

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LAS MADRES SOBRE LA
VACUNACIÓN EN NIÑOS MENORES DE 05 AÑOS, EN EL CENTRO DE
SALUD DEL DISTRITO DE HUAMANGUILLA, AYACUCHO – 2014.**

Tesis para optar el Título Profesional de:

LICENCIADAS EN ENFERMERÍA

Presentado por:

Bach. HUAMANRIMACHI GÓMEZ, Carmen Rosmary

Bach. IRCAÑAUPA HUARCAYA, Nilfa

AYACUCHO – PERÚ

2014

RESUMEN

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LAS MADRES SOBRE LA VACUNACIÓN EN NIÑOS MENORES DE 05 AÑOS, EN EL CENTRO DE SALUD DEL DISTRITO DE HUAMANGUILLA, AYACUCHO – 2014.

HUAMANRIMACHI GÓMEZ, Carmen R. IRCAÑAUPA HUARCAYA, Nilfa

Objetivos: Determinar conocimientos y actitudes de las madres sobre la vacunación en niños menores de 5 años. Materiales y Métodos: Enfoque: cuantitativo. Tipo: aplicada. Nivel: descriptivo. Población conformada por 257 madres con hijos menores de 5 años. Muestra integrada por 30% de la población, es decir 77 madres. Tipo de muestreo: No probabilístico intencional. Unidad de observación, madres de familia de niños menores de 05 años. Técnica e instrumento de recolección de datos: Para medir conocimiento técnica encuesta e instrumento test de conocimiento y para variable actitud técnica encuesta y como instrumento escala de Likert. Resultados: Del 100% de muestra de las madres de familia el 96.1% tienen conocimiento deficiente sobre las vacunas y solo el 3.9 % nivel de conocimiento regular, el 88.3% demuestran actitud de aceptación a la vacunación de sus niños y solo 11.7% demuestran actitud de rechazo a la vacunación , el 80.5% de las madres consideran muy importante la vacunación de sus hijos y el 19.5% refieren que no es necesario y el 75.3% de las madres refieren haber recibido información sobre las vacunas y el 24.7% refieren no haber accedido a dicha información.

PALABRAS CLAVES: Conocimiento, Actitud, madre, niño y vacuna.

SUMMARY

KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF MOTHERS ON VACCINATION IN CHILDREN UNDER 05 YEARS OLD, IN THE MIDDLE DISTRICT HEALTH HUAMANGUILLA, AYACUCHO - 2014.

HUAMANRIMACHI GOMEZ, Carmen R. IRCAÑAUPA HUARCAYA, Nilfa

Objectives: To determine knowledge and attitudes of mothers about vaccination in children under 5 years. **Materials and Methods:** Approach: quantitative. Type: applicative. Descriptive level. Population shaped by 257 mothers with 5-year-old minor children. Sample integrated by 30 % of the population, that is to say 77 mothers. Type of sampling: Not probabilístico intentional. Unit of observation, family mothers of 05-year-old minor children. Technology and instrument of compilation of information: to measure knowledge test of knowledge and for variable attitude it climbs of Likert. **Results:** of 100 % of sample of the family mothers , 96.1 % has deficient knowledge on the vaccines and only 3. % level of regular knowledge, 88.3 % demonstrates attitude of acceptance to the vaccination of his children and only 11.7 % demonstrates rejection to the immunizations of his children, 80,5 % Of the mothers they consider to be very important the vaccination of his children and 19.5 % say that it is not necessary and 75.3 % of the mothers recounts to have received information about the vaccines of the children and 24.7 % recounts not to have acceded to the above mentioned information.

KEY WORDS: Knowledge, Attitude, mothers, children y bovine.

CONTENIDO

Pág

RESUMEN

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

INTRODUCCION

i

CAPITULO I: REVISION DE LA LITERARIA

1.1 Antecedentes de estudio	1
1.2 Bases teóricas	12
1.3 Hipótesis	35
1.4 Identificación de variables	35
1.5 Operacionalización de variables	36

CAPITULO II: MATERIAL Y METODO

2.1. Enfoque de Investigación	38
2.2. Tipo de Investigación	38
2.3. Nivel de Investigación	38
2.4. Diseño de Investigación	38
2.5. Área de Estudio	39
2.6. Población	39
2.7. Muestra	39
2.8. Técnica e Instrumento de Recolección de datos	40
2.9. Plan de recolección de datos	40
2.10. Procedimiento y Análisis de Datos	41

CAPITULO III: RESULTADOS

3.1. Resultados	43
-----------------	----

CAPITULO IV: DISCUSION

4.1. Discusión	49
----------------	----

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXO

DEDICATORIA

A Dios y a la vida porque cada día aprendo de ella que hay un propósito en este mundo.

A mis padres Ana y Julio; a mis padres mayores Victoria y Filiberto, por sus apoyos incondicionales y confianza a lo largo de estos fructíferos años han logrado formar mi carácter para enfrentar con ímpetu las cosas buenas que brinda la vida.

A mi hijo Andréé, por ser el motor de mi vida; a mis hermanos Irwin, Lizbeth y Julio, por los buenos momentos que me brindan cada día al estar cada vez más juntos.

Carmen

DEDICATORIA

A Dios quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mis padres Práxides y Susana por su apoyo, consejo, comprensión, amor, que ayudan en los momentos difíciles. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mis hermanos y hermana por ser el motor de mi vida, por los buenos momentos que me brindan cada día al estar cada vez más juntos.

Nilfa

AGRADECIMIENTO

A nuestros padres, por su apoyo, comprensión, respeto y su ejemplo de fortaleza.

A la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, Alma Mater, forjadora de profesionales, por brindarnos la oportunidad de lograr esta noble profesión.

A la Facultad de Enfermería y a su plana docente, por su esmero y dedicación durante nuestra formación profesional.

A nuestra asesora de tesis, Mg. Iris Jara Huayta por la paciencia y guía otorgada para la culminación del presente trabajo.

A las autoridades, jóvenes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, por su disposición y colaboración en la ejecución del presente trabajo.

A las autoridades, trabajadores del Centro de Salud de Huamanguilla en la ejecución del presente trabajo.

A las madres de familia de niños menores de 05 años del distrito de Huamanguilla por disposición y colaboración en la ejecución del presente trabajo.

INTRODUCCIÓN

Desde tiempos remotos la prevención de la enfermedad se inició a través de medidas mágico-religioso, como consecuencia de la ignorancia sobre la patogenia de las enfermedades.

JENNER, médico inglés, recogió y analizó la observación popular de que los trabajadores en ordenanza de leche de vacas mostraban inmunidad a la viruela. El 1 de diciembre de 1803 se da la Orden Real sobre la expedición marítima de vacunas al reino de Guatemala, con indicaciones de conducir este descubrimiento a toda América e islas Filipinas, así como la propagación de la práctica de inoculación. En 1804 el presidente José Antonio Caballero ordenó la inoculación en el País ⁽¹⁾.

El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) fue aprobado mediante resolución WHA 2757 en la Asamblea Mundial de la Salud en Mayo de 1974 como una acción conjunta entre las naciones del mundo; con el objetivo de reducir la morbilidad y mortalidad de seis enfermedades prevenibles por inmunización: Sarampión, Coqueluche, Poliomiélitis, Tuberculosis, Tétano y Difteria, mediante aplicación de las vacunas correspondientes ⁽²⁾.

Desde luego las inmunizaciones en niños ha alcanzado éxito en diversos países, por medio de altas coberturas con vacunas y considerables avances en el control y erradicación de enfermedades como la viruela y la poliomiélitis y, en este momento, la interrupción de la transmisión autóctona del sarampión. Estos logros han sido posibles a través del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), como resultado de una acción conjunta de los países de la región y de organismos internacionales, interesados en apoyar acciones tendientes a lograr coberturas universales de

vacunación, con el fin de disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles.^(3,4)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que hasta la fecha existen vacunas para 13 enfermedades de las 28 que se necesitan desarrollar para paliar situaciones de epidemias mundiales⁽⁵⁾. A esta problemática se le suma, que según las estadísticas, cada año en Estados Unidos cerca de 40,000 personas mueren de enfermedades prevenibles, solo por desinformación o ignorancia. Al respecto el presidente del departamento de medicina preventiva de Vanderbilt University sostiene que "Incluso muchos doctores desconocen sobre importancia de las vacunas en la prevención de enfermedades, y de las muertes que se pueden prevenir con vacunas"⁽⁶⁾.

Para ampliar las metas del 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⁽⁷⁾.

Estudios internacionales muestran la relevancia de la práctica de enfermería para el éxito de la inmunización infantil. Las prácticas de inmunización son variadas e incluyen actos técnicos, así como relacionales, organizacionales y actividades de educación continuada a la familia⁽⁸⁾.

A pesar del entendimiento de la importancia de la inmunización, los padres, frecuentemente, tiene múltiples responsabilidades que los impiden de recordar el calendario de vacunación del niño⁽⁷⁾. La inmunización de bebés y niños depende de la iniciativa de los adultos cuidadores, muchos de los cuales pueden estar altamente

ansiosos con la seguridad de las vacunas, o preocupados en someter sus niños a procedimientos dolorosos⁽⁹⁾.

Para alcanzar niveles de inmunización óptimos, las coberturas deben alcanzar el 95 %, o más, necesarias para disminuir la población susceptible y prevenir la aparición de enfermedades inmunoprevenibles. Por lo tanto, es necesario la concientización de los padres y comunidad en general, la capacitación constante del personal de salud, y la provisión de insumos⁽⁵⁾.

La cobertura de las inmunizaciones en Perú en el año 2012, 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. Frente a ello, el Colegio Médico del Perú ha exhortado al Ministerio de Salud a cumplir con la responsabilidad de evaluar la marcha de la estrategia de inmunizaciones y determinar los factores, que están influyendo en los alarmantes resultados señalados e implementar en forma rápida, oportuna y efectiva⁽¹⁰⁾.

El Ministerio de Salud, a través del Departamento de Enfermedades Prevenibles por vacunas, exige al 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.⁽¹¹⁾

El Ministerio Salud del Perú, considera como una estrategia efectiva para lograr una cobertura más de 90% en las inmunizaciones y garantizar protección segura a la

población contra las enfermedades inmunoprevenibles; que el equipo de salud y principalmente los profesionales de enfermería logren la concientización de los padres de familia y la población en general sobre la importancia de las vacunas para garantizar la calidad de vida de sus hijos ⁽¹¹⁾. Esta meta programática de MINSA es contradictoria con el informe analítico de Inmunizaciones 2012 de niños menores de 1 año del Centro de Salud de Huamanguilla, en la que se observa que la cobertura: BCG 32 %, HVB 34 %, Antipolio 66%, Pentavalente 77.5%, Rotavirus 61.8, Neumococos 67 %, é Influenza 54 % ⁽¹²⁾.

Durante la experiencia de nuestras prácticas pre profesional en el Centro de Salud de Huamanguilla (Consultorio de CRED) se observaron en las madres un conjunto de actitudes negativas durante el proceso de vacunación realizan un conjunto de interrogantes y afirmaciones, como: “no sé qué vacuna le toca a mi hijo”, “no sé por qué exigen vacunar a mi hijo”, “mis otros hijos no se han vacunado pero están sanos”, “cuando le vacunan peor se enferma le da fiebre y llora”, “esas vacunas mandan de otros países para que los niños sean burros”, entre otras expresiones. Del mismo modo se logró observar durante nuestra participación en campañas de vacunación casa por casa, un conjunto de actitudes, de desinterés en el cumplimiento del calendario de vacunación de sus hijos, es decir, no saben que vacuna y dosis le falta administrar a sus hijos, apatía en el momento de aplicación de las vacunas, actitud asolapada de influir en sus hijos a que se oculten o se escapen. Del mismo modo se observó buen porcentaje de madres que hacen vacunar a sus hijos principalmente por mantenerse en los programas sociales como: Programa Juntos, Vaso de Leche, etc. Dentro de esta realidad contextual surgió la iniciativa de investigar ¿Cuáles son los conocimientos y actitudes de las madres sobre la

vacunación en niños menores de 5 años, en el Centro de Salud del distrito de Huamanguilla, Ayacucho - 2014?

Se planteó los siguientes objetivos:

Objetivo General

Determinar conocimientos y actitudes de las madres sobre la vacunación en niños menores de 5 años, en el Centro de Salud del distrito de Huamanguilla, Ayacucho – 2014.

Objetivos Específicos

- Evaluar el nivel del conocimiento de las madres de familia sobre las vacunas en niños menores de 05 años (BCG, Antihepatitis B, Antipolio, DPT pediátrico, SPR, Haemophilus Influenzae tipo b, Toxoide tetánico, Rotavirus, Antiamarílica Pentavalente y Neumococo).
- Evaluar actitud predominante en las madres sobre la vacunación.
- Evaluar la importancia de las vacunas desde el punto de vista de la madre.
- Evaluar el acceso a la información de las madres sobre la vacunas.
- Identificar fuente de información verbal sobre las vacunas a las madres (Enfermera, Médico, Técnico en Enfermería y otros).

La hipótesis propuesta fue:

Hi: Existe bajo nivel de conocimiento y actitud de rechazo de las madres sobre la vacunación de niños menores de 05 años.

Para el presente estudio se empleó como diseño metodológico: Enfoque cuantitativo.

Tipo: aplicativo. Nivel descriptivo. Población conformada por 257 madres con hijos menores de 5 años. Muestra integrada por 30% de la población, es decir 77 madres.

Tipo de muestreo: Probabilístico aleatorio simple. Unidad de observación, madres de

familia de niños menores de 05 años. Técnica e instrumento de recolección de datos: Para medir conocimiento test de conocimiento y para variable actitud escala de Likert. Conclusiones: Nivel de conocimiento deficiente sobre las inmunizaciones. Actitud de aceptación sobre las inmunizaciones. Principal fuente de información los Profesionales de Enfermería, personal Técnico en Enfermería y finalmente el personal médico.

Durante el desarrollo del presente trabajo se tuvo como dificultad en la fase de recolección de los datos, por indisponibilidad de tiempo de las madres de familia por sus actividades agrícolas y otros quehaceres.

El presente estudio de investigación fue estructurado de la siguiente manera: Introducción, revisión de la literatura, materiales y métodos, resultados, discusiones, conclusiones, recomendaciones, bibliografías y anexos correspondientes.

CAPÍTULO I

REVISIÓN DE LITERATURA

1.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Se ha encontrado algunos estudios relacionados al tema. Así tenemos:

A escala regional:

GUTIERREZ VIVANCO, L. y ORÉ MENDOZA, R. En la Investigación titulada: “Nivel de conocimiento y su relación con la actitud hacia la vacuna contra el virus del Papiloma Humano en madres de escolares de 9 a 16 años del distrito de Pacaycasa. Ayacucho 2008”, concluye en, que el 45% de madres de escolares de 9 a 16 años del distrito de Pacaycasa, expresan una actitud de rechazo hacia la vacuna contra el virus del papiloma humano. A mayor nivel de conocimiento sobre la vacuna contra el virus del papiloma humano, mayor actitud de aceptación de las madres⁽¹³⁾.

ATAUPILLCO LOPEZ, Y. y ESCALANTE HUARCAYA, P. En la investigación titulada “Factores socioeconómicos y culturales relacionado al nivel de conocimiento sobre calendario de vacunación en madres de niños menores de 1 año en el centro de salud San Juan Bautista, Ayacucho 2012”, concluye en, que el 51.1% de las madres de niños menores de 1 año atendidos en el Centro de Salud San Juan Bautista presentan un nivel de conocimiento deficiente sobre el calendario de

vacunación⁽¹⁴⁾.

CABRERA ANDIA, C. Y MONTES SALCEDO, M. En la investigación titulada “Factores que influyen en la actitud de los padres de familia frente a la vacuna Pentavalente en niños menores de 1 año en el Asentamiento Humano Ñahuinpuquio distrito de San Juan Bautista setiembre - octubre 2002”, concluye que de 80 padres de familia de Asentamiento Humano de Ñahuinpuquio, el 37.5% tienen una actitud de rechazo frente a la vacuna pentavalente en niños menores de 1 año. El nivel de conocimiento y actitud de los padres frente a la vacuna pentavalente es decir los padres de familia que tienen un nivel de conocimiento deficiente sobre las vacunas tienen un riesgo de 7.5 veces mayor de rechazo a la vacuna pentavalente, en comparación a los padres con un nivel de conocimiento bueno. Los padres de familia que tienen temor a estas reacciones tienen 9.75 veces más riesgo de rechazar la vacuna pentavalente en comparación a los padres que no tienen temor a estas reacciones⁽¹⁵⁾.

A escala nacional:

GARCÍA INGA, BELINDA OLGA, 2001, realizó un estudio titulado “Factores relacionados con la deserción a la vacuna antisarampionosa en el hospital departamental de Huancavelica; cuyo objetivo fue: determinar en la población de niños de 1 año, el porcentaje de la deserción a la vacuna antisarampionosa y distinguir los factores endógenos entre ellos los factores socioeconómicos y culturales de la familia del niño que se relacionan con la deserción a la vacuna antisarampionosa. El método fue descriptivo - correlacional -transversal. La población estuvo conformado por: 256 familias. La técnica utilizada: entrevista y el instrumento el cuestionario. Las conclusiones fueron: “A nivel del departamento de

Huancavelica se tuvieron un 35.5% de deserción porcentaje muy alto si es comparado con el nivel nacional. Así mismo la población desertora a la vacunación antisarampionosa fue en su mayoría del sexo femenino (52%) en comparación con el sexo masculino (48%). Los factores endógenos que corresponden al entorno familiar de los niños desertores a la vacuna antisarampionosa se clasificaron de acuerdo a la magnitud de la asociación y de los cuales son: relación alta: El ingreso económico familiar, el grado de instrucción del padre y de la madre. Relación media: La ocupación de la madre y quien decide en la familia para que el niño sea vacunado. Relación nula: ocupación del padre. Los factores exógenos o institucional que se relaciona con la deserción; clasificado de acuerdo a la magnitud de la asociación, son los siguientes: Relación media: orientación que brinda el personal de Enfermería a las madres acerca de las reacciones post vacúnales. Relación baja: el horario de atención, Relación nula: La educación sanitaria que brinda el personal de Enfermería sobre las citas posteriores para la vacunación del niño”⁽¹⁶⁾.

GÓMEZ SEQUEIROS, ELIZABETH VANESA, en Lima Perú, el 2007, realizó un 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, Centro de Salud de Villa el Salvador”, cuyo objetivo fue: determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre la importancia de las vacunas y limitantes para el cumplimiento del calendario de vacunación. Método utilizado: tipo descriptivo de corte transversal. La Población fue de 150 madres de niños menores de 1 año. La técnica fue: La encuesta y el instrumento fue el cuestionario. Concluye: “El nivel de conocimiento que presentan las madres sobre las vacunas es inadecuado, Los principales limitantes que tuvieron las madres que retrasaron la vacunación está

relacionada al aspecto actitudinal y social, como son: el olvido y la distancia al Centro de Salud (58% y 50%) respectivamente.”⁽¹⁷⁾.

PANIAGUA PENADO, BERTHA, en Lima Perú, el 2007, realizó un estudio sobre “Nivel de conocimiento y medios de información de las madres de niños hasta un año de edad sobre inmunizaciones en el Centro Materno Infantil Pachacamac - Lurín” cuyo objetivo fue: Determinar el nivel de conocimiento y medios de información de las madres de niños de un año. El método fue: prospectivo, estudio transversal y descriptivo. Población fue 256 madres. La técnica fue la encuesta y el instrumento fue el cuestionario. Concluye: “Las madres tienen un nivel de conocimiento medio sobre inmunizaciones, aquellas madres que tienen grado de instrucción superior tienen un bajo nivel de conocimiento, las madres procedentes de la región sierra tienen un bajo nivel de conocimiento en cambio las madres de la región selva el nivel de conocimiento es medio al igual que las madres de la región costa. El personal que brinda información en el consultorio del programa de inmunizaciones el personal técnico de Enfermería. Los medios de información que reciben es en el Centro de Salud”⁽¹⁸⁾.

CARRASCO MACSHA, ALFREDO DARÍO, en Lima - Perú, el 2007, realizó un estudio sobre “Conocimiento sobre inmunizaciones y factores socioeconómicos de madres de niños menores de un año”, cuyo objetivo fue: determinar el nivel de conocimiento sobre inmunizaciones de madres de niños menores de un año que acuden al puesto de Salud Pampas Chico y establecer la relación entre el nivel de conocimiento con algunos factores socioeconómicas, edad, grado de instrucción, procedencia, estado civil de madres de niños menores de un año que acuden al Puesto de Salud Pampas Chico. El método fue: cuantitativa, descriptivo correlacional

de corte transversal. La población fue: 40 Madres. La técnica fue: entrevista - observación y los instrumentos fueron: cuestionario-encuesta. Concluyendo: “Aproximadamente la mitad de las madres de niños menores de un año presentan un nivel de conocimiento medio sobre inmunizaciones con el 52.5 %, seguido un 42.5% con nivel de conocimiento bajo. El grado de instrucción, procedencia y nivel de ingreso económico son variables que presentan relación estadísticamente significativa con el nivel de conocimiento materno sobre inmunizaciones, la edad materna, estado civil son variables que no presentan relación estadísticamente significativa con el nivel de conocimiento materno sobre inmunizaciones” ⁽¹⁹⁾.

A escala internacional:

CERVANTES LOAYZA, MARTIN, en Costa Rica, el 2002, realizó un estudio titulado “Factores asociados al cumplimiento de los esquemas de vacunación en 7 áreas de salud”; cuyo objetivo fue: Identificar los factores asociados a los esquemas incompletos. La metodología fue descriptiva de corte transversal. La población conformada por 502 hogares. La técnica fue la entrevista y el instrumento un formulario de tipo cuestionario. Sus conclusiones fueron: “Los esquemas incompletos de vacunación presenta varios factores como: Residencia más de 3 km, madres o tutores con trabajo fuera del hogar, conocimiento de menor de 3 tipos de vacunas de las que reciben sus hijos. Así mismo el personal que atiende en la vacunación no cumple con la norma en la atención que brinda, propiciando condiciones para que los niños presenten rezagos vacunales en este periodo de vida” ⁽²⁰⁾.

MORÓN DUARTE LINA y otros, en Colombia, el 2006, realizó un estudio denominado “Evaluación rápida de coberturas vacunales”, cuyo objetivo fue:

Evaluar el estado vacunal en la población de 0 a 23 meses e identificar los motivos de no vacunación. El método fue: descriptivo retrospectivo. La población: Niños de 0 - 23 meses. La técnica fue la encuesta y el instrumento la guía de entrevista. Concluye: “Se evidenciaron coberturas útiles y oportunas de vacunación con BCG y dificultades en el registro de Pentavalente. Se requieren estrategias de educación y comunicación masiva, tendientes a contrarrestar los motivos de no vacunación y reforzar la aplicación oportuna de los biológicos”⁽²¹⁾.

GÓMEZ YSABEL MARIELA, SÁNCHEZ ONAIDA, en Venezuela, el 2009 realizó un estudio titulado “Creencias populares que tienen las madres sobre la vacunación en niños menores de 1 año”, cuyo objetivo fue: Determinar las creencias populares que poseen las madres en la vacunación de los niños. El método fue: Descriptivo - transversal. La población fue; 333 madres. La técnica fue: La encuesta y el instrumento fue cuestionario. Concluye: “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 vacunarlos 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”⁽²²⁾.

BEDFORD Y ELLIMAN, en su trabajo titulado “Inquietudes en relación a la inmunización”; Prislín, Dyer, Blakely y Johnson en “Estado de la inmunización y

características socio - demográficas: Rol de intervención de las creencias, actitudes y control percibido”; (citados por Fredrickson, 2004), mencionan varias razones para la negativa de los padres de inmunizar a sus hijos como: creencias erróneas acerca de las contraindicaciones, no querer exponer a los niños a los peligros percibidos de las vacunas y el no querer exponer a niños sanos a las enfermedades. Dichos motivos de no vacunación se tomaron en cuenta al determinar las creencias en la comunidad Santa Eduvigis⁽²³⁾.

BALL, EVANS Y BOSTROM, en su trabajo “Negocio riesgoso: Desafíos en la comunicación de los riesgos de las vacunas” y Meszaros y cols. (citados por Fredrickson, 2004), en sus estudios enfocados en la decisión de vacunar han descubierto que los padres prefieren hacer errores de omisión que errores de comisión y prefieren aceptar los riesgos “naturales” más que los riesgos “humanos”, aspecto importante a tomar en cuenta en relación con las creencias de la comunidad en estudio⁽²⁴⁾.

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, lo cual despertó la curiosidad de la autora por explorar este motivo de no vacunación en Santa Eduvigis⁽²⁵⁾.

RONDÓN (2008), 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 (SVPP), que incluye varicela (2,02%), hepatitis A (3,38%) y Antineumococo (4,05%). En cuanto al grado de instrucción, predominó el nivel universitario (36%), seguido del de 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⁽²⁶⁾.

GASPAR, CALLEJÓN, DOMÍNGUEZ, GÓMEZ, GODOY Y PÉREZ (2005), realizaron un estudio en el servicio de Pediatría HOSPITEN Rambla, Santa Cruz de Tenerife, que evaluó el conocimiento de las familias acerca de las vacunas infantiles y tuvo como resultado que el conocimiento sobre las vacunas es generalmente muy bajo, pero la aceptación muy alta, llegando a la conclusión de incrementar la educación sobre las vacunas en las consultas⁽²⁷⁾.

LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)⁽²⁸⁾ y el Programa

Ampliado de Inmunizaciones (PAI), 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, sin embargo, esta información contrasta fuertemente con el relativo bajo nivel de conocimiento específico de las mismas, valorada a partir de la mención espontánea de cada vacuna.

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.

DAYAN, ORELLANA, FORLENZA, ELLIS, CHAUI, KAPLAN Y STREBEL (2004) ⁽²⁹⁾, realizaron una investigación para calcular la cobertura con el régimen de inmunización completo y con vacunas contra antígenos particulares en niños de 13 a 59 meses de edad en Buenos Aires- Argentina. Los autores hallaron que la cobertura con vacunas contra antígenos particulares varió de 69,4% en el caso de la vacuna contra Haemophilus Influenzae tipo B a 99% en el caso de la vacuna BCG. Exceptuando la vacuna contra el sarampión, las coberturas estimadas mediante la encuesta prácticamente no difirieron de las obtenidas de los registros sanitarios públicos. Los autores llegaron a la conclusión, que a pesar de los resultados, los porcentajes de cobertura de algunas vacunas son altos, pero sigue siendo baja la frecuencia de la inmunización con el régimen completo en niños de 13 a 59 meses de edad en Buenos Aires. Para poder mejorar esta cobertura, tendrá que haber mayor acceso a las vacunas, especialmente en los sectores de la comunidad que están expuestos a los

factores de riesgo.

FREDRICKSON, DAVIS, ARNOLD, KENNEN, HUMISTON, CROSS Y BOCCHINI (2004)⁽³⁰⁾, 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, EE.UU, 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. Los padres quienes estaban inseguros de vacunar, estaban abiertos a las discusiones acerca de las vacunas con un proveedor. La mayoría de estos padres estaban de acuerdo en inmunizar después de discutir las inquietudes con su proveedor. La vacuna de la varicela era la más comúnmente negada. 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%). Sobre la base de la investigación mencionada anteriormente, la autora propuso un programa educativo para la formación de actitudes preventivas ante el incumplimiento o retraso de la aplicación del esquema nacional de inmunización, tomando en cuenta los hallazgos obtenidos en Santa Eduvigis en relación a conocimientos y creencias en torno a las vacunas.

HUANCA, L. Y COL. (2001)⁽³¹⁾, realizaron una 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 Urquidí,

Cochabamba - Colombia. 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 DE LEÓN (2001)⁽³²⁾, en su trabajo titulado “Evaluación de coberturas de vacunación”. Municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango, Guatemala, 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%.

ANZOÁTEGUI, VÉLIZ (1999)⁽³³⁾, en su trabajo de grado titulado “Evaluación del Esquema de Inmunizaciones en Pacientes Pediátricos hasta los 6 años de edad que consultaron al Servicio de Emergencia, Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”, Barcelona, Venezuela. Octubre 1998- Junio 1999, obtuvo los siguientes resultados:

El 60 % de los pacientes no cumplieron el esquema de inmunización, de los cuales el 75,6 % correspondieron al grupo de edades de 0 a 2 años; siendo la DPT la de mayor incumplimiento con un 57,14 %. Con respecto a las causas de incumplimiento del esquema de inmunización, el 46,67 % se debió a no consultar a los centros asistenciales pertinentes, 25,33 % por falta de información y 23,33 % por ausencia de vacunas.

MESZAROS, DAVID, BARON, HERSHEY, KRUNREUTHER Y SCHWARTZ-BUZZAGLO (1998) ⁽³⁴⁾ realizaron un estudio titulado “Procesos cognitivos y decisiones de algunos padres de privarse de la vacuna pertussis para sus hijos”, publicado en la revista *Journal Clinic Epidemiology*, donde reportaron que las madres quienes se negaron a dar a sus hijos DTP (43%), tenían menos probabilidad de ver la enfermedad Pertussis como dañina y más probabilidad de ver la vacuna DTP como nociva en comparación con las madres que inmunizan.

Finalmente, estos antecedentes servirán de aporte teórico para la investigación de los conocimientos y actitudes de las madres sobre la vacunación de niños menores de 5 años en Centro de Salud del distrito de Huamanguilla, Ayacucho - 2014.

1.2 BASES TEÓRICAS

Historia del Descubrimiento de las Vacunas

Las vacunas fueron descubiertas en 1771, por Edward Jenner, a partir de unos experimentos que realizaba con gérmenes de la viruela que atacaba a la vaca, pero que a los trabajadores de las granjas los hacía inmunes hacia esta enfermedad. De ahí que proviene su nombre, de la palabra latina vaca; este invento fue el inicio de todo un programa de inmunizaciones que ha permitido prevenir muchas enfermedades mortales o incapacitantes y evitar grandes epidemias ⁽³⁵⁾.

A partir de ese momento, se han inventado una serie de vacunas, tanto para prevenir algunas enfermedades infecto-contagiosas; produciéndose en 1796 la aplicación por primera vez la vacuna contra la viruela, enfermedad que ha sido erradicada totalmente, en 1880 Louis Pasteur y Robert Koch descubrieron los "gérmenes" causantes de algunas enfermedades infecciosas como el Cólera y la Rabia y a partir de ellos se elaboraron las vacunas respectivas, en 1891 Emil Adolf von Gelming y Shibasaburo Kitasato elaboraron las vacunas contra la difteria y el tétanos, en 1906 Léon Calmetre y Camille Guérin, inventaron la vacuna BCG contra la tuberculosis, en 1954 Jonas E. Salk inventó la vacuna contra la poliomielitis, en 1960 John F. Enders inventó la vacuna contra el sarampión, en 1962 Thomas H. Séller, inventó la vacuna contra la rubéola y así los científicos de muchos países trabajan para encontrar la prevención del virus causante del SIDA y otras enfermedades que se han extendido como pandemias⁽³⁶⁾.

CREACIÓN DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE INMUNIZACIÓN EN EL PERÚ.

La existencia de las inmunizaciones en el Perú fue a través del Programa Nacional de Inmunizaciones desde 1972.

En la Región de las Américas, y particularmente en el Perú, se ha logrado erradicar la Viruela y la Poliomielitis, el Tétanos Neonatal como problema de salud pública y controlar otras enfermedades inmunoprevenibles (Tos ferina, Difteria y Tuberculosis en sus formas graves)⁽³⁷⁾.

Es así que las estrategias de las Jornadas Nacionales de Vacunación realizadas a partir de 1985 permitió el incremento de las coberturas: en 1992 se superó el 80% y en 1995 se lograron coberturas mayores al 90%. Sin embargo, desde 1999 hasta el

2014 se observó un descenso progresivo en las coberturas de vacunación de aproximadamente uno o dos puntos por año ⁽³⁸⁾.

La VISIÓN de las inmunizaciones en el Perú se consolidan como la actividad líder en el campo de la salud pública, que promueve cambios positivos en la atención integral por etapas de vida dentro de los servicios de salud y en la comunidad, generando corrientes de opinión favorables hacia la adopción de prácticas saludables y movilización de recursos con propuesta de cambios estructurales en la política para fortalecer el desarrollo sostenible de la nación. Siendo la MISIÓN: Garantizar a la población el acceso a vacunación segura, a través de los servicios de salud con prestaciones basadas en la atención integral por etapas de vida, logrando mantener al Perú libre de enfermedades prevenibles por vacunación ⁽³⁹⁾.

INMUNIZACIÓN

En su origen, el término vacunación significó la inoculación del virus de la viruela de las reses (Vaccinia), para inmunizar contra la viruela humana. Hoy en día se utiliza para referirse a la administración de cualquier inmunobiológico, independientemente de que el receptor desarrolle inmunidad. La inmunización puede ser activa (mediante la administración de vacunas) o pasiva (mediante la administración de inmunoglobulinas específicas o a través de la leche materna) ⁽⁴⁰⁾.

El sistema inmunológico ayuda a que su cuerpo luche contra los gérmenes mediante la producción de sustancias para combatirlos. “Una vez que lo hace, el sistema inmunológico "Recuerda" el germen y puede luchar contra él nuevamente. Las vacunas contienen gérmenes muertos o debilitados” ⁽⁴¹⁾.

CLASIFICACIÓN DE LAS INMUNIZACIONES ⁽⁴¹⁾

Inmunización Activa

Producción de anticuerpos en respuesta a la administración de una vacuna toxoide, en cuyo caso es artificial. La inmunización natural se adquiere por el padecimiento de la enfermedad y es generalmente permanente.

Inmunización Pasiva

Transferencia de inmunidad temporal mediante la administración de anticuerpos preformados en otros organismos, en cuyo caso es artificial. La inmunización natural es la transferencia de anticuerpos maternos al feto. Es decir, en la inmunidad pasiva no hay una respuesta inmunológica por parte del huésped.

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⁽⁴²⁾.

El tema de inmunización se relaciona con las vacunas, la aplicación de las vacunas pueden presentar ciertas reacciones secundarias, sin embargo es necesario tomar conciencia de que las enfermedades que pueden evitar pueden ser mucho más agresivos por lo tanto las vacunas son: Sustancia hecha con los microorganismos vivos atenuados o inactivados que son administrados al individuo sano susceptible con el objeto de inducir inmunidad protectora contra ciertas enfermedades graves⁽⁴³⁾

CLASIFICACIÓN DE VACUNAS

Vacunas vivas atenuadas

Derivadas directamente del agente que causa la enfermedad, virus o bacteria. Estos virus o bacterias son atenuados, es decir debilitados en el laboratorio

generalmente por cultivos repetidos. Para producir una respuesta inmune, las vacunas vivas deben replicarse en la persona vacunada. Cuando estas vacunas replican generalmente no causan enfermedad tal como lo haría la enfermedad natural. Cuando en algunos casos se produce enfermedad, esta es generalmente leve y se refiere como un evento supuestamente atribuible a la vacunación o inmunización. La respuesta del sistema inmune es semejante a la de la enfermedad natural ya que el sistema inmune no puede diferenciar entre una infección por una vacuna atenuada y producida por el virus o bacteria “Salvaje”. Son generalmente efectivas con una sola dosis salvo cuando se administran por vía oral o cuando se quiere dar una dosis adicional. Estas vacunas son frágiles y se pueden dañar o destruir con la luz o el calor. Entre las vacunas vivas atenuadas están: virales vivas (Sarampión, Rubéola, Paperas, Polio, Rotavirus, Fiebre Amarilla) y bacterianas vivas (BCG)⁽⁴⁴⁾.

Vacunas inactivas o muertas

Son producidas por el crecimiento de la bacteria o del virus en un medio de cultivo, y se inactivan con calor o con productos químicos (generalmente Formalina). En el caso de vacunas inactivas que derivan de una fracción, el organismo es tratado para purificar solamente ese componente. Estas vacunas no son vivas, por lo tanto no pueden replicar y tampoco pueden causar enfermedad, aun en personas inmunocomprometidas. Generalmente requieren múltiples dosis, en general la primera dosis no genera inmunidad, es decir no produce anticuerpos protectores, solamente “pone en alerta” al sistema inmune y la protección se desarrolla recién después de la segunda o tercera dosis. La respuesta inmune no se parece tanto a la infección natural como la de las vacunas vivas atenuadas, el tipo de respuesta es humoral y no mediada por células. Estos anticuerpos disminuyen en el tiempo y

muchas veces es necesario dar dosis de refuerzo. Entre ellas encontramos a: Hepatitis B, Pertuisis acelular, toxoides (Difteria, Tétanos) o polisacáridos conjugados (Hib) (40).

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 (45).

VACUNACIÓN

Proceso de inducción y producción de inmunidad activa en un huésped susceptible. Se refiere también al acto físico de administración de la vacuna (40).

ESQUEMA O CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN -ACTIVIDAD REGULAR EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Es la representación secuencial cronológica, ordenado de la aplicación de las vacunas aprobadas por el Ministerio de Salud a nivel nacional para facilitar las

intervenciones de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones y así contribuir a mejorar la calidad de la salud de la población infantil mediante el control de enfermedades inmunoprevenibles ⁽⁴⁶⁾.

La Sociedad Latinoamericana de Infectología y la Asociación Panamericana de Infectología (SLIPE y API, 2005) ⁽⁴⁷⁾ 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.

CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES EN LA INMUNIZACIÓN

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).

Enfermedades Graves, reacciones post vacunales graves, tales como: shock, colapso, temperatura mayor o igual a 40.5°C, episodio de hipo, hipotonía, convulsiones u otros síntomas neurológicos, trastornos cerebrales y enfermedades neurogénicas progresivas o recurrentes, especialmente con antipertussis, mal convulsivo, vacunas a virus atenuados en embarazadas ⁽⁴⁴⁾.

Precauciones ⁽³⁰⁾

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.

FALSAS CONTRAINDICACIONES ⁽⁴⁰⁾

A pesar de que las verdaderas contraindicaciones son raras, muchas veces se dan “falsas contraindicaciones”, lo cual ocurre por desconocimiento del personal de salud o creencias de la población. Las falsas contraindicaciones más frecuentes son: Infecciones de vías aéreas superiores con fiebre leve, diarreas, alergias, asma u otras manifestaciones atópicas, nacimiento prematuro, desnutrición, lactancia materna, historia familiar de convulsiones, tratamiento con antibióticos, corticoides a dosis bajas o de acción local, enfermedades crónicas, enfermedades neurológicas no evolutivas (parálisis cerebral, síndrome de Down, etc.), historia de ictericia al nacimiento

No Son Contraindicaciones Para La Vacunación ⁽⁵¹⁾

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

1. 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.
2. 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.

3. Niño en tratamiento con antibióticos en ese momento y/o en fase de convalecencia de una enfermedad leve.
4. La prematuridad.
5. Historia de alergia inespecífica en el niño o historia familiar de alergia.
6. 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.
7. Historia familiar de convulsiones en el contexto de una vacunación con DTP o contra la SRP.
8. Historia familiar de síndrome de muerte súbita del lactante en el contexto de vacunación con DTP.
9. Historia familiar de reacciones desfavorables a las vacunas en pacientes no inmunocomprometidos.
10. La administración concomitante de tratamientos de sensibilización.
11. La administración de OPV en niños con candidiasis oral, tratada o no.
12. La administración de vacunas inactivadas en pacientes inmunocomprometidos.
13. Enfermedad neurológica conocida, resuelta y estabilizada.
14. Desnutrición.

INMUNIZACIONES SISTEMÁTICAS ⁽⁴⁷⁾

Las inmunizaciones sistemáticas son aquellas que han demostrado ser eficaces contra las enfermedades transmisibles de reservorio humano y transmisión inter humana, que se encuentran incluidas en el calendario de vacunación 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 Rubéola), SR (doble viral: Sarampión y rubéola), Haemophilus Influenzae tipo B, antiamarilica, anti-hepatitis B, Toxoide Tetánico, Pentavalente, DT (adulto), Rotavirus, Influenza, DPT, antineumocócica, vacuna contra Virus de Papiloma Humano.

VACUNA BCG

Descripción General

Es una vacuna liofilizada del Bacilo Calmette y Guérin, más conocido como BCG, protege contra las formas graves de tuberculosis: Tuberculosis Miliar y Meningitis Tuberculosa, 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) ⁽³⁷⁾.

Es fotosensible y termosensible, debe almacenarse entre 0 y +8°C.

Dosis, vía y sitio de administración

Se administra en una (01) dosis de 0.1 cc al RN dentro de las 24 horas de nacimiento, por vía intradérmica, región deltoidea 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".

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

Reacciones adversas ⁽⁴⁸⁾

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 acrómica.

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 y 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⁽⁴⁸⁾

- Niños inmunocomprometidos: Leucemia, Linfomas, enfermedades malignas generalizadas e inmunodeficiencias congénitas.
- Todo niño con 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 con VIH 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.

Resolución Ministerial N° 510- 2013 ⁽⁴⁵⁾

Teniendo en consideración el peso a partir de 2500 gramos a más; y sin cuadro clínico manifiesto.

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 N° 064-MINSA/DGSP- V.02 "Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión Madre - Niño del VIH y la Sífilis Congénita" ⁽⁴⁵⁾.

VACUNA ANTIPOLIOMIELÍTICA

Descripción general ⁽⁴⁷⁾

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.

Estabilizador: Sucrosa o bromuro de magnesio.

Resolución Ministerial N° 510- 2013 ⁽⁴⁵⁾

Vacuna antipolio inactivada inyectable (IPV): La vacuna de Poliovirus Inactivados (IPV) es una vacuna inyectable, de presentación multidosis 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 retractable de 1 cc y aguja 25 G x 1.

Aquellos niños que constituyen población en riesgo, por ser portadores del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o nacidos de madres portadoras de VIH, deberán recibir exclusivamente las 3 dosis de la vacuna IPV (inyectable).

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.

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.

Esquema de inmunización secuencial IPV / APO según la edad

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.

VACUNA TRIPLE BACTERIANA (DIFTERIA, PERTUSSIS, TÉTANOS)

Resolución Ministerial N° 510- 2013 ⁽⁴⁵⁾

Esta vacuna triple bacteriana de presentación multidosis. Se administra como refuerzo en los niños de 18 meses y 4 años.

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 Difto tetánica (dT).

VACUNA HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B

Resolución Ministerial N° 510- 2013⁽⁴⁵⁾

La vacuna contra Haemophilus Influenzae tipo b (Hib) en el menor de 5 años, se administra a los niños que han presentado reacciones adversas a la aplicación de la primera dosis de vacuna Pentavalente, se aplica en dos (02) dosis con intervalos de 2 meses, cada dosis de 0.5 cc se administra por vía intramuscular" con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1"

VACUNA INFLUENZA

Resolución Ministerial N° 510- 2013 ⁽⁴⁵⁾

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:

- a) Embarazadas o Puérperas.
- b) Niños de 7 a 23 meses.
- c) Los Trabajadores de Salud.
- d) Adultos mayores (de 65 años a más).
- e) Personas con comorbilidad (enfermedades crónicas).
- f) 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 brindaría protección durante los primeros 6 meses de vida. La indicación de vacunación incluye:

- a. **Embarazadas:** Una dosis a partir del 4to mes de la gestación por vía intramuscular.
- b. **Puérperas:** Con niños menores de 6 meses de vida, que no fueron vacunadas en el periodo de gestación, se administrara una dosis por vía intramuscular en el tercio medio de la región deltoidea.
- c. **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 retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1”.

d. 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 deltoidea.

e. 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:

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

g. Personas con Comorbilidad (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, Enf. Pulmonar Obstructiva Crónica.

- ✓ Enf. Cardíacas: Insuficiencia Cardíaca, Enf. Coronaria, Cardiopatías congénitas.
- ✓ Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas (no hemato - oncológica).
- ✓ Pacientes oncohematológicos y trasplantados.
- ✓ Estados médicos crónicos: Obesidad mórbida, diabetes, insuficiencia renal.

VACUNA TRIVALENTE VIRAL (SPR)

Resolución Ministerial N° 510- 2013 ⁽⁴⁵⁾

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 descartable y 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

Resolución Ministerial N° 510- 2013 ⁽⁴⁵⁾

La vacuna AMA 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 deltoidea 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. Está contraindicada en pacientes con problemas de inmunidad o inmunosuprimidos severos.

VACUNA HEPATITIS B

Resolución Ministerial N° 510- 2013 ⁽⁴⁵⁾

La HvB es una vacuna inactivada recombinante, se administra una dosis de 0.5 cc al recién nacido inmediatamente durante las primeras 12 horas hasta un máximo de 24 horas de nacimiento. Se vacunará a recién nacidos sanos que tengan un peso igual o mayor de 2000 gramos.

La vacuna es de presentación monodosis, y se administra por vía intramuscular en el tercio medio del músculo vasto externo del muslo, con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 5/8".

VACUNA PENTAVALENTE

Resolución Ministerial N° 510- 2013 ⁽⁴⁵⁾

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 ROTAVIRUS

Resolución Ministerial N° 510- 2013 ⁽⁴⁵⁾

Cuando la vacunación con rotavirus no se administró con oportunidad, el niño o niña podrá iniciar la primera dosis hasta los 4 meses con un intervalo mínimo de 1 mes para la aplicación de la segunda dosis.

VACUNA NEUMOCOCO

Resolución Ministerial N° 510- 2013 ⁽⁴⁵⁾

- Niños hasta los 12 meses, 3 dosis: al 2do mes, 4to mes y 12 meses. Se aplica 0.5 cc, por vía intramuscular en el tercio medio de la cara antero lateral externa del muslo.
- Niños entre 12 y 23 meses y 29 días no vacunados previamente 2 dosis con intervalo de al menos 1 mes entre dosis.
- Niños de 2 años a 4 años, con Comorbilidad no vacunados previamente, 1 dosis de 0.5 cc por vía intramuscular en la región deltoidea.

CONTINUACIÓN DE ESQUEMAS INTERRUMPIDOS ⁽⁴⁰⁾

Se recomienda la conveniencia de no demorar su cumplimiento. En caso de interrupción de los esquemas de cualquier vacuna, considerar que éstas tienen intervalos mínimos más no máximos, por lo que se continuará con las dosis faltantes sin interesar el tiempo transcurrido desde la última dosis y se completarán el número

de dosis faltantes en función a la edad. No es necesario reiniciar el esquema en ninguna circunstancia.

BASES LEGALES

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⁽²⁵⁾.

Ley Orgánica de Protección del Niño y del Adolescente (LOPNA, 1998)⁽²⁷⁾, 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”.

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”.

La LOPNA, 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”⁽³⁴⁾.

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⁽⁴⁹⁾.

Barreras culturales y cognitivas

Nuestro país se caracteriza por su gran diversidad cultural. Esta se ve reflejada también 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. Estudios desarrollados en algunos de los departamentos más pobres del país evidencian que los pobladores de las comunidades tienen sus propias ideas sobre salud y conceptos errados sobre las vacunas⁽⁵⁰⁾.

Creencia.- Las creencias populares son un saber del diario vivir de las personas; constituye relaciones sociales, de lo que escuchan y creen las personas y son parte de las prácticas interpersonales. El conocimiento por parte del personal de salud de las creencias populares que tiene la mujer sobre las vacunación de los niños menores de 1 año permite valorar su significancia como prácticas de salud que las madres creen

para conservar un equilibrio entre la salud y la enfermedad con la finalidad de evitar complicaciones que comprometan el bienestar de los niños⁽²⁸⁾.

Costumbres.- Hábitos que se llevan a cabo en forma diaria de acuerdo a sus creencias, varía de un lugar a otro, formado tanto en la familia como en la comunidad y que se obtienen de los antepasados; se distingue entre buenas costumbres que son las que cuentan con aprobación social, y las malas costumbres, que son relativamente comunes, pero no cuentan con aprobación social y existen leyes promulgadas para tratar de modificar alguna de estas malas conductas.

Conocimiento.- Mario Bunge lo define como un conjunto de ideas, conceptos, que pueden ser claros y precisos, ordenados, vagos, calificándolos en conocimiento científico, ordinario y vulgar. El conocimiento se adquiere como consecuencia de la captación del objeto, se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar unos de otros. No se dan cuenta que el sistema de creencias y valores es algo exclusivamente personal y en muchos casos muy diferente de los demás. Nosotros no vivimos la realidad en sí, sino una elaboración mental de la misma. Lo que hace que la vida sea un constante manantial de esperanza y ricas alternativas o una inevitable fuente de sufrimiento⁽⁵¹⁾.

Información.- Que recibe acerca de las vacunas: Muchas familias carecen de información fidedigna sobre inmunizaciones y servicios de inmunización. Muchas veces no saben que si no acuden a una cita programada de inmunización todavía pueden ser inmunizados; sólo deben acudir lo más pronto posible a vacunarse. Las creencias falsas y los rumores mal intencionados también hacen que las personas dejen de utilizar los servicios de inmunización. los siguientes son conceptos erróneos comunes: Los niños están protegidos contra enfermedades prevenibles por vacuna

por un ser religioso o sobrenatural que vela por ellos, los niños están completamente protegidos porque ya han recibido algunas inmunizaciones, los niños enfermos no pueden ser vacunados, las inmunizaciones frecuentemente causan esterilización, enfermedad o efectos adversos peligrosos, los padres no saben que el niño puede ser vacunado en cualquier unidad de salud del país, para darle seguimiento, los padres creen que deben pagar las consultas para poder vacunar a sus hijos, los servicios de salud vendrían a su casa o a su comunidad si la vacunación fuera realmente importante, tal como lo hacen durante las campañas. Los trabajadores de salud local tienen un rol particularmente importante en mejorar el nivel de conciencia de la gente y brindar información a las poblaciones beneficiarias; la información a los padres acerca de las vacunas se debe dar en términos generales: vacunas y enfermedades que previene, calendario de vacunación, importancia, recibirla a tiempo; todo ello en lenguaje adecuado; es una medida eficaz⁽⁴⁴⁾.

Actitud.- La actitud es la forma de responder a alguien o a algo, las actitudes se componen de 3 elementos: lo que piensa (componente cognitivo), lo que siente (componente emocional) y su tendencia a manifestarlos pensamientos y emocionantes (componentes conductual). Suelen suceder que los tres elementos estén en contradicción unos con otros. Conocer los tres niveles diferentes supone encontrar formas de medir las actitudes, utilizando escalas diferentes para los pensamientos, los sentimientos y los actos; este planteamiento tiene implicaciones importantes en los esfuerzos para modificarlas actitudes. Frecuentemente se miden las actitudes haciendo una serie de preguntas sobre sus creencias a través de entrevistas o cuestionarios; las dos de escalas más populares son:

Escala de Likert.- (Likert, 1932) Contiene una lista de afirmaciones o actitudes y

pide al individuo que responda hasta qué punto está de acuerdo o no; Likert utiliza a un rango de 5 puntos: estar completamente de acuerdo, estar de acuerdo, no estar de acuerdo ni en desacuerdo, estar en desacuerdo. El sujeto indica el número de letra apropiada y cada respuesta se le da un valor en puntos, de a 5. La clasificación de la actitud de una persona es la suma de todas sus valoraciones.

El diferencial semántico

Se centra en el significado que una palabra o concepto en término de un conjunto de dimensiones, tales como justo - injusto (evaluación de ítem del que se está juzgando), fuentes débil (percepción su nivel actividad). La viabilidad de estos auto informes plantea problemas, porque el modo en que se formula una pregunta afecta a la persona dada. Por otro lado, las personas no son siempre honradas consigo misma respecto a sus verdaderas actitudes cuando se les deja a solas con los investigadores. La principal función resulta ser cognoscitivas, las actitudes pueden tener a demás funciones instrumentales, expresivas, de adaptación social, ego defensivo; una actitud favorable facilita a la persona la consecución de objetivos favorables. Por su parte, la actitud desfavorable trata de evitarla asociación con instituciones, personas en declive.

1.3.-HIPOTESIS:

Hi: El nivel de conocimiento de las madres sobre las vacunas es deficiente y muestran actitud de rechazo a la vacunación.

Ho: El nivel de conocimiento de las madres sobre las vacunas es eficiente y muestran actitud de aceptación a la vacunación.

1.4.-IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES.

Para efectos del estudio, se han formulado dos variables:

Variable 1. Conocimiento de las madres sobre la vacunación que deben recibir sus hijos.

Variable 2. Actitud de la madre frente al Esquema Nacional de Vacunación de su hijo.

1.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variable N° 01. 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 5 años, controlados en Centro Salud de Huamanguilla, sobre las vacunas específicas que conforman el Esquema Nacional de Vacunación (ENV) ⁽³⁵⁾.

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

Variable N° 02. 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:

a. 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 sus hijos.

- Actitud de Rechazo.- Madre incumple con calendario de vacunación, no muestra importancia.
- b.** 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.

CAPÍTULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. ENFOQUE DE INVESTIGACION: Cuantitativo, porque se examinó los datos de manera numérica, apoyado por la estadística. La investigación cuantitativa es aquella en la que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables en estudio.

2.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN: Aplicativa. Porque es un estudio que busca la aplicación de los conocimientos adquiridos en la investigación básicas.

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

2.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: Según tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información es **retrospectivo** (se recopiló hechos que ya ocurrieron en el pasado).

Según periodo y secuencia de estudio, es **transversal**, es decir se recopiló algunos datos simultáneamente en los tres días programados.

2.5. AREA DE ESTUDIO: El estudio se realizó en el consultorio de vacunación del Centro de Salud Huamanguilla, provincia de Huanta, departamento de Ayacucho. Situado en la sierra sur central de los Andes Peruanos a una altitud de 2.746 m.s.n.m.

2.6. POBLACION: La población objeto de estudio, estuvo conformada por 257 madres de niños menores de 5 años, es decir, 4 años con 11 meses y 29 días, que asistieron a la consulta de inmunizaciones con el fin de cumplir el calendario de vacunación.

2.6.1. Criterios de Inclusión:

- Madres de niños menores de 5 años y que habitan más de 1 año en la zona.

2.6.2. Criterios de Exclusión:

- Madres de niños mayores de 5 años y que habitan en la zona menor de 1 año.
- Alteraciones mentales evidente

2.7. MUESTRA: La muestra seleccionada para la ejecución del estudio, estuvo integrada por el 30% de la población, es decir 77 madres. Conforme indica Canales en su libro de Metodología de investigación. Manual Para El Desarrollo De Personal De Salud.

Tipo de muestreo: No probabilístico intencional, la muestra no probabilística no es un producto de un proceso de selección aleatoria. Los sujetos en una muestra no probabilística generalmente son seleccionados en función de su accesibilidad o a criterio personal e intencional del investigador.

Unidad de observación: Madres de familia de niños menores de 05 años del distrito de Huamanguilla.

2.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para

Variable conocimiento:

- ✓ Técnica: Cuestionario
- ✓ 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.

Variable Actitud:

- ✓ Técnica: Cuestionario
- ✓ Instrumento: Test de Likert, estructurado de 14 preguntas con respuestas múltiples y cerradas para medir unos términos valorativos la actitud de las madres.

2.9. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS: Se logró ejecutar en las siguientes etapas:

➤ ETAPA I:

- Se solicitó por escrito la autorización al Jefe del Centro de Salud de Huamanguilla.
- Identificación de la unidad de estudio, información, sensibilización y consentimiento previo.

➤ ETAPA II:

- Posterior a la construcción del instrumento se procedió con la validación con apoyo de los expertos del área de Metodología de la Investigación, Estadística Aplicada a la investigación y en salud materno infantil.

- Luego de finalizar con la validación, se procedió a aplicar la prueba piloto a una muestra de diez (10) madres con características idénticas de la población, las cuales no participaron en la muestra definitiva de la investigación.

➤ **ETAPA III.**

- Se procedió con la capacitación a los profesionales que participaron en la recolección de la información en el distrito de Huamanguilla.

➤ **ETAPA IV:**

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

2.10. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

Los datos obtenidos se procesó de manera informática empleando el paquete estadísticos SPS versión 21 y Excel; se tabularon en una base de datos y con ellos se elaboraron cuadros estadísticos, gráficos de barras y porcentuales de simples y doble entrada, finalmente se realizó el análisis inferencial a fin de determinar la relación entre las variables a través de la prueba estadístico de Chi (χ^2) de independencia con un nivel de confianza al 95% respectivamente, se procedió a interpretación y análisis de los datos, lo cual se hizo de acuerdo a la relación de cada variable, para visualizar mejor el trabajo de investigación y contribuir al entendimiento de los lectores.

ASPECTOS ÉTICOS

La investigación está orientada a buscar la realidad sobre los factores que inciden en el incumplimiento del esquema de inmunización, por lo tanto como en todas las investigaciones se tiene como propósito fundamental recopilar información fidedigna, pertinente y transparente; datos que serán presentados, analizados e interpretados sustentándose en fundamentos y teorías ; para dar lugar la construcción

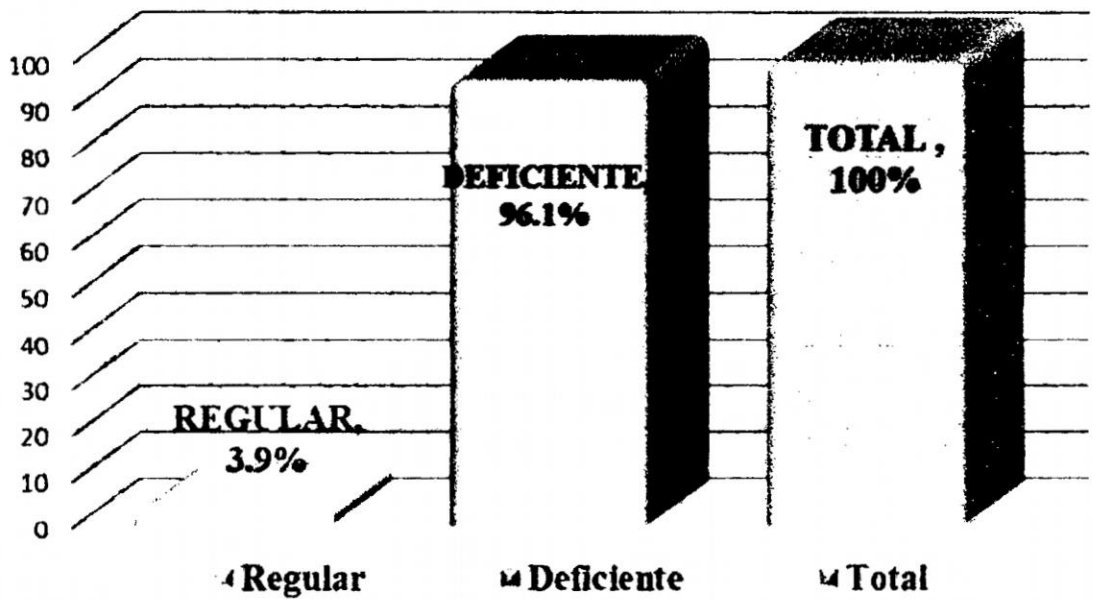
de un informe sustentado en la realidad emitido con criterio imparcial y ético sobre el problema que fue investigado.

CAPÍTULO III

PRESENTACION DE RESULTADOS

GRÁFICO N° 01

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE FAMILIA SOBRE LAS VACUNAS EN NIÑOS MENORES DE 05 AÑOS EN LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO DE SALUD DE HUAMANGUILLA, AYACUCHO - 2014.

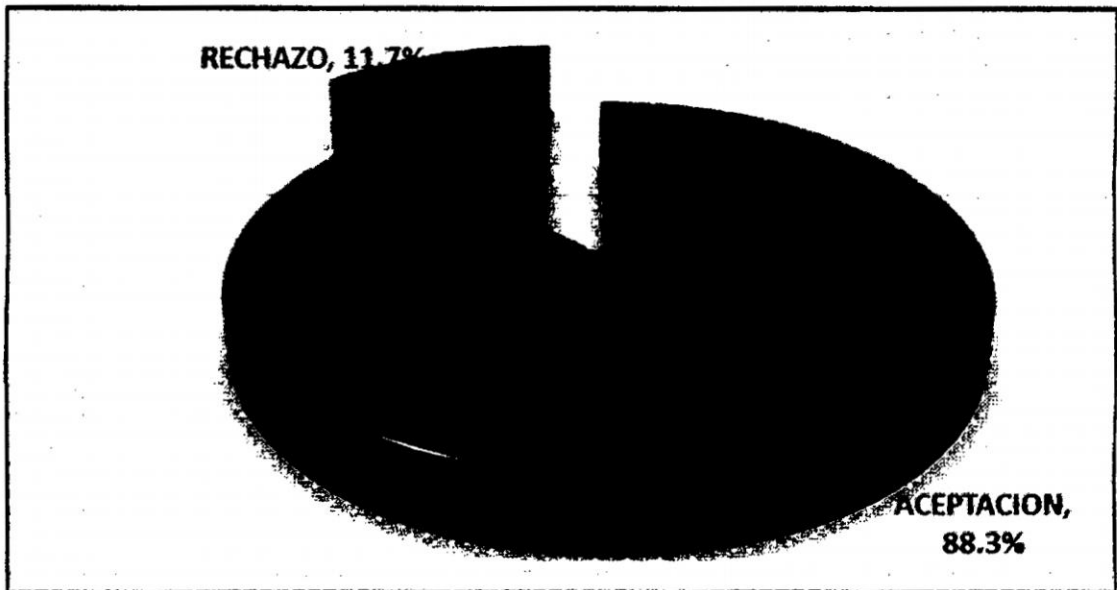


Fuente: Instrumento aplicado a las madres del Centro de Salud Huamanguilla, 2014.

En el gráfico N° 01, se observa, que del 100% de las madres de familia de niños menores de 05 años, el 96,1% tienen conocimiento deficiente sobre las vacunas y solo el 3,9 % nivel de conocimiento regular.

GRÁFICO N° 02

**ACTITUD PREDOMINANTE EN LAS MADRES SOBRE LA VACUNACION
EN NIÑOS MENORES DE 05 AÑOS EN LA JURISDICCION DEL CENTRO
DE SALUD HUAMANGUILLA, AYACUCHO - 2014.**

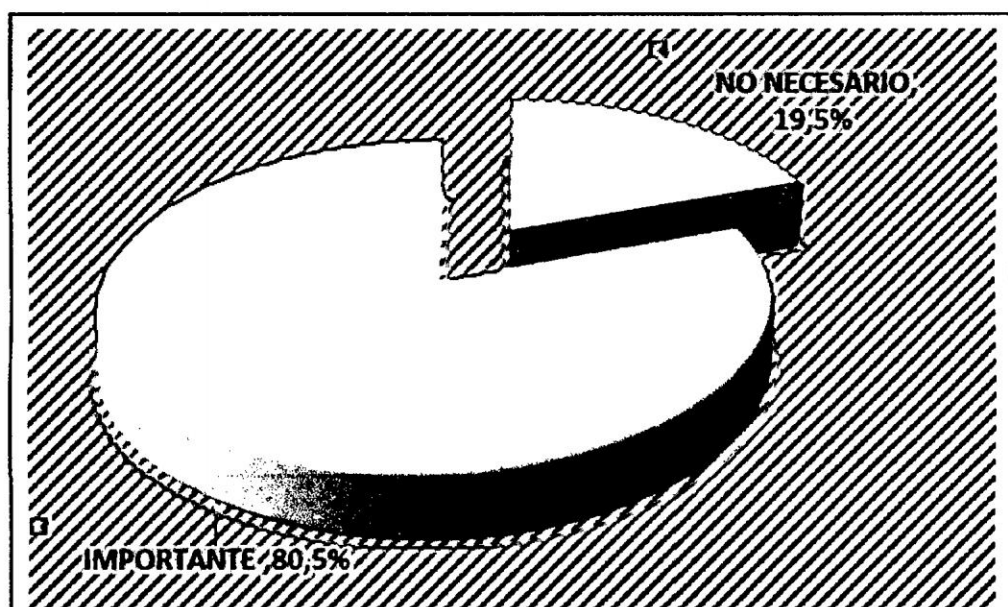


Fuente: Instrumento aplicado a las madres del Centro de Salud Huamanguilla, 2014.

En el Gráfico N° 02, se observa, que del 100% de las madres de familia de niños menores de 05 años, el 88.3% demuestran actitud de aceptación a la vacunación de sus niños y solo 11.7% demuestran rechazo a la vacunación de sus hijos.

GRÁFICO N° 03

IMPORTANCIA DE LAS VACUNAS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LAS MADRES DE FAMILIA EN LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO DE SALUD DE HUAMANGUILLA, AYACUCHO - 2014.

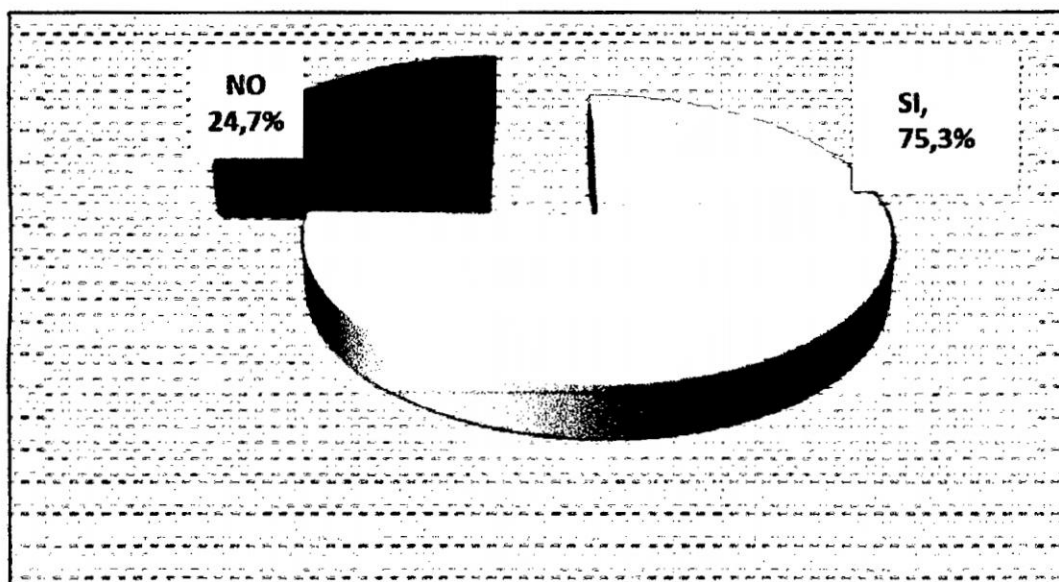


Fuente: Instrumento aplicado a las madres del Centro de Salud Huamanguilla, 2014.

En el Gráfico N° 03, con respecto de la importancia de administración de vacunas; se observa que el 80,5% de las madres consideran muy importante la vacunación de sus hijos y el 19.5% refieren que no es necesario.

GRÁFICO N° 04

ACCESO A LA INFORMACIÓN DE LAS MADRES SOBRE VACUNAS EN LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO DE SALUD DE HUAMANGUILLA, AYACUCHO - 2014.

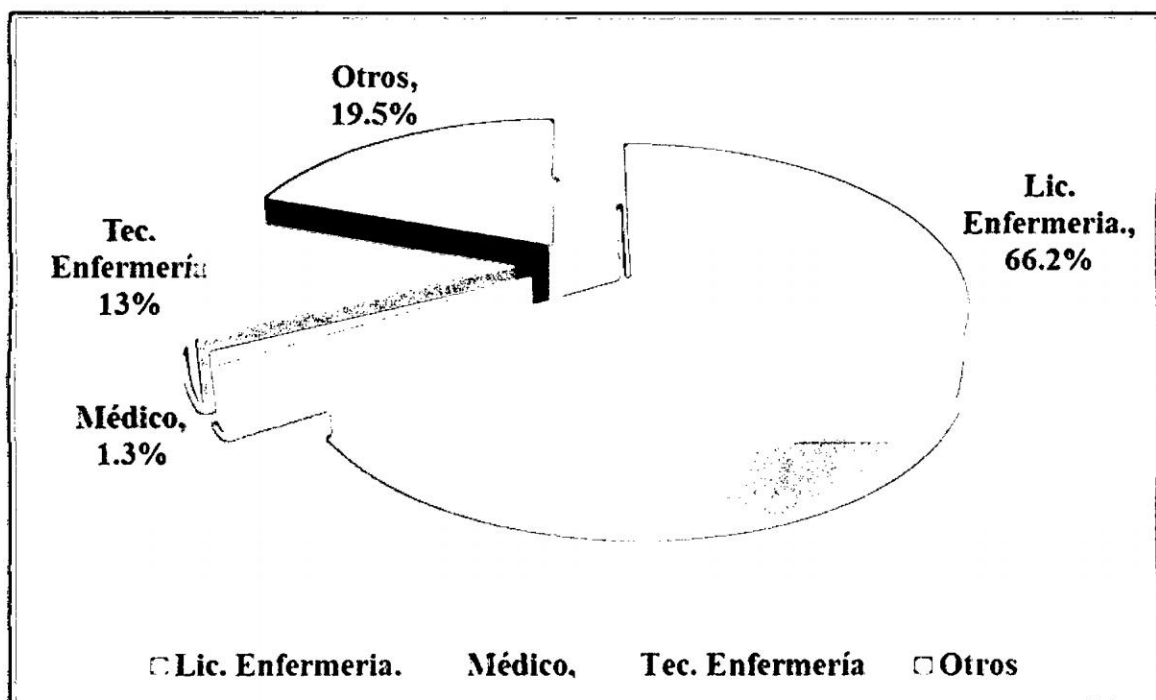


Fuente: Instrumento aplicado a las madres del Centro de Salud Huamanguilla, 2014.

En el presente gráfico N° 04 se observa, que de 100% de la muestra en estudio, el 75.3% de las madres refieren haber recibido información sobre las vacunas y el 24.7% refieren no haber accedido a dicha información.

GRÁFICO N° 05

PRINCIPAL FUENTE DE INFORMACIÓN VERBAL SOBRE LAS VACUNAS A LAS MADRES EN LA JURISDICCIÓN CENTRO DE SALUD DE HUAMANGUILLA, AYACUCHO 2014.



Fuente: Instrumento aplicado a las madres del Centro de Salud Huamanguilla, 2014.

En el Gráfico N° 05, referente a fuentes de información sobre las vacunas, se aprecia, que del 100% de la muestra en estudio, el 66.2% de las madres adquirieron la información del profesional de Enfermería, 19.5% de otras fuentes, 13.0% del personal Técnico en Enfermería y solo 1.3% del personal médico.

TABLA N° 06

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LAS VACUNAS SEGÚN FUENTE DE INFORMACIÓN VERBAL EN LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO DE SALUD DE HUAMANGUILLA, AYACUCHO - 2014.

Fuente verbal	Nivel de conocimiento de las Madres				TOTAL	
	Regular		Deficiente		N°	%
	N°	%	N°	%		
Lic. Enfermería	3	3.9	48	62.3	51	66.2
Médico	0	0.0	1	1.3	1	1.3
Tec. Enfermería	0	0.0	10	13.0	10	13.0
Otros	0	0.0	15	19.5	15	19.5
TOTAL	3	3.9	74	96.1	77	100.0

Fuente: Instrumento aplicado a las madres del Centro de Salud Huamanguilla, 2014.

En el cuadro N° 06, sobre nivel de conocimiento de las madres sobre las vacunas según fuente de información verbal, se observa, que del 100% de la muestra en estudio, el 96.1% tienen conocimiento deficiente, de ellos, el 62.3% recibieron la información de Profesional de Enfermería, 19.5% de otros (familiares, vecinos, amigos, medios de comunicación, etc.), 13.0% del personal Técnico en Enfermería y solo 1.3% del personal médico; y finalmente solo 3,9% de las madres tiene conocimiento regular y recibieron la información del Profesional de Enfermería.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

Se evidencia que el 96,1 % de las madres de familia de niños menores de 05 años del distrito de Huamanguilla tienen conocimiento deficiente sobre esquema de vacunación de niños, 3,9% regular y ningún caso bueno o muy bueno (Gráfico N° 01). El presente resultado es concordante con los hallazgos de los investigadores: GARCÍA Y VILLAMAR (2012) en el trabajo de investigación sobre “determinación de abandono y deserción del esquema de vacunación” concluyen “Que el conocimiento sobre vacunas de 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”⁽⁵²⁾. Y de manera similar, FREITEZ (2000) en el Hospital Central” Antonio María Pineda” de Barquisimeto encontró, marcado desconocimiento en las madres adolescentes sobre las enfermedades que previenen las vacunas, como al 100% para la vacuna triple, un 96% para la BCG, 94% para la antipoliomielítica y un 45% para la vacuna antisarampionosa⁽⁵³⁾.

VALDIVIA (2000) en investigación “Conocimiento de las madres adolescentes sobre los cuidados maternos del Recién Nacido en el Servicio de Ginecobstetricia del Hospital Central Universitario“ Antonio María Pineda” en Barquisimeto”; concluyó entre otros que en las primíparas, como en las múltiparas el

grado de conocimiento fue malo en lo referente a los cuidados del cordón umbilical, descanso, exposición al sol, número de consultas médicas, vacunas y frecuencia de evacuaciones con porcentajes que oscilan entre 40% y 96.3%⁽⁵⁴⁾.

GÓMEZ, en trabajo de investigación sobre “Nivel de conocimiento de las madres sobre la importancia de las vacunas y limitantes para el cumplimiento del calendario de vacunación, Centro de Salud de Villa el Salvador”, Concluyó que las madres tienen conocimiento deficiente sobre las vacunas⁽¹⁷⁾. Landázuri Chuma, en su estudio realizado, en el Hospital San Luis de Otavalo, servicios de vacunación a niños y niñas; los beneficio que ofrece el programa de vacunación 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⁽⁵⁵⁾.

Así se desprende de un estudio realizado por CARRASCO en (2007) pertenecientes a la Unidad de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, los cuales aplicaron una encuesta a nivel nacional que el Ministerio de Salud realiza cada 2 años; concluyendo que la cobertura vacunal alcanza un 98% de la población infantil, pero es curioso y poco comprensible que casi la mitad de los padres desconozcan sobre el esquema de vacunación. 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⁽⁵⁶⁾. Pero, por otra parte los hallazgos obtenidos en esta investigación difieren de los encontrados por los investigadores: MOUKHALLALELESAMAN, del total (300) madres entrevistadas en el Servicio de Cuidados Intermedios V del Hospital Universitario de Pediatría “Dr. Agustín Zubillaga”, observó 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%)
(57).

ARBULÚETAL. (1999) en su tesis titulado “Factores socioeconómicos y personales que influyen en el nivel de conocimiento sobre la atención del recién nacido en primíparas de la Victoria” demostraron que el 56% de las madres primíparas no tienen conocimiento de las vacunas que recibe el recién nacido⁽⁵⁸⁾.

PANIAGUA PENADO, en investigación “Nivel de conocimiento y medios de información sobre inmunizaciones en el Centro Materno Infantil Pachacamac – Lurín, Lima”, concluyó que las madres con grado de instrucción superior y procedentes de la región sierra tienen un bajo nivel de conocimiento, en cambio las madres de la región selva y costa tienen nivel de conocimiento medio sobre las vacunas⁽¹⁸⁾.

CARRASCO, en investigación “Conocimiento sobre inmunizaciones y factores socioeconómicos de madres de niños menores de un año, lima 2007”, concluyó que 52,5% de las madres de niños menores de un año presentan un nivel de conocimiento medio sobre inmunizaciones, seguido un 42.5% con nivel de conocimiento bajo⁽¹⁹⁾.

RONDÓN (2008), en investigación sobre cobertura de vacunación y el nivel de conocimiento de sus representantes sobre las vacunas, importancia y esquema ideal de vacunación en el “Muchachito” del Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda - Venezuela” concluyó 13% excelente, 35% bueno, 39% regular y 12% deficiente⁽²⁶⁾.

BARRIOS DE LEÓN (2001)⁽³²⁾, en su trabajo titulado “Evaluación de coberturas de vacunación”. Municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango,

Guatemala, concluyó entre otros que el 82,8% de padres respondieron positivamente sobre los beneficios de las vacunas y el 17,2% señalaron que estas no eran benéficas.

Se observa 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⁽⁵²⁾.

De acuerdo al análisis de las investigaciones del nivel de conocimiento de las madres sobre el esquema de inmunizaciones pediátricas tanto nacionales como internacionales, se observa casi en la mayoría de los países el conocimiento es deficiente a regular y en ningún País de regular a bueno o muy bueno. Por tanto, esta realidad es uno de los factores que en los últimos periodos vienen disminuyendo las coberturas de las inmunizaciones en muchas regiones del Perú y como también en otros Países.

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.

En base a los resultados obtenidos y las investigaciones citadas, se infiere que el nivel de conocimiento de las madres de familia del distrito de Huamanguilla sobre el PAI, al igual que en algunas regiones del País o del extranjero es deficiente.

Con respecto a la actitud general de las madres sobre las inmunizaciones de sus niños menores de 05 años en la jurisdicción del Centro de Salud Huamanguilla, se

identificó que 88.3% demuestran actitud de aceptación y mientras porcentaje menor de 11.7% rechazo (Gráfico N°02). Resultado concordante con los hallazgos arribados por BOSCAN SÁNCHEZ 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 2008”; en la que concluyó que 88,7% refieren estar satisfechas con la acción preventiva de las vacunas y 22,5% rechazo ⁽⁵⁹⁾.

Por otro lado, la Dra. ASUNCIÓN GASPAR, (2005) del Servicio de Pediatría del Hospiten presentó en el Congreso Canario de Pediatría, en Fuencaliente, La Palma, un póster acerca de “Conocimientos de los padres sobre vacunas”, realizado en 100 familias; en la que observó conocimiento muy bajo pero la aceptación de las vacunas muy alta ⁽²⁷⁾.

Por otra parte LEBROM DE LA REPÚBLICA DOMINICANA (2002), reporta 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 ⁽⁶⁰⁾.

Con respecto a la actitud de las madres durante la administración de la vacuna a sus hijos, (Gráfico N° 03), se evidencia mayor porcentaje 64.9% de las madres de familia muestran nerviosismo durante la aplicación de la vacuna a sus hijos y mientras 35.1% de las madres se mantienen serenas, transmitiendo seguridad a sus hijos, de modo que el hijo también acepte y mantenga calma. Resultados similares fueron obtenidos en un estudio realizado por Austin sobre las dificultades de los padres en la decisión de vacunar o no a los niños revela el miedo y la preocupación con los riesgos de las vacunas; y en el grupo de padres en que la vacunación de los

niños es incompleta es menor la confianza en las informaciones ofrecidas por los profesionales de salud ⁽⁶¹⁾.

Las decisiones sobre la inmunización en la infancia no son fáciles para los padres, y es fundamental que los profesionales de salud ofrezcan a los padres informaciones actualizadas e incentiven los mismos ⁽⁶¹⁾. A pesar del entendimiento de la importancia de la inmunización, los padres, frecuentemente, tiene múltiples responsabilidades que los impiden de recordar el calendario de vacunación del niño ⁽⁶²⁾. La inmunización de bebés y niños depende de la iniciativa de sus adultos cuidadores, muchos de los cuales pueden estar altamente ansiosos con la seguridad de las vacunas, o preocupados en someter sus niños a procedimientos dolorosos ⁽⁶³⁾.

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 ⁽⁶⁴⁾.

Aplicando la teoría de actitud, en el distrito de Huamanguilla al igual que en otras regiones del País, el mayor porcentaje de las madres de familia tienen conocimiento deficiente sobre las inmunizaciones, nerviosismo y ansiedad a la hora de aplicación de las vacunas a sus hijos por el miedo a las reacciones adversas de las vacunas y por el proceso doloroso en el momento; pero a pesar de todo ello, muy curiosamente adoptan conducta de aceptación a la aplicación de las vacunas. En esta realidad, la receptividad de un servicio realizado básicamente por el Profesional de Enfermería es un momento favorable para el establecimiento de buena comunicación entre la enfermería y la clientela. La asistencia de enfermería al niño en una unidad básica de salud que implica la (re) construcción de una práctica de salud con relaciones de proximidad, acogimiento, interacción facilitadora y acciones educativas efectivas.

De acuerdo al análisis comparativo de los hallazgos de esta investigación y con el sustento de las citas bibliográficas, se infiere que 88,3% de las madres de niños menores de 5 años del distrito de Huamanguilla tienen actitud de aceptación a las inmunizaciones de sus niños, aunque con cierto nerviosismo en el momento de aplicación de las vacunas.

Con respecto a la importancia de la aplicación de las vacunas desde el punto de vista de las madres (Gráfico N° 04), demuestra que el mayor porcentaje 80,5% de las madres consideran muy importantes la vacunación a sus hijos y un porcentaje menor de 19.5% consideran no importante. Extrapolando estos resultados con otro estudio realizado por JUHÁSZ JUDIT, en 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 Eduvigis”. Puerto la Cruz. Anzoátegui. Venezuela-2008; encontraron resultados similares, en donde el 95% de las madres consideran que las vacunas son importantes y sirven para prevenir enfermedades y el 5 % respondieron que “no”⁽⁶⁵⁾.

De manera similar LANDÁZURI CHUMA, DIANA MARICELA Y NOVOA LANDETA IRALDA MARIBEL, en sus trabajos de investigación concluyeron que el mayor porcentaje 63% de madres de familia que concurren al Hospital San Luis de Otávula, conocen la importancia de la vacunación; mientras porcentaje menor de 37% manifiesta no conocer⁽⁵⁵⁾.

La inmunización se le define como un proceso por el cual se administra protección frente a una enfermedad infecciosa. También se define, como “La acción por medio de la cual se induce o aumenta la resistencia frente a una enfermedad infecciosa, habitualmente mediante la vacunación”. Por tanto, la importancia de las

inmunizaciones se define, en que las vacunas son el mejor desarrollo médico de la humanidad, porque previenen las enfermedades antes de que éstas sucedan, en tal sentido, en la actualidad miles de investigadores alrededor del mundo, viene desarrollando permanentes esfuerzos para provocar nuevas vacunas contra diversas enfermedades que son padecimientos auténticos de la salud humana. Dado el avance tecnológico y específicamente de las ciencias médicas, hoy la humanidad cuenta con las oportunidades de mantener un mejor estado de salud, como también, prevenir enfermedades; puesto que existen vacunas en diferentes fases de estudio o ya disponibles para enfermedades como: “Tuberculosis, Malaria, Dengue, Meningococo, Estafilococo Aureus Meticilino Resistente, Estreptococo Grupo B, Helicobacter Pylori, Influenza Aviar, Virus Sincitial Respiratorio, Cólera, Fiebre Tifoidea, Paratíficas, E. Coli, Adenovirus, VIH, Artritis Reumatoidea”; por tanto, destaca que el futuro de la medicina se está dirigiendo hacia la prevención; puesto que la inmunización es la mejor forma de prevenir enfermedades.

De acuerdo al análisis de los hallazgos obtenidos y resultado de las investigaciones citadas, se deduce que las madres a pesar de tener conocimiento deficiente sobre las inmunizaciones consideran de importancia la administración de vacunas a sus hijos; este criterio fue mentalizada de manera forzada por la madre probablemente por cumplir uno de los requisitos y mantenerse en programa juntos.

Al analizar el acceso de las madres a la información sobre vacunas (Gráfico N° 05), se encontró que la mayor proporción de 75,3% de madres han tenido acceso a la información y una proporción mínima de 24,7% no tuvo acceso a dicha información.

La información eficiente sobre las vacunas hacia las madres y población en general es una de las estrategias que juegan un papel fundamental en este tema desde

el punto de vista de salud pública, por lo 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; disminuyendo la morbilidad por enfermedades inmunoprevenibles.

Al relacionar nivel de conocimiento de las madres sobre las vacunas según fuente de información verbal (Cuadro N° 06), demuestra 96,1% de madres tienen conocimiento deficiente, de ellos, el 66,2% recibieron la información de Profesional de Enfermería, 19,5% de otros (amigas, vecinos, familiares), 13,0% del personal Técnico en Enfermería y solo 1,3% del personal médico; y finalmente de 3,9% de las madres con conocimiento regular recibieron la información del Profesional de Enfermería. Estos hallazgos es por una parte concordante con evidencias encontrados por MOUKHALLALELE (2009), en que las madres adquirieron mayor (50,39%); información de la enfermera y por otra parte discordante por el predominio de nivel de conocimiento regular con 60 (45,8%); seguido de la categoría médico (32,31%) donde igualmente presentaron un nivel de conocimiento regular con (47,62%). A diferencia de la categoría familia y amigos donde el nivel de conocimiento que predominó fue el deficiente con (55,56%) y (50%) respectivamente. Hace notar que las madres no obtuvieron un nivel de conocimiento excelente a través de la fuente de información verbal ⁽⁵⁷⁾.

Estudios internacionales muestran la relevancia de la práctica de enfermería para el éxito de la inmunización infantil ^(61,62). Las prácticas de inmunización son variadas e incluyen actos técnicos, así como relacionales, organizacionales y actividades de educación continuada ⁽⁶³⁾.

MINSA, reportó que de acuerdo a las evaluaciones institucionales se han encontrado nudos críticos en la que el personal de salud no brinda toda la información que los padres necesitan como: la naturaleza, consecuencias, beneficios de las vacunas; solo se limita a enfatizar la necesidad de vacunar y cumplir con la dosis. Por tanto, a falta de información adecuada y completa, las madres no regresan con sus hijos y no cumplen el calendario de vacunación. Esta función de información en algunos servicios del programa de inmunizaciones de salud es brindada generalmente por el personal Técnico de Enfermería⁽¹¹⁾.

PANIAGUA PENADO, en investigación “Nivel de conocimiento y medios de información sobre inmunizaciones en el Centro Materno Infantil Pachacamac - Lurín, Lima”, concluyó que las madres con grado de instrucción superior, procedentes de la región sierra tienen un bajo nivel de conocimiento, en cambio las madres de la región selva y costa tienen nivel de conocimiento medio sobre las vacunas. El personal que brinda información en el consultorio del programa de inmunizaciones es el personal Técnico de Enfermería⁽¹⁸⁾.

Por otro lado, HUANCA, L. (2001) trabajo de investigación titulado “Impacto de aceptación de las vacunas del PAI segunda generación en los padres de familia (Hospital Pediátrico Albina Patiño – Hospital Materno Infantil Germán Urquidí)” Bolivia. Los resultados confirmaron que el equipo de salud tiene conocimientos sobre las vacunas, pero no tienen la capacidad de transmitir la información completa. Por tanto, las madres de familia no recibían información completa sobre las vacunas y no tienen un conocimiento puntual; y como consecuencia bajas coberturas en vacunaciones y la mortalidad de niños en Bolivia por enfermedades prevenibles⁽³¹⁾.

DIETZY CUTTS (2006) señalan que por experiencia los mensajes masivos de

difusión para orientar y educar a la población con respecto al cumplimiento del calendario de inmunizaciones en la población infantil, constituyeron estrategias que han ayudado a incrementar los niveles de cobertura y a reducir la morbimortalidad por enfermedades inmunoprevenibles, por lo que el efecto de programas informativos para reforzar positivamente la práctica de inmunización en la población infantil debe ser un recurso necesario que se ofrezca a la comunidad para garantizar una cobertura adecuada de vacunación en la población infantil. Esta función de brindar información a las madres sobre el esquema de inmunizaciones debe ser cumplida por el personal de salud ⁽⁶⁶⁾.

En términos éticos, es un derecho del paciente tener acceso a cualquier información sobre su cuerpo, enfermedades, tratamientos, entre otras, y también porque el conocimiento amplía la eficacia de la cura. Así, tanto en la atención individual o de grupo como en los programas de salud, es fundamental considerar como tarea indispensable de los profesionales de salud el diálogo y los conocimientos, que pueden ampliar la autonomía de los pacientes y reforzar su condición de sujetos sociales, capaces de auto-cuidarse y de cobrar de las instituciones la atención a sus necesidades, incluyendo la vacunación de los niños.

La inmunización es una acción preventiva ofrecida a la población por los servicios de salud, siendo fundamental la actuación del profesional de Enfermería en el proceso salud-enfermedad y cuidado al niño y a la familia; porque el niño y la familia necesitan de varios cuidados a la salud, cualquier a que sea la fragilidad o el daño.

En base al análisis de los hallazgos de esta investigación y con el sustento de los resultados de las investigaciones citadas, se colige que las madres han adquirido mayor información sobre inmunizaciones del Profesional de Enfermería

(66,2%), seguido por otros fuentes (19,5%), personal Técnico en Enfermería (13,0%) y finalmente por personal Médico (1,3 %) donde predomina nivel de conocimiento deficiente respectivamente.

CONCLUSIONES:

1. Con los resultados expuestos anteriormente se concluye que existe un nivel de conocimiento deficiente sobre las enfermedades que previenen las vacunas en las madres de niños menores de 5 años de la jurisdicción del Centro de Salud de Huamanguilla.
2. Que 88,3% de las madres de niños menores de 5 años del distrito de Huamanguilla tienen actitud de aceptación a las inmunizaciones de sus niños.
3. Las madres a pesar de tener conocimiento deficiente sobre las inmunizaciones, muy curiosamente consideran de importancia la administración de vacunas a sus hijos; criterio probablemente asimilada de manera forzado por la madre por cumplir uno de los requisitos y mantenerse en programa juntos.
4. Las madres adquieren mayor información sobre inmunizaciones del Profesional de Enfermería (66,2%), seguido por otros fuentes (19,5%), personal Técnico en Enfermería (13,0) y finalmente por personal Médico, (1,3%) donde predomina nivel de conocimiento deficiente (96,1%) respectivamente.

RECOMENDACIONES

4

1. Que el Centro de Salud formule estrategias orientadas a sensibilizar y concientizar a las madres de familia mediante jornadas de actividades de promoción de salud sobre la importancia del cumplimiento del calendario de vacunación; con participación multisectorial por diferentes medios de comunicación.
2. Para las campañas de vacunación incorporar a los Vigías Escolares en Salud como canal de difusión mediante trípticos, volantes u otros medios informativos sobre la importancia de la vacunación, fechas y lugares del servicio de vacunación.
3. Realizar estudios de investigación con enfoque cualitativo.
4. Realizar estudios similares 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.

LIMITACIONES

Los resultados del estudio sólo son válidos y/o generalizables para la población en estudio; es decir, en las madres de los niños menores de 05 años que asisten al Centro de Salud Huamanguilla.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Reglamento de la Vacuna en el Reino de Guatemala, 1805. [Internet] 1805.
Disponible en: hist.library.paho.org/spanish/Bol/v70n6p512.pdf.
2. Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). [Internet] 2000 Disponible en:
www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task.
3. MENA C.E. Situación actual de la cobertura de inmunizaciones en la República Dominicana. Arch. Dom. de Pediatría, 1998.
4. TORIBIO, L. VARGAS, R; Y METTS, E. Cobertura de Vacunación en los Niños Menores de 5 años, en el Bano 27 de Febrero. [Tesis Doctoral]. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma de Santo Domingo 1999.
5. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización Informe de la Secretaría. OMS/Consejo ejecutivo. OMS: Ginebra. 2000.
6. ARCE, M. 40,000 Personas mueren en EE.UU. de enfermedades evitables con vacunas. [Internet].[www.Consumer Reports.org](http://www.ConsumerReports.org). [Acceso setiembre del 2013].
7. JOYCE C. Pasos para el éxito: Conseguir que los niños vacunados a tiempo. Pediatría Enfermería. 2007. S/L.
8. PETIT G, LETTELIER M, GAUVIN L, BOULIANNE N, VALIQUETTE L. Las prácticas de inmunización del personal de enfermería en los centros de salud de la comunidad. Puede J. Salud Pública. 2007.
9. PLUMRIDGE E, GOODYEAR-SMITH F, ROSS J. Enfermera y sociedad con los padres de los niños de las vacunas: un análisis de la conversación. J. Adv. Enfermería.2009.

10. VILLENA VIZCARRA, J. Decano del Colegio Médico del Perú. Cobertura de Inmunizaciones en el Perú. 2012.
11. MINISTERIO DE SALUD. Plan Nacional de Comunicación de Vacunación en las Américas y Trabajo de investigación en el Perú sobre Deserción en Inmunización. *www.peru.gob.pe/*.2009.
12. Informe Analítico de Inmunizaciones al 31 de diciembre del año 2012 del Centro de Salud de Huamanguilla.
13. GUTIERREZ VIVANCO, L. y ORÉ MENDOZA, R. “Nivel de conocimiento y su relación con la actitud hacia la vacuna contra el virus del papiloma humano en madres de escolares de 9 a 16 años del distrito de Pacaycasa. Ayacucho 2008” [Tesis de Licenciatura]. Facultad de Enfermería UNSCH; 2008.
14. ATAUPILLCO LOPEZ, Y. y ESCALANTE HUARCAYA, P. “Factores socioeconómicos y culturales relacionado al nivel de conocimiento sobre calendario de vacunación en madres de niños menores de 1 año en el centro de salud San Juan Bautista, Ayacucho 2012”, [Tesis de Licenciatura]. Facultad de Enfermería UNSCH; 2012.
15. CABRERA ANDIA, C. Y MONTES SALCEDO, M. Factores que influyen en la actitud de los padres de familia frente a la vacuna Pentavalente en niños menores de 1 año en el Asentamiento Humano Ñahuinpuquio distrito de San Juan Bautista setiembre – octubre 2002. [Tesis de Licenciatura]. Facultad de Enfermería UNSCH. 2002.
16. GARCÍA INGA, BELINDA OLGA. . “Factores relacionados con la deserción a la vacuna antisarampionosa en el Hospital Departamental de Huancavelica“. (Tesis para optar el Grado de Magister en Enfermería); Unidad Post Grado de Enfermería, UNH – Huancavelica 2001.

17. 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 para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería). Lima -Perú. Facultad de Ciencias de la Salud Escuela de Formación Profesional de Enfermería. UNMSM. 2007.
18. PANIAGUA PENADO, B. Nivel de conocimiento y medios de información de las madres de niños hasta un año de edad sobre inmunizaciones en el Centro Materno Infantil Pachacamac - Lurín. [Tesis de bachiller]. Facultad de Ciencias de la Salud Escuela de Enfermería, UNMSM. Lima. Perú. 2007.
19. CARRASCO MACSHA, A. "Conocimiento sobre inmunizaciones y factores socioeconómicos de madres de niños menores de un año Huaraz. [Tesis de Bachiller]. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo Huaraz, Áncash - Perú. 2007.
20. CERVANTES LOAYZA, MARTIN. Factores asociados al cumplimiento de los esquemas de vacunación en 7 áreas de Salud Huetar Atlántida. Costa Rica. [Internet]. 2002. Disponible en: www.ministeriodesalud.go.cr/.../2302-normativa-nacionaldevacunacion.
21. MORÓN DUARTE, LINA. y otros. Evaluación rápida de coberturas vacunales Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública. Bogotá. Colombia. Rev. salud pública vol.11 n.2 Bogotá Mar. /Apr. 2006.
22. GÓMEZ YSABEL, M, ONAIDA SÁNCHEZ. Creencias populares que tienen las madres sobre la vacunación en niños menores de 1 año. Carabobo. Venezuela. [Internet]. 2009. Disponible en: [tp://es.wikipedia.org/wiki/cstumbreInvestigacion.izt.uam.mx/hepa/Vacunas.pdf](http://es.wikipedia.org/wiki/cstumbreInvestigacion.izt.uam.mx/hepa/Vacunas.pdf).

23. FREDRICKSON, OP.CIT A BEDFORD, ELLIMAN Y OTROS. Varias razones para la negativa de los padres de inmunizar a sus hijos 2004. "Santa Eduvigis". Puerto la Cruz. Anzoátegui. [Internet]. 2008 disponible en: *ri.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/.../Tesis-PG-EM008%20J40.pdf*
24. FREDRICKSON, OP.CIT. A BALL, EVANS Y BOSTROM, MESZAROS Y COLS. Negocio riesgoso: "Desafíos en la comunicación de los riesgos de las vacunas 2004. Santa Eduvigis". Puerto la Cruz. Anzoátegui. [Internet]. 2008 disponible en: *es.scribd.com/doc./128632049/Tesis-Pg-Em008-j40*.
25. FREDRICKSON OP.CIT.A STEIN, PICKERING, TANNER Y MAZELLA, "La negativa del padre para inmunizar a un infante de 2 meses de edad". 2004 Santa Eduvigis". Puerto la Cruz. Anzoátegui. 2008 disponible en: *es.scribd.com/doc/128632049/Tesis-Pg-Em008-j40*.
26. RONDÓN. Cobertura de Vacunación de los niños del preescolar "El Muchachito" del Hospital Central Universitario y el nivel conocimiento de sus representantes sobre esquema ideal de vacunación Barquisimeto – 2008 [Tesis de grado de especialización]. Barquisimeto: Facultad de Medicina Universidad Centro – Occidental Lisandro Alvarado, 2008.
27. GASPAR, CALLEJÓN, DOMÍNGUEZ, GÓMEZ, GODOY Y PÉREZ. Conocimiento de las familias acerca de las vacunas infantiles. Servicio de Pediatría. Hospiten Rambla. Santa Cruz de Tenerife. [Internet]. 2005, disponible en: *www.hospiten.com/.../el-servicio-de-pediatría-de-hospiten-recibe-un-pre*.
28. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) y el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Realizaron un estudio de conocimientos, actitudes, prácticas en inmunizaciones. Comunidad Santa Eduvigis - caracas

- Venezuela 2008. Disponible en: es.scribd.com/doc/128632049/Tesis-Pg-Em008-j40.
29. DAYAN, ORELLANA, FORLENZA, ELLIS, CHAUI, KAPLAN Y STREBEL. Investigación para calcular la cobertura con el régimen de inmunización completo y con vacunas contra antígenos particulares en niños de 13 a 59 meses de edad en Buenos Aires, Argentina. 2004.
 30. FREDRICKSON, DAVIS, ARNOLD, KENNEN, HUMISTON, CROSS Y BOCCHINI. “La negativa de la inmunización en la infancia: Percepciones de los padres y del proveedor” (2004), Santa Eduvigés”. Puerto la Cruz. Anzoátegui. Venezuela [Internet] 2008.
Disponible en: es.scribd.com/doc/128632049/TesisPg/Em008-j4.
 31. HUANCA, L. Y COL. “Impacto de aceptación de las vacunas del PAI, segunda generación en los padres de familia Hospital Pediátrico Albina Patiño- Hospital materno infantil German Urquid. Cochabamba - Colombia- 2001.
 32. BARRIOS DE LEÓN. E. Evaluación de coberturas de vacunación. Guatemala. [Internet]. 2001 disponible en: cedoc.cies.edu.ni/digitaliza/t293/seccion1a.pdf
 33. ANZOÁTEGUI, V. Evaluación del Esquema de Inmunizaciones en Pacientes Pediátricos hasta los 6 años de edad que consultaron al Servicio de Emergencia, Hospital Universitario. Venezuela. 1999.
 34. MESZAROS, DAVID, BARON, HERSHEY, KRUNREUTHER Y SCHWARTZ - BUZZAGLO. Procesos cognitivos y decisiones de algunos padres de privarse de la vacuna Pertussis para sus hijos. Revista Journal 1998.
 35. [Internet] Disponible en: Investigación.izt.uam.Mx/hepa/Vacunas.pdf.
www.esmas.com/salud/saludfamiliar/adolescentes/337300.html.
 36. www.esmas.com/salud/saludfamiliar/adolescentes/337300.html.

37. [Internet]. Disponible en: *ww.minsa.gob.pe/webftp.asp.../inmunizaciones /NTINMUNIZACIONES.*
38. FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. Diagnóstico Perú. Disponible en: *www.unicef.org/perú.Pág No1. 2006.*
39. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS. Estrategia Sanitaria Nacional de inmunizaciones. Lima. Perú 2009.
40. MINISTERIO DE SALUD, USAID. Gerencia de Inmunizaciones. Perú 2010. Pág. 20, 17, 12, 28, 36,39.
41. VERNE, E. Inmunizaciones [Internet]. Inmunizaciones, en: *http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid, disponible el 2010-04-20*
42. Resolución Ministerial N°070-2011/MINSA.
43. MEDILINE PLUS. Inmunización o vacunación. [Internet]. 2009. Disponible en: *http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/immunization.html.*
44. UNICEF. USAID. Acciones Esenciales en Inmunización. Guía Práctica de Campo ISBN 0-9742991-2. Abril de 2007 (edición en Español) Pág. 16,177.
45. Resolución Ministerial No 510 - 2013. Norma Técnica de Salud que Establece el Esquema Nacional de Vacunación - NTS N° 080 - MINSA/DGSP.
46. MINISTERIO DE SALUD DEL PERU: Norma Técnica de Salud – Vacunación-080- MINSA/DGSPV.01-2008.Pág.18,20,24,32.
47. Sociedad Latinoamericana de Infectología y la Asociación Panamericana de Infectología (SLIPE y API) Vacunas actuales son eficaces y seguras. 2005.
48. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. (OPS). Vacunas. [Internet]2004.Disponible en:*books.google.com.pe/books?isbn=9275315965.*
49. Norma Técnica de Salud que Establece el Esquema Nacional de Vacunación. N° 080 - Minsa/dgsp v.03 – 2013.

50. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS - Perspectivas Transculturales en el Cuidado de Enfermería. Situación de la Población Infantil en el Perú- Modulo III.2008-pág.8.
51. [Internet]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/cstumbre>.
52. GARCÍA ARROYO, G Y VILLAMAR CEDEÑO, JESSICA. “Determinación del abandono y deserción del esquema de vacunas del Ministerio de Salud Pública en los menores de dos años que acuden al subcentro de Salud Colon, febrero - agosto del 2012”. [Tesis de grado de Licenciado en Enfermería]. Universidad Técnica de Manabí, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Enfermería.
53. FREITEZ, F. 2000. “Nivel de Conocimientos proporcionado a madres adolescentes durante el control prenatal en relación al cuidado del recién nacido. Servicio de Maternidad del Hospital Central” Antonio María Pineda. Barquisimeto. Periodo agosto – Noviembre 1999. 59p.
54. Valdivia, V. 2000. “Conocimiento de las madres adolescentes sobre los cuidados maternos del recién nacido”. Servicios de Ginec Obstetricia. Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda”. Barquisimeto. Enero 2000 – Febrero p. 56 .2000.
55. LANDÁZURI CHUMA, D. Y NOVOA LANDETA, I. Factores socioculturales que inciden en el cumplimiento el esquema de inmunización de niños menores de un año en consulta externa en el Hospital San Luis, de la ciudad de Otavalo, período 2009 – 2010.
56. CARRASCO P., GIL M., HERNÁNDEZ V. Y COLS. “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/72/72v07n04a13096681p df001.pdf>. Consultado: marzo 2008.

57. MOUKHALLALELESAMAN, K. “Factores que influye en el nivel de conocimiento de las madres sobre el esquema de inmunizaciones pediátricas. Servicio de cuidados intermedios. Hospital Universitario de Pediatría “Dr. Agustín Zubillaga”. Estado Lara. 2009. [Tesis para optar Grado de Especialista en Pediatría y Puericultura]. Barquisimeto. Postgrado de Pediatría y Puericultura de la Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado”.
58. ARBULÚ P., BUSTILLOS K., DELUCCHI C., GARCÍA K., HERRERA M. 1999. “Factores socioeconómicos y personales que influyen en el nivel de conocimiento sobre la atención del recién nacido en primíparas de la Victoria”. Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú; 1(1):pp.34-38.
59. BOSCAN 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.
60. LEBROM de la República Dominicana (2002).
61. AUSTIN H, CAMPION-SMITH C., THOMAS S., WARD W. “Dificultades de los padres con decisiones sobre inmunización de niñez. Comunidad Pract”. 2008.
62. JOYCE C. “Pasos a éxito: niños que se ponen vacunan el tiempo de don. Puericultora”. 2007.
63. PLUMRIDGE E., GOOD YEAR –SMITH F., ROSS J. “La Enfermera y el padre acompañan a niños shipduring vacunaciones: un análisis de conversación. J. Adv. Nurs”. 2009.

64. SALAZAR, J. "Psicología Social. 1era Ed. México: Las Trillas; 1992.
65. JUHÁSZ JUDIT. "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 Eduvigés". Puerto la Cruz. Anzoátegui. Venezuela- 2008 (Tesis de Grado de Especialista en Medicina Familiar). Universidad de Oriente Núcleo de Anzoátegui Postgrado de Medicina Familiar.
66. DIETZ V, CUTTS F. "Campaigns en el programa dilatado inmunization: una revisión de ventajas relatadas y desventajas". Int. La Salud Sirve. 1997.

ANEXO

TABLA N° 01

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE FAMILIA SOBRE LAS VACUNAS EN NIÑOS MENORES DE 05 AÑOS EN LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO DE SALUD DE HUAMANGUILLA, AYACUCHO - 2014.

Nivel de conocimiento de las madres.	Numero de madres	Porcentaje de madres
Regular	3	3.9%
Deficiente	74	96.1%
Total	77	100.0%

Fuente: Instrumento aplicado a las madres del Centro de Salud Huamanguilla, 2014.

TABLA N° 02

ACTITUD PREDOMINANTE EN LAS MADRES SOBRE LA VACUNACION EN NIÑOS MENORES DE 05 AÑOS EN LA JURISDICCION DEL CENTRO DE SALUD HUAMANGUILLA, AYACUCHO - 2014..

Actitud general	Frecuencia	Porcentaje
Aceptación	68	88.3%
Rechazo	9	11.7%
Total	77	100.0%

Fuente: Instrumento aplicado a las madres del Centro de Salud Huamanguilla, 2014.

TABLA N° 03
IMPORTANCIA DE LAS VACUNAS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LAS
MADRES DE FAMILIA EN LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO DE SALUD
DE HUAMANGUILLA, AYACUCHO - 2014.

Importancia de la vacuna	frecuencia	Porcentaje
No necesario	15	19.5%
Es muy importante	62	80.5%
Total	77	100.0%

Fuente: Instrumento aplicado a las madres del Centro de Salud Huamanguilla, 2014.

TABLA N° 04
ACCESO A LA INFORMACIÓN DE LAS MADRES SOBRE VACUNAS EN
LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO DE SALUD DE HUAMANGUILLA,
AYACUCHO - 2014.

Acceso a la información	Frecuencia	Porcentaje
Si	58	75.3%
No	19	24.7%
Total	77	100.0%

Fuente: Instrumento aplicado a las madres del Centro de Salud Huamanguilla, 2014.

TABLA N° 05
PRINCIPAL FUENTE DE INFORMACIÓN VERBAL SOBRE LAS VACUNAS A
LAS MADRES EN LA JURISDICCIÓN CENTRO DE SALUD DE
HUAMANGUILLA, AYACUCHO 2014.

Fuentes de información	Numero de madres	Porcentaje de madres
Enfermera	51	66.2%
Medico	1	1.3%
Técnico en enfermería	10	13.0%
Otros	15	19.5%
Total	77	100.0%

Fuente: Instrumento aplicado a las madres del Centro de Salud Huamanguilla, 2014.

ANEXO A

Test de Conocimiento Sobre Inmunizaciones en la Infancia

El presente cuestionario tiene como finalidad obtener información sobre aspectos relacionados con la inmunización, mediante su colaboración como madre de familia que tiene como requisitos niños menores de 5 años de edad, perteneciente al Distrito de Huamanguilla.

Se realizará dicha investigación para aplicar correctivos en atención primaria en salud en pro de su comunidad.

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

Por tanto, solicito de usted, la mayor colaboración que pueda brindar, respondiendo en forma sincera el presente instrumento. A la vez, se le garantiza que el mismo, es totalmente confidencial.

I.- DATOS GENERALES:

1. Recibió Ud. charlas de capacitación sobre las vacunas?

Sí ()

No ()

2. Si recibió, fue dada por:

a) Enfermera

b) Médico

c) Técnico en Enfermería

d) Otros (Familiares, vecinos, amigos, Medios de comunicación)

3. ¿Dónde recibió la información?

a) Centros de salud

b) Escuela o colegio

c) Comunidad

d) Otro lugar

II.- CONOCIMIENTO:

1. Las vacunas sirven para prevenir enfermedades.

a) Tuberculosis y hepatitis

b) Sarampión y paperas

c) Todas las anteriores

2. La vacuna Bacilo de Calmett y Guerin (BCG) protege contra:
 - a) Sarampión.
 - b) Tuberculosis.
 - c) No sabe
3. La vacuna Pentavalente protege contra:
 - a) Difteria, Tos ferina, Tétanos, Hepatitis B, Meningitis y Neumonía.
 - b) Sarampión, Papera, Rubéola, Fiebre Amarilla.
 - c) No sabe.
4. La vacuna SPR protege contra:
 - a) Rubéola, Sarampión, Papera.
 - b) Tétanos, Difteria, Tuberculosis.
 - c) No sabe.
5. La vacuna DPT protege contra:
 - a) Rubéola, Sarampión, Paperas.
 - b) Difteria, Tos ferina, Tétanos.
 - c) No sabe.
6. La vacuna Anti-Rotavirus protege contra:
 - a) Diarrea graves.
 - b) Gripe.
 - c) No sabe.
7. ¿Cuántas dosis de Vacuna Difteria, Tos ferina, Tétanos, Hepatitis B, Meningitis y Neumonía (Pentavalente) se coloca?
 - a) 1
 - b) 2
 - c) No sabe.
8. ¿Cuántas dosis de Vacuna Bacilo de Calmett y Guerin (BCG) se coloca?
 - a) 1
 - b) 2
 - c) No sabe
9. ¿Cuántas dosis de Vacuna contra la polio se coloca?
 - a) 1
 - b) 3
 - c) No sabe
10. ¿Cuántas dosis de Vacuna SPR se coloca?
 - a) 2
 - b) 4
 - c) No sabe
11. ¿Cuántas dosis de Vacuna contra el Rotavirus se coloca?
 - a) 1
 - b) 2
 - c) No sabe
12. ¿Cuántas dosis de vacuna contra la Hepatitis B se coloca?

- a) 1 b) 2 c) No sabe

13. ¿Qué vacuna protege a su hijo cuando presenta una herida?

- a) Antipolio.
b) Tétanos
c) No sabe.

14. ¿A qué edades se coloca el refuerzo de la vacuna Difteria, Tos ferina, Tétanos (DPT)?

- a) 18 meses y 4 años
b) 1 año y 2 años.
c) No sabe.

15. ¿A qué edades se coloca el refuerzo de la vacuna contra la Hepatitis B?

- a) 2, 4 y 6 meses
b) No se coloca
c) No sabe

16. ¿Qué vacunas necesita tu hijo para que esté protegido?

- a) Bacilo de Calmette y Guerin (BCG)
b) Todas las vacunas del Ministerio De Salud.
c) No sabe.

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

.....

18. ¿Un niño en tratamiento con antibióticos puede ser vacunado?

.....

19. ¿Niño que tiene familiar que ha convulsionado puede ser vacunado?

.....

20. ¿Todo niño que ha reaccionado mal a la vacuna puede vacunarse?

.....

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Valor de calificación: cada pregunta vale 1 punto:

Valor de Interpretación:

Muy Buena : 18- 20

Buena : 15 – 17

Regular : 11 – 14

Deficiente : ≤ a 10

ANEXO B

TEST DE LICKERT PARA EVALUAR LA ACTITUD DE LAS MADRES FRENTE A LA VACUNACION DE SUS HIJOS.

Solicitamos la mayor veracidad en su opinión, marcando con una x donde corresponda, considerando su respuesta en el ítem que está de acuerdo.

TA : Totalmente de acuerdo

A : Acuerdo

I : Indeciso

D : Desacuerdo

TD : Totalmente en desacuerdo.

PREGUNTA		T	A	I	D	T
1.	Las vacunas sirven para prevenir enfermedades, como TBC, Sarampión, Poliomielitis y otras enfermedades inmunoprevenibles.					
2.	No creo que la vacuna proteja, más por el contrario produce otros efectos secundarios.					
3.	Cuando un niño está con catarro o diarrea tiene que hacerse vacunar para lograr la eficacia de la vacuna.					
4.	La lactancia materna exclusiva protege a los niños de las enfermedades inmunoprevenibles.					
5.	Un niño en tratamiento con antibióticos tiene que ser vacunado.					
6.	Un niño con corta edad no debe vacunarse.					
7.	Muestra entusiasmo por cumplir con vacunación de su hijo.					
8.	Las enfermedades involucran fuerzas sobrenaturales					
9.	La tarjeta de vacunación con calendario actualizado es de mucha importancia para la salud del niño.					
10.	La medicina tradicional, ya sea indígena o no, es más que suficiente para prevenir enfermedades inmunoprevenibles en los niños.					
11.	Existen vacunas para prevenir enfermedades respiratorias y diarreas,					

12.	En la zona rural los niño tiene bajo riesgo de contagiarse de las enfermedades inmunoprevenibles					
13.	Es normal que las vacunas una vez administrada al cuerpo del niño que produzca algunas febrículas, dolorcitos en la zona de aplicación, mal estar general.					
14.	No es necesario hacer vacunar en la fecha programada para lograr la eficacia de la vacuna.					

INSTRUCTIVO DEL TEST DE LICKERT PARA EVALUAR LA ACTITUD DE LAS MADRES FRENTE A LA VACUNACIÓN DE SUS HIJOS.

La escala de Likert para medir la actitud que tienen las madres frente a la vacunación de sus hijos menores de 05 años; incluye 14 ítems, 07 reactivos positivos y 07 reactivos negativos cada uno con 05 alternativas.

- ✓ Ítems positivo : 1,3, 5, 7,9, 11, 13.
- ✓ Ítems negativos: 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14

CUADRO DE RESPUESTAS

Alternativas	Ítems positivos	Ítems negativos
TA : Totalmente de acuerdo	5	1
A : Acuerdo	4	2
I : Indeciso	3	3
D : Desacuerdo	2	4
TD: Totalmente en desacuerdo	1	5

ESCALA

Escala de evaluación de la actitud frente a la vacunación de sus hijos

Actitud favorable o de aceptación : 39 -70 puntos

Actitud desfavorable o de rechazo : 0 -38 puntos