más conocidas; 66,1% y 65,7%, respectivamente; la polio un 13,7% y la rubéola 4,7.

1.2. BASES TEÓRICAS

VACUNAS

Las vacuna, es la suspensión de microorganismos vivos (bacterias o virus), inactivos o muertos, fracciones de los mismos o partículas proteicas, que al ser administrados inducen en el receptor una respuesta inmune que previene una determinada enfermedad ⁽¹⁹⁾

La Sociedad Latinoamericana de Infectología y la Asociación Panamericana de Infectología (SLIPE y API, 2005)⁽²⁰⁾ refieren lo siguiente:

Las vacunas actuales son eficaces y seguras; a pesar de ello, pueden aparecer reacciones secundarias a su administración. Los profesionales sanitarios que las manejan deben conocer sus indicaciones, precauciones y contraindicaciones, así como el tipo de reacciones secundarias que pueden originar, e informar a los usuarios. Éstos deben también ser informados de que las grandes ventajas de la inmunización superan, con mucho, el riesgo de reacciones asociadas a las vacunas y las alteraciones debidas a la infección natural.

Se comentan los aspectos más relevantes en relación con la seguridad, precauciones y contraindicaciones de las vacunas.

CLASIFICACION DE LAS VACUNAS ^(20, 21).

Vacuna monovalente. Es la vacuna que contiene un solo serotipo de un micro organismo específico.

Vacuna polivalente. Es la vacuna que contiene varios serotipos de un micro organismo específico; por ejemplo Antigripal trivalente, antipolio, antineumocócica, entre otras.

Vacuna combinada. Es la vacuna constituida de 2 o más antígenos de micro organismos diferentes; por ejemplo: DPT.

Vacuna conjugada. La vacuna conjugada resulta de la combinación del antígeno (mucopolisacárido) con proteínas transportadoras, con el objeto de generar respuesta inmunológica en el menor de dos años.

Vacunas recombinantes. Es la vacuna compuesta por partículas proteicas producidas en células huésped, generalmente levaduras, en las que se ha

insertado, por técnicas de recombinación de ADN, el material genético responsable de su codificación.

Vacunación segura. La vacunación segura es un componente prioritario y esencial de los programas de inmunización y comprende el cumplimiento de un conjunto de procedimientos.

Normalizados, estandarizados o protocolizados que se observan desde la formulación de una vacuna, su producción, transporte, almacenamiento y conservación, distribución, manipulación, reconstitución, administración (inyección segura), eliminación (bioseguridad) y la vigilancia e investigación de Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (ESAVI).

CLASIFICACIÓN DE LAS VACUNAS SEGÚN SUS COMPONENTES ^(20,21).

A.- VACUNAS BACTERIANAS

A.1.- VACUNAS DE BACTERIAS INACTIVADAS

HiB, Meningococo, Difteria, Tétanos, Pertusis (Toxoide) Neumococo, Cólera.

A.2.- VACUNAS DE BACTERIAS ATENUADAS

BCG, Fiebre Tifoidea.

B.- VACUNAS VIRALES

B.1.-VACUNAS DE VIRUS VIVOS

Poliomielitis OPV (Sabin) Sarampión, Rubéola, Paperas, Fiebre amarilla, Varicela, Citomegalovirus, Adenovirus, Rotaviru

B.2.-VACUNAS DE VIRUS MUERTOS

Hepatitis A, Rabia, Influenza, Poliomielitis IPV, Hepatitis B.

CONSERVACION DE VACUNAS

CADENA DE FRIO.

La "Cadena de frío" es un conjunto de actividades que se ordenan a manera de eslabones u escalones de tipo logístico formando una cadena que se inicia con la recepción, manipulación, transporte y almacenamiento seguro de las vacunas, con el propósito de mantenerlas dentro de los rangos de temperatura requeridos para garantizar su poder inmunológico, desde que sale del laboratorio hasta su aplicación final, incluye las jeringas como un elemento también importante. Todos los inmunobiologicos se conservan de 0 a 8°C.

CONSIDERACIONES GENERALES ⁽²¹⁾

- En general, todas las vacunas deben retrasarse si el niño tiene una enfermedad aguda, moderada o severa con o sin fiebre, hasta que esté asintomático. Infecciones menores (como otitis media, infecciones de vías aéreas superiores, diarrea) con o sin fiebre no son motivo para retrasar las vacuna.
- No es necesario repetir una primo inmunización cuando ésta no se ha completado. Independientemente del tiempo transcurrido desde la última dosis de la vacuna administrada, se continuará la inmunización según el calendario, partiendo del momento en el que se suspendió la vacunación.
- Siempre que sea posible se administrará una sola vacuna inmunizante por miembro.

- No inmunizar en zonas donde se observen signos locales de inflamación.
- Respetar el intervalo mínimo entre 2 dosis de una misma vacuna o entre dos
- Productos biológicos distintos.
- La administración simultánea de vacunas y el intervalo entre ellas será considerado individualmente para cada vacuna.
- Siempre administrar las dosis completas de vacunas.
- Las vacunas reconstituidas, si no se utilizan deben desecharse, ya que su actividad una vez reconstituida es de 1 hora.
- Los niños prematuros serán vacunados según el calendario vigente, teniendo en cuenta su edad actual y no su fecha de nacimiento prevista, excepto para la vacuna frente a la hepatitis B en los niños menores de 2.000 gramos, donde la vacunación se iniciará al alcanzar ese peso, salvo que la madre sea HbsAg (+), en este caso se aplica la primera dosis en las primeras 24 a 48 horas de vida, además de inmunoglobulina para hepatitis B dentro de las 12 horas de nacer. Luego se administrará una dosis adicional de vacuna antihepatitis B (4 dosis).
- Los niños con alteraciones neurológicas diagnosticadas estables no evolutivas deben ser vacunados porque los beneficios superan los riesgos de la vacunación. En las enfermedades neurológicas evolutivas están contraindicadas las vacunas que pueden producir, como reacciones adversas, cuadros neurológicos. (vacuna contra la tos ferina y fiebre amarilla)⁴.

- Las personas que administran las vacunas deberían realizar algunas preguntas, sobre contraindicaciones y precauciones antes de colocar la misma; ¿Cómo está su hijo hoy?, ¿Su hijo es sano?, Su hijo es alérgico a algún alimento o medicamento?, ¿Su hijo tuvo algún problema con alguna vacuna previa?, ¿Su hijo recibió transfusión de sangre o inmunoglobulina en el último año? (SLIPE y API, 2005).

CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES EN LA INMUNIZACIÓN ^(20,21)

Contraindicaciones

Debido a la eficacia y seguridad de las vacunas que se utilizan en la actualidad, son muy pocas las contraindicaciones absolutas de vacunación⁴.

Una contraindicación absoluta es la condición en el receptor de una vacuna que aumenta enormemente el riesgo de reacción adversa seria. Una vacuna no será administrada cuando una contraindicación está presente.

Contraindicaciones Absolutas Generales Para Todas Las Vacunas

- Reacción anafiláctica a dosis previas de la vacuna.
- Reacción anafiláctica previa a alguno de los componentes de la vacuna. (SLIPE y API, 2005).

Precauciones

Una precaución es la condición en el receptor de una vacuna que podría aumentar el riesgo de reacción adversa seria o que podría comprometer la capacidad de la vacuna en producir inmunidad (por ejemplo, la administración de vacuna antisarampionosa a una persona con inmunidad pasiva para sarampión debido a transfusión sanguínea).

Si bien las precauciones no son contraindicaciones, deben ser evaluadas cuidadosamente considerando el riesgo/beneficio⁴.

Si los beneficios obtenidos tras la vacunación superan el riesgo de los posibles efectos adversos de la misma (en caso de epidemia o de viaje a una zona endémica), se procederá a la vacunación.

Precauciones generales para todas las vacunas

Enfermedad aguda, moderada o grave con o sin fiebre.

Alergia al látex. (SLIPE y API, 2005).

No son Contraindicaciones para la Vacunación

Una contraindicación errónea es cuando cualquier circunstancia o alguna falsa creencia con respecto a las vacunas se consideran en forma inadecuada como contraindicación para la aplicación de las mismas.

Son muchas las situaciones en las que el desconocimiento, el miedo o la interpretación incorrecta han llevado a contraindicar injustificadamente la vacunación infantil. Tan importante como conocer las indicaciones de vacunar es reconocer cuáles son las falsas contraindicaciones de vacunación. Así se evitará que muchos niños queden sin vacunar o mal vacunados, con lo que esto supone de riesgo tanto para el niño mal inmunizado como para la comunidad.

Al no ser contraindicaciones para la vacunación, las vacunas podrán administrarse en las siguientes situaciones.

- Reacciones leves a dosis previas de DTP como: dolor, enrojecimiento o inflamación en el lugar de la inyección o fiebre menor de 40,5° C.

- Enfermedad aguda benigna como: proceso catarral o diarrea en un niño sano. Una infección simple de las vías respiratorias superiores (coriza, catarro) sin fiebre no es contraindicación para la vacunación. Las enfermedades febriles más importantes sí justifican el retraso de la vacunación. Así se evita que la reacción vacunal, si se produce, pueda agravar la enfermedad de base o que pueda considerarse como una reacción secundaria a la vacuna algo debido a la enfermedad de base.
- Niño en tratamiento con antibióticos en ese momento y/o en fase de convalecencia de una enfermedad leve.
- Que la madre del niño a vacunar esté embarazada o que el niño esté en contacto estrecho con otras mujeres gestantes.
- La prematuridad.
- Niños que hayan tenido contacto reciente con un paciente con patología infecciosa.
- La lactancia.
- Historia de alergia inespecífica en el niño o historia familiar de alergia
- Historia de alergia a los antibióticos contenidos en las vacunas (neomicina, estreptomina o polimixina B), salvo si la reacción alérgica que presentó fue de tipo anafiláctico.
- Historia de alergia no anafiláctica, al pollo o a las plumas de aves.
- Historia familiar de convulsiones en el contexto de una vacunación con DTP o contra la SRP

- Historia familiar de síndrome de muerte súbita del lactante en el contexto de vacunación con DTP.
- Historia familiar de reacciones desfavorables a las vacunas en pacientes no inmunocomprometidos.
- La administración concomitante de tratamientos de desensibilización
- La administración de OPV en niños con candidiasis oral, tratada o no.
- La administración de vacunas inactivadas en pacientes.
- inmunocomprometidos.
- Enfermedad neurológica conocida, resuelta y estabilizada.
- Desnutrición.

Inmunizaciones Sistemáticas ⁽¹⁹⁾

Las inmunizaciones sistemáticas son aquellas que han demostrado ser eficaces contra las enfermedades transmisibles de reservorio humano y transmisión interhumana, que se encuentran incluidas en el calendario vacunal de la comunidad y se aplican universalmente a todos los niños. En Latinoamérica las inmunizaciones sistemáticas incluyen las vacunas del PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones): BCG, vacuna antipoliomielítica, SPR (Triple viral: Sarampión, parotiditis y Rubeóla), SR (doble viral: Sarampión y rubeóla), Haemophilus influenzae tipo B, antiamarílica, anti-hepatitis B, toxoide tetánico, pentavalente, DT (adulto), rotavirus, influenza, DPT, Antineumocócica, Vacuna contra Virus de Papiloma Humano.

VACUNA BCG⁽²¹⁾

Descripción General.

Es una vacuna liofilizada del Bacilo Calmette y Guérin y protege, cuyo contenido es una suspensión de bacilos vivos que corresponde a una cepa de *Mycobacterium Boris* atenuada. Se presenta en ampollas de 10 y 20 dosis, que se reconstituye con solución salina normal al 0,9% o agua destilada. (OPS, 2004).

Dosificación Y Administración.

Se administra en una (01) dosis de 0.1 cc al RN dentro de las 24 horas de nacimiento, por vía intradérmica, región deltoides derecha, con jeringa de 1 cc y aguja 26 G x 3/8" o jeringa retractable de 1 cc y aguja 27 G x 1/2"²⁹

Es factible abrir frasco de 10 dosis para vacunar a un solo niño de ser necesario.

Reacciones Adversas⁽²²⁾

Luego de aplicada la vacuna aparece, entre los dos y tres días, un nódulo plano de 3 mm., con reacción eritematosa, que desaparece rápidamente. El nódulo puede desaparecer o persistir hasta la tercera semana, en que aumenta de tamaño, se eleva y adquiere un tono rojizo de mayor intensidad. Continúa su crecimiento, adquiriendo a veces carácter de renitente o fluctuante, y a los 30 a 35 días se produce una pequeña ulceración con salida de material seropurulento, de lenta cicatrización. Luego se establece una cicatriz característica, deprimida, en sacabocado, del tamaño de una lenteja, primero de color rojizo y luego acrómica³⁰

Las complicaciones locales son poco frecuentes, pudiendo aparecer: adenitis supurativas, ulceración persistente y formación de abscesos (muchas de estas complicaciones son por el uso de técnicas inadecuadas de aplicación)

La más seria complicación por inmunización con BCG es la infección diseminada con el bacilo (Calmette-Guerin) y la osteítis, que ocurre en menos de 1 por 100.000 vacunados, observada sobre todo en pacientes con SIDA o con otro severo cuadro de inmunocompromiso, que han sido inmunizados por error.

Contraindicaciones ⁽²²⁾

- Niños inmunocomprometidos: leucemias, linfomas, enfermedades malignas generalizadas e inmunodeficiencias congénitas.
- Todo niño VIH positivo asintomático debe vacunarse con BCG en el momento del nacimiento. Pasado este periodo se debe consultar y evaluar la progresión de la enfermedad.
- Los niños hijos de madre HIV positivas pueden recibir la vacuna BCG al nacer.
- Recién nacidos prematuros y con un peso inferior a 2.000 gramos; se debe aplazar la inmunización hasta que se observe que el niño tiene una curva de crecimiento adecuado y alcanza el peso necesario
- Embarazo

Según Nueva norma Técnica 2013⁽²¹⁾

En caso que se detecte un niño menor de 12 meses que no ha sido vacunado con BCG, deberá aplicarse la vacuna.

En aquellos niños entre 1 a 4 años, 11 meses, 29 días que no hayan recibido BCG y son contactos de casos de TB pulmonar deben recibir la terapia preventiva con isoniacida (quimioprofilaxis) al término del esquema de administración deberá aplicarse la vacuna BCG.

La aplicación de la BCG en hijos de madres con infección por VIH debe seguir lo normado en la NTS de la ESN ITS-VIH-SIDA "Profilaxis de la Transmisión Madre – Niño del VIH y la Sífilis Congénita".

VACUNA ANTIPOLIOMIELÍTICA

Descripción general ⁽²²⁾

Vacuna Oral de Poliovirus (OPV o tipo Sabin): Es una vacuna preparada con cepas de los diferentes virus vivos atenuados para uso oral. La vacuna oral trivalente es la de mayor utilización.

La OPV se presenta usualmente en frascos goteros de 10, 20 y 25 dosis. Cada dosis contiene:

Poliovirus I: 1.000.000 Unidades infectantes Poliovirus

II: 100.000 Unidades infectantes Poliovirus

III: 600.000 Unidades infectantes

Descripción y administración ⁽²²⁾

La Vacuna Antipolio Oral (APO) en menor de 1 año, se administra en tres dosis a los 2, 4 y 6 meses respectivamente, cada dosis comprende 02 gotas por vía oral. Los niños que no hayan completado su esquema de

vacunación con APO en edades que corresponda pueden recibir cronograma completa o solo las dosis que les falta hasta 4 años, 11 meses y 29 días. Con intervalo de 2 meses entre dosis²⁹. Puede aplicarse a los niños o adolescentes hasta los 18 años de edad. Se recomienda enfáticamente administrar una dosis suplementaria a los recién nacidos en las zonas endémicas con circulación del virus salvaje, aunque dicha dosis no se cuenta como parte de la serie primaria.

Reacciones Adversas ⁽²²⁾

En raras ocasiones, la OPV se ha asociado con parálisis en vacunados o en personas en contacto con estos. El riesgo es más alto para la primera dosis (1 por 1.400.000-3.400.000 de dosis) que para las dosis posteriores y los contactos, 1 por 5.900.000 y 1 por 6.700.000 de dosis, respectivamente.

Contraindicaciones ^(22, 21)

En países donde la infección por VIH se considera un problema, deberá inmunizarse a los niños con los antígenos del PAI de acuerdo con los esquemas corrientes. Esto también se aplica a las personas con infección asintomática por VIH. Los individuos con SIDA clínico (sintomático), no inmunizados, que viven en países donde la poliomielitis todavía constituye una seria amenaza, deben recibir la OPV de acuerdo con los esquemas establecidos. Se puede afirmar que la OPV no tiene contraindicaciones. La diarrea tampoco es contraindicación. A un niño con diarrea se le administra la vacuna, aunque esa dosis no se la cuenta como

parte del esquema. Debe completarse el esquema tan pronto haya pasado la diarrea.

La Vacuna Antipolio Inyectable (IPV) se aplica en los niños nacidos de madres portadoras de virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en tres dosis a los 2, 4, 6 meses respectivamente, cada dosis comprende aplicación de 0.5 cc por vía intramuscular con jeringa de 1 cc y aguja de 23G x 1" o jeringa retractable de 1 cc y aguja 25 G x 1". Niños que no hayan completado su esquema de vacunación con (IPV) en las edades que corresponden podrán recibir el cronograma completo o dosis faltante hasta 4 años, 11 meses y 29 días, con intervalo de 2 meses entre vacunas.

La IPV también pueden administrarse en adultos que deban completar o reforzar su esquema por mayor riesgo de exposición (viajeros a zonas endémicas o epidémicas, contactos, personal en contacto o manipulación de virus) como miembros de las Fuerzas Armadas o Cuerpo de Paz comisionados a países como África, Haití, entre otros que aún tienen la circulación del virus de polio salvaje en su territorios. En adultos se administra en tres dosis de 0.5 cc por vía intramuscular con jeringa de 1 cc y aguja 23 x 1" o jeringa retractable de 1 cc y aguja 25 G x 1".

Según Nueva norma Técnica 2013

Vacuna anti polio inactivada inyectable (IPV) ⁽²¹⁾

La vacuna de poliovirus inactivados (IPV) es una vacuna inyectable, de presentación multidosas y/o monodosis, se administra a los 2 y 4 meses de edad.

Cada dosis de 0.5 cc por vía intramuscular en el tercio medio de la cara antero lateral externo del muslo, con jeringa con aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1”.

Vacuna Antipolio Oral (APO)

La Vacuna Antipolio oral (APO) es una vacuna de virus vivo atenuado de presentación multidosis, se administra tres dosis, a los 6 meses, 18 meses y 4 años de edad. Cada dosis comprende 02 gotas de la vacuna por vía oral.

Esquema secuencial.- La administración secuencial de las vacunas antipoliomielítica: vacuna poliovirus inactivada (IPV) y vacuna de virus vivos atenuados (APO), se realizara de acuerdo al esquema siguiente:

Edad	Vacuna
2 meses	Vacuna inactivada contra la poliomielitis – IPV
4 meses	Vacuna inactivada contra la poliomielitis – IPV
6 meses	Vacuna oral contra la poliomielitis (atenuados) – APO
18 meses	Vacuna oral contra la poliomielitis (atenuados) – Ref 1 – APO
4 años	Vacuna oral contra la poliomielitis (atenuados) – Ref 2 – APO

- Si el niño o niña ha iniciado el esquema de vacunación con APO, se completa el mismo con APO; no deben utilizar el esquema secuencial IPV/APO para completar el número de dosis faltantes.
- Los niños en quienes está contraindicado la administración de la vacuna APO no deben utilizar el esquema secuencial IPV/APO, deben recibir únicamente las tres dosis de la vacuna IPV.

DPT O TRIPLE BACTERIANA (DIFTERIA, PERTUSSIS, TÉTANOS)⁽²²⁾

Descripción general

Contiene toxoides diftérico y tetánico elaborados en formol, purificados y absorbidos, así como vacuna pura de Bordet-Gengou (Pertussis). Un mililitro contiene al menos 30 UI de Antígeno Diftérico purificado y absorbido; 40 a 60 UI de Antígeno Tetánico purificado y absorbido; al menos 4 UI de *Bordetellapertussis*. Agente conservador: Timerosa!. Adyuvante: Hidróxido de aluminio o fosfato de aluminio.

Dosificación y administración

Se aplica en los niños de menores de 5 años, a los 18 meses y 4 años, 11 meses y 29 días de edad, solo como 1era 2da dosis de refuerzo respectivamente, se administra vía IM con jeringa de 1 cc y aguja de 23 G x 1" o jeringa retractable de 1 cc y aguja 25 G x 1". En aquellos que no hayan completado la vacunación con pentavalente en el cronograma planteado, se administra primer refuerzo de DPT a los 6 meses de haber recibido la 3ª Dosis de vacuna Pentavalente²⁹. Menor de 1 año 0,5 cc VIM en el tercio medio del muslo vasto externo del muslo. No se debe recomenzar un nuevo esquema después de cada interrupción, sino seguir con el que corresponde,

independientemente de la interrupción. En general la dosis es de 0,5 ml. Se aplica en la cara antero lateral del muslo, en el tercio medio.

Reacciones adversa ⁽²¹⁾

En algunos niños, las reacciones más comunes en los tres días después de la vacunación con DPT son: dolor, eritema y calor en el sitio de aplicación, fiebre moderada, decaimiento. Las reacciones graves son complicaciones neurológicas severas (convulsiones) que se presentan en 1 por cada 110.000 dosis aplicadas, debido al componente pertusis.

Contraindicaciones ⁽²¹⁾

Absolutas: niño que haya presentado alguna de las siguientes reacciones graves a la dosis anterior:

- Reacción anafiláctica a algunos de los componentes de la vacuna
- Encefalopatía que aparece dentro de los 7 días siguientes a la inmunización con o sin convulsiones
- Niños mayores de 7 años de edad.

En estos casos el niño no debe recibir dosis adicionales de DPT (ni a células enteras ni acelular); debe continuarse el esquema de inmunización con los toxoides tetánico y diftérico (TD) hasta completar las 3 dosis.

Precauciones ⁽²¹⁾:

- Enfermedad aguda moderada o severa
- Temperatura > 40° C
- Colapso o shock con hipotonía o hiporespuesta
- Llanto agudo persistente o incontrolable que dura más de 3 horas en las siguientes 48 horas de aplicada la vacuna

- Convulsiones con o sin fiebre en los 3 días siguientes a la inmunización.

Según Nueva norma Técnica 2013.

VACUNA CONTRA LA DIFTERIA, PERTUSIS Y TÉTANOS (DPT).

Esta vacuna triple bacteriana de presentación multidosis. Se administra como refuerzo en los niños de 18 meses y 4 años, sólo como 1era y 2da dosis de refuerzo respectivamente,

Se administra por vía intramuscular en el tercio medio de la cara antero lateral externa del muslo, con jeringa con aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1”.

De no recibir el segundo refuerzo en la edad correspondiente hasta los 4 años, 11 meses y 29 días, ya no se aplicará la vacuna DPT.

A partir de los 5 años debe administrarse la vacuna Toxoide Diftotetánica (dT).

HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B ⁽²¹⁾

Descripción General

Esta vacuna contiene antígenos y cepas de influenza de la temporada determinados por la OMS. Su composición varía anualmente según su susceptibilidad.

Esta vacuna no contiene una inmunidad de por vida como otras vacunas, solo brinda una protección por un año, debido al cambio anual de la composición antigénica del virus.

La aplicación de la vacuna en el ámbito nacional a dos grupos de personas, las cuales han sido seleccionados en razón a los siguientes criterios:

- Personas con alto riesgo de sufrir complicaciones con la influenza incluyendo:
 - Adultos y niños/as con lo siguiente:
 - Condiciones médicas crónicas de riesgo (Enfermedades de corazón, de los pulmones, riñones, diabetes entre otros).
 - Cáncer o inmunodeficiencia.
 - Residentes en instalaciones de cuidado crónico (centro de cuidado por largos periodos de tiempo, residencia de personas en abandono o situaciones especiales, albergues, asilos y otros).
 - Personas de 60 años a más.
 - Niñas y niños saludables de 7 a 36 meses de edad.
 - Mujeres saludables embarazadas y mujeres amamantadas.
- Personas capaces de contagiar la influenza a aquellas con alto riesgo, incluyendo:
 - Trabajadores de salud tanto asistencial y administrativos (áreas críticas: emergencia, cuidados intensivos).
 - Personas que están en contacto con individuos de alto riesgo de tener complicaciones con la influenza (cuerpo de bomberos, defensa civil, miembros de Fuerzas Armadas, y de Policía Nacional, estudiantes de Ciencias de la Salud, personal de los medios de difusión, personas

privadas de su libertad, comunidades nativas y poblaciones vulnerables y susceptibles que viven en albergues y otros.

- Personas encargadas del cuidado regular de niños y niñas menores de 36 meses.

VACUNAS CONTRA INFLUENZA PEDIÁTRICO ^(21,22). Con esta vacuna se debe tener las siguientes consideraciones:

- En esta norma se consideran niños de 7 meses de edad hasta los 59 meses y 29 días:
- 100% de niños de 7 meses hasta los 35 meses y 29 días.
- 5% de niños de 36 meses hasta 59 meses y 29 días.
- La dosis pediátrica desde los 7 meses hasta los 35 meses y 29 días es de 0.25 cc por vía intramuscular.
- La dosis de 36 meses hasta los 9 años es de 0.5 cc por vía intramuscular.
- Cuando se aplican por primera vez a niños de 9 años, es necesario 2 dosis, con intervalo de 1 mes o cuatro semanas entre una dosis y otra.
- Los niños que se vacunaron en años anteriores contra influenza, solo recibirán una sola dosis.

Según OPS³⁰ La serie primaria consiste en 3 dosis, con un intervalo de 2 meses entre ellas o un mínimo de un mes, a partir de los 2 meses de edad. En algunos países se aplica combinada con la DPT (cuádruple) o con DPT y hepatitis B (pentavalente), conjuntamente con la vacuna Sabin, a los 2, 4 y 6 meses.

Estas vacunas conjugadas se recomiendan para niños mayores de 5 años o adultos con enfermedades crónicas, que se asocian con un aumento del riesgo de contraer enfermedad por Haemophilus: pacientes VIH asintomáticos o sintomáticos, esplenectomizados, pacientes con déficit de Ig2, transplantados de médula ósea o cáncer.

Los niños menores de 24 meses que han padecido una enfermedad invasiva aH. Influenzae deben recibir vacuna antihaemophilus, ya que muchos pacientes no desarrollan una adecuada inmunidad luego de la enfermedad. La serie de vacunación debe recomenzar con el esquema de acuerdo a la edad, un mes después del comienzo de la enfermedad o tan pronto como sea posible.

VACUNA CONTRA INFLUENZA ADULTA ⁽²¹⁾, esta vacuna está indicada para la población adulta mayor de 60 años a más, así como para grupos considerados como población de riesgo para la influenza:

- Mujeres embarazadas.
- Personas de salud.
- Estudiantes de ciencias de la Salud.
- Funcionarios públicos que atienden poblaciones concentradas.
- Miembros de la Fuerza Armada.
- Personal de Policía Nacional del Perú.
- Cruz Roja, Bomberos y defensa Civil.
- Comunidades nativas y Población privada de su libertad.

La dosis en adultos es 0.5 cc y se aplica una solo dosis por vía intramuscular (en el músculo deltoides de brazo), con jeringa de 1 cc con aguja de 23 G x 1" o jeringa retractable de 1cc con aguja 25 G x 1".

La vacuna contra la influenza está relacionado a un perfil epidemiológico estacional, por ello se sugiere su aplicación antes de la época de mayor frio.

Reacciones adversa ⁽²²⁾

Las vacunas conjugadas, al ser inactivadas, tienen pocas reacciones desfavorables; el 3 al 10% de los niños puede presentar fiebre y menos del 1% irritabilidad, vómitos y somnolencia.

Contraindicaciones ⁽²¹⁾

Es una vacuna segura, al ser inactivada tiene muy pocas contraindicaciones y se puede usar en pacientes inmunocomprometidos.

Las más importantes contraindicaciones son:

- Enfermedades infecciosas agudas
- Hipersensibilidad a algunos de los componentes de la vacuna.

(OPS, 2004).

VACUNA CONTRA INFLUENZA ⁽²¹⁾

La vacuna contra influenza estacional es una vacuna trivalente de virus inactivado, incluye dos cepas de influenza A y una cepa de influenza B (actualmente incluye AH1N1y AH3N2).

Se destaca la importancia de realizar la vacunación anual antes de la época de invierno, de acuerdo a la zona.

La protección se obtiene generalmente en dos a tres semanas luego de administrada la vacuna.

La duración de la inmunidad después de la vacunación es de un año, de acuerdo a la correspondencia existente entre las cepas circulantes y las contenidas en la vacuna.

La administración de la vacuna contra influenza en el ámbito nacional comprende los siguientes grupos de personas:

- Embarazadas o Puérperas
- Niños de 7 a 23 meses.
- Los Trabajadores de Salud
- Adultos mayores (de 65 años a más)
- Personas con Comorbilidad (enfermedades crónicas)
- Embarazadas o Puérperas

Presentan alto riesgo de severas complicaciones y muerte. Este riesgo es exacerbado con la presencia de comorbilidades. La transferencia de anticuerpos al recién nacido por la madre vacunada durante el embarazo, le brindarían protección durante los primeros 6 meses de vida. La indicación de vacunación incluye:

a) Mujeres:

- a.1. - Embarazadas: Una dosis a partir del 4to mes de la gestación por vía intramuscular.
- a.2. - Puérperas con niños menores de 6 meses de vida, que no fueron vacunadas en el periodo de gestación, se administrara una dosis por vía IM en el tercio medio de la región deltoides.

b) Niños de 7 a 23 meses.

Dos dosis de 0.25 cc con intervalo de un mes por vía intramuscular en el tercio medio de la cara antero lateral externa de muslo con jeringa con aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1”.

c) Los Trabajadores de Salud

Los Trabajadores de Salud que tienen contacto directo con el paciente, personal de apoyo con el paciente en sus instalaciones médicas, incluido el personal de apoyo en unidades críticas, tienen un riesgo adicional para la Influenza en comparación con la población general. La dosis es de 0.5 cc y se administra una sola dosis por vía intramuscular en el tercio medio de la región deltoideas.

d) Adultos mayores (de 65 años a más)

Tienen mayor riesgo de enfermedad severa y mortalidad asociada con la Influenza, la vacuna se aplica de la siguiente forma:

La dosis es de 0.5 cc y se administra una sola dosis por vía intramuscular en el tercio medio de la región deltoideas al primer contacto con el establecimiento de salud.

e) Personas con morbilidad (enfermedades crónicas)

Comprende población de: Niños desde los 2 años hasta adultos de 64 años 11 meses 29 días, a los que se administra:

Niños de 2 a 2 años 11 meses y 29 días: Una dosis de 0.25 cc por vía intramuscular, cara antero lateral externa del muslo con jeringa retractable de 1 cc y aguja 25 G x 1”.

Niños de 3 años a personas de 64 años: Una dosis de 0.5 cc por vía intramuscular, en el músculo deltoides con jeringa con aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1”.

- Para estas personas con comorbilidad, se consideran entre las principales: Enfermedades respiratorias: Asma, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
- Enfermedades Cardíacas: Insuficiencia Cardíaca, Enfermedades Coronarias, Cardiopatías congénitas.
- Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas (no hemato-oncológica)
- Pacientes oncohematológicos y trasplantados
- Estados médicos crónicos: Obesidad mórbida, diabetes, insuficiencia renal.

VACUNA TRIVALENTE VIRAL

Descripción general ⁽²²⁾

Esta vacuna es producida con virus vivos atenuados y se presenta en frascos o multidosis de 10; es liofilizada y debe ser reconstituida con agua estéril fría.

Cada dosis contiene:

Sarampión: Cepa Schwarz, 1.000 TCID 50

Rubéola: Cepa Wistar RA 27/3, 1.000 TCID 50

Parotiditis: Cepa Urabe, 5.000 CID 50 (OPS, 2004).

Dosificación y administración ⁽²²⁾

La dosis que se administra es de 0,5 ml., por vía subcutánea y en la región postero-superior del brazo (región deltoidea).

Reacciones adversa ⁽²²⁾

Se puede presentar fiebre moderada, entre el 5° al 7° día, en un 5 a 15% de los niños y en un 5% erupción, pero son bien toleradas y se deben al componente sarampión.

Contraindicaciones ⁽²²⁾

Prácticamente no existen; se debe evitar administrar la vacuna a niños con enfermedad febril grave y con inmunodeficiencia severa conocida (ejemplo: tumores hematológicos, tratamiento inmunosupresor de largo tiempo o infección VIH sintomática severa).

VACUNA CONTRA SARAMPIÓN, PAPERAS Y RUBÉOLA (SPR)

Es una vacuna atenuada triple viral que contiene: cepas vivas atenuadas de virus de sarampión, del virus de la parotiditis y del virus de rubeola.

Se conserva a una temperatura de +2 °C a +8 °C,

Dosis 0.5 cc VSC en el musculo deltoides (Brazo)

Según Nueva norma Técnica 2013⁽²¹⁾

Esta vacuna contiene virus vivos atenuados, se administra dos dosis a los niños menores de 5 años:

La primera a los 12 meses y la segunda a los 18 meses de edad respectivamente.

La vacuna es de presentación monodosis y/o multidosis, se administra 0.5 cc por vía subcutánea en el tercio medio de región deltoidea, con jeringa con aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 5/8”.

Los niños que no hayan completado su esquema de vacunación con la vacuna SPR en las edades que corresponden, deberán recibir las dosis faltantes hasta los 4 años, 11 meses y 29 días; con intervalo mínimo de 6 meses entre dosis y dosis.

VACUNA ANTIAMARÍLICA

Descripción general

Es una suspensión liofilizada de virus vivos atenuados de la cepa 17D, subcepas 17DD y 17D204. (OPS, 2004).

Indicación⁽²²⁾

Esta vacuna es la única sujeta a reglamentación internacional; un certificado oficial de inmunización puede ser exigido a viajeros para ingresar a un determinado país. Es una vacuna que se indica a partir de los 12 meses de vida a: viajeros que ingresan o salen de zonas endémicas o epidémicas. Residentes de zonas endémicas y epidémicas infestadas por el mosquito *Aedes aegypti*. Personal de laboratorio que trabaja con el virus.

Dosis y vías de administración⁽²²⁾

Se aplicará una dosis de 0,5 ml tanto en niños como en adultos por vía subcutánea.

Se revacunará de acuerdo al reglamento sanitario internacional cada 10 años.

Contraindicaciones ⁽²²⁾

Embarazadas, huéspedes inmunocomprometidos, menores de 4 meses, HIV con severo estado de inmunodepresión. Como existe la posibilidad de transmisión de la cepa de la vacuna por leche materna, en la medida de lo posible debe evitarse la inmunización de mujeres que amamantan.

Usos simultáneos con otras vacunas: la vacuna contra la fiebre amarilla se puede administrar simultáneamente con cualquier vacuna, incluso con vacuna triple viral y antivaricela; de no administrarse simultáneamente deben darse separadas por un mes de intervalo. No existe riesgo de interferencia con la vacuna OPV.

Se puede administrar a personas que reciben profilaxis antimalaria, no afectándose la respuesta inmunitaria. Las gammaglobulinas no alteran la respuesta de la vacuna.

Reacciones Adversas ⁽²¹⁾

- La Vacuna Antiamarilica es bien tolerada.
- Entre el 2 y el 5% de los vacunados es posible que sufran algún evento adverso entre el 5 y el 10 día pos vacunación.

Reacciones locales: eritema y dolor. Leves 0-8%.

Reacciones sistémicas: febrícula (4,5%), mialgias (10,2%) y cefalea (14,6%)

- Excepcionalmente puede producir encefalitis, sobre todo en menores de 4 meses de edad.

- Reacciones de hipersensibilidad inmediata: las erupciones urticarias se observan en un caso por cada 131.000 dosis administradas.
- Viscerotropismo: desde 1996 a la actualidad se han reportado en el mundo 7 casos de reacciones adversas inusuales, caracterizadas por un síndrome de fallo multiorgánico; 6 de ellos tuvieron evolución fatal³⁰.

VACUNA ANTIAMARILICA (AMA) ⁽²¹⁾

La vacuna contiene virus vivo atenuado, se aplica a los 15 meses de edad de manera universal en todo el país.

Se administra una dosis de 0.5 cc por vía subcutánea en el tercio medio de región deltoides con jeringa con aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 5/8" la vacuna es de presentación multidosis.

Para la población de áreas endémicas y expulsoras de migrantes a zonas endémicas comprendidas entre los 2 años y 59 años no vacunados deberá recibir una dosis descrita anteriormente.

Las personas que se trasladen a zonas de riesgo de Fiebre amarilla, deberán vacunarse con un margen mínimo de 10 días antes de viajar.

La duración de la protección de una dosis de vacuna es de por vida, no es necesario revacunar.

Esta vacuna está contraindicada en personas con problemas de inmunidad o inmunosuprimidos severos.

VACUNA ANTI-HEPATITIS B ⁽²²⁾

Existen comercialmente varios tipos de vacunas, todas contienen HBsAg obtenido y purificado por tecnología de DNA recombinante en levaduras (*Saccharomyces cerevisiae*) en las que se inserta el gen

responsable de la síntesis del HBsAg. Contienen como adyuvante hidróxido de aluminio y como conservante timerosal. Se requiere una serie de 3 dosis para una respuesta óptima de anticuerpos en más del 90% de los adultos sanos y en más del 95% de los lactantes, niños y adolescentes.

Indicaciones

Se aplica en tres dosis (03) dosis desde 2 años a 20 años. Esta vacuna está obligatoria en poblaciones consideradas de riesgo. Cada una de 0.5 cc por vía IM con jeringa de 1 cc y aguja 23 G x 1" o jeringa retractable de 1 cc y aguja 25 G x 1".

Pre-exposición

- Todos los niños desde la edad de recién nacidos y los adolescentes no vacunados en la infancia.
- Adictos a drogas endovenosas
- Individuos heterosexuales, sexualmente activos con más de un compañero en los 6 meses previos o que tienen una enfermedad de transmisión sexual - Hombres homosexuales o bisexuales, sexualmente activos
- Trabajadores de la salud y otros individuos con riesgo ocupacional de exposición a sangre o a otros líquidos corporales contaminados con sangre.
- Residentes y miembros del personal de instituciones para personas con discapacidad mental
- Pacientes sometidos a hemodiálisis.

- Pacientes con trastornos hemorrágicos que reciben concentrados de factores de coagulación.
- Contactos domésticos y compañeros sexuales de portadores de HVB
Miembros de familias con niños adoptados que son HBsAg positivo.
- Personas que efectúan viajes internacionales a regiones en las que la hepatitis es endémica.
- Internos con estadías prolongadas en centros correccionales.
- Bomberos, policías, militares y personal forense.

Post-exposición

- Hijos de madres portadoras del HBsAg, deben recibir la vacuna dentro de las primeras 12 horas de vida
- Exposición aguda a sangre que contiene o podría contener HBsAg para hepatitis B.
- Contactos domésticos de las personas con infección aguda por HBV.
- Compañeros sexuales de los individuos con infección aguda por HBV.

Vía de administración

Intramuscular profunda en la región deltoides o en la cara antero lateral del muslo en recién nacidos y lactantes menores.

Dosificación:

Niños: 10 mcg (0,5 cc) hasta 9 años y adulto: 20 mcg (1 cc). (OPS, 2004).

Intervalo entre dosis

Menores de 1 año: al nacer

Resto de edades.

1° dosis: 0 mes

2° dosis: 1 mes después de la 1° dosis

3° dosis: 5 meses después de la 1° dosis

Reacciones adversa.

La incidencia general de efectos colaterales es igual o inferior al 15 del total de inyecciones. La más frecuente reportada es una reacción local en el sitio de la inyección con dolor, eritema o inflamación. Estas reacciones suelen ser moderadas y por lo general persisten sólo durante los dos días subsiguientes a la inmunización.

Entre los cuadros excepcionales secundarios tenemos: prurito, rash, urticaria, angioedema, dolor abdominal, náuseas y vómitos, disminución del apetito y dispepsia, mialgias, artralgias, dolor de hombro, dolor de espalda, vértigo, parestesias inespecíficas, sensación de rinitis, influenza, etc.

Contraindicación absoluta

Reacción anafiláctica a levadura de panadería.

VACUNA PENTAVALENTE ⁽²¹⁾**Descripción general:**

Vacuna combinada contiene 5 antígenos: toxoide de Difteria y tétanos, bacterias inactivas de pertusis, polisacárido conjugado de Haemophilus influenzae tipo B y antígeno de superficie de Hepatitis B. El detalle de esta preparación es el siguiente:

Frasco líquido:

- Toxoide tetánico: > 60 UI absorbido en hidróxido o fosfato de aluminio.
 - Toxoide diftérico: 30 UI absorbido en hidróxido o fosfato de aluminio.
 - Componente pertussis: >4 UI
- Preparado purificado del antígeno de superficie del virus de la hepatitis

Frasco liofilizado:

Polisacárido capsular purificado (poli-ribosil-fosfato o PRP) de Haemophilus influenzae tipo b conjugado o unido a una proteína. (OPS, 2004).

Dosificación y administración.

La dosis de la vacuna es 0,5 ml; se administra vía intramuscular profunda y el sitio de aplicación es el tercio medio de la cara antero lateral externa del muslo. (OPS, 2004).

El esquema de inmunización vigente establece la aplicación de tres dosis a los 2, 4 y 6 meses. Si por algún motivo se interrumpiera la inmunización, no es necesario reiniciar el esquema, sino continuarlo, aplicando la dosis correspondiente. Al igual que la DPT requiere de un refuerzo a los 13 meses. A mayores de 5 años se les aplicará TD, en caso de no haber recibido el refuerzo con la pentavalente antes de esta edad.

Reacciones adversa.

En general son leves y ceden en un lapso de 24 a 48 horas. Son las mismas que se producen con la DPT.

Locales (pueden ser evitadas aplicando las técnicas correctas de administración y medidas de asepsia en la preparación de la vacuna):

- Dolor, enrojecimiento, inflamación en el sitio de aplicación y desaparecen espontáneamente
- Nódulo indoloro en el sitio de aplicación y se puede presentar entre el 5 al 10 % de los vacunados y persistir por varias semanas.

Sistémicas.

- Malestar general, irritabilidad, fiebre igual o mayor de 38° C, náuseas, vómitos, decaimiento, pérdida del apetito.
- Episodios de llanto persistente agudo, que generalmente se manifiesta entre las siguientes 2 a 8 horas de la aplicación, relacionada con la primera dosis.

El estado de colapso o shock, es generalmente corto, de pocos minutos de duración, sin embargo puede persistir por 24 horas o más.

Contraindicaciones⁽²²⁾

- Reacción anafiláctica a cualquiera de los componentes de la vacuna -
Reacción alérgica severa a una dosis previa del biológico
- En caso de encefalopatía, que se haya presentado en los siguientes 7 días de la administración de una dosis previa.

Según Nueva norma Técnica 2013⁽²¹⁾

Vacuna combinada que contiene 5 antígenos: toxoide diftérico y tetánico, bacterias inactivadas de Bordetellapertussis, polisacárido conjugado de Haemophilus Influenzae tipo b y antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B.

Se administra en tres dosis a los 2, 4 y 6 meses respectivamente, cada dosis comprende la administración de 0.5 cc por vía intramuscular en la cara antero lateral externo del muslo, con jeringa con aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1”.

Los niños que no hayan completado su esquema de vacunación en las edades que corresponden, podrán completar el esquema hasta los 4 años, 11 meses y 29 días, con un intervalo de 2 meses entre dosis y dosis.

VACUNA DT ⁽²²⁾

Pediátrico en el menor de 05 años, se administra a los niños que han presentado reacciones adversa a la aplicación de la primera dosis de vacuna pentavalente o DPT. Se aplica en dos (2) dosis con intervalo de 8 semanas entre dosis a dosis, cada dosis de 0.5 cc por vía IM con jeringa de 1 cc y aguja 25 G x 1”.

ANTI-ROTAVIRUS ⁽²²⁾

Vacuna constituida por virus vivos atenuados de origen humano. Ofrece protección contra las formas graves de enfermedad diarreicas producidas por rotavirus. No se debe administrar después de los 6 meses de vida.

Edad recomendada: 2, 4 meses (la primera dosis debe colocarse a los 2 meses de edad y la segunda antes de los 6 meses).

Vía de administración: oral

Dosificación: 1.5 cc

N° dosis: 2

Intervalo entre dosis: 8 semanas entre dosis.

VACUNA CONTRA NEUMOCOCO ⁽²¹⁾

Vacuna antineumocócica conformada por los serotipos más comunes causantes de enfermedades graves por neumococo.

En niños menores de 1 año se aplica 02 dosis de 0.5 cc, en el 2do. Y 4to, mes de vida, en el niño de 1 año de vida se aplica 0.5 cc a los 12 meses de vida, vía IM con jeringa de 1 cc y aguja 25G x 1", con la finalidad de prevenir la neumonía y otras enfermedades como: meningitis, sepsis, y otitis media.

La vacuna contra neumococo también se aplica a los niños de 2 a 4 años, 11 meses y 29 días, con factores de riesgo, tales como: pacientes con enfermedades renales crónicas, con infección por virus VIH, con cardiopatías, con diabetes, con hemoglobinopatías, con síndrome de Down, con cáncer, entre otros; cada dosis de 0.5 cc vía IM, con jeringa 1 cc y aguja 23 G x 1" o con jeringa retractable en el tercio externo medio del músculo deltoides (brazo).

Esquema de niños que se empezaron a los 2 meses de edad, hasta 7 meses y 29 días (tres dosis): 1^{era} dosis, 2^{da} dosis 2 meses posterior a primera, 3^{era} dosis a los 12 meses de edad.

Esquema para niños que iniciaron vacunación antineumocócica conjugada después de los 7 meses y 29 días, hasta los 11 meses y 29 días (tres dosis): 1^{era} dosis, 2^{da} dosis 2 meses posteriores a primera, 3^{era} dosis 2 meses posteriores a segunda dosis.

Esquema para niños que empezaron a los 12 meses de edad, hasta 23 meses y 29 días (dos dosis): 1^{era} dosis, 2^{da} dosis 2 meses posterior a primera dosis.

Esquema para niños que empezaron vacunación antineumocócica conjugada después de los 24 meses de edad hasta los 5 años (niños solo con factores de riesgo (una sola dosis).

VACUNA CONTRA EL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO ⁽²¹⁾

Vacuna líquida recombinada de virus inactivados, que ofrece protección contra las cepas causantes del Cáncer de Cuello Uterino. Se recomienda su administración en las niñas antes de los 15 años, en el país la recomendación es a las niñas de 10 años de edad y se aplica la primera dosis al primer contacto con el establecimiento de salud o la brigada de vacunación, la 2^o dosis a los 2 meses de aplicada la primera dosis y la 3^o dosis a los 4 meses de aplicada la segunda dosis.

OPORTUNIDADES PERDIDAS EN INMUNIZACIÓN ⁽²⁰⁾

Entre los factores que contribuyen a disminuir las coberturas vacunales un lugar importante ocupan las oportunidades perdidas en vacunación (OPV). (SLIPE y API, 2005). La autora tomó en cuenta este factor en la investigación realizada en la comunidad Santa Eduvigis. Sociedad Latinoamericana de Infectología y la Asociación Panamericana de Infectología (SLIPE y API). Oportunidades Perdidas En Inmunización – 2005.

Definición.- Si toda visita a un establecimiento de salud realizada por el niño que no tiene esquema de inmunización completo, no presenta contraindicación y no se utiliza para que reciba la/s dosis necesaria/s. Las oportunidades perdidas en inmunización ocurren en establecimientos que rutinariamente ofrecen inmunización, tales como centros de salud u hospitales, durante la consulta de crecimiento y desarrollo, consultas por patologías o en el área de emergencias/urgencias.

La internación provee la oportunidad de captura del paciente e inmunización de rutina; sin embargo, la pesquisa de los internados para evaluar su historia natural está lejos de ser rutinaria y no aparece como prioridad.

Oportunidades perdidas en inmunización. ¿Cuándo?

- Control de crecimiento y desarrollo - Consulta por patología
- Área de emergencia/urgencia
- Alta hospitalaria.

¿Por qué se pierde la oportunidad de vacunar?

Los encargados de administrar las vacunas pueden no detectar la necesidad de vacunar, especialmente si el carnet de inmunización no es llevado a la consulta o no existe registro del estado vacunal del niño.

Muchos médicos y enfermeras evitan la administración simultánea de vacunas inyectables; las razones frecuentemente invocadas a la resistencia para la administración simultánea incluyen conceptos erróneos de disminución de una respuesta inmune adecuada o aumento de los efectos adversos, ninguno de ellos con soporte científico. Una objeción de los padres y la falta

de una recomendación adecuada también influyen en la aplicación simultánea de vacunas.

No aplicar esquemas acelerados en niños con menos dosis de las que les corresponden.

Contraindicaciones erróneas: es el mayor número de oportunidades perdidas. Algunas de las más comunes son: enfermedades menores (IRA, resfrío, OMA, diarrea o fiebre moderada); terapia antibiótica (no afecta la respuesta inmune de la vacuna); exposición o convalecencia a una enfermedad; contacto con embarazadas; lactancia (no disminuye la respuesta a las vacunas rutinarias incluida vacuna OPV); prematuridad (debe ser vacunado en relación a su edad cronológica); entre otras.

5. Hospitalización, es una oportunidad real de “poner al día” la inmunización, pero la mayor parte se pierden, por lo que la inmunización apropiada de acuerdo a la edad durante el alta hospitalaria debería estar protocolizada⁴.

Causas:

- No detección de la necesidad de vacunar - No administración simultánea
- No aplicación de esquemas acelerados - Contraindicaciones erróneas
- Hospitalización.

Contraindicaciones erróneas:

- Enfermedad aguda con febrícula o diarrea moderada en niño sano -
Terapia antimicrobiana
- Fase de convalecencia de una enfermedad
- Reacción a una dosis previa de DTP
- Prematuridad
- Madre o contacto familiar embarazada
- Lactancia materna
- Exposición reciente a una enfermedad infecciosa
- Historia familiar de convulsiones
- Historia familiar de síndrome de muerte súbita relacionada a
vacuna pertusis antisarampionosa
- Historia familiar de evento adverso post vacunal
- Malnutrición.

Estrategias para reducir oportunidades perdidas de inmunización

Eliminando las oportunidades perdidas de inmunización podría aumentarse la cobertura vacunal hasta un 20 %, aplicando:

Reducción de barreras para la inmunización: tiempo de espera; disminución de las distancias y accesibilidad a los vacunatorios, aumento del horario de atención; evaluación clínica previa del niño (sólo la pregunta: ¿cómo está su niño/a hoy?); provisión de vacunas e insumos.

Reconsiderar como conducta rutinaria de vacunar en todo contacto del niño/a con el establecimiento de salud, “todo contacto con el

establecimiento de salud debe ser considerado como oportunidad para vacunar”.

Realizar estudios epidemiológicos periódicos de OPV en centros asistenciales y difundir sus resultados.

Campañas de capacitación y concientización para los miembros del equipo de salud y padres.

La “inmunización oportunista” permite integrar la inmunización a la rutina asistencial.

Llevar registros adecuados y accesibles de la inmunización: vacuna, fecha de aplicación, número de lote, actualización del carnet del niño, registró en el centro asistencial.

El Comité de Vacunas de la Academia Americana de Pediatría publica en 1992 los Estándares para Inmunización en Pediatría, dirigido a los profesionales de la salud cuyo objetivo primordial es proteger a todos los niños y resume acciones a tomar para mejorar coberturas vacunales y disminuir las oportunidades perdidas.

Estándares para la inmunización en Pediatría ⁽²¹⁾

- Los vacunatorios deben ser de fácil acceso y disponibilidad.
- No existen requisitos previos para recibir una vacuna.
- Los servicios de inmunizaciones deben ser gratuitos o de bajo costo.
- Se debe utilizar todo encuentro clínico para evaluar los esquemas de inmunización del paciente.
- Educar a los padres sobre inmunizaciones

- Informar sobre los beneficios y probables efectos adversos de las vacunas.
- Todas las vacunas que el niño necesita en esa consulta se deben aplicar simultáneamente.
- Los servicios de inmunización deberán utilizar registros precisos y completos.
- Denunciar los efectos adversos.
- Usar procedimientos adecuados para el manejo de vacunas.
- Realizar auditorías semestrales para evaluar niveles de cobertura.

BASES LEGALES ⁽²¹⁾

- Ley N° 26842, Ley general de salud
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud,
- Ley N° 28010, ley general de Vacunas
- Ley N° 29344, ley Marco de aseguramiento Universal en salud.
- Decreto Supremo N°008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Resolución Ministerial N° 453-95-SA/DM, que aprueba las Normas de Control de Enfermedades Prevenibles por Vacunación.

La Ley Orgánica de Protección del Niño y del Adolescente (LOPNA, 1998)³¹, en su Art. 5 titulado obligaciones generales de la familia refiere que “La familia es responsable, de forma prioritaria, inmediata e indeclinable, de asegurar a los niños y adolescentes el ejercicio y disfrute pleno y efectivo de sus derechos y garantías. El padre y la madre tienen responsabilidades y

obligaciones comunes e iguales en lo que respecta al cuidado, desarrollo y educación integral de sus hijos”.

El mismo artículo refiere que “El Estado debe asegurar políticas, programas y asistencia apropiada para que la familia pueda asumir adecuadamente esta responsabilidad, y para que los padres y las madres asuman, en igualdad de condiciones, sus responsabilidades y obligaciones”.

LOPNA ⁽²³⁾, en su Art. 47 titulado derecho a ser vacunado refiere que “Todos los niños y adolescentes tienen derecho a la inmunización contra las enfermedades prevenibles”. Además refiere que “El Estado debe asegurar programas gratuitos de vacunación obligatoria dirigidos a todos los niños y adolescentes. En estos programas, el Estado debe suministrar y aplicar las vacunas, mientras que los padres, representantes o responsables deben garantizar que los niños y adolescentes sean vacunados oportunamente”²³.

El estado Peruano garantiza la provisión de vacunas y jeringas para el cumplimiento del presente Esquema Nacional de Vacunación y los Gobiernos Regionales garantizan los gastos operativos que demande la vacunación. La aplicación del presente esquema es de carácter obligatorio para todo el territorio nacional, por todas las entidades públicas y privadas del sector salud ⁽²¹⁾.

Aspecto Cultural de la Madre. La madre con el nivel de conocimientos logrados y sus creencias cumple muchas funciones dentro del hogar, como la función de socialización, esta función es muy clara en la familia. En esta,

la familia actúa como agente de socialización, ya que es en ella donde se da la socialización primaria del niño y es en ella donde los seres humanos vamos adquiriendo nuestros primeros conocimientos. Así es la institución ideal (por delante de la escuela) en donde vamos aprendiendo como funcionar en sociedad, por lo que es, en una palabra, el reproductor de la sociedad y sus valores vigentes. Si se consigue dominar la institución familiar, se consigue dominar a la sociedad. Aunque también hay que tener en cuenta que es en la familia donde se da el apoyo a los valores individuales, a las potencialidades de cada individuo, y donde se le apoya (o se le debería apoyar) sus defectos. La familia es el principal agente de la Educación.

Su función educadora y socializadora basándose en como institución, supone un conjunto de personas que aceptan, defienden y transmiten una serie de valores y normas interrelacionados a fin de satisfacer diversos objetivos y propósitos. Los padres, en este proceso, actúan como modelos que los hijos imitan. Hay una abdicación de la familia en la cultura urbana, esto se debe a aspectos como el trabajo de ambos cónyuges, las distancias, los horarios y el pluriempleo, va siendo reemplazado en la faceta educativa por la escuela, las amistades. Debemos señalar también los factores temporal espacial, de escolarización y la distancia social. Padres e hijos, aportan distintas culturas al hogar, ya que se mueven por ambientes distintos. La familia es, en definitiva, el agente de socialización ⁽²⁴⁾.

Pérez, M. reporta que el papel social de las familias en la actualidad, son muchas, entre ellas: Reproducción de la población, Cumplimiento de necesidades básicas de subsistencia y convivencia familiar, Satisfacción de necesidades afectivas y red de apoyo social, Contribución a la formación y desarrollo de la personalidad individual, Formación de valores éticos, morales y de conducta social, Transmisión de experiencia histórico- social y de los valores de la cultura ⁽²⁵⁾

1.3. HIPÓTESIS.

H₁: Los factores socioculturales de las madres están relacionados con la baja cobertura de las inmunizaciones de niños menores de 5 años en la jurisdicción del Centro de Salud de Palmapampa – distrito Samugari – Provincia La Mar- 2013.

H₀: Los factores socioculturales de las madres no están relacionados con la baja cobertura de las inmunizaciones de niños menores de 5 años en la jurisdicción del Centro de Salud de Palmapampa – distrito Samugari – Provincia La Mar- 2013.

1.4. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES.

Para efectos del estudio, se han formulado dos variables:

VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES SOCIOCULTURALES

- Conocimiento de las madres sobre las inmunizaciones sistemáticas que debe recibir su hijo.
- Cumplimiento del Rol por el Profesional de Enfermería en la capacitación y sensibilización de los padres de familia y población en general sobre la importancia de la vacuna.

- Sistema de creencias de la familia en la participación de la población en la prevención de enfermedades, específicamente las prevenibles por vacunas.
- Actitud de la madre frente al Esquema Nacional de Vacunación de su hijo.
- Ocupación de los progenitores.

VARIABLE DEPENDIENTE: Cobertura de inmunizaciones

1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variable N° 01.- Nivel de Conocimiento. Conjunto de nociones e ideas que se tiene sobre las vacunas. Conocimiento de madre acerca de la importancia de la vacunación como medida preventiva y sus beneficios en correspondencia con una vida saludable y productiva. Respuestas dadas por las madres de niños menores de 4 años, controlados en Centro Salud de Palmapampa, sobre las vacunas específicas que conforman el Esquema Nacional de Vacunación (ENV). Este variable se medirá mediante test de conocimiento sobre las vacunas, en cuatro categorías:

- Muy Buena : 18 a 20 puntos
- Buena : 15 a 17 puntos
- Regular : 11 a 14 puntos
- Deficiente : 10 a menos.

Variable N°2. Actitud Es la postura del cuerpo humano o disposición del ánimo frente a una situación. Actitud de la madre hacia las vacunas, son las manifestaciones físicas y psíquicas. Dentro de esta variable se estudiará 02 sub-variables:

- **Actitud General de la madre hacia las vacuna.-** La variable se medirá en dos dimensiones:
- **Actitud de aceptación.-** Cuando la madre ha cumplido con calendario de vacunación de su hijo o está preocupada por hacer vacunar su/s hijo/s;
- **Actitud de Rechazo.-** Madre incumple con calendario de vacunación, no muestra importancia.
- **Actitud durante aplicación de vacuna.-** Son las manifestaciones físicas y psíquicas de la madre al momento de aplicar la vacuna. La variable se medirá en dos dimensiones:
- **Actitud relajada.** Madre muestra calma, tranquilidad y seguridad en el momento de administración de la vacuna, transmitiendo de esta manera seguridad que necesita el niño.
- **Actitud Nerviosa.** Madre al ver la aguja se pone alterada, temerosa, ansiosa, con la cual probablemente su hijo reaccione de la misma manera.

Variable N° 3.- Sistema de creencias.

Una creencia es la convicción de certeza que algo presenta para alguien, esté corroborado o no, científicamente. Muchas veces se basa en experiencias visuales, dichas creencias generalizadas establecen lo que se denomina un dogma o ideología.

La variable creencias se medirá en sentido que la madre cree o no en los “poderes sobrenaturales” y en la vacunación para la protección de la salud de su hijo.

CAPITULO II

MATERIAL Y METODO

2.1. ENFOQUE DE INVESTIGACION: Cuantitativo

2.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN. El trabajo de investigación es de tipo aplicativo; porque está orientado al conocimiento de la realidad tal como se presenta en una situación espacio - temporal dada.

2.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN. Nivel descriptivo simple; porque se describe los conocimientos básicos y la actitud frente a la vacunación por las madres de familia.

2.4. DISEÑO DE INVESTIGACION. Transversal

2.5.- AREA DE ESTUDIO. El estudio se realizó en área jurisdiccional del Centro de salud de Palmapampa, distrito de Samugari y Provincia de La Mar, departamento de Ayacucho.

2.6. POBLACION. La población objeto de estudio, estuvo conformado por 676 madres con niños menores de 5 años, es decir, 4 años con 11 meses y 29 días, registrados en el padrón nominal del Centro de Salud Palmapampa.

Criterios de Inclusión:

- Madres con niños menores de 5 años y que habitan más de 1 año en la jurisdicción del Centro de Salud Palmapampa.

Criterios de Exclusión:

- Madres con niños mayores de 5 años y que habitan menos de 1 año.

2.7. MUESTRA. Conformado por 150 madres con niños menores de 5 años. Muestreo probabilístico conforme indica Canales y Polit, D. F. Y Hungler, B. P. (Op.cit): "Cada uno de los elementos de la población tuvieron la misma oportunidad independiente de ser incorporado a una muestra".

2.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para variable capacitación y sensibilización de las madres y otros; se utilizó entrevista estructurada y cuestionario.

Para la variable de conocimiento, se empleó como técnica Test de conocimiento y como instrumento Test de conocimiento estructurado con 20 preguntas con respuestas múltiples y abierta; para medir en términos valorativos el conocimiento de las madres sobre el esquema nacional de vacunación.

Para las variables cobertura de vacunas, actitud de la madre frente a la vacuna, otros; se empleó ficha de observación

2.9. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS: Cuenta con los siguientes procesos:

ETAPA I:

- Gestión para la autorización formal en Centro de Salud de Palmapampa.
- Identificación de la unidad de estudio, información, sensibilización y consentimiento previo.

ETAPA II:

- Posterior a la construcción del instrumento se procedió con la validación; revisión del instrumento por expertos en las áreas de metodología de la investigación, estadística aplicada a la investigación y en salud materno infantil. Quienes certificaron que el instrumento reúne los requisitos de validez.
- A fin de calcular la confiabilidad del cuestionario, se procedió a aplicar la prueba piloto a una muestra de diez (10) madres con características idénticas a la población, las cuales no participaron en la muestra definitiva de la investigación. Al cuestionario conformado por 20 ítems, se le aplicó la prueba del alfa de Cronbach, dando un resultado de 0,87 cuyo valor es altamente confiable.

ETAPA III.

- Capacitación a los profesionales que participaron en la recolección de la información.

ETAPA IV:

- Recolección de la información, control de calidad, almacenamiento y procesamiento de la información.

2.10. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

Una vez recolectado los datos, se elaboró una matriz de doble entrada, para resumir la información y facilitar su análisis mediante el programa computarizado SPSS, que permitió la aplicación de la estadística paramétrica: media, desviación estándar y el estadístico de decisión t de Student para establecer si se darían diferencias significativas en los promedios obtenidos. Para todas las pruebas se utilizó como criterio de significación $P < 0.05$; los resultados se presentan en cuadros estadísticos, complementados con gráficos adecuado al tipo de datos procesados.

CAPÍTULO III
PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO N° 01

COBERTURA DE PAI POR CADA TIPO DE VACUNA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD PALMAPAMPA, DISTRITO SAMUGARI – PROVINCIA LA MAR - 2013.

VACUNA	COBERTURA	
	N°	%
BCG	150	100.0
HVB	150	100.0
APO	120	80.0
PENTAVALENTE	119	79.3
NEUMOCOCO	99	66.0
INFLUENZA	79	52.7
ROTAVIRUS	87	58.0
SRP	60	40.0
AMA	56	37.3
DPT	33	22.0
HPV	0	0.0
DT	0	0.0

FUENTE: Encuesta aplicada a la muestra de estudio; noviembre, 2013 – febrero, 2014

Respecto a la cobertura de PAI por cada tipo de vacuna en niños menores de 05 años, se observa que en BCG y HVB se logró una cobertura al 100 % respectivamente, 80% APO, 79,3 en pentavalente, 66,0 en neumococo, 52,7 % en influenza, 58,0 en rotavirus, 40,0 % de SPR, 37,3 % en AMA y 22,00 con DPT.

CUADRO N° 02

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE PAI DE LAS MADRES DE FAMILIA DE NIÑOS MENORES DE 05 AÑOS DE LA JURISDICCION DEL CENTRO DE SALUD PALMAPAMPA, DISTRITO SAMUGARI – PROVINCIA LA MAR – 2013.

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE MADRES SOBRE PAI	N°	%
Muy Buena	09	6,0
Buena	12	8,0
Regular	16	10,7
Deficiente	113	75,3
TOTAL	150	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a la muestra de estudio; noviembre, 2013 – febrero, 2014

En el cuadro N° 2, se observa, que del 100% de las madres de familia de niños menores de 05 años, el 75,3 % tienen conocimiento deficientes sobre las inmunizaciones, 10,7 % regular, 8,0 % buena y 6,0 % muy buena.

CUADRO N° 03

ACTITUD GENERAL DE LAS MADRES SOBRE LAS INMUNIZACIONES DE NIÑOS MENORES DE 05 AÑOS DE LA JURISDICCION DEL CENTRO DE SALUD PALMAPAMPA, DISTRITO SAMUGARI – PROVINCIA LA MAR - 2013.

ACTITUD GENERAL DE LAS MADRES	N°	%
Aceptación	71	47.3
Rechazo	79	52.7
Total	150	100

Fuente: Encuesta aplicada a la muestra de estudio; noviembre, 2013 – febrero, 2014.

En el cuadro N° 3, se observa, que del 100% de las madres de familia de niños menores de 05 años, el 52,7% rechazan las vacunas y 47.3 % aceptan.

CUADRO N° 04

COBERTURA DE PAI RELACIONADO CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LAS INMUNIZACIONES EN LA JURISDICCION DEL CENTRO DE SALUD PALMAPAMPA, DISTRITO SAMUGARI – PROVINCIA LA MAR - 2013.

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES.	COBERTURA DE VACUNA				TOTAL	
	COMPLETA		INCOMPLETA		N°	%
	N°	%	N°	%		
Muy Buena	7	4.7	2	1.3	9	6.0
Buena	9	6.0	3	2.0	12	8.0
Regular	11	7.3	5	3.3	16	10.7
Deficiente	34	22.7	79	52.7	113	75.3
TOTAL	61	40.7	89	59.3	150	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a la muestra de estudio; noviembre, 2013 – febrero, 2014

En el cuadro N° 4, se observa 75,3 % de las madres de familia que tienen conocimiento deficiente sobre inmunizaciones; el 52,7 % de sus hijos tienen vacuna incompleta y 22,7 % completa; mientras de 10,7 % de madres con conocimiento regular, el 7,3 % tiene vacuna completa y 3,3 % vacuna incompleta; de 8,0 % de madres con conocimiento bueno, el 6,0 % tiene vacuna completa y 2,0 % incompleta; y finalmente de 6,0 % de madres con conocimiento bueno, el 4,7 % de sus hijos tienen vacunas completas y 1,3 % vacuna incompleta.

CUADRO N° 05

COBERTURA DE PAI RELACIONADO CON ACTITUD DE LAS MADRES SOBRE LA VACUNACIÓN DE SUS HIJOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO DE SALUD PALMAPAMPA, DISTRITO SAMUGARI – PROVINCIA LA MAR - 2013.

ACTITUD GENERAL DE MADRE	COBERTURA DE VACUNACION				TOTAL	
	COMPLETA		INCOMPLETA		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%
Aceptación	53	35.3	18	12.0	71	47.3
Rechazo	8	5.3	71	47.3	79	52.7
TOTAL	61	40.7	89	59.3	150	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a la muestra de estudio; noviembre, 2013 – febrero, 2014

En el cuadro N° 5, se observa 52.7% de las madres que tienen actitud de rechazo a las vacunas, el 47.3% de sus niños tienen cobertura de vacunación incompleta y 5.3% completa; mientras 47.3 % de las madres con actitud de aceptación a las inmunizaciones, el 35.3% de sus hijos tienen la cobertura de vacunación completa y 12.0% tienen vacunas incompleta.

CUADRO N° 06

COBERTURA DEL PAI RELACIONADO CON LA RELIGION DE LAS MADRES SOBRE LA VACUNACIÓN DE SUS HIJOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA JURISDICCION DEL CENTRO DE SALUD PALMAPAMPA, DISTRITO SAMUGARI – PROVINCIA LA MAR - 2013.

RELIGION	COBERTURA DE INMUNIZACION				TOTAL	
	COMPLETA		INCOMPLETA		N°	%
	N°	%	N°	%		
Católico	36	24.0	51	34.0	87	58.0
Evangélico	25	16.7	26	17.3	51	34.0
Ateo	0	0.0	4	2.7	4	2.7
Otros	0	0.0	8	5.3	8	5.3
TOTAL	61	40.7	89	59.3	150	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a la muestra de estudio; noviembre, 2013 – febrero, 2014.

Al evaluar la cobertura de PAI en relación a la religión que tienen las madres, se demostró que el 59.3% de las madres tienen niños menores de 5 años con vacunas incompletas, de ellos, 34.0% de las madres son católicos, 17.3% evangélicos, 2.7% ateos y 5.3% de otras religiones; mientras, 40.7% de las madres tienen niños menores de 5 años vacunas completas ; de ellos, 24.0% de las madres tienen filiación religiosa católicos, 16.7% evangélicos y ateo y otras religiones 0.0%.

CUADRO N° 07

COBERTURA DE PAI RELACIONADO CON LA OCUPACIÓN DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA JURISDICCION DEL CENTRO DE SALUD PALMAPAMPA, DISTRITO SAMUGARI – PROVINCIA LA MAR - 2013.

OCUPACIÓN DE LAS MADRES	COBERTURA DE VACUNACIÓN				TOTAL	
	COMPLETA		INCOMPLETA		N°	%
	N°	%	N°	%		
Ama de casa	30	20.0	42	28.0	72	48.0
Empleada Pública	9	6.0	5	3.3	14	9.3
Comerciante	15	10.0	18	12.0	33	22.0
Agrícola	7	4.7	24	16.0	31	20.7
TOTAL	61	40.7	89	59.3	150	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a la muestra de estudio; noviembre, 2013 – febrero, 2014.

Al evaluar la cobertura de PAI en relación a la ocupación de las madres de niños menores de 5 años , se demostró que 59.3% de madres tienen niños con la cobertura de vacunación incompleta, de ellos, 28.0% de las madres son ama de casa, 16.0% agricultura, 12.0% comerciantes y 3.3% empleadas públicas; mientras, 40.7% de madres tienen niños con cobertura de vacunación completa, de ellos, 20.0% de las madres son ama de casa, 10.0% comerciantes, 6.0% empleadas públicas y 4.7% se dedican a la agricultura.

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

(Tabla N° 01) Respecto a la cobertura de PAI por cada tipo de vacuna en niños menores de 05 años, se evidenciaron coberturas oportunas de vacunación con BCG y HVB al 100 % respectivamente y en otras vacunas ha alcanzado por debajo de las metas ideales de 95 %, como: APO 80%, pentavalente 79,3; neumococo 66,0; influenza 52,7 %, rotavirus 58,0, SPR 40,0 %, AMA 37,3 % y DPT 22,0%. El presente resultado es concordante con lo reportado por la Coordinadora Nacional de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones- 2012⁽⁷⁾; en que la cobertura de inmunizaciones en Región de Ayacucho se encuentra: en menores de un (1) año, BCG 53.0 %, HvB 50.65%, Antipolio 65.78%, Pentavalente 66.23%, Rotavirus 63.12% y Neumococo 61.48%. Mayores de 1 año: Influenza 39.43%, Neumococo 64.45%, SPR 72.55% y Refuerzo DPT 74.39%. Niños de 4 años: Refuerzo de DPT 65.90% y refuerzo SPR 48.03% ; y del mismo modo es concordante con lo reportado por ENDES 2009⁽²⁶⁾ señala que la cobertura de PAI a nivel nacional se encuentran para año 2009 una media de 52 % y 48 % se encuentran vulnerable ante enfermedades

inmunoprevenibles, y del mismo modo para Colegio Médico del Perú 2012⁽⁶⁾ el promedio de vacunación se encuentra en 75 %; cuando la cobertura de las vacunaciones debe mantenerse idealmente en 95% a fin de garantizar la protección de la población en general frente a las Enfermedades Inmunoprevenibles; lo que refleja una situación de alarma y vulnerabilidad de la población ante posibles emergencias de brotes epidémicos; Sin embargo, en las zonas de difícil acceso, de la Selva y Sierra peruana, las coberturas tienden a ser menores que el promedio nacional, siendo esta situación una preocupación y motivo para la extensión de la oferta de servicios.

De manera similar en otros Países reportaron, como MORÓN⁽²⁷⁾, en Colombia, en estudio denominado “Evaluación rápida de coberturas vacúnales en niños de 0 a 23 meses – Colombia, 2006”, logró evidenciar “coberturas útiles y oportunas de vacunación con BCG y dificultades en el registro de pentavalente, y GÓMEZ⁽²⁸⁾ en estudio titulado “Evaluación de las coberturas de inmunización en niños y niñas menores de 23 meses de edad .Municipio Valencia. Estado de Carabobo – Venezuela, 2010”, ha concluido “Las bajas coberturas en vacunas Polio, Haemophilus influenza tipo b, hepatitis B, Difteria, Tétano, Tosferina y Fiebre Amarilla. En consecuencia el índice de riesgo a la aparición de estas enfermedades inmunoprevenibles es elevado”.

Los menores de dos años de edad con esquemas incompletos de vacunas se vuelven un grupo susceptible a enfermedades como: tuberculosis; poliomielitis; gastroenteritis; difteria, tosferina, tétano, hepatitis

B e influenza tipo B; enfermedad neumococica; sarampión, rubiola, parotiditis; varicela y fiebre amarilla. Las enfermedades que se dan por falta de inmunización, constituyen un serio problema de salud pública, por el efecto de salud que puede causar sobre una población, así como los costos que este problema implica.

De acuerdo al análisis de los datos del presente estudio y de los autores citados, se infiere que la cobertura de PAI por cada tipo de vacuna en niños menores de 05 años, es 100 % en BCG y HVB y en otras vacunas APO, pentavalente, neumococo, influenza , rotavirus, SPR, AMA y DPT, por debajo de las metas ideales de 95 %, para garantizar la protección de la población en general frente a las Enfermedades Inmunoprevenibles, pero, en este caso existe un alto riesgo de la aparición de enfermedades inmunoprevenibles.

(Cuadro N° 02) Respecto al PAI sobre el nivel de conocimiento de las madres con niños menores de 05 años, se identificó que 75 % de madres tienen conocimiento deficientes sobre las inmunizaciones, 10,7 % regular, 8,0 % buena y 6,0 % muy buena.

Los resultados reflejan que la mayoría de las madres del distrito de Samugari tienen conocimiento deficiente acerca de las vacunas, dosis, vía de administración, enfermedades que previene y manejo de tarjeta de vacunación, lo que hace pensar en el grado de motivación, información que tienen las madres para cumplir con las vacunas de sus hijos es casi abolido. Resultados similares fueron obtenidos por Juhász, J⁽²⁹⁾ en su estudio, concluyendo que "la mayoría de las madres tiene un conocimiento

parcial acerca de las enfermedades inmunoprevenibles por vacunas, lo cual podría estar relacionado con el grado de motivación que tienen ellas para cumplir con las vacunas de sus hijos y con el grado de instrucción". De manera similar MOUKHALLALELE SAMAN, K⁽³⁰⁾. Luego de la entrevista a un total de 300 madres en el Servicio de Cuidados Intermedios V del Hospital Universitario de Pediatría "Dr. Agustín Zubillaga", reportó que predominó el nivel de conocimiento regular con 143 (47,67%), seguido del nivel de conocimiento deficiente con 111 (37%), bueno con 44 (14,67%), y en menor proporción correspondió a la categoría excelente con 2 (0,66%).

En base a estos datos, se infiere que el nivel de conocimiento de las madres con niños menores de 5 años del distrito de Samugari sobre el PAI es deficiente y probablemente es uno de los factores que retrasaron la vacunación.

(Cuadro N°03) actitud general sobre las vacunaciones de las madres con niños menores de 05 años, se identificó que 52,7% de las madres rechazan las vacunas y 47.3 % aceptan. Este resultado es similar con el informe de Lebrón de la República Dominicana (2002), en que los técnicos involucrados en asuntos de inmunización testificaban que durante el desarrollo de las campañas de vacunación muchas madres ofrecen resistencia, negándose a vacunar a sus niños y que este hecho pudiera tener repercusión importante en el nivel de coberturas alcanzadas. Pero estos resultados difieren de los encontrados por Boscán⁽³¹⁾, en su tesis titulado "Actitud de las madres hacia el cumplimiento del calendario de vacunación en los niños menores de 6 años, en el servicio de hospitalización

de pediatría del hospital de niños Dr. Jorge Lizarraga. Septiembre – octubre 2011., en la que concluye que 77,5% de las madres encuestadas se sienten satisfechas con respecto a la acción preventiva de las vacunas.

Para Salazar⁽³²⁾, la actitud comprende los tres elementos: cognitivos, afectivos y conductuales que predisponen actuar aceptando o rechazando con el cumplimiento del calendario de vacunación por parte de las madres.

En base a los datos referidos cabe mencionar que en el Perú, especialmente en el VRAEM, a diferencia de algunos Países, las madres de familia tienen conocimiento deficiente sobre las vacunas, miedo a sus reacciones y conducta de rechazo. Esta realidad probablemente es debido a falta de estrategias de comunicación e información adecuada acerca de las vacunas que promuevan la participación comunitaria para el cumplimiento del esquema nacional de vacunación.

De los hallazgos obtenidos en el presente estudio y con soporte de los fundamentos de algunos autores citados, se infiere que la mayoría de las madres de Palmapampa del distrito de Samugari tienen actitud de rechazo a cerca de la vacunación de sus hijos, lo que hace pensar que es uno de los factores que influye en la baja cobertura de PAI en el VRAEM.

(Cuadro N° 04), respecto a la cobertura de PAI relacionado con el nivel de conocimiento de las madres sobre las inmunizaciones, se Identificó de 75,3 % de las madres de familia con conocimiento deficiente sobre inmunizaciones, el 52,7 % de sus hijos tienen vacunas incompletas y 22,7 % completa; mientras de 10,7 % de madres con conocimiento regular, 7,3 % de sus tiene vacuna completa y 3,3 % vacuna incompleta; de 8,0 % de

madres con conocimiento bueno, el 6,0 de sus tiene vacuna completa y 2,0 % incompleta,; y finalmente de 6,0 % de madres con conocimiento muy bueno, 4,7 % de sus hijos tienen vacunas completas y 1,3 % vacuna incompleta. Dichos resultados obtenidos son ratificados por los siguientes investigadores en siguiente orden de detalle: García y Villamar⁽³³⁾, concluyen en su trabajo de investigación, que el conocimiento sobre las vacunas que tienen los padres o cuidadores de los niños con esquema incompleto de vacunas es deficiente por lo que esto representa una de las causas por las que se da la deserción y abandono de las vacunas.

GÓMEZ (Lima Perú, 2007)⁽³⁴⁾, en estudio sobre “Nivel de conocimiento de las madres sobre la importancia de las vacunas y limitantes para el cumplimiento del calendario de vacunación en el niño de 1 año, ha encontrado que “El nivel de conocimiento que presentan las madres sobre las vacunas es inadecuado y es uno de los factores que tuvieron las madres que retrasaron la vacunación.

CARRASCO⁽³⁵⁾, 2007, en estudio realizado cada 2 años mediante una encuesta sobre el conocimiento de los padres de la vacunación de sus hijos en la Unidad de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, reportan que el desconocimiento de los padres españoles sobre las vacunas recomendadas, su aplicación o de las enfermedades para la que están indicadas es más de 50 % y va en aumento cada vez más. Según los investigadores, se ha perdido el temor a varias enfermedades gracias a que su incidencia se ha reducido o eliminado por la administración de las vacunas; los padres vacunan a sus hijos porque

así marca en el calendario, pero desconocen muchos aspectos relacionados y la importancia de la vacuna, saben que es beneficioso para el niño y con eso les basta. Concluyen, que los padres vacunan a sus hijos por inercia, sin saber a ciencia cierta para qué, por qué o contra qué están protegiendo a sus hijos. La cobertura vacunal alcanza un 98% de la población infantil. Como lo expresan los investigadores, se trata de un dato curioso y poco comprensible.

Los hallazgos de esta investigación son concordante con los resultados obtenidos en Palmapampa en el desconocimiento de las madres sobre las vacunas y discordante en forma parcial en las coberturas vacunacionales.

Según Landázuri ⁽³⁶⁾, refiere que en Hospital San Luis de Otavalo, brinda servicios de vacunación a niños y niñas, beneficio que no es aprovechado por las madres y padres de familia, por desconocimiento de la importancia de la vacunación para prevenir enfermedades en la población infantil.

Al respecto Ku Navarro (Lima-Perú) ⁽³⁷⁾, en trabajo de investigación titulado "Influencia del conocimiento de madres y factores técnico administrativos en coberturas de protección de inmunizaciones de niños con 1 año"; encontró que la mayoría de las madres tenían conocimientos básicos sobre vacunas y que del total de ellas sólo el 40 por ciento había protegido a sus niños.

Según Valerio ⁽³⁸⁾ refiere que las madres juegan un papel fundamental en este tema desde el punto de vista de salud pública, ya que su conocimiento sobre las enfermedades infecciosas que pueden afectar a sus hijos y la utilidad de las distintas vacunas es “extremadamente importante”, para el cumplimiento de las mismas y así, ampliar la cobertura vacunal. Sin embargo, según los datos de una investigación realizada en Madrid menos de la mitad de los padres españoles conocen las vacunas recomendadas ni exactamente de qué enfermedades están protegiendo a sus hijos.

El conocimiento proporciona a los seres humanos la base que les permite desarrollar una concepción o teoría acerca de sí mismo y del mundo, y les proporciona también un medio para racionalizar y justificar su forma de percibir, pensar y actuar, sobre lo cual orientan y apoyan sus decisiones. Es además, un elemento motivador del comportamiento.

Todas estas investigaciones tanto nacionales como internacionales demuestran desconocimiento de las madres sobre el esquema de inmunizaciones pediátricas, lo cual, es uno de los obstáculos que impide el logro de las coberturas.

De acuerdo al análisis comparativo de los hallazgos de esta investigación, con las citas bibliográficas, se infiere que 75,3 % de las madres de familia tienen conocimiento deficiente sobre inmunizaciones y como consecuencia 52,7 % de sus hijos tienen vacunas incompletas y mientras, madres con conocimiento de regular a bien tienen hijos en su mayor porcentaje con vacunas completas.

(Cuadro N° 05) relacionado con actitud de las madres sobre la vacunación de sus hijos menores de 5 años, se evidenció que 52.7% de las madres tienen actitud de rechazo a las vacunas, de ellas, 47.3% de sus niños tienen cobertura vacunal incompleta y 5.3% completa; mientras 47.3 % de las madres con actitud de aceptación a las inmunizaciones, 35.3% de sus hijos tienen la cobertura de vacunal completa y 12.0% incompleta. Sobre cobertura de PAI.

(Cuadro N° 06) relacionado con la religión de las madres sobre la vacunación de sus hijos menores de 5 años, Al evaluar la cobertura de PAI, se demostró que de 59.3% de las madres tienen niños menores de 5 años con vacunas incompletas, de ellos, 34.0% de las madres son católicos, 17.3% evangélicos, 2.7% ateos y 5.3% de otras religiones; mientras, 40.7% de las madres tienen niños menores de 5 años con vacunas completas ; de ellos, 24.0% de las madres tienen filiación religiosa católicos, 16.7% evangélicos y ateo y otras religiones 0.0%.

Según Barrios ⁽¹⁸⁾ que en Guatemala la actitud hacia la inmunización es ampliamente favorable 82.8 % piensa que las vacunas son muy necesarias, sin embargo, entre el 3% y el 17,2%, señalaron que estas no eran benéficas. Causas de incumplimiento de vacunas y obtuvo los siguientes resultados: "No le tocaba" (52,1%), "no sabía" (11,2%); el 10,1% rechazaron la vacuna porque el niño lloraba o le causaba fiebre o se enfermaba; en el 7,1% hubo falsa contraindicación, porque le dijeron que el niño tenía fiebre; en 4,1% fue porque el servicio estuvo cerrado o no había personal, y en otros, vale destacar argumentaciones de tipo religioso o cultural.

Boscan⁽³¹⁾, observó que las madres tienen algunos conocimientos erróneos acerca de las vacunas, tales como: efecto curativo y contraindicaciones para la aplicación de las mismas. Un porcentaje alto de madres (56,3%) presentó retraso en el cumplimiento de la dosis de alguna vacuna; y del mismo modo al evaluar la creencia que tienen las madres con respecto a que las vacunas, observó que 47,9% de las madres tienen algunos conocimientos erróneos acerca de las vacunas, tales como: efecto curativo y contraindicaciones para la aplicación de las mismas. Un porcentaje alto de madres (56,3%) presentó retraso en el cumplimiento de la dosis de alguna vacuna.

García y Villamar⁽³³⁾, como resultado de la investigación “Determinación del abandono y deserción del esquema de vacunas del ministerio de Salud Pública en los menores de dos años que acuden al Sub-Central de salud Colon, febrero -agosto del 2012”, concluyen que las causas más relevantes del incumplimiento del esquema de vacunación es el bajo conocimiento que tienen los padres y cuidadores de los niños acerca de las vacunas, además la irresponsabilidad de no llevar al niño en la fecha correspondiente.

Del mismo modo Gonzales⁽³⁹⁾ en trabajo de investigación sobre “Factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación en las madres con niños menores de un año en el Centro de Salud de Mala, 2011”, para optar el Título de Especialista en Enfermería Pediátrica; ha concluido que “Las creencias populares que tienen las madres sobre las reacciones de la vacunas son más fuertes que la enfermedad ; si tienen

alguna reacción desfavorables pudiera no continuar el esquema de vacunación ; el 20% creen que no es necesario vacunarlo cuando reciben lactancia materna exclusiva; estas madres manejan ciertas creencias que si los niños reciben lactancia materna exclusiva no hay necesidad de vacunarlos, dado que reciben anticuerpos que protegen de enfermedades, sin embargo existen enfermedades que solo son prevenibles a través de la vacunación ; el 32% de las madres considera la fiebre como contraindicación para no vacunar seguido de la Gripe, Diarrea y durante el uso de medicamentos”.

MEDINA ⁽⁴⁰⁾ (Lima-Perú, el 2007), en estudio realizado obre: “Factores socioeconómicos y culturales que influyen en la asistencia a la estrategia de inmunización de las madres de niños menores de un año en el Centro de Salud “Mi Perú”. Ventanilla Las conclusiones fueron: “Los Factores que influyen en la asistencia a la estrategia de inmunización son los factores socioeconómicos en un 70 % y los Factores culturales se encuentran presentes en un porcentaje de 50%”

En Venezuela, entre las principales causas de la no vacunación, son los obstáculos, mitos, creencias y la falta de información entre las madres que no comprenden plenamente la importancia de vacunar al niño. Para ampliar las metas de cualquier programa de inmunización es necesario administrar las vacunas adecuadamente, en tiempo oportuno y con una práctica que requiere esfuerzos efectivos de los profesionales de salud, cambio en las actitudes y creencias sobre la inmunización en los padres ⁽⁴¹⁾.

A diferencia de los países industrializados, en los países en desarrollo se han encontrado dificultades específicas para lograr la cobertura universal, está asociado a la existencia de síndromes culturales en las poblaciones entre los cuales destaca el miedo a la vacunación y la falta de información²¹.

Stein, Pickering, Tanner y Mazella (citados por Fredrickson, 2004) en su trabajo titulado "La negativa del padre para inmunizar a un infante de 2 meses de edad" refieren que algunos creen en la "cura natural" y piensan que es mejor para los niños estar expuestos a las enfermedades y adquirirlas naturalmente. Estos investigadores comprobaron la existencia de dichas creencias⁽¹²⁾.

Nuestro país se caracteriza por su gran diversidad cultural; el cual se ve reflejada en las diferentes percepciones del proceso salud-enfermedad y en la relación entre la vida y la muerte. Aunque el accionar de salud en las últimas décadas se ha desplegado bajo el marco declarativo de la participación comunitaria, los equipos de salud han desarrollado muy limitadamente sus capacidades para comprender cómo la población entiende su relación con la vida, la salud, el desarrollo familiar y comunal. Las creencias populares son un saber del diario vivir de las personas; constituyendo las relaciones sociales, de lo que escuchan y creen las personas y son tomadas como parte de las prácticas interpersonales, lo cual repercute en las creencias populares que tiene las madres de familia sobre las vacunación de los niños menores de 5 años de Palmapampa del distrito de Samugari.

De acuerdo al análisis de los datos del presente estudio y de los autores citados se infiere que la baja cobertura de PAI en niños menores de 05 años en la jurisdicción del Centro Salud de Palmapampa del Distrito de Samugari está relacionada con bajo nivel de conocimiento, falsas creencias y rechazo a las vacunas.

(Cuadro N° 07) relacionado con la ocupación de las madres de niños menores de 5 años , identificó de 59.3% de madres con niños con la cobertura de vacunación incompleta, porcentaje mayor 28.0% de las madres son ama de casa, 16.0% agricultura, 12.0% comerciantes y 3.3% empleadas públicas; mientras de 40.7% de madres con niños con cobertura de vacunación completa, 20.0% de las madres son ama de casa, 10.0% comerciantes, 6.0% empleadas públicas y 4.7% se dedican a la agricultura.

García ⁽⁴²⁾ refiere que “A nivel del departamento de Huancavelica se tuvieron un 35.5% de deserción porcentaje muy alto si es comparado con el nivel nacional. Entre los principales factores relacionados se encuentra ocupación de la madre.

Llama la atención que en la literatura revisada no se encontraron investigaciones acerca de la ocupación de las madres con la cobertura del PAI de los niños menores de 5 años, esta situación dificulta la comparación de los resultados obtenidos con estudios similares.

CONCLUSIONES

- La cobertura de inmunizaciones en niños menores de 5 años de la Jurisdicción de Centro Salud Palmapampa del distrito de Samugari, en el año 2013 alcanzó, BCG y HVB al 100% y mientras otras vacunas se encuentra por debajo de la meta mundial de 95%, como APO 80%, pentavalente 79,3%, neumococo 66,0%, influenza 52,7%, rotavirus 58,0%, SPR 40,0%, AMA 37,3% y DPT 22,0%. Corriendo el riesgo de brotes de enfermedades inmunoprevenibles en la jurisdicción del Centro Salud de Palmapampa.
- El 75,3% de las madres de familia no conocen el por qué y el para qué hacen vacunar a sus hijos.
- Porcentaje significativo de 52,7% de las madres de familia tienen actitud de rechazo a la vacunación de sus hijos.
- La falta de información del personal de salud a las madres de familia sobre las vacunas y como consecuencia, bajo nivel de conocimiento, falsas creencias y actitud de rechazo de las madres sobre las vacunas, son los principales factores relacionados con la baja cobertura de las inmunizaciones en niños menores de 5 años en la jurisdicción del Centro de salud de Palmapampa del Distrito de Samugari.

RECOMENDACIONES

- Planificar las estrategias para la educación de las madres acerca de las inmunizaciones en sus hijos y eliminar a través de estas capacitaciones las falsas creencias de contraindicaciones y mitos acerca de las vacunas.
- Programar actividades de Jornada de vacunación, llegando a zonas rurales más distantes de la jurisdicción del centro de Salud de Palmapampa.
- Durante las campañas de vacunación incorporar a los vigías escolares en salud como canal de difusión mediante trípticos, volantes u otros medios informativos sobre las fechas y lugares del servicio de vacunación.
- Realizar estudios de investigación con enfoque cualitativo.
- Realizar estudios con enfoque cualitativo en otras instituciones de salud y regiones a fin de establecer Programas de Mejoramiento de la Estrategia Nacional de Inmunizaciones orientado a mejorar las coberturas.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2000
2. BEHRMAN, R. KLIEGMAN, R. JONSON, H. Tratado de Pediatría. 17 a ed. Madrid: Elsevier; 2004. p 1174 - 1179.
3. CUADROS, C. Vacunas Prevención de Enfermedades y Protección de la Salud. OPS. 2004. Disponible: <http://www.paho.org/spanish/dd/pub/vacunas-lu.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización Informe de la Secretaría. OMS/Consejo ejecutivo. OMS: Ginebra. 2000.
5. MINISTERIO DE SALUD. Trabajo de investigación en el Perú sobre deserción en Inmunización [internet] 2009.disponible en: www.peru.gob.pe/.2009.
6. VILLENA VIZCARRA, J .Decano del COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ. Cobertura de Inmunizaciones en el Perú. 2012.
7. VARGAS TRUJILLO, V. COORDINADORA MINISTERIO DE SALUD- PERU-2012.
8. AGUIRRE BLAS, F. Responsable de PAI del Centro de Salud de Palmapampa – 2013.
9. DAMIAN CARRILLO, P. “Conocimientos Sobre Vacunación en Niños Menores de Cinco Años que tiene el Personal Auxiliar de Enfermería del Distrito de Salud, la Libertad, Peten, Durante el Periodo de Enero a Mayo 2008”.

10. EDWARD MILLS. Barreras Percibidas para la Vacunación. España- 2003. [Tesis de doctoral].Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública e Inmunología y Microbiología Humana de la Universidad Rey Juan Carlos.
11. El Gobierno de Japón, la organización Panamericana de la Salud, UNICEF y otras agencias 2001 – 2002.
12. NIGENDA, G. OROZCO, E. LEYVA, R. Motivos de no vacunación: un análisis crítico de la literatura internacional, 1950-1990. Rev. Salud Pública. [Revista en Internet] 1997. [acceso el 29 de Marzo de 2008]. Disponible en:<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v31n3/2146.pdf>
13. STEIN, PICKERING, TANNER Y MAZELLA ⁽¹³⁾ (citados por Fredrickson, 2004), "La Negativa del Padre para Inmunizar a un Infante de 2 Meses de Edad". 2004.
14. RONDÓN, M. (2008). Cobertura de vacunación de los niños del preescolar El Muchachito" del Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda" y nivel de conocimiento de sus representante sobre el esquema ideal de vacunación. Barquisimeto. 2008. [tesis de grado]. Universidad Centro-Occidental - Lisandro Alvarado, Barquisimeto.
15. Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Estudio de conocimientos, actitudes, prácticas en Inmunizaciones. Comunidad Santa Eduviges- 2008.

16. FREDRICKSON, D DAVIS, T. ARNOLD, C. KENNEN, E. HUMISTON, S. CROSS, J Y BOCCHINI, J. "La negativa de la inmunización en la infancia: Percepciones de los padres y del proveedor" 2004.
17. HUANCA, L. Y COL. "Impacto de Aceptación de las Vacunas del PAI Segunda Generación en los Padres de Familia" Colombia-2001.
18. BARRIOS DE LEÓN. "Evaluación de coberturas de vacunación". Municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango, Guatemala -2001.
19. Resolución Ministerial N°070-2011/MINSA.
20. Sociedad Latinoamericana de Infectología y la Asociación Panamericana de Infectología (SLIPE y API) Vacunas Actuales son Eficaces y Seguras – 2005.
21. Norma técnica de inmunización [internet] 2013. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/diresahuanuco/ESRI/pdf/RM510_2013_MINSA_Esquema%20Nacional%20de%20Vacunaci%C3%B3n.pdf
22. Organización Panamericana de Salud. (OPS). Vacunas 2004.
23. Ley Orgánica de Protección del Niño y del Adolescente Cecodap. Caracas - 1998.
24. Función social de la familia [Internet] 2010. Disponible en: www.monografias.com» Estudio Social.
25. Papel social de las familias en la actualidad. [Internet] Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos95/familias/familias-2012>.

26. ENDES. La vacunación oportuna y el monitoreo regular de los niños y niñas, especialmente en la primera infancia– Perú, 2009.
27. MORÓN DUARTE, L. y otros. “Evaluación rápida de coberturas vacúnales Colombia, el 2006.
28. GÓMEZ YSABEL, M. DÍAZ OSCAR, V. “Evaluación de las coberturas de inmunización en niños y niñas menores de 23 meses de edad. Municipio Valencia. Estado de Carabobo Venezuela:
[http://es.wikipedia.org/wiki/cstumbriInvestigacion.izt.uam.mx/hepa / Vacunas.pdf](http://es.wikipedia.org/wiki/cstumbriInvestigacion.izt.uam.mx/hepa/Vacunas.pdf). -2010.
29. JUHÁSZ J. “Propuesta de un programa educativo para la Formación de actitudes preventivas ante el incumplimiento y retraso de la aplicación del esquema nacional de inmunización. Comunidad “Santa Eduviges”. [Tesis de Bachiller]. Puerto la Cruz. Anzoátegui. Venezuela. 2008.
30. MOUKHALLALELE SAMAN, K. Factores que influyen en el nivel de conocimiento de las madres sobre el esquema de inmunizaciones pediátricas. servicio de cuidados intermedios v. Hospital Universitario de Pediatría “Dr. Agustín Zubillaga”. Barquisimeto. [Tesis de Bachiller]. Estado Lara. 2009.
31. BOSCÁN SÁNCHEZ, M. “Actitud de las madres hacia el cumplimiento del calendario de vacunación en los niños menores de 6 años, en el servicio de hospitalización de pediatría del

- hospital de niños Dr. Jorge Lizarraga. [Tesis de Bachiller].
Septiembre – octubre 2011.
32. SALAZAR, J. Psicología Social. 1era ed. México: LasTrillas; 1992.
 33. GARCÍA ARROYO, G. Y VILLAMAR CEDEÑO, J. Determinación del abandono y deserción del esquema de vacunas del Ministerio de Salud Pública en los menores de dos años que acuden al Sub-centro de Salud Colon, febrero -agosto del 2012”.
 34. GÓMEZ SEQUEIROS, E. “Nivel de conocimiento de las madres sobre la importancia de las vacunas y limitantes para el cumplimiento del calendario de vacunación en el niño de 1 año, Centro de Salud de Villa el Salvador. [Tesis de Bachiller]. Lima-peru-2007.
 35. CARRASCO P, GIL M, HERNÁNDEZ V Y COL. Conocimiento de los padres españoles sobre la vacunación de sus hijos durante la década 1993 – 2003. Datos por comunidades autónomas. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/72/72v07n04a13096681pdf001.pdf>.
 36. LANDÁZURI CHUMA, D. Y NOVOA LANDETA, I. Factores socioculturales que inciden en el cumplimiento del esquema de inmunización de niños menores de un año en consulta externa en el Hospital San Luis, de la ciudad de Otavalo, [Tesis de Bachiller].
Período 2009 – 2010.

37. NAVARRO, KU, "Influencia del conocimiento de madres y factores técnico administrativos en coberturas de protección de inmunizaciones de niños con 1 año. [Tesis de Bachiller]. lima-Perú.
38. VALERIO, M. Conoce el calendario vacunal de sus hijos 2008. [internet].disponible en:
URL:<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2008/01/15/medicina/1200425510.html>.
39. GONZALES SOTELO, D. Factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación en las madres con niños menores de un año en el Centro de Salud de Mala, 2011.
40. MEDINA VALDIVIA, G S. "Factores socioeconómicos y Culturales que influyen en la asistencia a la estrategia de inmunización de las madres de niños menores de un año en el Centro de Salud "Mi Perú". Ventanilla, [Tesis de Bachiller]. Lima Perú - 2007.
41. JOYCE C. Steps to Success: Getting Children Vaccinated on time. PediatrNurs. 2007.
42. GARCÍA INGA, B OLGA, "Factores relacionados con la deserción a la vacuna antisarampionosa en el hospital departamental de Huancavelica- 2001.
43. HUANCA, L. Impacto de aceptación de las vacunas del PAI segunda generación en los padres de familia (Hospital Pediátrico Albina Patiño-Hospital Materno Infantil Germán Urquidi. [Tesis de Bachiller]. Cochabamba-2001.

44. TERRERO, CANARIO, INDIANA y otros, Actitudes prácticas de las madres sobre la vacunación en la consulta externa del Hospital Robert Reidcabral – 2009.

ANEXO

ANEXO A

Entrevista Estructurada sobre Vacunación

Señor (a), somos estudiantes de la Facultad de Enfermería de la UNSCH. El objetivo del presente entrevista es obtener información sobre aspectos relacionados a la vacunación de los niños para aplicar los correctivos en pro de su comunidad. Por tanto, se solicita responder con mayor veracidad el presente instrumento. A la vez, se le garantiza que el mismo, es totalmente confidencial.

INDICACIÓN.-Marque con "X" una (1) respuesta que usted considere conveniente.

I.- DATOS GENERALES:

1.- Que filiación religiosa tiene Usted?

- Católico ()
- Evangélico ()
- Ateo ()
- Otros ()

2.- Cuál es su grado de Instrucción?

- Sin instrucción ()
- Primaria ()
- Secundaria ()
- Superior no universitario ()
- Superior Universitario ()

3.- Cuál es su ocupación actual?

- Ama de casa ()
- Empleada pública ()
- Comerciante ()
- Agrícola ()

4.- Usted, tiene tarjeta de control de sus hijos?

Sí () No ().

5.- Sabe Usted que vacuna le falta a su hijo?

Si () NO () Cual:.....Dosis.....

6.-Usted se preocupa en hacer vacunar a sus hijos?

- Nunca ()
- Casi nunca ()
- Siempre ()
- Casi siempre ()

7.- Sabe Usted que las vacunas son importante para el bienestar de su niño?

Sí () No ()

8.- Usted ha recibido del personal de salud capacitaciones, charlas de refrescamiento sobre las vacunas, dosis de cada vacuna y de las enfermedades que protege cada vacuna?

- a.- Nunca ()
- b.- Casi nunca ()
- c.- Casi siempre ()
- d.- Siempre ()

9. Si recibió, indique ¿quién le informó?

- Médico General ()
- Lic. en Enfermería ()
- Trabajadora social ()
- Estudiantes del área de la salud ()
- Maestros y profesor. ()
- Vecinos ()
- Medios de comunicación (prensa, radio, TV) ()
- Familia. ()

10. ¿Dónde recibió la información?

- Centros de salud ()
- Escuela o colegio ()
- Comunidad ()
- Casa ()
- Otro lugar ()

ANEXO B

TEST DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS VACUNAS

1.-Las vacunas sirven para prevenir las diferentes enfermedades como:

- Enfermedades inmunoprevenibles
- Enfermedades mentales
- Todas las anteriores
- No sabe

2.- La vacuna HVB previene:

- La hepatitis B
- La neumonía
- La diarrea
- No sabe

3.- Que enfermedad previene la vacuna BCG?

- Tuberculosis
- Neumonía y meningitis
- Ninguna de las anteriores
- No sabe

4.- La vacuna APO protege de:

- Gripe
- Diarrea
- Poliomiелitis.
- No sabe.

5.-La vacuna pentavalente incluye 5 vacunas cuáles son?:

- DPT - Influenzae tipo B y Hepatitis B
- Neumococo
- Ninguna de las anteriores
- No sabe

6.- La vacuna Neumococo previene de:

- Sarampión

- Neumonía
- Todas las anteriores
- No sabe

7.- Qué enfermedades previene la vacuna H. Influenzae tipo B?

- Neumonía y meningitis
- Sarampión, rubéola y parotiditis
- Ninguna de las anteriores
- No sabe

8. La vacuna rotavirus previene de:

- Diarreas por rotavirus
- Todos los tipos de diarreas
- Todas las anteriores
- No sabe

9. ¿Qué enfermedades previene la vacuna trivalente viral o SPR?

- Difteria
- Sarampión, rubéola y parotiditis
- Neumonía y meningitis
- No sabe

10.- La vacuna Anti amarilica previene:

- La fiebre amarilla
- La tuberculosis
- El sarampión
- No sabe

11.- ¿Qué enfermedades previene la vacuna triple o DPT?

- Sarampión
- Difteria, tétanos y tos ferina
- Ninguna de las anteriores
- No sabe

12.-Prevenir significa evitar la aparición de las enfermedades.

- Verdadero ()

- Falso ()

13.- Se niega usted a colocarle alguna vacuna a su hijo?

Sí () No ()

14 .- Si su respuesta es afirmativa, indique cuál es la vacuna a la que usted se niega y cuál es la razón

.....

15.- Motivo de no vacunación (marque una respuesta)

- Motivos de trabajo
- Falta de vacuna
- Creencias
- Motivos de viaje
- Falta de información
- Enfermedad

16.- Las reacciones que presentan las diferentes vacunas después de administración para usted. Son normales

- Si () No ()

MARQUE VERDADERO (V) O FALSO (F) AL LADO DE CADA ÍTEM:

17.- Un niño sin vacunar o mal vacunado, esto supone un riesgo tanto para el niño mal vacunado como para la comunidad.

V () F ()

18. Un niño sano con catarro o diarrea puede ser vacunado?

V () F ()

19. Un niño en tratamiento con antibióticos puede ser vacunado.

V () F ()

20. Un niño con historia familiar de reacciones desfavorables a las vacunas puede ser vacunado.

V () F ()

Valor de calificación: cada pregunta correcta vale 1 punto:

Valor de Interpretación:

Muy Buena : 18- 20

Buena : 15 – 17

Regular : 11 – 14

Deficiente : menos de 10

ANEXO C

HOJA DE OBSERVACIÓN O COTEJO

N°.....

...

ACTITUD GENERAL		Marcar
A.- Aceptación: vacunas completas del niño conforme al calendario de vacunación, conoce calendario de vacunación, entusiasmo por cumplir Con vacunación de su hijo:.....		
B.-Rechazo: vacuna incompleta o fuera de la fecha programada, desconoce calendario de vacunación y apatía para hacer vacunar a su Hijo.....		
ACTITUD DURANTE LA ADMINISTRACIÓN DE VACUNA		
A.- Relajada: muestra tranquilidad, colaborativa, transmitiendo seguridad y Confianza al hijo.		
B.-Nerviosismo.- Muestra ansiedad, tensión, etc. transmitiendo inseguridad y desconfianza al hijo.		
OBSERVACIONES:.....		

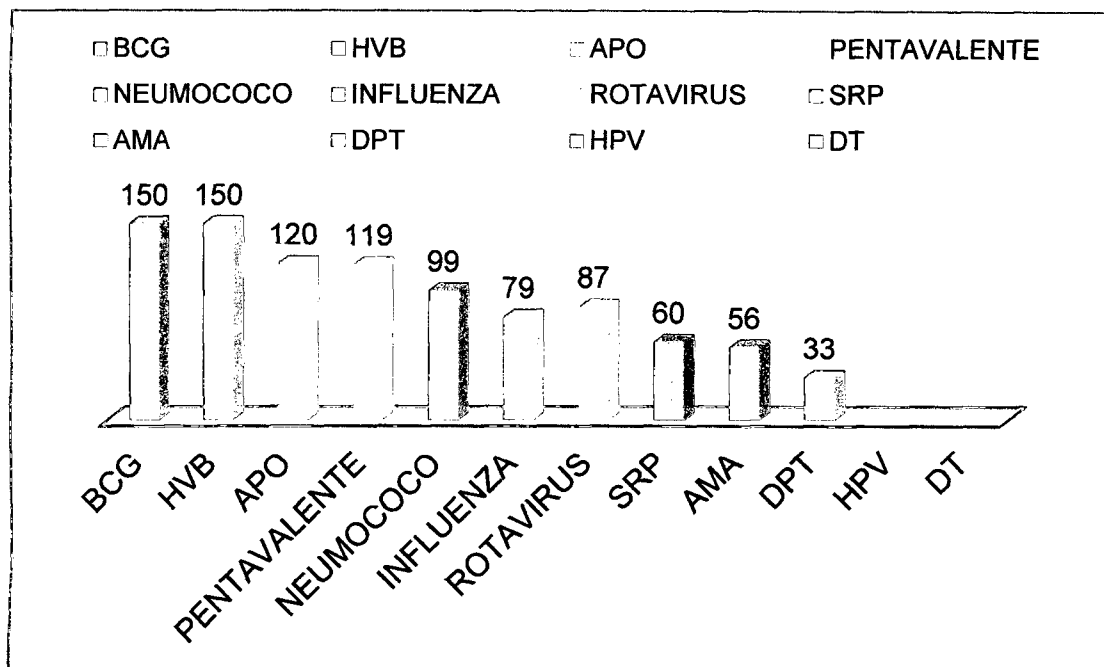
HOJA DE OBSERVACIÓN O COTEJO.

APELLIDOS Y NOMBRES.....

- COBERTURA DE VACUNACIÓN POR VACUNA

Vacuna	RN	2 meses	4 meses	6 meses	7 meses	8 meses	1 año	15 meses	18 meses	2 años	3 años	4 años	10 años	20 años a +	MEF GEST.	Mayor de 60 años	Personal de salud	Población en riesgo
BCG																		
HvB																		
APO																		
PENTAVALENTE																		
NEUMOCOCCO																		
INFLUENZA																		
ROTAVIRUS																		
SRP																		
AMA																		
DPT																		
HPV																		
dT																		
POBLACION EN RIESGO	BCG																	
	HvB																	
	HPV																	
	Pentavalente																	
	Neumococo																	
	Influenza																	

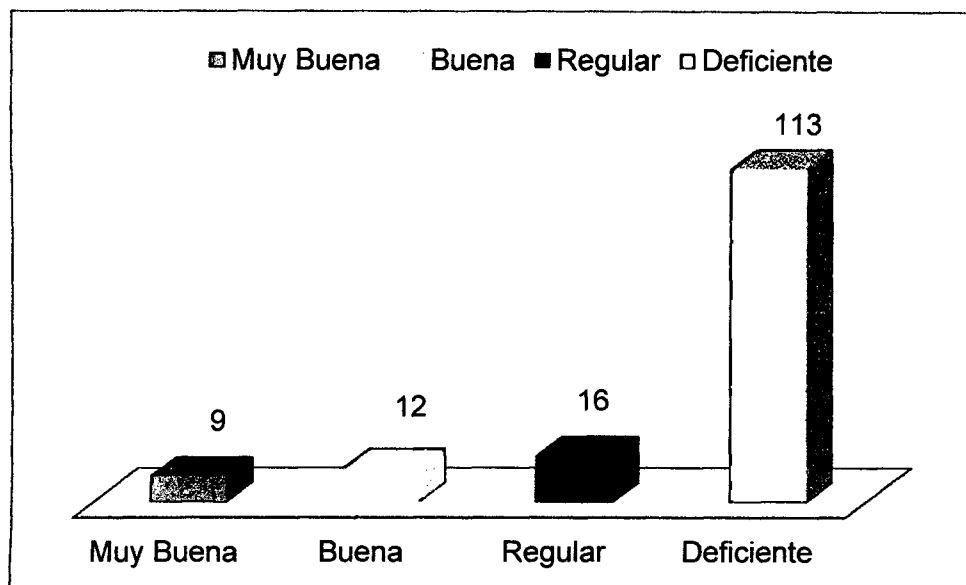
GRAFICO N° 01



Fuente: Encuesta aplicada a la muestra de estudio; noviembre, 2013 – febrero, 2014

Respecto a la cobertura de PAI por cada tipo de vacuna en niños menores de 05 años, se observa que en BCG y HVB se logró una cobertura al 100 % respectivamente, 80% APO, 79,3 en pentavalente, 66,0 en neumococo, 52,7 % en influenza, 58,0 en rotavirus, 40,0 % de SPR, 37,3 % en AMA y 22,00 con DPT.

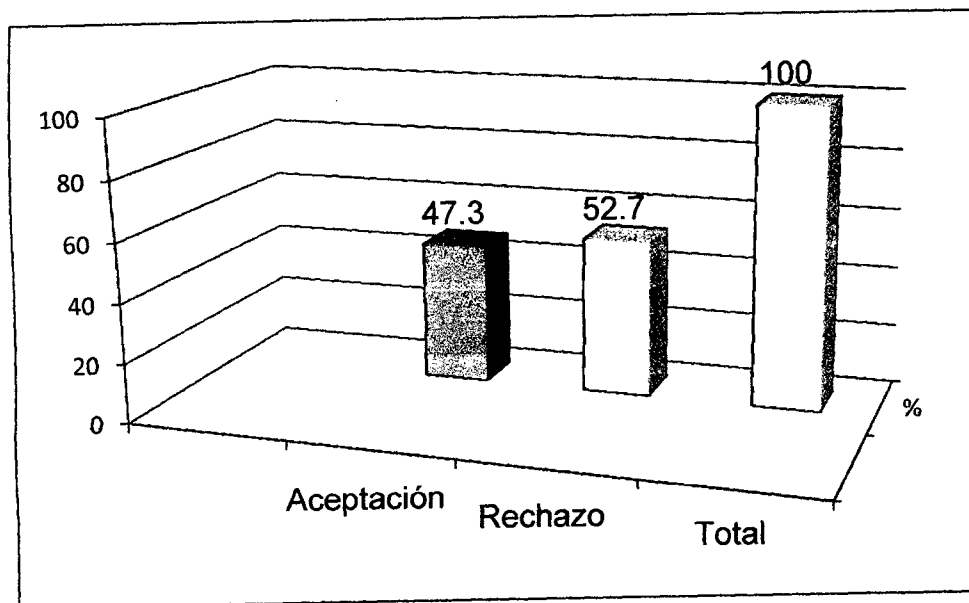
GRAFICO N° 02



Fuente: Encuesta aplicada a la muestra de estudio; noviembre, 2013 – Febrero, 2014

En el gráfico N° 2, se observa, que del 100% de las madres de familia de niños menores de 05 años, el 75 % tienen conocimiento deficientes sobre las inmunizaciones, 10,7 % regular, 8,0 % buena y 6,0 % muy buena.

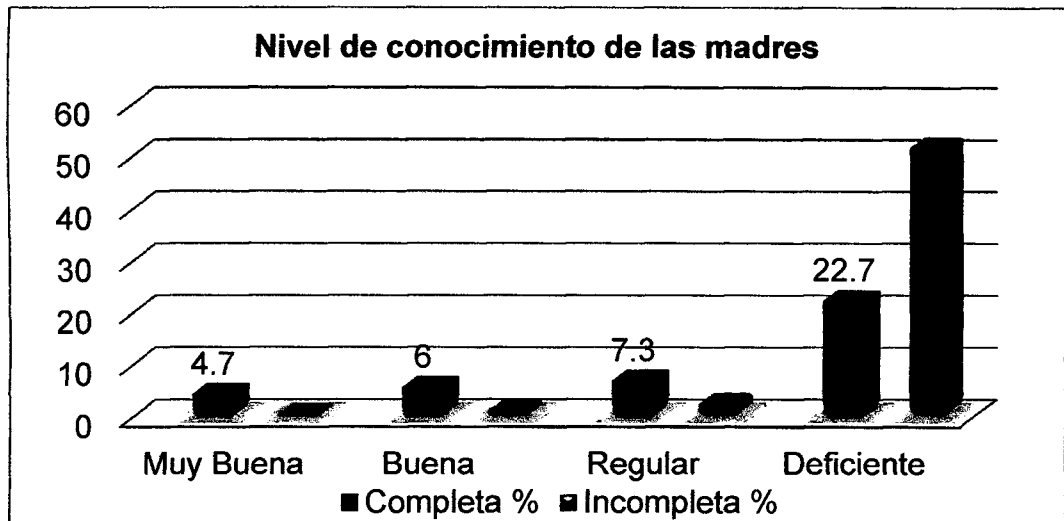
GRAFICO N° 03



Fuente: Encuesta aplicada a la muestra de estudio; noviembre, 2013 – Febrero, 2014

En el gráfico N° 3, se observa, que del 100% de las madres de familia de niños menores de 05 años, el 52,7% rechazan las vacunas y 47.3 % aceptan.

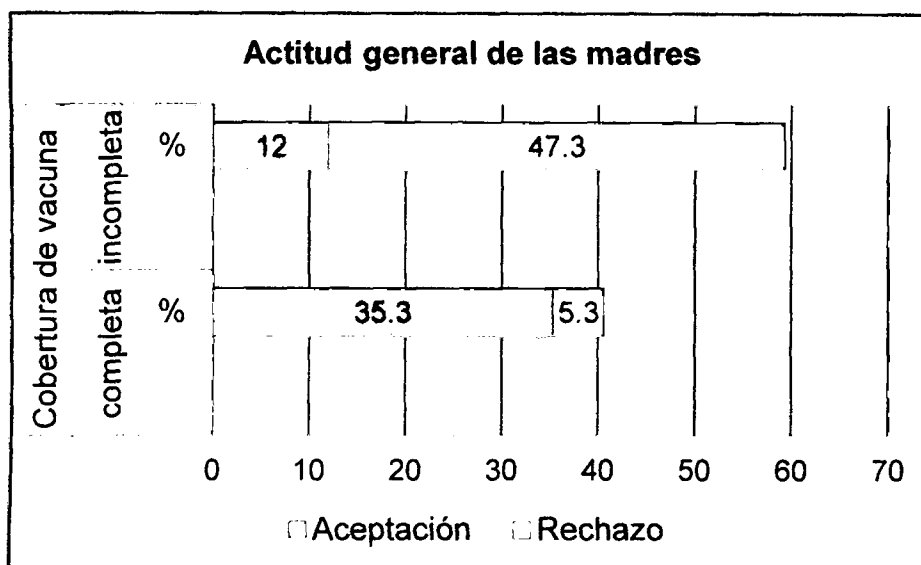
GRAFICO N° 04



Fuente: Encuesta aplicada a la muestra de estudio; noviembre, 2013 Febrero, 2014.

En el gráfico N° 4, se observa 75,3 % de las madres de familia que tienen conocimiento deficiente sobre inmunizaciones; el 52,7 % de sus hijos tienen vacuna incompleta y 22,7 % completa; mientras de 10,7 % de madres con conocimiento regular, el 7,3 % tiene vacuna completa y 3,3 % vacuna incompleta ; de 8,0 % de madres con conocimiento bueno, el 6,0 tiene vacuna completa y 2,0 % incompleta,; y finalmente de 6,0 % de madres con conocimiento bueno, el 4,7 % de sus hijos tienen vacunas completas y 1,3 % vacuna incompleta.

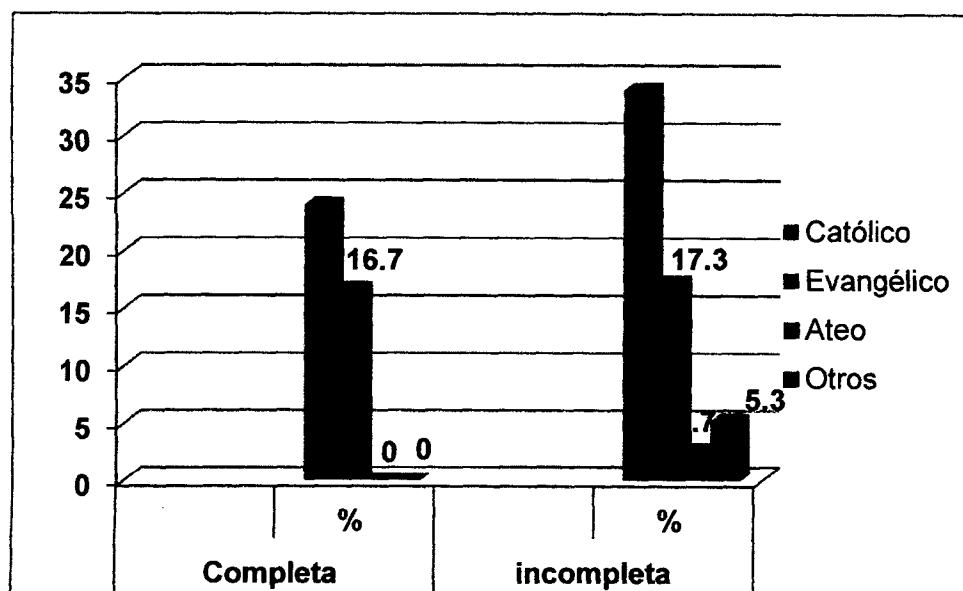
GRAFICO N° 05



Fuente: Encuesta aplicada a la muestra de estudio; noviembre, 2013 – febrero, 2014

En el gráfico N° 3, se observa 52.7% de las madres que tienen actitud de rechazo a las vacunas, el 47.3% de sus niños tienen cobertura de vacunación incompleta y 5.3% completa; mientras 47.3% de las madres con actitud de aceptación a las inmunizaciones, el 35.3% de sus hijos tienen la cobertura de vacunación completa y 12.0% tienen vacunas incompleta.

GRAFICO N°06



Fuente: Encuesta aplicada a la muestra de estudio; noviembre, 2013 – febrero, 2014

Al evaluar la cobertura de PAI con relación a la religión que tienen las madres, se demostró que de 59.3% de las madres tienen niños menores de 5 años con vacunas incompletas, de ellos, 34.0% de las madres son católicos, 17.3% evangélicos, 2.7% ateos y 5.3% de otras religiones; mientras, 40.7% de las madres tienen niños menores de 5 años vacunas completas; de ellos, 24.0% de las madres tienen filiación religiosa católicos, 16.7% evangélicos y ateos y otras religiones 0.0%.