



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

TESIS

**CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LAS INMUNIZACIONES
EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DE EDAD EN EL CENTRO
SALUD “CONDE DE LA VEGA BAJA” CERCADO DE LIMA-PERÚ,
AGOSTO – OCTUBRE-2015”**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA**

PRESENTADO POR:

FERNANDEZ CARDENAS, EDITT

ASESORA:

IDALIA MARIA CONDOR CRISOSTOMO

LIMA PERU 2019

**CONOCIMIENTO SOBRE LAS INMUNIZACIONES EN MADRES
CON NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DE EDAD EN CENTRO SALUD
“CONDE DE LA VEGA BAJA” CERCADO DE LIMA-PERÚ,
AGOSTO – OCTUBRE-2015”**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar el conocimiento de las madres sobre las inmunizaciones en niños menores de 1 año de edad en el centro salud “Conde de la Vega Baja” cercado de Lima-Perú, agosto – octubre-2015. Es una investigación Teniendo en cuenta la naturaleza del problema y los objetivos de presente estudio corresponde a una investigación de tipo cuantitativa de diseño descriptivo no experimental de nivel aplicativo ya que busca contribuir a solucionar un problema práctico inmediato de corte transversal se trabajó con una muestra de 32 madres, Es el cuestionario será utilizado para recolectar la totalidad de datos e instrumento básico de observación en la encuesta, permite de una manera sencilla obtener información sobre una amplia gama de aspectos o problemas definidos, mediante la formulación de preguntas basadas en las variables del estudio.

El cuestionario se caracterizara por presentar 25 preguntas cerradas las cuales abarcaran las tres dimensiones incluidas en el presentes estudio es decir abarcara la dimensión Generalidades de las inmunizaciones, Beneficios sobre las inmunizaciones, Tipos de vacuna, en relación a las presente dimensiones se realizara 2 o 3 por cada dimensión antes mencionadas, el tiempo de aplicación del cuestionario es aproximada mente 10 minutos, así mismo se realizara en el turno tarde.

La técnica: Encuesta será utilizada para la recolección de información, ya que permite obtener, de manera sistemática y ordenada, información sobre las variables que intervienen en la investigación.

CONCLUSIONES:

Se concluyo que el conocimiento de las madres sobre las inmunizaciones en niños menores de 1 año de edad en el centro salud “Conde de la Vega Baja” cercado de Lima-Perú, agosto – octubre-2015, se observa que existe un nivel de conocimiento medio, equivalente al 47%; un nivel bajo con un 34%; y solamente

19% tiene un nivel de conocimiento alto sobre las inmunizaciones en niños menores de 1 año de edad en el centro salud “Conde de la Vega Baja” cercado de Lima-Perú, agosto – octubre-2015

PALABRAS CLAVES: conocimiento de las madres sobre las inmunizaciones

SUMMARY

The objective of the present investigation was to determine the mothers' knowledge about immunizations in children under 1 year of age in the "Conde de la Vega Baja" health center near Lima-Peru, August-October-2015. It is an investigation Taking into account the nature of the problem and the objectives of this study, it corresponds to a quantitative research of a non-experimental descriptive design at the application level, since it seeks to contribute to solve an immediate practical problem of a cross-section. 32 mothers, It is the questionnaire will be used to collect all the data and basic instrument of observation in the survey, it allows in a simple way to obtain information on a wide range of aspects or defined problems, by formulating questions based on the variables of the study. The questionnaire will be characterized by presenting 25 closed questions which will cover the three dimensions included in the present study, that is, it will cover the general dimension of immunizations, benefits on immunizations, types of vaccine, in relation to the present dimensions, 2 or 3 will be carried out. For each dimension mentioned above, the time of application of the questionnaire is approximately 10 minutes, likewise it will be done in the late shift.

The technique: Survey will be used for the collection of information, since it allows to obtain, in a systematic and orderly manner, information about the variables that intervene in the investigation.

.

CONCLUSIONS:

It was concluded that the knowledge of mothers about immunizations in children under 1 year of age in the health center "Conde de la Vega Baja" near Lima-Peru, August - October-2015, it is observed that there is a level of knowledge medium, equivalent to 47%; a low level with 34%; and only 19% have a high level of knowledge about immunizations in children under 1 year of age in the health center "Conde de la Vega Baja" near Lima-Peru, August - October-2015

KEYWORDS: mothers' knowledge of immunizations

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESÚMEN	
ABSTRAC	
ÍNDICE	i
INTRODUCCIÓN	ii
	iii
	v
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Objetivos de la investigación	4
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación del estudios	5
1.5. Limitaciones	6
CAPITULOII: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	7
2.2. Base teórica	9
2.3. Definición de términos	55
2.4. Variables	55
2.4.1. Definición conceptual de las variables	55
2.4.2. Definición operacional de las variables	55
2.4.3. Operacionalización de la variable	56

CAPITULOIII: METODOLOGIA

3.1. Tipo y nivel de investigación	57
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	57
3.3. Población y muestra	58
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	58
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	59
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	59

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

60

CAPÍTULO V: DISCUSION

63

CONCLUSIONES

66

RECOMENDACIONES

67

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

68

ANEXOS

Matriz

Instrumento

INTRODUCCION

La presente investigación titulada: conocimiento sobre las inmunizaciones en madres con niños menores de 1 año de edad en centro salud “conde de la vega baja” distrito cercado de lima-Perú 2015. Tuvo como propósito dar a conocer el nivel de conocimiento sobre inmunizaciones.

El conocimiento sobre inmunización son agentes racionales y objetivos, que se traducen en un conjunto de acciones en el que interactúa el sujeto (madre), las vacunas (objeto) y el entorno que contiene todo lo que el agente conoce en un momento dado.

La inmunización sigue siendo considerada como una intervención eficaz que salva vidas y evita el sufrimiento; beneficia a los niños, no solo porque mejora la salud y la esperanza de vida, sino también por su impacto social y económico a escala mundial por ello desde la Cumbre del Milenio celebrada en el año 2000, la inmunización ha pasado a ocupar un lugar central como una de las fuerzas que impulsan las actividades encaminadas a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en particular el objetivo de reducir la mortalidad entre los niños menores de cinco años.

De modo que es de vital importancia que cada niño reciba el esquema completo de vacunas, según edades ya que si por cualquier motivo no se le ha administrado las vacunas antes de cumplir el primer año de vida, es posible que pueda adquirir algunas de estas enfermedades tales como : Tuberculosis meníngea, hepatitis “B”, Difteria, Pertussis, tétano , enfermedades invasivas provocadas por Haemophilus Influenza de tipo b , poliomielitis, diarrea severa causado por rotavirus, neumonía, meningitis, septicemia causado por estreptococo pneumoniae, influenza o gripe.

La aplicación de las vacunas en una población infantil tiene como fin último lograr la inmunidad colectiva, Es decir, tratar de minimizar la capacidad del agente infeccioso a mantenerse en circulación, reduciendo la probabilidad de encontrar susceptibles. Para ello se debe de cumplir con el calendario de vacunación

iniciándose al nacer, a la edad de 2, 4, 6 ,7 y 8 meses para considerarlo al niño como protegido contra las enfermedades inmunoprevenibles.

En el año 2003 quedaron sin inmunizar contra: la difteria, Pertussis y tétanos 27 millones de niños en todo el mundo, de ellos 9,9 millones en Asia meridional y 9,6 millones en el África. En general, las personas que quedan al margen de los programas de vacunación sistemática son las que viven en lugares aislados, barriadas pobres de las ciudades y zonas fronterizas; También incluyen a grupos indígenas, personas sin acceso a la vacunación a causa de distintas barreras sociales, personas que carecen de información o de motivación y personas que se niegan a vacunarse.

Según evaluaciones institucionales también se han encontrado nudos críticos como 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; a falta de información, las madres no regresan con sus hijos y no cumplen el calendario de vacunación, en algunos servicios de salud es el personal técnico de Enfermería quien brinda información en el consultorio del programa de inmunizaciones, no existe un sistema nominal, que permita realizar seguimiento, rotación permanente del personal capacitado en actividades de inmunizaciones. Así mismo encontramos: Constante migración de la población vacunada y comunidades dispersas lo cual no permite realizar el seguimiento estricto a los niños vacunados.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Plan de Acción Mundial sobre Vacunas, considera que la inmunización es una de las intervenciones de salud pública más eficaces, que permite evitar 2,5 millones de defunciones cada año. A pesar del extraordinario progreso logrado en gran parte del mundo en la reducción de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunación (EPV), los beneficios de la inmunización no se han extendido a todas las personas y muchos niños, adolescentes y adultos siguen muriendo o sufren innecesariamente como resultado de las EPV. Esta situación afecta el desarrollo económico debido a las pérdidas de productividad, genera elevados costos de tratamiento en la atención de salud y perjudica desproporcionadamente a los países de ingresos bajos y medianos. En seguimiento a los esfuerzos para lograr que todas las personas estén protegidas contra las EPV, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus aliados desarrollaron el Plan de Acción Mundial sobre Vacunas.(1)

El plan representa un esfuerzo para extender los logros en materia de inmunización al próximo decenio y más allá y para seguir exhortando a los

gobiernos a mantener el compromiso de proteger a sus poblaciones contra las EPV. Los Estados Miembros de la OMS respaldaron el GVAP en la 65.a Asamblea Mundial de la Salud, donde se aprobó la Resolución. El GVAP se basa en la Visión y Estrategia Mundial de Inmunización de la OMS, que se publicó en el 2005 como el primer marco estratégico de 10 años diseñado para incrementar al máximo los beneficios potenciales de la inmunización. El GVAP refuerza las metas existentes, propone nuevos objetivos estratégicos y puntos de referencia transversales durante el Decenio de las Vacunas (2010-2020) y establece directrices para vigilar y evaluar las repercusiones del plan. Más de 1.100 personas de 140 países y 290 organizaciones contribuyeron a la formulación del plan. El marco de vigilancia y rendición de cuentas es el mecanismo propuesto para monitorear y evaluar los progresos de los programas de vacunación de los 194 Países Miembros de la OMS, distribuidos en sus seis regiones. El resultado más importante es que la aplicación eficaz del GVAP contribuirá a la salvación de 24,6 a 25,8 millones de vidas entre el 2011 y el 2020. En las Américas, el GVAP complementará la Visión y Estrategia Regional de Inmunización, plan elaborado para adaptar la GIVS a las prioridades regionales. Los mecanismos de notificación para monitorear el progreso regional de la RIVS serán usados para vigilar la ejecución del GVAP.(1)

El GVAP tiene siete indicadores correspondientes a las cinco metas principales del plan y 16 indicadores correspondientes a sus seis objetivos estratégicos. Se espera que la recopilación de datos para estos indicadores sea una responsabilidad compartida entre los participantes en todos los niveles de la comunidad de inmunización. En la práctica, la mayor parte de los indicadores de la vigilancia e impacto se basan en información que ya se recopila sistemáticamente en la Región de las Américas. Los Niños menores de 2 años en el Perú son los más susceptibles de enfermar y morir, siendo una de las formas más efectiva de control, por medio de la inmunización. En el país durante los años 70 y 80, las enfermedades inmunoprevenibles figuraban entre las diez primeras causas de morbimortalidad infantil.

Actualmente, estas enfermedades disminuyeron progresivamente, conforme se incrementó las coberturas de vacunación, debido a las acciones regulares de vacunación, que han sido fortalecidas con las jornadas nacionales, la participación activa los trabajadores de salud, los padres de familia y la comunidad organizada, sobre todo, por la labor del Enfermero, al ser responsable de organizar, ejecutar y evaluar todas las actividades de vacunación dentro del primer nivel de atención como en las comunidades.(1)

En el Perú, muchas familias (padres y madres), especialmente los jóvenes y en áreas urbanas, desconocen las características clínicas de las enfermedades que antes eran muy frecuentes, como el sarampión, la difteria o la tos ferina; lo cual, puede condicionar que se le reste importancia a la vacunación en su papel protector contra enfermedades, al no tener clara noción de la gravedad de estas entidades nosológicas. Contrariamente a esto, la población es muy sensible a la información sobre los eventos adversos graves supuestamente atribuidos a la vacunación.

En Tacna, el año 2013, las coberturas de vacunación alcanzadas fueron por debajo del 95%, para las distintas vacunas en menores de 1 año: BCG de 94,31%; H.VB. 87,02%; Antipolio 87,30%; Pentavalente 87,31%; Rotavirus 80,60%; Neumococo 70,77%; SPR 85,76% (ASIS DIRESA-T 2012; 6). Para el año 2011, la situación es casi similar: BCG (91,12%); H.VB. (91,44%); Antipolio oral (87,3%); Pentavalente (86,9%); 9

Rotavirus (83,60%); Neumococo (88,2%); SPR (87,3%). En ambos años la cobertura de DPT fue también por debajo del 95% que es lo recomendado por la OMS, quedando grupos de niños menores de 2 años susceptibles a enfermar (ASIS DIRESA-T 2013) (5). Tal es así, que en agosto del 2013, se inicia el brote de Tos Ferina en el distrito de Ciudad Nueva y posteriormente se diseminó al distrito Gregorio Albarracín; entre el 22 de agosto al 31 de diciembre se confirmaron 24 casos de Tos ferina de 64 sospechosos notificados, siendo principalmente afectado los niños menores de 1 año. (DEEPI, Informe inicial de brote, 2013). Durante la investigación, al

interactuar con las madres se observó aspectos negativos y de rechazo a la vacunación de sus niños, refiriendo que “tienen miedo que le de fiebre”, “cuando está enfermo no lo pueden vacunar”, “no tengo dinero”, “está bien alimentado no necesita de vacunas”, “Cuando voy al centro no están vacunando” entre otras expresiones. Es decir, se pudo identificar un nivel de conocimiento sobre inmunizaciones no aceptables e incorrectas en tal población. (2)

Sumado a lo anterior se destaca las características de los factores sociodemográficos de las madres, que para el caso del nivel de conocimiento sobre este tema, es importante considerarlo, dado a que principalmente en los conos de la Ciudad de Tacna, residen alrededor del 80% de población procedente de Puno y otras regiones, arraigados a sus costumbres y cultura de origen; con niveles de instrucción primaria y secundaria en su mayoría, ingresos económicos medio-bajo, ocupación mixta eminentemente comercial, madres adolescentes y jóvenes; con más de 2 hijos en promedio; madres con estado civil soltera y conviviente; lo cual, hipotéticamente son preponderantes e influyentes a un nivel de conocimiento no aceptable para la estrategia sanitaria de Inmunizaciones, ya que esto dificulta las coberturas de vacunación en los niños.(2)

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

- ¿Cuál es el conocimiento de las madres sobre las inmunizaciones en niños menores de 1 año de edad en el centro salud “Conde de la Vega Baja” cercado de Lima-Perú, agosto – octubre-2015?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo General

- Determinar el conocimiento de las madres sobre las inmunizaciones en niños menores de 1 año de edad en el

centro salud “Conde de la Vega Baja” cercado de Lima-Perú, agosto – octubre-2015.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Determinar el conocimiento de las madres sobre las inmunizaciones en niños menores de 1 año de edad en la dimensión tipo de vacunas en el centro salud “Conde de la Vega Baja” cercado de Lima-Perú, agosto – octubre-2015.
- Determinar el conocimiento de las madres sobre las inmunizaciones en niños menores de 1 año de edad en la dimensión cuidado en el centro salud “Conde de la Vega Baja” cercado de Lima-Perú, agosto – octubre-2015.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación fue importante porque al haber tomado en cuenta los niveles de conocimiento sobre inmunizaciones de las madres, resulta una base sustancial para el profesional de Enfermería de la Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones del Centro de Salud conde de la vega baja, en la toma de decisiones del marco contextual de políticas sanitarias en medidas educativas para mejorar el nivel de conocimiento de este tema.

Además, otorga importancia práctica que beneficiará a las madres y sus niños menores de 1 años, pues los resultados orientan a proponer un plan de acción a fin de incrementar los conocimientos sobre las inmunizaciones y la cobertura de vacunas, contribuyendo a la disminución de las ideas falsas, mitos, opiniones negativas sobre la vacunación; además, la posibilidad de que ocurran enfermedades prevenibles por vacunas será menor. Por otro lado, se beneficia el C. S. conde de la vega baja, porque si disminuye las enfermedades inmunoprevenibles se reduce el gasto en los servicios, lo que constituye un beneficio económico; por este motivo desarrollo esta

investigación, en el cual, el profesional de Enfermería asume un rol vital, pues se ocupa de las respuestas de las personas a los niveles de conocimiento que amenazan su bienestar.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El alcance de la investigación es educar a las madres acerca del esquema de inmunizaciones, para así disminuir la morbilidad infantil por enfermedades prevenibles por vacunas. La información emitida por esta investigación, contribuirá a mejorar la pedagogía del esquema de inmunizaciones hacia la población, en especial a las madres, así mismo, sentara las bases para la elaboración de un programa de estudio que mejore la enseñanza de las inmunizaciones, en el cual se integre alas madre, ya que ellas son fundamentales para el cumplimiento de las mismas.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1 Antecedentes Internacionales:

RODRÍGUEZ HEREDIA, Odalys; CASTAÑEDA SOUZA, Adalis (Cuba 2009); realizaron un estudio de “Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos a madres de niños vacunados hasta los 18 meses”, en cuyos resultados encontraron que antes de recibir las labores educativas eran escasos los conocimientos que poseían las madres acerca de la importancia de la inmunización para sus hijos, cuáles vacunas se le ponen hasta los 18 meses, el concepto de la misma así como las enfermedades eliminadas en nuestro país y las protegidas por las vacunas. Así como sus contraindicaciones y las reacciones adversas que pueden producirse en el momento de la inmunización. Concluyeron que al inicio de la investigación las madres tenían poco conocimiento sobre las vacunas que se le ponen a sus hijos, luego de la intervención se logró un aumento significativo del mismo, por lo que se consideró efectiva la intervención.(3)

KARIM MOUHALLALELE SAMAN “Factores que influyen en el nivel de conocimiento de madres sobre el esquema de inmunizaciones pediátricas” AÑO: 2008. Con el propósito de determinar los factores que influyen en el nivel de conocimiento de las madres sobre el esquema de inmunizaciones pediátricas en el servicio de cuidados intermedios V del hospital universitario de pediatría. Durante los periodos octubre diciembre el 2008. Se realizó un estudio descriptivo transversal en 300 madres de pacientes hospitalizados; a quienes se les aplicó consentimiento informado, entrevista estructurada. Una vez aplicada la entrevista se analizaron todos los datos obtenidos en forma numérica y porcentual, representadas en cuadros y gráficos. Predomina el conocimiento regular con 47.67% y deficiente con 37%. Según edad predomina la madre adulta joven 76%.(4)

2.2.2 Antecedentes nacionales

CARRASCO MACSHA, Alfredo Darío (Perú, 2007); estudio “Conocimiento sobre inmunizaciones y factores socio económicos de madres de niños menores de un año”. Señaló en su resultado que para verificar la relación de variables se utilizó la prueba de Chi cuadrado (X^2) llegando a las siguientes conclusiones: La mayoría de madres presentaron nivel de conocimiento medio y bajo solo el 5 % alto. Concluyó que se encontró una relación estadísticamente significativa entre las variables, factores socioeconómicos: Grado de instrucción, procedencia, y el nivel de ingreso económico.

El estudio “Factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación en las madres con niños menores de un año en el Centro de Salud de Mala “. Tuvo como objetivo determinar los factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación en las madres con niños menores de un año. Material y

Método. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformado por todas las madres que acudieron a vacunar a sus niños menores de un año al consultorio de Enfermería del Centro de Salud de Mala, durante el mes asisten un promedio de 80 madres con niños menores de un año. La muestra fue obtenida mediante el muestreo probabilístico de proporción para población finita, aleatoria simple conformado por 44 madres. La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo cuestionario. Resultados .Del 100% (44); 59% (26) de las madres refieren que los factores están presente y 41% (18) ausentes. Conclusiones. Los factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación en las madres con niños menores de un año; en un mayor porcentaje están presentes, referido al ingreso económico, gasto de pasaje para ir a vacunar al niño, la creencia sobre las vacunas, gratuidad de las vacunas, el trato del personal de Enfermería, la información de las citas posteriores y de las reacciones post vacúnales, seguido de un porcentaje considerable de madres que refieren que están ausentes, por la ocupación de la madre, le es difícil llevar a vacunar al niño si gastara pasajes, contraindicación de las vacunas, que la vacuna pentavalente protege contra cinco enfermedades, la accesibilidad al servicio, el tiempo de espera.(5)

2.2 BASE TEÓRICA

2.2.1 CONOCIMIENTO EN INMUNIZACIONES

a. La Inmunización:

Es la administración de un antígeno por primera vez con la finalidad de inducir una respuesta inmunitaria primaria que garantice una respuesta subsiguiente, mucho más intensa y por tanto protectora.

La inmunización es proceso de medida urgente. Todo niño necesita haber recibido una serie de vacunas antes de cumplir el primer año de vida. La inmunización ofrece protección contra varias enfermedades peligrosas. Un niño que no esté vacunado tiene muchas más probabilidades de contraer enfermedades, de quedar permanentemente incapacitado o de sufrir desnutrición y morir.

Es posible vacunar sin riesgo alguno a un niño que padezca una enfermedad leve, una discapacidad o que se encuentre desnutrido. El uso de la vacunación para prevenir una enfermedad lo hizo por primera vez con éxito Jenner en 1796 cuando utilizó el virus de la vacuna contra la viruela. Desde entonces, la vacunación y la inmunización han sido reconocidas como una estrategia preventiva eficaz para varias enfermedades contagiosas y ahora se desarrollan para controlar algunas enfermedades no transmisibles. Se estima que la inmunización evita en la actualidad cerca de 2,5 millones de muertes cada año, se salvan vidas de enfermedades como la difteria, el tétanos, la tos convulsiva y el sarampión. El objetivo final de la inmunización es la erradicación total de las enfermedades contagiosas. Los beneficios de la inmunización han tenido un profundo efecto en las poblaciones, no sólo para prevenir las enfermedades, sino para permitir que los recursos que antes eran necesarios para tratar las enfermedades se destinen a otras prioridades en salud. Las poblaciones con mejor salud aportan un beneficio económico y pueden contribuir más a la sociedad.(6)

La inmunización puede ser de dos tipos:

- ✓ Inmunización activa
- ✓ Inmunización pasiva

- **ACTIVA** Es la protección producida por el propio sistema inmunológico de las personas, generalmente es permanente.
- **PASIVA** Protección obtenida a través de la transferencia de anticuerpos humanos o de animales. Genera una resistencia rápida sin que se ponga en marcha una respuesta inmunitaria activa. La protección es temporal y puede durar semanas o meses.

Beneficios de la Inmunización:

La vacunación es una de las intervenciones preventivas fundamentales porque permite evitar que las personas enfermen y favorece la erradicación de enfermedades.

La inmunización protege de las enfermedades y favorece en el crecimiento y desarrollo de los niños, contra algunas de las enfermedades más peligrosas de la infancia. Un niño puede ser inmunizado mediante vacunas inyectables o administradas por vía oral que evita entre 2 y 3 millones de muertes al año. La inmunización protege desde los lactantes hasta los ancianos frente a enfermedades como la difteria, las hepatitis A y B, el sarampión, la parotiditis, las enfermedades por neumococos, la poliomielitis, la diarrea por rotavirus, el tétanos o la fiebre amarilla.

Los beneficios de la inmunización se están extendiendo cada vez más a los adolescentes y los adultos, proporcionándoles protección frente a enfermedades potencialmente mortales como la gripe, la meningitis o algunos tipos de cáncer (por ejemplo, del hígado y del cuello del útero).

Sin embargo, cada año hay más de 20 millones de lactantes que no reciben las vacunas habituales, y más de 1,5 millones de

menores de 5 años que mueren por enfermedades que podrían evitarse con las vacunas existentes.

b) Intervención educativa

El personal de enfermería juega un papel fundamental en el tema de la vacunación debido, por un lado, a su vertiente técnica (mantenimiento de la cadena del frío) y por otro la vertiente de atención directa (administración de vacunas) en el centro sanitario o en el medio escolar.

En los centros sanitarios se debe designar entre el personal de enfermería un responsable de vacunaciones encargado de gestionar la provisión de vacunas, la logística de la cadena de frío, evaluar la actividad asistencial y educativa relacionada con la vacunación, supervisar el sistema de registro.(7)

Estándares para la práctica de vacunas en enfermería

- Motivación y formación continuada sobre vacunación del profesional de enfermería.
- Facilidad de acceso a los servicios vacúnales (flexibilidad de horarios, citas, etc.).
- Eliminación de la burocracia innecesaria para hacer efectiva la administración de una vacuna.
- El coste de la vacuna debe ser bajo o gratuito
- Aprovechar cualquier ocasión para vacunar al paciente (vacunación oportunista).
- Educación sanitaria de la población para vencer las barreras, miedos y falsas concepciones sobre vacunación.

- Encuesta vacunal previa para detectar contraindicaciones o identificar situaciones especiales.
- No administrar la vacuna sólo en el caso de contraindicación correctamente establecida (evitar falsas contraindicaciones).
- Registro adecuado de las acciones vacúnales.
- Coordinación de los calendarios vacúnales con otros calendarios preventivos y asistenciales.
- Notificación correcta de efectos adversos.
- Disponibilidad de tiempo necesario para administrar adecuadamente las vacunas.
- Existencia de infraestructura y apoyo institucional necesario.

c) Conocimiento:

El conocimiento tiene un carácter individual y social; puede ser: personal, grupal y organizacional, ya que cada persona interpreta la información que percibe sobre la base de su experiencia pasada, influida por los grupos a los que perteneció y pertenece. También influyen los patrones de aceptación que forman la cultura de su organización y los valores sociales en los que ha transcurrido su vida. Esto determina que el conocimiento existe, tanto en el plano del hombre como de los grupos y la organización, y que estos se encuentran determinados por su historia y experiencia social concreta.

El diccionario de la real academia española, define al conocimiento como la acción de conocer. Conocer es adquirir la noción de las cosas, mediante el entendimiento. Es una relación que se establece entre el sujeto que conoce y el objeto conocido.

Mario Bunge (1985), define el conocimiento como un “conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados, fundados, vagos e inexactos” en base a ello tipifica el conocimiento científico, ordinario y vulgar, el primero lo identifica

como un conocimiento racional, cuántico, objetivo, sistemático y verificable a través de la experiencia y el conocimiento vulgar como conocimiento vago e inexacto limitado a la observación.

El conocimiento puede ser entendido, con relación a Datos e Información, como "información personalizada"; con relación al estado de la mente, como "estado de conocer y comprender"; puede ser definido también como "objetos que son almacenados y manipulados"; "proceso de aplicación de la experiencia"; "condición de acceso a la información y potencial que influye en la acción".

El conocimiento puede ser transmitido de un sujeto a otro mediante una comunicación formal, se habla de conocimiento explícito. En cambio, si el conocimiento es difícil de comunicar y se relaciona a experiencias personales o modelos mentales, se trata de conocimiento implícito.(8)

En el nivel de conocimiento

los sistemas son agentes racionales; el medio es el conocimiento; los componentes son objetivos, acciones y cuerpos: un agente está compuesto por un conjunto de objetivos, un conjunto de acciones, un cuerpo físico con el que interactúa con el entorno y un cuerpo de conocimientos que contiene todo lo que el agente conoce en un momento dado. La ley de comportamiento es el principio de racionalidad: si un agente tiene el conocimiento de que una de sus acciones le conduce a uno de sus objetivos, seleccionará esa acción, que se complementa con dos principios auxiliares: si dos acciones conducen al mismo objetivo, el agente selecciona ambas y si un conjunto de acciones conduce a un objetivo y otro conjunto a otro objetivo, el agente selecciona la intersección de los dos conjuntos de acciones. No hay leyes de composición para construir un sistema en el nivel de conocimiento: un agente tiene siempre los componentes mencionados.(8)

d) Rol de la madre:

La función de la madre, es ayudar a su hijo a tener disciplina para llegar, tener un sueño que alcanzar, tener las herramientas útiles para lograrlo, descubrir su potencial, estar dispuesto a aprender cada día algo nuevo. La madre, debe comprender, que no solo él está en proceso de crecimiento y madurez, a la misma vez, ella está aprendiendo, creciendo, madurando, conociendo nuevos horizontes y nuevas experiencias, ella también tiene sus sueños, sus metas, sus habilidades, capacidades, y debe intentar día a día de descubrirlas y desarrollarlas, aprender a tomar las mejores decisiones, y ser responsables por ellas.

Los hijos no aprenden solo oyendo, sino también viviendo, y de la experiencia misma que le aportan sus padres, por ello, mientras la madre está criando, ella misma, debe fijarse sueños, metas, debe descubrir las herramientas que puede usar, debe continuar creyendo en ella misma, avanzar, alcanzar madurez, y este aprendizaje, le redundara en mayor aprendizaje para su hijo, cuando los padres son triunfadores, y siguen avanzando hacia el triunfo, enseñan no solamente teóricamente, sino también empíricamente a sus hijos a ser triunfadores. Habrán momentos, en los que nos sentiremos, que nos estamos equivocando como madres, que no sabemos cómo ser madres, y que lo estamos arruinando todo, pero lo importante es continuar haciendo el trabajo, y luchar cada día, por hacerlo cada vez mejor, lo que no supe ayer, lo he aprendido hoy, y lo que no se hoy, tratare de aprenderlo mañana, pero continuar intentando, hasta que veamos los resultados esperados, no rendirnos es nuestro lema. Ser madre es todo un reto, pero no rendirnos es toda una gran y poderosa victoria.(9)

2.2.2 ROL DE LA ENFERMERA EN LA INMUNIZACIÓN:

En el caso concreto de la enfermería, las actividades se encaminan hacia los cuidados de la salud. Estos, a su vez, han ido variando en relación a los requerimientos sociales de cada momento. Hasta hace muy poco el concepto de salud sólo contemplaba a la persona enferma y todas las profesiones sanitarias centraban su atención en ella.

El rol de la enfermera(o) en los programas y estrategias se verá a medida que en la práctica se vaya definiendo, pero siempre será de quien fomente la participación activa de la persona en todas las fases, de quien les ayude mientras no se puede valerse por sí mismo.

En la forma como se incorporen los conocimientos y en la medida que contribuya a modificar hábitos de vida y conductas erradas de las personas en relación al cuidado de su salud y prevención de enfermedades, se puede afirmar que se ha logrado el objetivo de “Educar”, instrumento utilizado como parte de la atención integral que brinda la enfermera en la entrevista con la madre, familia y comunidad. En este contexto se sitúa lo que conocemos como “Enfermería Comunitaria”, cuyo núcleo principal es la atención primaria (Centro de salud, consultorios de atención primaria) donde se desarrollan actividades para promover, prevenir y en caso de pérdida, restaurar la salud.(10)

El papel de la enfermería en la vacunación: Además de administrar, gestionar y mantener las vacunas no nos puede ser ajeno nada relacionado con ellas. Se tiene que tomar en cuenta cada novedad para poder atender con garantía a toda la población. La vacunación es un acto primordial para favorecer la salud colectiva potenciando lo individual y buena prueba de ello son las enfermedades erradicadas o en proceso de erradicación a través de

las vacunas (viruela, sarampión y polio). La vacuna, en efecto, es el arma más adecuada para erradicar tanto sarampión como polio de una vez de este planeta, pero sólo con su existencia no lo lograremos. Para conseguirlo hacen falta coberturas vacúnales elevadas (95% o más) que deben perpetuarse en el tiempo hasta la completa extinción en todo el mundo. Tampoco deben existir bolsas marginales con bajas coberturas donde la enfermedad pueda perpetuarse. (10)

Es aquí, donde debe estar la enfermería de cada país y de cada comunidad, desarrollado hasta el último rincón del tercer mundo, con la preparación y los medios adecuados para conseguirlo. La labor de la enfermería llevando un control y registro es una base sin la cual no se podría llevar a cabo esta tarea. La labor divulgativa es también muy importante, resolviendo las dudas, inquietudes o preocupaciones que pueda tener la sociedad en general y los individuos en particular sobre el tema, no sólo la población general sino las autoridades sanitarias y otros colectivos dentro de la sanidad se van dando cuenta del papel tan importante que la enfermería tiene.

El compromiso de la enfermería con las vacunas es total, en ningún otro campo de la salud abarca más. Cada vez más, la consulta de enfermería es autosuficiente en este campo y, poco a poco, la gente va reconociendo nuestra solvencia tanto en éste como en otros apartados. (10)

Cadena de Frío:

La cadena de frío es una cadena de suministro de temperatura controlada. Una cadena de frío que se mantiene intacta garantiza a un consumidor que el producto de consumo que recibe durante la producción, transporte, almacenamiento y venta no se ha salido de

un rango de temperaturas dada. Otra definición de la cadena de frío es en la industria farmacéutica, pasa por la serie de elementos y actividades necesarias para garantizar la potencia inmunizante de las vacunas desde su fabricación hasta la administración de éstas a la población.

La cadena de frío es uno de los componentes más importantes (Programa Ampliado de Inmunización "PAI") o (Estrategia Sanitaria Nacional de inmunizaciones" ESNI"), en síntesis, la cadena de frío es el proceso de conservación de las vacunas.

Es todo proceso que permite mantener las vacunas, en este caso del PAI o ESNI a temperatura de los límites del frío que les permite conservar su potencia, desde el lugar donde son producidas en el nivel central, hasta que son aplicadas, en el nivel local.

Las condiciones de almacenamiento y conservación de vacunas, no son ideales, se consideran estas como: "El sistema logístico y táctico que comprende al personal, equipo, normas y procedimientos encaminados al adecuado almacenamiento, conservación, transporte, distribución y aplicación del producto biológico, desde el lugar de su producción, hasta que se administra a la población beneficiaría, con el fin de que las vacunas mantengan adecuadamente sus características y se apliquen con su poder antigénico intacto.

- a. **NIVEL CENTRAL.-** A nivel nacional o central, está habilitado con cámaras frigoríficas para mantener temperaturas de refrigeración y congelación, con capacidad para almacenar vacunas por amplios períodos de tiempo. Se dispone también de equipos frigoríficos para congelar paquetes de frío.

- b. **NIVEL REGIONAL.-** Constituye el segundo nivel de la cadena de frío, localizado en los departamentos o provincias. Disponen de

refrigeradores para almacenar y conservar inmunobiológicos por periodos limitados de tiempo, disponen asimismo, de equipo adicional para congelar paquetes de frío.

- c. **NIVEL LOCAL.**- Ubicado en hospitales, centros y puestos de salud, zonas rurales, etc. Cuentan con refrigeradores y/o complementarios para mantener los inmunobiológicos por cortos periodos de tiempo.(11)

Mantenimiento de la cadena de frío

Se denomina cadena o red de frío al sistema de conservación estable y controlada (temperatura idónea), manejo, transporte y distribución de las vacunas, que permita conservar su eficacia desde su salida del laboratorio fabricante hasta el lugar donde se va a efectuar la vacunación.

Elementos de una cadena de frío en los puntos de vacunación

Equipamiento material: Frigoríficos

Es el elemento más adecuado para el almacenamiento cuando no se necesita una gran cantidad de almacenaje, como en los centros de vacunación:

- a) **Para la adquisición del modelo el modelo más adecuado, es preciso un estudio de las necesidades considerando:**
 - Capacidad: determinada por el volumen medio de vacunas a almacenar.

- Idoneidad: se elegirán frigoríficos dotados de termostato (2-8 °C) y congelador que proporcione una temperatura entre -15° y -25° C.
- Capacidad de congelación de acumuladores de frío.
- Fuentes de energía y duración de la conservación de frío (sobre todo en lugares de aprovisionamiento intermitente de energía): Estar dotado de sistemas de alarma y generadores eléctricos de emergencia que se activan si se desconecta accidentalmente el refrigerador.
- Fiabilidad y disponibilidad de piezas de recambio.

b) Instalación:

- En el lugar adecuado de almacenamiento, resguardado de toda fuente de calor, a unos 15 cm de distancia de la pared para permitir que el calor se disperse.
- Conectarlo a la red general, no a derivaciones, para evitar desconexión accidental.

c) Instalar un termómetro de máximas-mínimas dentro del refrigerador, en la parte central (nunca en la puerta) para verificar la temperatura, así como un termógrafo, que registra la estabilidad y posibles cambios.

d) Las bandejas para contener vacunas deben ser de malla metálica o tener perforaciones en la base para evitar acumulación de líquidos. Así, los frascos y ampollas se mantienen limpios y secos y se facilita la circulación de aire frío en el interior del frigorífico. Las bandejas se

usan para mantener las neveras ordenadas y los frascos clasificados, lo cual facilita la identificación de cada vacuna.

e) En el compartimento del congelador, colocar acumuladores de frío (bolsa Ice-Pack) y en los estantes inferiores, botellas llenas de suero fisiológico ya que ayudan a estabilizar la temperatura interna del frigorífico y mantienen una red de frío de seguridad (durante 6-12 horas) en caso de avería.

f) Descongelar periódicamente (él acumulo de escarcha disminuye la capacidad frigorífica).

h) Recomendaciones de Almacenamiento:

- El total de vacunas, solventes y botellas de agua debe ocupar como máximo la mitad del espacio disponible en la nevera. Si ocupa un espacio mayor puede no existir la suficiente circulación de aire para mantener las vacunas a la temperatura adecuada.
- No almacenar ningún otro material (alimentos, bebidas, etc.), en un frigorífico destinado a vacunas. El calor que desprenden los alimentos o bebidas y el número de veces que se abre la puerta para meterlos o sacarlos, pone en peligro la estabilidad de la temperatura interna de la nevera.

Ubicación:

- No guardar las vacunas en los estantes de la puerta del frigorífico al ser un lugar donde la temperatura es más elevada y no se mantiene constante. Guardar en los estantes centrales dejando espacio alrededor de las cajas y evitando que toquen las paredes del frigorífico.

- Las vacunas de uso más frecuente se deben almacenar en las zonas más accesibles para limitar el número y duración de aperturas en la puerta
- Las vacunas con fecha de caducidad más próxima, se colocarán de forma que estén más fácilmente accesibles que aquéllas con fecha de caducidad posteriores. Retirar lo antes posible las vacunas caducadas para evitar su uso accidental.
- Las vacunas más sensibles al calor: polio oral, triple vírica, sarampión, rubéola, BCG y fiebre amarilla, deben estar situadas en la parte más fría de la nevera pero nunca en el congelador.
- Las vacunas que en su composición lleven adyuvantes que contribuyan a formas físicas de suspensiones coloidales nunca deben ser congeladas porque perderían su potencia inmunogénica.
- Señalización: Es aconsejable señalar en un croquis colocado en el exterior del frigorífico, la ubicación de las vacunas para facilitar su localización, evitar aperturas innecesarias y limitar la duración de éstas. En el interior de las neveras deben señalizarse los estantes o zonas de almacenamiento indicando al menos el tipo de vacunas.(11)

Cadena móvil: Contenedores isotérmicos y neveras portátiles.

- Los contenedores isotérmicos permiten transportar grandes cantidades de vacunas hacia el lugar de vacunación. Tienen que estar bien aislados, ser sólidos y estancos. Permiten guardar las vacunas en frío durante el transporte y en el caso de avería del frigorífico.

- Las neveras portátiles se utilizan cuando hay que transportar pocas vacunas. Son útiles para llevar vacunas a otros centros o recogerlas, o cuando la administración de la vacuna se ha de realizar a un paciente que no puede desplazarse al centro sanitario y hay que aplicarla en su domicilio. Procurar un tiempo mínimo de transporte y abrirlas solamente cuando sea imprescindible.
- A la hora de adquirirlas hay que valorar: su capacidad de stock aje, autonomía (intervalo de tiempo que tarda en alcanzar una temperatura crítica), peso y robustez y adecuación de acumuladores. Las neveras portátiles más adecuadas son las que garantizan una duración de conservación mayor con el menor nº de acumuladores, ya que son las más eficaces y a la vez, las más ligeras.
- Los acumuladores de frío son un elemento imprescindible para el transporte y el almacenamiento. También se usa en el caso de averías y en las vacunaciones que se realizan fuera del centro de vacunación. Está desaconsejado el uso de acumuladores con orificios porta vacunas. Al elegir los acumuladores, hay que tener en cuenta que su tamaño debe ser adecuado a los congeladores, frigoríficos y neveras portátiles de las que se dispone. Se aconsejan modelos de 0,4 litros para neveras pequeñas y 0,6 litros para neveras grandes. Es preciso disponer de 2 juegos de acumuladores, ya que mientras se usa uno, el otro está congelado.
- Al sacarlos del congelador deben dejarse a temperatura ambiente 1-5 minutos (hasta que aparezcan gotitas de condensación en la superficie) antes de meterlos en los contenedores de transporte para evitar el excesivo enfriamiento de las vacunas. Se evitará el contacto directo de las vacunas con los acumuladores de frío y las paredes de las neveras y contenedores isotérmicos, mediante aislamiento con

papel o cartón para evitar la congelación de las vacunas inactivadas, sobre todo aquellas absorbidas.

- Las vacunas fotosensibles deberán protegerse de la luz.(11)

Importancia del personal.

En los puntos de vacunación debe existir una persona responsable de la cadena de frío que realizará las siguientes actividades:

a) Comprobar diariamente, al comienzo y al final de cada jornada laboral que las temperaturas máxima y mínima que marca el termómetro y registra el termógrafo se encuentren entre 2 y 8°C, y registrar dichas temperaturas en la gráfica mensual de temperaturas máximas y mínimas.

b) Comprobar que el almacenamiento de las vacunas se realiza de manera adecuada.

c) Comprobar periódicamente el espesor de la capa de hielo del congelador (que no debe superar los 5 mm de espesor).

d) Comprobar las existencias con el fin de asegurar la disponibilidad de vacuna en todo momento y evitar excesos de almacenaje.

e) Controlar las fechas de caducidad de cada lote, retirando aquellas vacunas que la superen.

f) En el momento de recepción de las vacunas, sobre todo si la distribución es directa desde el laboratorio fabricante: inspeccionará la tarjeta de control tiempo-temperatura y comprobará que no hay viales rotos, congelados, o con la etiqueta desprendida. También deberá comprobar que la cantidad y fecha de caducidad de las vacunas recibidas son adecuadas.

2.2.3. LOGÍSTICA DE LA CADENA DE FRÍO

Hay varias etapas en la elaboración de una logística de la cadena de frío:

Elección de la estrategia de reparto de las vacunas

Desde el punto central a los puntos de vacunación, que pueden ser fijos, con personal y material permanente o móviles, mediante un personal que se desplaza hacia los puntos de vacunación que no disponen de ningún medio de refrigeración en este caso.

Elección del lugar de almacenaje

Para elegir el sitio de almacenamiento de las vacunas, hay que tener en cuenta los medios de mantenimiento y el personal disponible.

Elección del método de distribución de las vacunas

El riesgo de dañarse las vacunas a consecuencia de averías del refrigerador es menor con existencias reducidas. La distribución frecuente permite disminuir los riesgos de caducidad de las vacunas.

Cálculo de la capacidad de almacenaje

Se debe basar en la frecuencia de las distribuciones, así como en el número de dosis utilizadas durante un período de tiempo determinado, en la importancia de las existencias de reserva y del material frigorífico.

Es preciso solicitar solo la cantidad necesaria hasta el siguiente periodo de aprovisionamiento. El exceso de stock puede implicar el deterioro o caducidad de las vacunas, la falta de stock puede conllevar el desabastecimiento de la población.

- Stock de reserva: es el porcentaje de vacuna que debe sumarse a la previsión de consumo para poder hacer frente a las variaciones imprevistas de la demanda de vacunas (aumento brusco de la población, incremento de la demanda como consecuencia de campañas divulgativas, rotura de la cadena del frío, etc.) Otro factor que exige aplicar un porcentaje de reserva sobre el cálculo de la previsión de vacunas es la tasa de pérdida que debe asociarse a cada una de ellas. Para la mayoría de las vacunas es imposible tener una tasa de pérdidas igual a cero. La vacuna que presenta una mayor tasa de pérdida es la antipoliomielítica oral, seguida de las vacunas DTP en presentación multidosis. Así pues, al finalizar el vial se obtiene menos dosis que las indicadas por el fabricante.
- Stock máximo: es la cantidad de vacuna que es necesario tener almacenada al iniciarse cada periodo de aprovisionamiento.(12)

2.2.4. ELECCIÓN DEL MATERIAL NECESARIO

Tarjeta de control:

La distribución de la vacuna desde el laboratorio fabricante debe acompañarse del criostato y de la tarjeta de control "Monitor Mark Time - Temperature Integrator Tag" o similar. Una vez que la vacuna llega al punto de vacunación, la tarjeta control que la acompaña debe ser revisada; si se comprueba que está inactivada o que ha virado de color por haber estado sometida a temperaturas superiores a 8-10°C, la vacuna debe ser rechazada.(13)

2.2.5. CONSERVACIÓN

a) Apertura de los envases.

Los envases multidosis deben ser agotados durante la sesión de vacunación. Conviene ajustar los horarios y citas vacúnales de modo que todo el envase pueda ser agotado en la misma jornada. En todo caso su manejo tendrá que realizarse con la máxima asepsia para evitar su contaminación y por un tiempo no superior a 24 horas. Las dosis no aplicadas de estos viales abiertos deben ser eliminadas.

Las vacunas liofilizadas reconstituidas no aplicadas durante las 8 horas siguientes a su preparación, deberán ser desechadas. Una vez abierto el envase multidosis, no debe ser expuesto a la luz ni a la temperatura ambiente mientras se administran las sucesivas dosis. Se debe retornar el envase al frigorífico si la aplicación de la siguiente dosis no es inmediata.

b) Exposición a la luz.

Las vacunas víricas deben preservarse de la luz. Su conservación y manipulación ha de ser muy cuidadosa debido a su inestabilidad, ya que sufren pérdida del 50% de actividad después de la 5ª hora de exposición a la temperatura ambiente.

c) Temperatura.

La temperatura ideal de almacenamiento es de 2°C a 8°C. La temperatura interna del frigorífico no debe exceder nunca los 10°C.

Un estudio de la OMS sobre la estabilidad de las vacunas expuestas al calor, encontró que las anatoxinas tetánica y diftérica eran las más estables, seguidas por la vacuna de la tos ferina asociada a difteria y

tétanos, después la polio inactivada, la BCG liofilizada, la del sarampión y la polio oral.

Las vacunas diftérica y tetánica pueden resistir temperaturas tan elevadas como los 37°C durante varios meses, mientras que la vacuna del sarampión liofilizada reconstituida no es estable más que durante algunas horas.

En determinadas circunstancias ciertas vacunas pueden ser congeladas durante su almacenamiento a gran escala, como las vacunas liofilizadas virales vivas atenuadas, polio oral, fiebre amarilla, rubéola liofilizada, parotiditis y sarampión liofilizadas. De todas formas, en ocasiones su acondicionamiento unitario con el solvente contraindica su congelación ya que la ampolla del solvente corre el riesgo de estallar si se congela. Por el contrario, otras vacunas no deben congelarse nunca (cólera, polio, rabia, tétanos, HIV, gripe), sobre todo las vacunas inactivadas y las absorbidas. La congelación de estas vacunas puede anular su actividad y contraindicar formalmente su utilización (DTP o DT). Es útil hacer la prueba de la agitación para ver si hay floculación. Las vacunas absorbidas congeladas presentan partículas granulosas o flósculos al descongelarse, que sedimentan en 30 minutos y forman un depósito con una capa de líquido claro, indicando que la vacuna ha sido congelada y está inactivada.

Controladores de temperatura

- Termógrafos: registran la temperatura de forma continuada. Permiten conocer con exactitud las oscilaciones de temperatura que ha sufrido el frigorífico.

- Termómetros: se recomiendan los de máxima y mínima para conocer en cada intervalo de tiempo las temperaturas máximas y mínimas alcanzadas.
- Indicadores químicos:
- De frío: son indicadores de temperatura irreversibles (de un solo uso) que muestran si las vacunas han estado expuestas a temperaturas excesivamente bajas.
- De temperatura: alertan sobre la exposición de las vacunas a una temperatura mayor de la deseada. Generalmente son etiquetas adhesivas, que fijadas sobre el producto, revela su exposición a una determinada temperatura, sobrepasada la cual se auto activa y aparece un cambio de color en el indicador.
- Indicadores para acumuladores de frío: Se trata de indicadores de temperatura reversibles, destinados a evitar la congelación por contacto con el acumulador, en algunas vacunas como la antitetánica o la DTP. Indica que el acumulador ha alcanzado +4°C y en consecuencia puede usarse para el transporte sin riesgo de congelación.(14)

d) Interrupción de la cadena del frío

No siempre resulta evidente la interrupción de la cadena del frío por lo que es imprescindible:

- Disponer de dispositivos automáticos electrónicos que por medios gráficos (u otros) acusen los accidentes sufridos por la instalación

que puedan trascender en perjuicios de la calidad de las vacunas almacenadas.

- Que el personal responsable: controle la temperatura del refrigerador, conozca la termo estabilidad de las vacunas (Tabla 8) y la modificación de su aspecto al alterarse la temperatura.

Si hay alteración de la cadena del frío, congelación o descongelación accidental se valorarán:

- Duración de la interrupción: calcular el tiempo que han estado las vacunas sometidas a una temperatura inadecuada, en el caso de no saberlo con exactitud se tomará el tiempo transcurrido desde la última lectura de temperatura.
- Identificar el motivo e intentar solucionarlo. En muchas ocasiones están motivadas por una manipulación incorrecta del termostato, por tanto éste solo debe ser regulado por el responsable de la cadena del frío y monitorizar las temperaturas en cuando se modifique la posición de este elemento del frigorífico de vacunas.
- Medidas utilizadas para proteger a las vacunas:
 - Si la avería es de escasa duración, se mantendrá cerrada la puerta del frigorífico y se controlará posteriormente la temperatura y la estabilidad de dicha temperatura. En caso de corte de fluido eléctrico las neveras están capacitadas para mantener su temperatura interna durante al menos 6 horas, siempre que se mantengan cerradas.
 - Si se prevé una avería de larga duración, se trasladarán las vacunas con acumuladores de frío a una nevera bien controlada.

- Temperaturas máxima y mínima registradas. Si son mayores a 15°C o inferiores a 0°C, contactar con el servicio pertinente del suministrador para valorar el estado de las vacunas (marcar los viales afectados y remitir una muestra no usada para su evaluación, manteniendo la cadena del frío, no utilizándose los lotes afectados hasta que haya sido comprobada su actividad).
- Para otras subidas de temperatura (entre 10 -15 ° C) siempre se tendrá en cuenta la pérdida de potencia porque las subidas de temperatura son acumulativas.
- Aspecto físico de las vacunas.
- Tipo de vacunas afectadas (consultar la tabla de termo estabilidad). Si hay vacunas congeladas se desecharán todas las vacunas almacenadas a excepción de antipolio oral, Antirrubéola y triple vírica, que no se inactivan por congelación.

e) Caducidad.

La fecha de caducidad será siempre el último día del mes indicado en el envase. Nunca utilizar vacunas caducadas.(14)

2.2.6. TEORIA DE ENFERMERIA EN QUE SE ENMARCA ESTE TRABAJO

NOLA PENDER

Nació en el año 1941 en Lansing, Michigan, EE.UU. Estudio en la escuela de enfermería del West Suburban Hospital de Oak Park, Illinois. Trabajo en la unidad medico quirúrgica y posteriormente en la unidad de Pediatría en un Hospital de Michigan. Estudio 2 maestrías una en 75

Crecimiento y Desarrollo humano de por la universidad del Estado de Michigan en 1965 y otra en salud Comunitaria en la Universidad de Rush de Chicago en el año 1969, obtuvo el grado de PhD en Psicología y Educación en 1969, por la Universidad del Noroeste en Evanston, Illinois.

Según la Dra. Pender, sustenta el “Modelo de Promoción de la Salud”. Este modelo es un esquema que integra constructos de la teoría de expectativas-valores y de la teoría cognitivo-social, para detectar la estructura multidimensional de los rasgos individuales que, en interacción con su ambiente, mejoran los resultados asociados a salud. La conducta promotora de salud es un resultado determinado por características y experiencias individuales previas, y por cogniciones y afectos relativos a comportamientos específicos.

El Modelo de Promoción de la Salud está orientado hacia el incremento del nivel de bienestar y auto-realización de un individuo o grupo determinado. La promoción de la salud enfoca en el movimiento hacia un estado de valencia positiva de engrandecer la salud y el bienestar. Los estados de valencia negativa de enfermedad y malestar, los cuales son relevantes en la motivación para la conducta protectora de la salud, aparecen como de pequeñísima motivación significativa para la conducta promotora de la salud. El deseo de crecer, expresar el potencial humano y la calidad de vida proveen la motivación para las conductas promotoras de salud.

Las conductas promotoras de salud casi sin excepción son actividades continuas que pueden y deben ser una parte integral de los estilos de vida de un individuo, o de una familia o de un grupo, por ejemplo. De una madre con un niño menor de un año en la cual la madre se preocupa por su seguridad y salud. Ella consciente de que existen enfermedades que el niño puede contraer, lleva al niño

al Puesto de salud o Centro de salud, para que se le suministren las vacunas correspondientes de acuerdo a su edad o grupo etáreo.
(15)

Los principales conceptos y definiciones que se presentan se encuentran en el modelo de promoción de la salud revisado. A continuación se exponen las características y las experiencias individuales que afectan a las acciones de la salud:

- **Importancia de la salud:** Los individuos que conceden gran importancia a su salud es más probable que traten de conservarla.
- **Control de la salud percibido:** La percepción que el individuo tiene de su propia capacidad para modificar su salud, puede motivar su deseo de salud.
- **Autoeficacia percibida:** La convicción por parte del individuo de que una conducta es posible pueda influir la realización de dicha conducta.
- **Definición de la salud:** La definición del individuo sobre lo que significa la salud, que puede ir desde la ausencia de enfermedad hasta un alto nivel de bienestar, puede influir las modificaciones conductuales que este intente realizar.
- **Estado de salud percibido:** El encontrarse bien o encontrarse enfermo en un determinado momento puede determinar la probabilidad de que se inicien conductas promotoras de la salud.
- **Beneficios percibidos de las conductas:** Los individuos pueden sentirse más inclinados a iniciar o mantener conductas promotoras de la salud cuando consideran que los beneficios de dichas conductas son altos.

➤ **Barreras percibidas para las conductas promotoras de la salud:**

La creencia del individuo de que una actividad o una conducta es difícil o inviable puede influir su intención de llevarla a cabo.

VACUNA:

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

Son preparados a base de virus o bacterias muertas o debilitadas, o partes de ellas, que se introducen en el cuerpo para que éste lo reconozca y desarrolle anticuerpos. Con una vacuna el sistema inmunológico adquiere una "memoria celular" que le permite responder pronto ante una infección que no se ha padecido antes de forma natural, evitando la enfermedad.

Tipos de vacuna

Vacunas vivas atenuadas: son aquellas derivadas de virus o bacterias causantes de una enfermedad, los cuales han sido atenuados o debilitados bajo condiciones de laboratorio. Estos crecerán en la persona vacunada pero como son débiles, no causarán la enfermedad o sólo la provocarán en una forma muy leve.

(16)

Ejemplo:

De ellos son las vacunas contra la polio (oral, fiebre amarilla sarampión, rubeola., parotiditis y tuberculosis BCG).

a. Bacterianas:

- Antituberculosa (BCG).
- Anticolérica oral
- Antitifoides oral (Cepa).

b. Virales:

- Antisaramponiosa
- Antirubeólica
- Antiparotiditica
- Triple viral (suma de las anteriores)
- Antivaricelosa.
- PVO (antipolio sabin oral)
- Antiamarílica

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

GRUPO OBJETIVO	EDAD	VACUNA	ME PROTEGEN CONTRA :
Niños Menores de un año	 Recién Nacido	BCG	Formas graves de Tuberculosis
		HvB	La Hepatitis B que puede atacar mi hígado
	 2 meses	1ra dosis de: Pentavalente	Cinco enfermedades: Difteria, tétanos, tosferina, influenza tipo b y hepatitis B.
		Polio	Una enfermedad llamada poliomielitis
		Rotavirus	La diarrea ocasionada por este virus
		Antineumocócica	Me protege contra la neumonía
	 4 meses	2da dosis de: Pentavalente	Cinco enfermedades: Difteria, tétanos, tosferina, influenza tipo b y hepatitis B.
		Polio	Una enfermedad llamada poliomielitis
		Rotavirus	La diarrea ocasionada por este virus
		Antineumocócica	Me protege contra la neumonía
	 6 meses	3ra dosis de: Pentavalente	Cinco enfermedades: Difteria, tétanos, tosferina, influenza tipo b y hepatitis B.
		Polio	Una enfermedad llamada poliomielitis
Niños desde los 7 meses a 23 meses, 29 días	 A partir de los 7 meses Al mes de la primera dosis de Influenza	1ra dosis de: Influenza	La gripe estacional
		2da dosis de: Influenza	La gripe estacional
Niños de un año	 12 meses	1ra dosis de: SPR	Sarampión, Papera y Rubeola
+3ra dosis Antineumocócica		Neumonía	
Niños de 15 meses	 15 meses de edad	Una dosis de vacuna Antiamarílica	Fiebre Amarilla
Niños de 18 meses	 18 meses de edad	Primer refuerzo de Vacuna DPT	Tres enfermedades: Difteria, tétanos, y tosferina.
Niños de 2 años	 24 meses hasta 35 meses y 29 días	Una dosis Influenza + una dosis de Antineumocócicas (****)	La gripe estacional. + La neumonía.
Niños de 3 años		Una dosis Influenza (****) + una dosis de Antineumocócica (****)	La gripe estacional. + La neumonía.
Niños de 4 años	 4 años	Segundo refuerzo de +una dosis de DPT +	Tres enfermedades: Difteria, tétanos, y tosferina.
		Primer refuerzo de SPR)	Sarampión, Papera y Rubeola
		+ una dosis Influenza (****)	La gripe estacional.
		Antineumocócica	La neumonía.

VACUNA BCG

Definición:

Esta vacuna contra la enfermedad de la tuberculosis. Su nombre está compuesta por el bacilo Calmetto Guerin, siendo estos dos últimos los médicos que la descubrieron.(17)

Características:

- La vacuna se elabora con bacilos vivos atenuados de una cepa de mycobacterium vivos proveniente de la cepa original del Calmette Guerin.
- Se presenta liofilizada, con una concentración de 1 mg.
- Se presenta en ampolla de color ambar contiene de 10 a 20 dosis.

Dosis y edad:

- Una dosis de 0.1 CC. Se administra al recién nacido dentro de las 1 horas de nacimiento.

Vía:

- Intradérmica

Conservación:

- Entre 2°C - 8°C en un lugar oscuro

Zona de aplicación:

- En el brazo derecho (deltoides)
- La pápula es de 5 a 8 mm de diámetro.

Tiempo de conservación del frasco abierto de la vacuna

- Dura 06 horas - Frasco multidosis (20 días)

Indicaciones:

- Prevención de las formas graves de la tuberculosis.
- No admisión la BCG en caso de pénfigo del recién nacido a niños que pasen menos de 2,500 gr al nacer.

Contraindicaciones:

- Dermatitis extensas (eccema, piodermitis)
- Enfermedades febriles agudas.
- Inmunodeficiencia: la vacunación o inmunosupresor, las quimioterapias.
- Embarazo-Prematuros.

Reacciones adversa:

- Se puede observar una pequeña ulceración necrótica en el sitio de inyección que aparece en los 2 - 3 semanas de la vacunación y un adenitis regional (3-5 semanas).
- En caso de inmunodeficiencia grave, la BCG provoca una infección diseminada.

- Reacción anafiláctica.

VACUNA HVB

Definición: Esta vacuna protege contra la Hepatitis B, es una vacuna desarrollada para la infección por Hepatitis B.(18)

Características:

- La vacuna Recombinante HVB contienen partículas de antígenos de superficie de célula mediante técnicas de ADN recombinantes de célula por levadura. Contienen Hidróxido de aluminio.

Dosis y edad:

- **Dosis de 05 cc:** recién nacido o menor de 1 año.
- **Dosis de .5 cc :** 1 a 15 años
- **Dosis de la vacunación :** Mayores de 5 años (-dosis)

Vía:

- Intramuscular (IM)

Zona de aplicación:

- **Recién nacido:** en el tercio del musculo vasto externo del muslo (Piernas).
- **Mayores de 5 años:** en el tercio medio del músculo deltoides del brazo.

Tiempo de conservación del frasco abierto de la vacuna

- Dosis de menores de un año (recién nacido) = Uso inmediato/Monodosis.
- Dosis de mayores de un año = 4 semanas /Multidosis.

Indicaciones:

- Personal hospitalario: en particular, el personal de las unidades de hemodiálisis y de oncohematología.
- Personal de laboratorio que manipula sangre y sus derivados.
- Poblaciones o viajeros a zonas intensamente endémicas de África y Asia.
- Hombres homosexuales, hombres y mujeres sexualmente promiscuos.
- Enfermedades que exigen transfusiones frecuentes de sangre o de factores de la coagulación (anemias refractarias, etc.).

Contraindicaciones:

- Diabetes insulino dependientes.
- Alergias a la vacuna.
- Embarazo (se recomienda no aplicarla, se desconocen efectos sobre el feto).

Reacciones adversa:

- Hinchazón y dolor en el punto de inyección.
- Febrículas (rara vez).
- Malestar general, dolor de cabeza (rara vez).
- Síntomas digestivos náuseas y vómitos (Algunas casos).

VACUNA APO

Definición: Esta vacuna protege contra la poliomielitis, una enfermedad grave que lleva a que se presente pérdida del movimiento (Parálisis).(19)

Características:

- La vacuna contiene una forma inactiva (muerta) del virus de la polio, llamada vacuna antipolimiéltica inactiva (IPV, por sus siglas en inglés), y no puede causar poliomielitis.
- Suspensión bebible.

Dosis y edad:

Dosis se administran al menor de un año:

- meses : 1 dosis
- 4 meses : 1 dosis
- 6 meses : 1 dosis

Cada dosis equivale a 2 gotas.

- En los niños que no hayan completado su dosis de vacuna en las edades que corresponden, podrán recibir las dosis faltantes hasta un día de cumplir los 5 años. Con un intervalo de 2 meses entre dosis y dosis.

- En los niños recién nacidos de madres portadoras del VIH se aplicará la vacuna inyectable (IPU) en el menor de un 1 año en 3 dosis.
- meses : 1 dosis
- 4 meses : 1 dosis
- 6 meses : 1 dosis

Cada dosis equivale a 0.5 CC.

Vía:

- Oral (APO)
- Intramuscular (IPV)

Zona de aplicación

- Boca (APO)
- En el muslo (IPU)

Tiempo de conservación del frasco abierto de la vacuna

- APO.- Dura 4 semanas - multidosis.
- IPV.- Uso inmediato – monodosis

Indicaciones

- Profilaxis de la poliomielitis a partir del 3er mes (el mes de aplicación).

Contraindicaciones

- Diarrea (puede disminuir la eficiencia de la vacuna).
- Enfermedades infecciosas agudas.

- Disminución de la respuesta inmune: en caso de agammaglobulinemia o de hipogammaglobulinemia, durante el tratamiento de corticoides o inmunosupresores, durante la quimioterapia antineoplásica o radio terapia.
- Embarazo(Utilizar la vacunación inactiva Salk)

Reacciones adversa

- Pueden causar dolores leves y enrojecimiento en el área de la inyección.

VACUNA PENTAVALENTE

Definición: Es una vacuna combinada, conteniendo 5 antígeno: toxoides de difteria, tos ferina y tétanos, se agregan dos componentes que son Haemophilus influenza tipo B, y el virus de la Hepatitis B.(20)

Características:

- Contiene bacterias muertas de Bordetella Pertussis ocasionante de la tos ferina, toxoides tetánicos y diftérico; antígenos del virus de la hepatitis B y un polisacárido Haemophilus influenzae o HIB del tipo B.
- Al aplicar esta vacuna proporciona protección contra difteria, tos ferina, tétano, influenza tipo b y Hepatitis B.

Dosis y edad:

- Dosis = 0.5 cc.
- 3 dosis se administra en menor de 1 año.
- 2 meses : 1 dosis
- 4 meses : 1 dosis

- 6 meses : 1 dosis
- Los niños que no hayan completado su dosis de vacuna en las edades que corresponde, podrán recibir el cronograma completo de la vacunación pentavalente o recibir las dosis faltantes, hasta un día antes de cumplir los 5 años, con un intervalo de 2 meses entre dosis y dosis.

Vía:

- Intramuscular (IM)

Zona de aplicación:

- Se aplica en la región lateral de zona del tercio medio del muslo.

Tiempo de conservación del frasco abierto de la vacuna

- Uso inmediato – monodosis

Indicaciones

- Antecedentes de reacciones alérgicas o de convulsiones (indicar la vacuna antidiftérica y antitetánica D.T.)
- Niños mayores de 6 años.
- Cuadros febriles o de vías respiratorias.
- No aplicar la segunda o la tercera inyección si hubo reacción neurológica después de la primera o la segunda dosis.
- Embarazo: riesgo de hiperemia y de aborto o de parto prematuro.

Contraindicaciones:

- Los efectos locales se presentan entre las 24 y las 48 horas después de la aplicación y las manifestaciones pueden ser: dolor induración

(tejidos duro), enrojecimiento y calor en el sitio de aplicación de la inyección.

- Los efectos sistemáticos se presentan dentro de las 48 horas después de la vacunación y pueden durar varios días, entre ellos están: fiebre en algunos niños y niñas pueden presentarse dolores de cabeza convulsiones, escalofríos y mialgias o sea dolores musculares, pero son muy raros estos eventos.

VACUNA NEUMOCOCO

Definición: Vacuna heptavalente conformado por 7 serotipos, ofrece a los niños protección contra las infecciones causadas por el neumococo. Es más eficaz las enfermedades, lameningitis y la pulmonía o neumonía. La vacuna poder ser eficaz para prevenir infecciones del oído y la sinusitis.(21)

Características:

- Vacuna antineumococina polisacárica 23 - Valente, protege frente a 7 serotipos de neumococo (entre los que se encuentran el 90% de los causan infecciones graves). Resulta efectiva en la mayoría de los adultos sanos a las 2 - 3 semanas de su administración pero que tienen el inconveniente de que algunos grupos de población pueden no responder adecuadamente a la vacuna.
- Vacuna antineumococica (los que con mayor frecuencia producen enfermedades invasoras en la primera infancia), tienen utilidad en la prevención de la enfermedad neumocócica en las primeras etapas de la vida de dos años, proporcionando además protección a largo plazo.

- Líquido inyectable.

Dosis y edad:

- dosis de administran
- 3 meses = 1 dosis
- 5 meses = 1 dosis
- 1 año = 1 dosis
- 1 dosis equivale a 0.5 CC.
- 1 a 2 años = 2 dosis.
- 2 años a más = (1 dosis)

Vía:

- Intramuscular (IM)

Conservación:

- 2°C a 8 °C.

Zona de aplicación:

- En el tercio del musculo vasto externo del muslo (pierna), en niños menores de un años.
- En el tercio medio del muslo deltoides del brazo: en niños de 2 a 3 años.

Tiempo de conservación del frasco abierto de la vacuna

- Uso inmediato-monodosis.

Indicaciones:

- Prevención de las infecciones neumococicas en sujetos de riesgo.
- Aplicación a niños de 2 a 5 años de edad, tales como pacientes con enfermedades crónicas, con infección de VIH.

- Si tiene diabetes.
- Si sufre de problemas pulmonares crónicas.
- Si padece insuficiencia renal.
- Si padece problemas respiratorios.
- Se padece de enfermedades del hígado.
- Si padece de enfermedades cardíacas.
- Si tiene problemas de alcoholismo
- Si padece cirrosis
- Si tienen cáncer.
- Si es fumador mayor de 19 años.
- Si es asmático mayor de 19 años.
- Neumococo como meningitis y neumonía.
- La OMS estima que 1.6 millones de personas mueren cada año por inyecciones neumocócicas.
- Una sola dosis es suficiente para protegerse.
- La vacuna neumocócica polisacarida de 23 valencias ha demostrado tener buen perfil de seguridad y ser bien tolerada en pacientes de riesgo y adultos mayores.
- Se recibe esteroides o algún otro medicamento inmunosupresor.
- Si han practicado trasplante de algún órgano.
- Si es adulto: los adultos mayores tienen las tasas más altas de incidencia y mortalidad por infecciones neumocócica.
- La vacunación de los pacientes de riesgo es la forma más efectiva de protegerse de una infección por neumococo.

Contraindicaciones:

- Hipertermia
- Dermatitis severa

Reacciones adversas

- Hinchazón en la zona e inyección.
- Reacciones en el sitio de aplicación de la vacuna durante los 2 primeros días (enrojecimiento, dolor e inflamación).
- Fiebre
- Disminución del apetito.
- Mialgias, malestar general.

VACUNA INFLUENZA

Definición: Esta vacuna contiene antígenos y cepas de influenza de la temporada determinadas por la OMS.(22)

Características:

- Vacuna en estado líquido.
- Su composición varía anualmente.
- Su aplicación debe ser hasta finalizar la estación calurosa e inicio de la estación otoñal.
- Esta vacuna no contiene inmunidad de por vida como otras vacunas, solo brinda protección por un año, debido al cambio anual de la composición antigénica del virus.

Dosis y edad:

- a. Vacuna contra la influenza pediátrica.** Está indicada para los niños comprendidos entre 7 meses hasta 23 meses 29 días (< de 2 años) y los niños menores de 5 años con condiciones médicas de riesgo.
- dosis: Aplicada a niños hasta los 3 años (con intervalos de 1 mes después de la primera dosis).
 - 1 dosis equivale: 0.25 CC.

- dosis: aplicada a niños desde los 3 años hasta los 9 años (con un intervalo de 1 mes después de la primera dosis)
- 1 dosis equivalentes: 0.5 CC.
- Los niños que se vacunaron en años anteriores contra la influenza, solo recibieran una dosis.

b. Vacuna contra influenza adulto: Esta vacuna indicada para la población adulto mayor de 60 años a más, así como para los grupos considerados como población de riesgo para influenza: personal de salud, estudiantes de ciencia de la salud, policía nacional, comunidades nativas, población privada de su libertad, entre otros.

- 1 dosis: 0.5 CC.

Vía:

- Intramuscular (IM)

Zona de aplicación:

- En el tercio del musculo vasto externo del muslo (pierna): en el menor de 1 año. En el tercio medio del musculo deltoides del brazo: en el niño de 2 a 3 años.
- En el tercio medio del musculo deltoides del brazo: en niños mayores de 3 años.
- En el tercio medio del musculo deltoides del brazo: en adultos.

Tiempo de conservación del frasco abierto de la vacuna

- Uso inmediato-monodosis.

Indicaciones:

- Personas en alto riesgo de sufrir complicaciones con la influenza, e incluyendo:
- Adultos y niños condiciones crónicas de riesgo (enfermedades del corazón, de los pulmones, los riñones o diabetes)

- Personas de 60 años a más.
- Niñas y niños saludables de 7 a 23 meses de edad.
- Mujeres saludables.

Contraindicaciones

- Alergia conocida a las proteínas del huevo.
- Nefrolitiasis, neoplasias, hematoplas.
- Disminución de la respuesta inmune, durante el tratamiento con corticoides o inmunosupresores, durante la quimioterapia o radioterapia.

Reacciones adversas

- Puede sobrevenir una reacción inflamatoria local o general (fiebre, mialgias, eritema), 12 horas después de la inyección y puede desaparecer al cabo de 24 - 48 horas.
- Reacciones alérgicas excepcionales (solo en personas alérgicas a las proteínas del huevo).

VACUNA ROTAVIRUS

Definición: Es una vacuna que protege frente a serotipos que con mayor frecuencia son causas de gastroenteritis en niños.(23)

Características:

- Vacuna oral.

Dosis y edad:

- dosis:
- 1 dosis = 2 meses
- 1 dosis = 4 meses

- Cada dosis equivale = 1 CC.

Vía:

- Oral.

Tiempo de conservación del frasco abierto de la vacuna

- Uso inmediato – monodosis

Zona de aplicación:

- En la boca y se administra en el mismo día de las vacunas antipolimielitis y pentavalente.

Indicaciones

- Aplicación en niños de 2 meses a 4 meses.
- Prevenir diarreas graves por rotavirus.

Contraindicaciones:

- Malformaciones de ciertos órganos del sistema digestivo.
- Proceso infeccioso en zona digestión.

Reacciones adversas:

- Diarreas leves
- Vómitos

VACUNA SRP (TRIPLE VÍRICA)

Definición: Es una mezcla de tres componentes virales atenuados, administrados por una inyección para la inmunización contra el sarampión, la parotiditis (paperas) y la rubeola. Por lo general se administra a niños y niñas de apropiadamente 1 año de edad.(24)

Características:

- Contiene virus vivos del virus del sarampión obteniendo por cultivo en tejido y es liofilizada.
- Vacuna liofilizada: polvo y deshidratada.

Dosis y edad:

- En el niños menor de 5 años - 2 dosis.
- 1era. Dosis = 12 meses.
- 2da. Dosis = 4 años.
- Cada dosis comprende 0.5 CC.

- Los niños que no hayan completado su esquema de vacunación con la vacuna SPR en las edades correspondientes, podrán recibir las dosis faltantes hasta los 4 años, meses y 29 días.

- Población mayor de 5 años - 01 dosis 0.5 cc, susceptibles para el sarampión, la rubeola (SR).

Vía:

- Subcutánea (SC).

Zona de aplicación:

- En el hombro: niño y adultos (brazo izquierdo).

Conervación:

- 0 °C a 8 °C

Tiempo de conservación del frasco abierto de la vacuna

- Dura 6 horas - multidosis (10 días)

Indicaciones:

- Prevención contra el sarampión, rubiola, paperas.
- Población susceptible de riesgos de enfermarse de sarampión y rubéola (SR) que viven en fronteras.

Contraindicaciones:

- Alergias a las proteínas del huevo.
- Disminución de la respuesta inmune: tratamiento con corticoides, infección por VIH.

Reacciones adversas

- Malestar general
- Fiebre
- Adenopatía
- Dolor en la zona de aplicación rigidez articular
- 8 - 12 días convulsiones, dolor articular.
- Rash
- Bañar con agua de manzanilla o frotar con glicerina de bebé.

RUBÉOLA:

¿Quién lo produce?: Virus de la Rubéola (Togavirus del género Rubivirus).

Reservorio: El hombre

Modo de transmisión: Por contacto con secreciones nasofaríngeas de las personas infectadas. Ocurre por diseminación de gotitas o por

contacto directo con pacientes. Los lactantes con rubéola congénita expulsan durante varios meses, grandes cantidades de virus con las secreciones, nasofaríngeas y con la orina.

Síntomas: Erupción tenue rosada (aunque puede tomar distintas características) que comienza en cara y tórax, generalizándose a todo el cuerpo en aproximadamente 24 horas. Desapareciendo las manchas en 1 a 5 días.

Es frecuente encontrar ganglios, frecuentemente en la región de la nuca (suboccipitales) y en la región posterior de las orejas (retroauriculares), que a veces resultan algo dolorosos. Es frecuente el dolor de garganta.

Puede haber dolores articulares, más habitual en los adultos o en niños mayores y en el sexo femenino.

Las complicaciones, que pueden ser neurológicas y hematológicas, son muy raras.

Consecuencias si no se pone la vacuna: En general todos son susceptibles; es solo moderadamente contagiosa, es más transmisible cuando existe exantema.

Prevención: Vacunación; Se recomienda vacunarse entre los 12 a 18 meses, en caso de requerirse por razones de riesgo, se puede realizar la vacunación en menores de 9 meses y también con refuerzos en la adolescencia de 15 a 39 años contra la rubéola congénita. Los casos sospechosos, serán atendidos por personal en los que se tiene la seguridad que es inmune. (25)

SARAMPIÓN:

Quién lo produce?: Virus del Sarampión, genero morbilivirus, familia Paramixoviridae.(26)

Reservorio: El hombre

Modo de transmisión: Gotitas de flügge o secreción faríngea nasa.l

Síntomas: El primer signo del sarampión suele ser la fiebre alta, que comienza unos 10 a 12 días después de la exposición al virus y dura entre 4 y 7 días. En la fase inicial, el paciente puede presentar rinorrea, tos, ojos llorosos y rojos, y pequeñas manchas blancas en la cara interna de las mejillas. Al cabo de varios días aparece un exantema, generalmente en el rostro y la parte superior del cuello, que se extiende en unos 3 días, acabando por afectar a las manos y pies. El exantema dura 5 a 6 días, y luego se desvanece. El intervalo entre la exposición al virus y la aparición del exantema oscila entre 7 y 18 días (media de 14 días).

Consecuencias si no se pone la vacuna: Los niños pequeños no vacunados son quienes corren mayor riesgo de sufrir el sarampión y sus complicaciones, entre ellas la muerte. Sin embargo, puede infectarse cualquier persona que no esté inmunizada (es decir, que no haya sido vacunada y no haya sufrido la enfermedad).

Prevención: La vacunación sistemática de los niños contra el sarampión, combinada con campañas de inmunización masiva en países con elevada incidencia y mortalidad son estrategias de salud pública fundamentales para reducir la mortalidad mundial por sarampión. La vacuna contra el sarampión, que se viene utilizando desde hace 40 años, es segura, eficaz y barata. Inmunizar a un niño contra el sarampión cuesta menos

La vacuna contra el sarampión suele juntarse con las vacunas contra la rubéola y/o la parotiditis en países donde estas enfermedades

constituyen un problema. Su eficacia es similar tanto si se administra aisladamente como si se combina con estas vacunas.

2.3. DEFINICIÓN DEL TÉRMINO

- **Conocimiento Alto:** Cuando en la madre, se evidencia, un grado de comprensión superior u óptima sobre inmunizaciones.
- **Conocimiento Medio:** Cuando en la madre, se evidencia, un grado de comprensión aceptable o que no es totalmente correcto, carente de temas de mayor o menor importancia sobre inmunizaciones.
- **Conocimiento Bajo:** Cuando en la madre, se evidencia, un grado de comprensión incorrecto e inaceptable para las inmunizaciones.

2.4. VARIABLES

Univariable = conocimiento de las madres sobre las inmunizaciones

2.4.1. Definición conceptual de la variable

Es la información adquirida a través de la educación formal o informal sobre el conocimiento de las madres sobre las inmunizaciones el cual se adquiere en forma natural o artificial, la capacidad de defenderse ante una agresión bacteriana o viral.

2.4.2. Definición operacional de la variable

Es aquella conducta que presenta la madre en torno a la administración de las vacunas

2.4.3. Operacionalización de la variable

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
conocimiento de las madres sobre las inmunizaciones	<ul style="list-style-type: none">▪ Vacunas ▪ Cuidados	<ul style="list-style-type: none">▪ Concepto▪ Tipo de vacunas▪ Frecuencia▪ Dosis▪ Contraindicaciones ▪ Post vacuna▪ ESAVI

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Teniendo en cuenta la naturaleza del problema y los objetivos de presente estudio corresponde a una investigación de tipo cuantitativa de diseño descriptivo no experimental de nivel aplicativo ya que busca contribuir a solucionar un problema práctico inmediato de corte transversal

- **Descriptivo:** porque estudia y describe una realidad o situación problemática.
- **Corte transversal:** porque la realidad estudiada está dada en un momento determinado en el tiempo.

3.2 DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

Las urbanizaciones en el terremoto de 1940 y el gran flujo migratorio sierra-costa contribuyen a que, en 1946 surja un San Cosme su primer modelo y crezca rápidamente donde se ocupan ambos márgenes del río Rímac: San Martín de Porras, Pedregal, Zarumilla, Reinoso, Carmen de la Legua, Mirones, el Planeta y posteriormente otras con que cuenta Lima en toda esta zona.

Tiene una población que está conformada por 200 mil familias, las que viven en la avenida Morales Duárez, entre el Cercado de Lima y el Callao, y que constituyeron los primeros pueblos jóvenes del centro capitalino. Ubicado en el distrito de CERCADO DE LIMA, Limita al norte con el distrito PLAZA UNIÓN, por el sur con la avenida PACASMAYO, por el oeste con CARCARIOS y por el este con Rio Rímac. No dudaron en fundar la Sociedad conde de la vega baja, orientada al descubrimiento de terrenos para la construcción de viviendas.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1 Población

Población está Conformada por 32 madres de familia que pertenecen al AA. HH Conde de la Vega Baja.

3.3.2 Muestra

La muestra estuvo representada por un total de 32 madres. Donde se obtendrá la intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre las inmunizaciones en madres con niños menores de 1 año de edad en centro salud “conde de la Vega Baja” cercado de Lima-Perú, Agosto – Octubre-2015.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento:

Es el cuestionario será utilizado para recolectar la totalidad de datos e instrumento básico de observación en la encuesta, permite de una manera sencilla obtener información sobre una amplia gama de aspectos o problemas definidos, mediante la formulación de preguntas basadas en las variables del estudio.

El cuestionario se caracterizara por presentar 25 preguntas cerradas las cuales abarcaran las tres dimensiones incluidas en el presentes estudio es decir abarcara la dimensión Generalidades de las inmunizaciones, Beneficios sobre las inmunizaciones, Tipos de vacuna, en relación a las presente dimensiones se realizara 2 o 3 por cada dimensión antes mencionadas, el tiempo de aplicación del cuestionario es aproximada mente 10 minutos, así mismo se realizara en el turno tarde.

La técnica: Encuesta será utilizada para la recolección de información, ya que permite obtener, de manera sistemática y ordenada, información sobre las variables que intervienen en la investigación.

3.5 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD del INSTRUMENTO

3.5.1 Validez:

Para la validez del instrumento, será sometido a juicio de expertos en la cual, participan 02 docentes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería expertos en el tema, 01 profesional de Enfermería y 01 estadístico, cuyas opiniones, recomendaciones y sugerencias, contribuyera en la mejora de los instrumentos, los puntajes serán sometidos a la prueba de distancia de puntos múltiples y distancia máxima de 0.5, por lo que el instrumento será adecuación total.

3.5.2 Confiabilidad:

La confiabilidad del instrumento se realiza a través de la aplicación de la prueba piloto en una población similar a la población objeto de estudio, esta estuvo conformado por 15 madres de niños menores de 1 años.

Para la obtención de la confiabilidad del instrumento se aplicara la prueba de Alfa de Crombach.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Una vez recolectado los datos, las fichas fueron codificadas y luego se procesó la información, aplicando el cuestionario a las madres de familia.

Así mismo se trabajara con la prueba sperman para ver asociaciones significativos

CAPITULO IV. RESULTADOS

TABLA N°01: CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LAS INMUNIZACIONES EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DE EDAD EN EL CENTRO SALUD “CONDE DE LA VEGA BAJA” CERCADO DE LIMA-PERÚ, AGOSTO – OCTUBRE-2015

CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LAS INMUNIZACIONES		
	N	%
ALTO	7	19
MEDIO	15	47
BAJO	10	34
TOTAL	32	100

Análisis:

En la tabla N° 01; conocimiento de las madres sobre las inmunizaciones en niños menores de 1 año de edad en el centro salud “Conde de la Vega Baja” cercado de Lima-Perú, agosto – octubre-2015, se observa que existe un nivel de conocimiento medio, equivalente al 47%; un nivel bajo con un 34%; y solamente 19% tiene un nivel de conocimiento alto sobre las inmunizaciones en niños menores de 1 año de edad en el centro salud “Conde de la Vega Baja” cercado de Lima-Perú, agosto – octubre-2015.

TABLA N° 02: CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LAS INMUNIZACIONES EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DE EDAD EN LA DIMENSIÓN TIPO DE VACUNAS EN EL CENTRO SALUD “CONDE DE LA VEGA BAJA” CERCADO DE LIMA-PERÚ, AGOSTO – OCTUBRE-2015.

CONOCIMIENTOS DEL LAVADO DE MANOS	DIMENSIÓN HÁBITOS DE HIGIENE	
	N	%
ALTO	5	16
MEDIO	15	48
BAJO	12	36
TOTAL	32	100

Análisis:

En la tabla N° 02; Con respecto al conocimiento de las madres sobre las inmunizaciones en niños menores de 1 año de edad en la dimensión tipo de vacunas en el centro salud “conde de la vega baja” cercado de Lima-Perú, agosto – octubre-2015, se observa un nivel de conocimiento medio equivalente al 48% un nivel bajo con un 36%; y solamente 16%; tiene un conocimiento alto sobre las inmunizaciones.

TABLA Nº 03: CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LAS INMUNIZACIONES EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DE EDAD EN LA DIMENSIÓN CUIDADO EN EL CENTRO SALUD “CONDE DE LA VEGA BAJA” CERCADO DE LIMA-PERÚ, AGOSTO – OCTUBRE-2015.

CONOCIMIENTOS DEL LAVADO DE MANOS	DIMENSIÓN PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES	
	N	%
ALTO	8	23
MEDIO	10	32
BAJO	14	45
TOTAL	32	100

Análisis:

En la tabla Nº 03; Con respecto al conocimiento de las madres sobre las inmunizaciones en niños menores de 1 año de edad en la dimensión cuidado en el centro salud “conde de la vega baja” cercado de lima-perú, agosto – octubre-2015, se evidencia un nivel de conocimiento bajo equivalente al 45%; un nivel medio con un 32%, y 23% tiene un nivel de conocimiento alto.

DISCUSION

El conocimiento de las madres sobre las inmunizaciones en niños menores de 1 año de edad en el centro salud “Conde de la Vega Baja” cercado de Lima-Perú, agosto – octubre-2015, se observa que existe un nivel de conocimiento medio, equivalente al 47%; un nivel bajo con un 34%; y solamente 19% tiene un nivel de conocimiento alto sobre las inmunizaciones en niños menores de 1 año de edad en el centro salud “Conde de la Vega Baja” cercado de Lima-Perú, agosto – octubre-2015.

Se evidencio similitud con la tesis presentada por CABALLERO P., MONTAGUD PENADES E. y Col (España 2010) estudiaron el Conocimiento sobre la inmunización en adultos mayores de 64 años: actitud hacia las vacunas frente a gripe, neumococo y tétanos. Y, obtuvieron como resultado: de un total de 1.624 entrevistados, la edad media fue 73,2 años, el 53,3% mujeres, el 61,1% casados. El 47,2% considera su salud buena o muy buena. El 75,3% estaban vacunados contra la gripe, el 56,8% contra tétanos y el 18% contra neumococo. Las vacunas más conocidas fueron frente a: gripe (91,4%), tétanos (55,7%) y sarampión (31,6%). Frente a neumococo, en décima posición, es conocida por el 11,4%. Un 34,3% cree que la vacunación es una muy buena medida preventiva; en varones, este porcentaje disminuye al 31,3% y en personas sin estudios se reduce a un 29,8%. Las fuentes de información más frecuentes son: médico (57,8%), enfermera (38,9%) y medios comunicación (29,9%). Concluyo que los conocimientos y la cobertura vacuna frente a la gripe son aceptables; la opinión sobre las vacunas es buena. Mejorar coberturas pasa por adoptar estrategias más persuasivas e imaginativas.

El conocimiento de las madres sobre las inmunizaciones en niños menores de 1 año de edad en la dimensión tipo de vacunas en el centro salud “conde de la vega baja” cercado de Lima-Perú, agosto – octubre-2015, se observa un nivel de

conocimiento medio equivalente al 48% un nivel bajo con un 36%; y solamente 16%; tiene un conocimiento alto sobre las inmunizaciones.

Se evidencio similitud con la tesis presentada por RODRÍGUEZ HEREDIA, Odalys; CASTAÑEDA SOUZA, Adalis (Cuba 2009); realizaron un estudio de “Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos a madres de niños vacunados hasta los 18 meses”, en cuyos resultados encontraron que antes de recibir las labores educativas eran escasos los conocimientos que poseían las madres acerca de la importancia de la inmunización para sus hijos, cuáles vacunas se le ponen hasta los 18 meses, el concepto de la misma así como las enfermedades eliminadas en nuestro país y las protegidas por las vacunas. Así como sus contraindicaciones y las reacciones adversas que pueden producirse en el momento de la inmunización. Concluyeron que al inicio de la investigación las madres tenían poco conocimiento sobre las vacunas que se le ponen a sus hijos, luego de la intervención se logró un aumento significativo del mismo, por lo que se consideró efectiva la intervención.

El conocimiento de las madres sobre las inmunizaciones en niños menores de 1 año de edad en la dimensión cuidado en el centro salud “conde de la vega baja” cercado de lima-perú, agosto – octubre-2015, se evidencia un nivel de conocimiento bajo equivalente al 45%; un nivel medio con un 32%, y 23% tiene un nivel de conocimiento alto.

Se evidencio similitud con la tesis presentada por KARIM MOUHALLALELE SAMAN “Factores que influyen en el nivel de conocimiento de madres sobre el esquema de inmunizaciones pediátricas” AÑO: 2008. Con el propósito de determinar los factores que influyen en el nivel de conocimiento de las madres sobre el esquema de inmunizaciones pediátricas en el servicio de cuidados intermedios V del hospital universitario de pediatría. Durante los periodos octubre diciembre el 2008. Se realizó un estudio descriptivo transversal en 300 madres de

pacientes hospitalizados; a quienes se les aplico consentimiento informado, entrevista estructurada. Una vez aplicada la entrevista se analizaron lodo datos obtenidos en forma numérica y porcentual, representadas en cuadros y gráficos. Predomino el conocimiento regular con 47.67% y deficiente con 37%. Según edad predomino la madre adulta joven 76%.¹¹

CONCLUSIONES

Se concluyo que el conocimiento de las madres sobre las inmunizaciones en niños menores de 1 año de edad en el centro salud “Conde de la Vega Baja” cercado de Lima-Perú, agosto – octubre-2015, se observa que existe un nivel de conocimiento medio, equivalente al 47%; un nivel bajo con un 34%; y solamente 19% tiene un nivel de conocimiento alto sobre las inmunizaciones en niños menores de 1 año de edad en el centro salud “Conde de la Vega Baja” cercado de Lima-Perú, agosto – octubre-2015

Se concluyó que el conocimiento de las madres sobre las inmunizaciones en niños menores de 1 año de edad en la dimensión tipo de vacunas en el centro salud “conde de la Vega Baja” cercado de Lima-Perú, agosto – octubre-2015, se observa un nivel de conocimiento medio equivalente al 48% un nivel bajo con un 36%; y solamente 16%; tiene un conocimiento alto sobre las inmunizaciones.

Se concluyó que el conocimiento de las madres sobre las inmunizaciones en niños menores de 1 año de edad en la dimensión cuidado en el centro salud “Conde de la Vega Baja” cercado de Lima-Perú, agosto – octubre-2015, se evidencia un nivel de conocimiento bajo equivalente al 45%; un nivel medio con un 32%, y 23% tiene un nivel de conocimiento alto

RECOMENDACIONES

Al Centro de Salud se sugiere tomar en cuenta los resultados de esta investigación y concertar un plan de intervención para el fortalecimiento de las actividades de Información, Educación y Comunicación masiva e intensa sobre las inmunizaciones, que permita mejorar los conocimientos de las madres.

A la Enfermera encargada de la Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones, se recomienda fortalecer el trabajo coordinando con las diversas organizaciones sobre Promoción de la Salud en las actividades preventivo-promocionales dirigidas a la unidad familiar

Se sugiere ampliar estudios teniendo en cuenta los factores socio-culturales, socio-psicológicos y aspectos socio-comunitarios para completar la información de base que será útil en la toma de decisiones orientadas a incrementar el conocimiento, coberturas de vacunación y garantizar una protección segura en el niño.

Referencias Bibliográficas

1. (s.f.).
2. 2008, K. M. (2008). Factores que influyen en el nivel de conocimiento de madres sobre el esquema de inmunizaciones pediátricas. *tesis*, 86.
3. argentina, M. d. (s.f.). VACUNA COMBINADA PENTAVALENTE DPT- HBV- HIB (PENTAVALENTE CELULAR) . <http://www.msal.gob.ar>.
4. Arriola C, G. S. (2012). Datos clave de la vacuna contra la influenza estacional. *CDC*.
5. Berroa, S. A. (2013). FACTORES SOCIOECONOMICOS, CULTURALES Y LABORALES QUE SE RELACIONAN CON EL CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE LOS NIÑOS MENORES DE 13 MESES CENTRO DE SALUD METROPOLITANO TACNA- 2014 . *TESIS* , 134.
6. CARRASCO MACSHA, A. D. (2009). “Conocimiento sobre inmunizaciones y factores socio económicos de madres de niños menores de un año. *tesis*, 78.
7. Carreño, .. G. (2013). Recomendaciones de conservación y período de validez de los envases multidosis tras su apertura. *Farmacia Hospitalaria*.
8. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, I. A. (2011). La poliomielitis y la vacuna que la previene.
9. Garza, J. P. (2013). Vacunas. *GUÍA PRÁCTICA DE VACUNACIONES* .
10. Honduras, M. d. (2012). Conceptos y principios generales de inmunización. www.bvs.hn/Honduras/PAI/ManualNormasyProcedimientos/MNPPAIH1-7.pdf.

11. <http://nataliaarv.blogspot.com/2014/10/nola-j-pender.html>. (2012). Nola Pender.
12. Kolher, C. (2013). enfermedades y vacunas. *Guía Práctica de Enfermedades y Vacunas*.
13. LÓPEZ-ANTUÑANO, F. J. (Mexico). Usos y efectos del bacilo *Micobacterium bovis Calmette-Guerin* . *Artículo*.
14. OMS. (2011). VACUNA: . *OMS Vacunas*.
15. OMS. (2012). Rubeola.
16. OMS. (2015). Vacunas antitosferinosas. Documento de posición de la OMS, agosto. *Inmunización*, 34.
17. OPN. (2013). El Plan de Acción Mundial sobre Vacunas. *BOLETIN DE INMUNIZACION*, 12.
18. Paloma Ortega Molina, P. A. (2002). CADENA DEL FRÍO PARA LA CONSERVACIÓN DE LAS VACUNAS EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE UN AREA DE MADRID: MANTENIMIENTO Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS. *Revista Española de Salud Pública*.
19. Paula, I. N. (2004). La gestión de la información, el conocimiento, la inteligencia y el aprendizaje organizacional desde una perspectiva socio-psicológica. *ACIMED* , 35.
20. Prevention(2006), C. f. (2006). Progress in Reducing Global Measles Deaths, .
21. RODRÍGUEZ HEREDIA, O., & CASTAÑEDA SOUZA, A. (. (200986). Intervencion educativa para elevar el nivel de conocimientos a madres de niños vacunados hasta los 18 meses. *TESIS*.
22. SALUD, M. D. (2011). Sarampion.

23. Santander, R. d. (2013). El cuidado de enfermería a grupos humanos. *Salud*.
24. UNICEF. (2011). Mucho poquito o nada. *Fondo de las Naciones Unidas para la Infanci*, 65.
25. VILLALOBOS, J. A. (2012). manual de vacunacion.
26. wikipedia. (2009). Tecnología de control para el transporte de cargas refrigeradas. *Pagina web*.
27. WIKIPEDIA. (2011). Vacuna contra la hepatitis B.

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: “INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA ELEVAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS INMUNIZACIONES EN MADRES CON NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DE EDAD EN CENTRO SALUD “CONDE DE LA

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el conocimiento de las madres sobre las inmunizaciones en niños menores de 1 año de edad en el centro salud “Conde de la Vega Baja” cercado de Lima-Perú, agosto – octubre-2015? 	<p>Determinar el conocimiento de las madres sobre las inmunizaciones en niños menores de 1 año de edad en el centro salud “Conde de la Vega Baja” cercado de Lima-Perú, agosto – octubre-2015.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Determinar el conocimiento de las madres sobre las inmunizaciones en niños menores de 1 año de edad en la dimensión tipo de vacunas en el centro salud “Conde de la Vega Baja” cercado de Lima-Perú, agosto – octubre-2015.</p>	<p>Univariable = conocimiento de las madres sobre las inmunizaciones</p> <p>TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Teniendo en cuenta la naturaleza del problema y los objetivos de presente estudio corresponde a una investigación de tipo cuantitativa de diseño descriptivo no experimental de nivel aplicativo ya que busca contribuir a solucionar un problema práctico inmediato de corte transversal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Descriptivo: porque estudia y describe una realidad o

	<p>Determinar el conocimiento de las madres sobre las inmunizaciones en niños menores de 1 año de edad en la dimensión cuidado en el centro salud “Conde de la Vega Baja” cercado de Lima-Perú, agosto – octubre-2015.</p>	<p>situación problemática.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Corte transversal: porque la realidad estudiada está dada en un momento determinado en el tiempo.
--	--	---



INSTRUCCIÓN

Edad:.....años; <16 () 20-34 () 35 + ().

Número de hijos: 1. (); 2. (); 3. (); 4. (); Mas de 4 ()

a. Generalidades de las inmunizaciones

1) **¿Qué son las inmunizaciones?** marca la respuesta correcta.

- a) Son medicamentos que se utilizan para evitar ciertas enfermedades.
- b) Es una sustancia que es administrada para no provocar protección.
- c) Es una suspensión que protege de las enfermedades, normalmente causa malestar general.
- d) Es la administración de un antígeno por primera vez con la finalidad de inducir una respuesta inmunitaria primaria que garantice una respuesta subsiguiente.

2) **¿Cuáles son las posibles reacciones de las vacunas?**

- a) Fiebre leve
- b) Dolor y Malestar general.
- c) Llanto e irritabilidad
- d) Todas son correctas.

3) **¿Qué medidas adoptaría si su hijo presenta fiebre?**

- a) Aplicar paños tibios y administrar paracetamol 2 gotas por kilo de peso.
- b) Llevarlo al Centro de Salud más cercano a su casa.
- c) Le baña con agua tibia en un ambiente cerrado.
- d) A, b, es correcta.

b. Beneficios sobre las inmunizaciones

4) ¿Cuál es la importancia de las inmunizaciones?

- a) Protege de las enfermedades y favorece en el crecimiento y desarrollo de su niño.
- b) Incrementan protección al organismo en un 100% evitando adquirir alguna enfermedad infecciosa.
- c) Es una Intervención preventiva fundamental que permite evitar que enfermen, actuando como refuerzo de las defensas del niño.
- d) Ayudan a nuestro organismo a defenderse de los microorganismos.

5) ¿Sabe qué vacunas debe tener su niño menor de 1 año?

Si () No ()

c. Tipos de vacuna

5) La vacuna contra la tuberculosis (BCG) y hepatitis B (HvB) se debe aplicar al niño:

- a) Al Recién Nacido
- b) A los dos meses
- c) A los tres meses
- d) A los cuatro meses

7) La vacuna BCG protege contra:

- a) Rubéola
- c) Sarampión
- d) Tuberculosis
- e) Fiebre amarilla

8) La vacuna contra la, hepatitis B (HvB) y (Pentavalente) se debe aplicar al niño:

- a) Al Recién Nacido
- b) A los dos meses
- c) A los cuatro meses

d) Todas son correctas

9) La vacuna contra el poliomielitis (APO) se debe aplicar al niño:

a) 2, 4, 6 meses

b) 6, 8,10 meses

c) 6, 8, 10 meses

d) 8,10, 12 meses

10) La vacuna Pentavalente protege contra:

a) Difteria, Tos ferina, Tétanos, Hepatitis B, Influenza tipo B

b) Difteria, Tos ferina, Tuberculosis, Hepatitis B, Fiebre Amarilla

c) Difteria, Tos ferina, Tétanos, Tuberculosis, influenza tipo B

d) Sarampión, Hepatitis B, Rubéola

11) La vacuna contra el Neumococo se debe aplicar al niño:

a) 2, 3 y 12 meses

b) 1, 2 y 15 meses

c) 2, 4 y 12 meses

d) 2, 6 y 15 meses

12) La vacuna contra la Influenza Estacional se debe aplicar al niño:

a) 2, 4 y 18 meses

b) 4, 6 y 36 meses

c) 6, 8 y 15 meses

d) 7, 8 y 36 meses

e) 1, 7 y 12 meses

13. La vacuna contra el Rotavirus protege contra:

- a) Diarreas graves
- b) Gripe
- c) Fiebre amarilla
- d) Alergias

14. La vacuna contra el sarampión, paperas y rubéola (SPR) se debe de aplicar al niño:

- a) 1 año y refuerzo a los 2 años
- b) 1 año y refuerzo a los 3 años
- c) 1 año y refuerzo a los 4 años
- d) 1 año y refuerzo a los 5 años

15. La vacuna Trivalente (SPR) protege contra:

- a) Sarampión, Papera, Rubeola
- b) Hepatitis B, Meningitis, Neumonía
- c) Tétanos, Difteria, Tuberculosis
- d) Sarampión, Hepatitis B, Rubéola

16. ¿Si el niño no recibió la vacuna programada, hasta qué edad tiene para recuperarla de acuerdo a las normas para cada vacuna?

- a) Hasta los 3 años cumplidos
- b) Hasta los 4 años cumplidos
- c) Hasta los 5 años cumplidos
- d) Hasta los 6 años cumplidos

17. ¿si su bebe esta con tos y fiebre se le vacuna?

Si () No ()

18. ¿Después de la vacuna que medicamento le da?

- a) Panadol.
- b) Antalgina
- c) Amoxilina
- d) Panadol o paracetamol

19. ¿Es importante que su niño reciba las vacunas de acuerdo a su edad?

Si () No ()

20. ¿La zona pinchada por la vacuna no se toca ni se aplasta por qué?

- a) Porque le duele
- b) Porque se le puede inflamar
- c) Porque se puede infectar
- d) Ninguno

