



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

**TESIS**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE INMUNIZACIONES DE LAS MADRES DE  
MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL CRED DEL PS VILLA  
SOLIDARIDAD SAN JUAN DE MIRAFLORES LIMA - 2014”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR  
GIOVANNA SAAVEDRA OCHOA**

**APRESENTADO POR  
MG. IDALIA MARÍA CONDOR CRISOSTOMO**

**LIMA- PERÚ, 2018**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE INMUNIZACIONES DE LAS MADRES DE  
MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL CRED DEL PS VILLA  
SOLIDARIDAD SAN JUAN DE MIRAFLORES LIMA - 2014”**

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento sobre inmunizaciones de las madres de menores de 5 años atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Puesto de Salud Villa Solidaridad San Juan de Miraflores, Lima - Perú ,Octubre – Diciembre 2014. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de (n=207 madres), para el recojo de la información se utilizó un cuestionario tipo Likert, la validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de (0,879); la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de ( $\alpha=0,937$ ), la prueba de hipótesis se realizó mediante el Chi-Cuadrado( $\chi^2=46,3$ ) y con un nivel de significancia de valor( $p<0,05$ ).

### CONCLUSIONES:

Obteniendo que en mayor porcentaje el nivel de conocimientos sobre inmunizaciones es Medio. Este nivel de conocimiento se presenta teniendo en cuenta los siguientes criterios donde las madres saben poco: qué vacuna protege a su hijo cuando presenta una herida, Cuáles son los Beneficios de la Vacuna. Qué es la Inmunización, cuáles son las reacciones de la vacuna, qué vacunas se colocan en el Recién Nacido, qué vacunas se colocan a los 2, 4 meses de edad, contra que protege la vacuna BCG, La vacuna Pentavalente, bacteriana, anti-rotavirus, protege contra que enfermedades.

**PALABRAS CLAVES:** *Conocimiento, inmunizaciones, madres de menores de 5 años, beneficios, esquema de vacunación, reacciones a las vacunas.*

## **ABSTRACT**

The present investigation had like Objective: To determine the level of knowledge on immunizations of the mothers of less than 5 years attended in the Office of Growth and Development of the Health Post Villa Solidaridad San Juan de Miraflores, Lima - Peru, October - December 2014. It is a cross-sectional descriptive investigation, we worked with a sample of (n = 207 mothers), for the collection of the information a Likert type questionnaire was used, the validity of the instrument was made by the trial of concordance of the expert judgment obtaining a value of (0.879); the reliability was carried out using the Cronbach's alpha with a value of ( $\alpha = 0.937$ ), the hypothesis test was performed by the Chi-square ( $\chi^2 = 46.3$ ) and with a level of significance of value ( $p < 0, 05$ ).

### **CONCLUSIONS:**

Obtaining that in greater percentage the level of knowledge on immunizations is Medium. This level of knowledge is presented taking into account the following criteria where mothers know little: what vaccine protects your child when it presents a wound, what are the benefits of the vaccine. What is Immunization, what are the reactions of the vaccine, what vaccines are placed in the Newborn, what vaccines are placed at 2, 4 months of age, against which the BCG vaccine protects, Pentavalent, bacterial, anti- rotavirus, protects against what diseases.

**KEY WORDS:** *Knowledge, immunizations, mothers under 5 years, benefits, vaccination scheme, reactions to vaccines.*

## INDICE

	Pág.
<b>DEDICATORIA</b>	
<b>AGRADECIMIENTO</b>	
<b>RESUMEN</b>	i
<b>ABSTRAC</b>	ii
<b>ÍNDICE</b>	iii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	v
<b>CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	3
1.2.1. Problema General	3
1.2.2. Problemas Específicos	3
1.3. Objetivos de la investigación	4
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación del estudio	4
1.5. Limitaciones de la investigación	6
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes del estudio	8
2.2. Base teórica	12
2.3. Definición de términos	54
2.4. Hipótesis	58
2.5. Variables	59
2.5.1. Definición conceptual de la variable	59
2.5.2. Operacionalización de la variable	61

<b>CAPITULO III: METODOLOGIA</b>	
3.1. Tipo y nivel de investigación	64
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	64
3.3. Población y muestra	64
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	65
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	65
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	65
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	66
<b>CAPÍTULO V: DISCUSION</b>	73
<b>CONCLUSIONES</b>	76
<b>RECOMENDACIONES</b>	78
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	79
<b>ANEXOS</b>	
Matriz	
Instrumento	

## INTRODUCCION

El presente estudio está estructurado en diversas partes las cuales son:

Marco Teórico en donde se presenta la revisión de la literatura que son los antecedentes, es decir, los estudios realizados anteriormente y que guardan relación con la investigación.

Antecedentes de estudio; Bases teóricas, Justificación del Estudio; Problema e Hipótesis, percepción de las ideas de las investigadoras en relación al proyecto de investigación.

Objetivos, en el cual se detalla los objetivos planteados para el presente estudio.

Materiales y Métodos, en el cual se presenta el tipo y nivel de investigación teniendo en cuenta la naturaleza del problema y los objetivos del estudio; la población y la muestra que formó parte del estudio; además se presenta la técnica e instrumento de recolección de datos, la validez y la confiabilidad.

Resultados, en donde se detallan los estudio de investigación.

Análisis y Discusión, en la cual se comparan los resultados obtenidos en el estudio de investigación con otros estudios de contenido parecido.

Conclusiones, en la cual se mencionan las ideas finales del proyecto.

Recomendaciones, aquellas que van a orientar la manera de mejorar los resultados obtenidos en el proyecto de investigación. Bibliografía y Anexos, donde se encuentra el instrumento del estudio a aplicar en el desarrollo de la investigación.

El Diseño Metodológico fue de una investigación aplicada del tipo descriptivo simple de corte transversal, en la cual se utilizará como instrumento la encuesta.



## **CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) fue aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1974 y mediante la Resolución CD 25.27 del Consejo Directivo de la OPS /OMS, como medida para intensificar la lucha contra las enfermedades inmunoprevenibles que afectaban con mayor frecuencia a la niñez del mundo

La inmunizaciones previene enfermedades, discapacidades y defunciones por enfermedades prevenibles mediante vacunación, tales como el cáncer cervical, la difteria, la hepatitis B, el sarampión, la paroditas, la tos ferina, la neumonía, la poliomielitis, las enfermedades diarreicas por rotavirus, la rubéola y el tétanos.

En la actualidad, la inmunización previene cada año entre 2 y 3 millones de defunciones por difteria, tétanos, tos ferina y sarampión. La cobertura vacunal mundial (proporción de niños de todo el mundo que reciben las vacunas recomendadas) se ha mantenido estable en los últimos años

No obstante, se estima que 21,8 millones de lactantes de todo el mundo aún no reciben las vacunas básicas.

Cifras manejadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2010) revelan como cada año mueren más de 14 millones de niños menores de 5 años, de los cuales 3.5 millones fallecen antes de cumplir una semana de vida. Dos millones de estas muertes son causadas por enfermedades que podrían haberse prevenido con las vacunas. Estas muertes suceden por dos razones esenciales: Las vacunas existentes no son totalmente eficaces, y alrededor de un 20% de los niños del mundo no reciben una inmunización completa durante el primer año de vida.

World Health Organization (2011) informa que en el panorama mundial, la cobertura para todas las vacunas según datos de la O.M.S las cifras más bajas corresponden a África con un 47% y las más altas a Europa con un 81%. En América el comportamiento para la misma fecha fue de 60% a excepción de Cuba (96%), seguida de Canadá, Colombia y México con cifras superiores al 82%.

El Plan de acción mundial sobre vacunas está destinado a prevenir millones de defunciones mediante el acceso más equitativo a las vacunas. Los países están procurando alcanzar para 2020 una cobertura vacunal  $\geq 90\%$  a escala nacional y  $\geq 80\%$  en cada distrito. Si bien el Plan debería acelerar el control de todas las enfermedades prevenibles mediante vacunación, la erradicación de la poliomielitis se ha fijado como el primer hito. Además, el plan se orienta a impulsar la investigación y el desarrollo de la próxima generación de vacunas.

**La Hemophilus influenzae tipo b ((Hib)** .Para el final de 2013 la vacuna contra la Hib se había introducido en 189 países. Se estima que la cobertura mundial con tres dosis de la vacuna contra Hib es de un 52%. En las Américas, se calcula que la cobertura es del 90%, mientras que en las

Regiones del Pacífico Occidental y Asia Sudoriental es solo del 18% y el 27%, respectivamente.

**La Hepatitis B**, para el final de 2013 la vacunación de los lactantes contra la hepatitis B se había introducido a escala nacional en 183 países. Se estima que la cobertura mundial con tres dosis de vacuna contra la hepatitis B es del 81%, y asciende hasta el 92% en el Pacífico Occidental.

**El Papiloma virus humano.** Para el final de 2013 la vacuna contra el papiloma virus humano se había introducido en 55 países.

**El sarampión** para el final de 2013, un 84% de los niños habían recibido una dosis de la vacuna antisarampionosa antes de cumplir dos años, y 148 países habían incluido una segunda dosis como parte de la inmunización sistemática.

**La meningitis A**, para el final de 2013, tres años después de su introducción, más de 150 millones de personas en los países africanos afectados por la enfermedad habían sido vacunados con MenAfriVac, la vacuna desarrollada por la OMS y el PATH.

**La parotiditis**, para el final de 2013 la vacuna contra la parotiditis se había introducido a escala nacional en 120 países.

**Las enfermedades por neumococos**, a fines del 2013 se habían introducido la vacuna antineumocócica en 103 países, y la cobertura mundial estimada es de 25%.

**La poliomielitis**, en 2013, el 84% de los lactantes de todo el mundo recibieron tres dosis de la vacuna anti poliomielítica. La poliomielitis sigue siendo endémica solo en tres países, donde se eliminado en todos los países salvo en tres: Afganistán, Nigeria y el Pakistán y todos los países, especialmente los que padecen conflictos e inestabilidad, siguen en situación de riesgo hasta que la enfermedad se haya erradicado completamente.

**Los rotavirus**, para el final de 2013 la vacuna contra los rotavirus se había introducido en 52 países. Se alcanza una cobertura global estimada de 14%.

**La rubéola**, para el final de 2013 la vacuna contra la rubéola se había introducido a escala nacional en 137 países.

**El tétanos**, aproximadamente el 82% de los recién nacidos estaban protegidos mediante inmunización. El tétanos materno y neonatal sigue siendo un problema de salud pública en 25 países, principalmente de África y Asia.

**La fiebre amarilla**, hasta 2013, la vacuna contra la fiebre amarilla se había introducido en los programas de inmunización sistemática de lactantes de 35 de los 44 países y territorios de África y las Américas amenazados por esa enfermedad y la cobertura se estima en 41 %.

En el Perú, en las últimas décadas, hemos logrado eliminar enfermedades como la poliomielitis (1991), el sarampión (2001) y la rubéola (2007). No obstante, las bajas coberturas de vacunación que se están alcanzando en las vacunaciones a nivel nacional, colocan al Perú en riesgo de reintroducción de las enfermedades inmunoprevenibles que fueron eliminadas poniendo en riesgo la vida y la salud de nuestros niños menores de 5 años. Por otro lado, el Perú es considerado por la OMS como un país de endemicidad intermedia (2-8%) por hepatitis B, Alrededor del 7% de los fallecidos corresponde a enfermedades hepáticas relacionadas a infección por hepatitis B, como cáncer de hígado, cirrosis y hepatitis fulminante.

Siendo necesario aplicar la vacuna correspondiente a los recién nacidos.

En el año 2013, según las estadísticas de la ENDES, disminuye bruscamente la cobertura de vacunas básicas completas para los niños menores de 36 meses, pasando de 73.9% a sólo el 67.6% (ver cuadro 1)

Un factor importante que ha contribuido a esta bajada brusca de la cobertura de inmunizaciones, son los niveles de desconfianza generados en la población a partir de los 7 casos de polio asociados a la vacunación oral, que se dieron en el año 2013.

A la vez, también es necesario señalar las dificultades de los gobiernos regionales para implementar estrategias para enfrentar los desafíos

específicos de sus regiones como es el caso de las regiones de la selva, con las más bajas coberturas de vacunación. Así tenemos, según la ENDES 2013, las siguientes regiones con las más altas y las más bajas coberturas de manera sostenida en los últimos años

Un impacto positivo Cada año, la OMS y sus asociados celebran en la última semana de abril la Semana Mundial de la Inmunización. La Semana tiene la finalidad de acrecentar la sensibilización del público respecto de la manera en que la inmunización salva vidas, alentando a las personas de todas partes a vacunarse, tanto ellas como sus niños, contra enfermedades mortales.

En 2014, bajo el lema global " ¿Está usted al día? " más de 180 países, territorios y regiones dieron relieve a esa semana por medio de actividades, especialmente campañas de vacunación, talleres de capacitación, mesas redondas campañas de información pública.<sup>5</sup>

Teniendo esta realidad, se consideró realizar la investigación.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre inmunizaciones, de las madres de menores de 5 años atendidos en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Puesto de Salud Villa Solidaridad San Juan de Miraflores, Lima - Perú ,Octubre – Diciembre 2014

## **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1. Objetivo General**

- Determinar el nivel de conocimiento sobre inmunizaciones de las madres de menores de 5 años atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Puesto de Salud Villa Solidaridad San Juan de Miraflores, Lima - Perú ,Octubre – Diciembre 2014

### **1.3.2. Objetivo Especifico**

- Describir las características sociodemográficas de las madres de menores de 5 años atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Puesto de Salud Villa Solidaridad San Juan de Miraflores, Lima - Perú, Octubre – Diciembre 2014
- Determinar el nivel de conocimiento sobre beneficios de las inmunizaciones que tienen las madres de menores de 5 años atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Puesto de Salud Villa Solidaridad San Juan de Miraflores, Lima - Perú, Octubre – Diciembre 2014
- Determinar el nivel de conocimiento sobre esquema de vacunación que tienen las madres de menores de 5 años atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Puesto de Salud Villa Solidaridad San Juan de Miraflores, Lima - Perú, Octubre – Diciembre 2014
- Determinar el nivel de conocimiento sobre reacciones de las inmunizaciones que tienen las madres de menores de 5 años atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Puesto de Salud Villa Solidaridad San Juan de Miraflores Lima - Perú Octubre - Diciembre 2014.

•

### **1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

El papel del Ministerio de Salud, es velar por el mejoramiento permanente del nivel de salud y bienestar de la población. La Inmunización es una intervención de salud costo-efectiva, es decir mediante la prevención se logra disminuir las patologías futuras y prevenir entre dos y tres millones de muertes cada año en el mundo.

Este trabajo de investigación se realiza en el “Centro de Salud Villa Solidaridad”, el cual tiene como objetivo identificar el nivel de conocimiento sobre inmunizaciones de madres de niños menores de 5 años que acuden en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Puesto de Salud Villa Solidaridad, San Juan de Miraflores, Lima –Perú, Octubre Diciembre 2014. Población de investigación 207 madres, el total de niñas y niños vacunados es de 2175. Los resultados que se obtendrán a través de esta investigación, nos permitirá establecer un programa educativo mediante la propuesta que incluye la investigación. Esta investigación es importante, porque sus resultados serán un aporte para sustentar investigaciones futuras relacionadas a las inmunizaciones como la edad, el grado de instrucción de la madre, el número de hijos, el nivel económico y el estilo de vida de la familia. Además permitirá establecer un programa educativo mediante la propuesta que incluye la investigación. De esta manera ayudamos a que se cumpla uno de los programas del Ministerio de Salud del Perú

#### **1.5. LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

La primera Limitación corresponde a la población de estudio, ya que la muestra solo es a madres que acuden al consultorio de Crecimiento y Desarrollo de Centro de Salud Villa Solidaridad. San Juan de Miraflores Lima 2014.

La segunda Limitación corresponde a que no se abordaron el conocimiento que la literatura señala que tiene relación con Inmunizaciones como son: cuidado después de la aplicación de vacunas, focalización de los programas sociales.

La tercera Limitación es que los resultados solo servirán para la población del Puesto de Salud de Villa solidaridad, donde se llevará a cabo la investigación.

## CAPÍTULO II. MARCO TEORICO

### 2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

#### 2.1.1. Antecedentes Internacionales

**Pastora Judith Damián Carrillo de González (2010)**, Se realizó en el país de Guatemala, en la Universidad de San Carlos de Guatemala

“Conocimientos sobre vacunación en niños menores de cinco años que tiene el Personal Auxiliar de Enfermería del Distrito de Salud, la Libertad, Peten, durante el periodo de enero a mayo 2011”

De acuerdo a los objetivos y resultados obtenidos en este trabajo de investigación, se plantearon las siguientes conclusiones:

- ✚ Un 62.50% del personal no posee el conocimiento cumplido sobre que son las vacunas y que fichas epidemiológicas de utiliza en el Programa Nacional de Inmunizaciones.
- ✚ El 87.50% no posee el conocimiento completo sobre que es la vigilancia Epidemiológica y cómo actúan las vacunas en los niños.

- ✚ Existe un porcentaje significativo que responde incorrectamente a las preguntas que es la vigilancia epidemiológica y tipos de vacunas.
- ✚ El 100% de los Auxiliares de Enfermería del Distrito de Salud conocen que vacunas se administran a los niños menores de 5 años y cuál es la temperatura ideal para mantener las vacunas en la refrigeradora a nivel de los servicios de salud <sup>5</sup>

Barragán, C. et al (2007) Colombia realizaron un estudio descriptivo transversal prospectivo, cuyo objetivo fue determinar el **conocimiento sobre los cuidados del lactante menor (1-6 meses) en cuanto a alimentación, esquema de inmunización, higiene y confort que tenían las madres que asistían a la clínica de enfermería del club de lactancia materna en el Ambulatorio Urbano Tipo II “Cerritos Blancos” de Barquisimeto durante mayo-junio 2006** utilizando una muestra probabilística intencional por conveniencia del autor. Fueron encuestadas 20 madres; de ellas 80.833% respondieron correctamente y 19.166% incorrectamente. <sup>6</sup>

Huanta, L. (2007) realizó el trabajo titulado **“Impacto de aceptación de las vacunas del PAI segunda generación en los padres de familia (Hospital Pediátrico Albina Patiño-Hospital Materno Infantil Germán Urquidi” Cochabamba – Bolivia.** En esta investigación, refleja la mortalidad de niños en Bolivia por enfermedades prevenibles e indica la disposición de las vacunas de la nueva generación, PAI II. Los resultados confirmaron que el equipo de salud tiene conocimientos sobre las vacunas, pero no tienen la capacidad de transmitir la información completa. Por tanto, las madres de familia no recibían información completa sobre las vacunas y no tienen un conocimiento puntual. <sup>7</sup>

### 2.1.2 Antecedentes Nacionales

Aguilar, F. (2007) realizó un trabajo en el **programa ampliado de inmunizaciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima-Perú, durante los periodos marzo-abril de 2007**, con el fin de identificar la influencia del nivel de conocimiento que tienen las madres sobre vacunas en niños menores de un año y el cumplimiento del calendario de vacunación; la población de estudio estaba constituida por 165 madres, a quienes se les realizó una encuesta individual por parte de la investigadora, cuyos resultados obtenidos fueron, que el conocimiento de las madres sobre vacunas y cumplimiento del calendario de vacunación de su niño menor no guarda una relación estadísticamente significativa. El grado de instrucción de la madre fue un factor influyente en su nivel de conocimientos.<sup>8</sup>

**Sánchez Sampén Julissa Edith, Vera Santa Cruz Lucy Ivonne (2014)**, Se realizó en el País de Perú- Chiclayo, en la Universidad de Chiclayo

Nivel de Conocimiento de las Madres Adolescentes sobre Inmunizaciones en Niños Menores de 1 Año de los Centros de Salud José Olaya y Túpac Amaru, Chiclayo 2013.

De acuerdo a los objetivos y resultados obtenidos en este trabajo de investigación, se plantean las siguientes conclusiones:

🌈 Respecto al nivel de conocimiento sobre inmunizaciones en el Centro de Salud de Túpac Amaru, el porcentaje más elevado es el nivel deficiente 85%, seguido de regular con 10% y nivel Bueno con 5%.

En el caso de las madres adolescentes del Centro de Salud José Olaya se tiene un porcentaje elevado en el nivel deficiente 50%, seguido del nivel regular con 25%, nivel bueno es de 20% y nivel

excelente con un 5%. Por lo tanto se puede observar que el nivel de conocimiento sobre inmunizaciones, en el caso de las madres adolescentes del Centro de Salud de José Olaya es más alto que el nivel de conocimiento de las madres del centro de salud de Túpac Amaru.

- Respecto al nivel de conocimientos de las madres adolescentes respecto a las vacunas consideradas en el programa ampliado de inmunizaciones en el Centro de Salud de Túpac Amaru se tiene que el porcentaje más elevado es el nivel deficiente es de 85% , seguido del nivel regular es de 10% y nivel bueno con un 5%. En el caso de las madres del Centro de Salud José Olaya se presentó el porcentaje más elevado en el deficiente con 55%, seguido del nivel bueno y nivel regular con un 20%, nivel excelente con 5%. Por lo tanto se puede observar que el nivel de conocimiento sobre programa ampliado de inmunizaciones, en el caso de las madres adolescentes del Centro de Salud de José Olaya es más alto que el nivel de conocimiento de las madres del centro de salud de Túpac Amaru.
- Se concluye que respecto al nivel conocimientos de las madres adolescentes sobre reacciones adversas de las inmunizaciones, en el centro de salud de Túpac Amaru se tiene que el nivel más elevado es el nivel deficiente con el 75% , seguido del nivel regular con 20%, nivel bueno es del 5%. En el centro de salud de José Olaya, el nivel más elevado es el nivel deficiente con 35%, seguido del nivel bueno y nivel regular con un 25%, 15% nivel excelente. Por lo tanto se puede observar que el nivel de conocimiento sobre reacciones adversas de las inmunizaciones, en el caso de las madres adolescentes del Centro de Salud de José Olaya es más alto que el

nivel de conocimiento de las madres del centro de salud de Túpac Amaru.<sup>9</sup>

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### ***Conocimiento***

Se denomina conocimiento al conjunto de información que posee una persona respecto a un objeto o serie de objetos. Esta información puede estar limitada a las ideas que se haya formado a partir de una percepción superficial y poca precisa o ir más allá y ser elaborada y organizada e incluir proporciones acerca de la naturaleza de un objeto, explicaciones acerca de su comportamiento y razones en cuanto al por qué el objeto se comporta de una manera determinada en circunstancias específicas (Del Grosso, 1993).

10

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<sup>11</sup>

Entre los diversos tipos de conocimiento que existen los más estudiados son el ordinario y el científico.

El conocimiento ordinario es un cuerpo heterogéneo de ideas, productos de la observación, la experiencia, la reflexión y la imaginación.

conocimiento que se conserva y se transmite en forma oral; comprende los temas más variados de la naturaleza y de la vida del hombre en general. Sus contenidos se han ido desarrollando en el transcurso de la vida y experiencias históricas y sociales del hombre. Su formación ha implicado un largo proceso

de observación, ensayo puesta a prueba, aprendizaje y comprensión, como también crítica a los conocimientos adquiridos (Wartofsky, 1973). 13

El conocimiento científico, se refiere a una concepción del mundo y a una parte de él que difiere radicalmente del sentido común. Su origen puede ser el conocimiento ordinario, la observación casual, el conocimiento científico existente, la intuición, la formulación de preguntas o interrogantes de investigación, la experiencia frecuente en determinados aspectos de un objeto hasta que se llega a aclararse o comprenderse correctamente (Feyerabend, 1981). 14

El conocimiento científico relacionado con la medicina ha estado asociado a lo largo de la historia de la humanidad con la necesidad de prevenir y curar eficazmente las enfermedades, pero el modo de concebir la enfermedad, curarla y prevenirla ha estado asociado, entre otros aspectos a la vida político social, al sentido de la vida, al concepto del hombre y su naturaleza a la visión científica de la realidad, al desarrollo de ciencias afines y a la estructura mental de cada época, su cultura, su economía, y su visión religiosa (Sabino, 1984).<sup>14</sup>

A su vez, el conocimiento puede ser influenciado por una serie de factores inherentes al ser humano entre ellos cabe mencionar: edad, profesión ocupación, grado de instrucción, condición socioeconómica y otros factores inherentes en cuanto a la búsqueda de la fuente de información. De esta manera, el ser humano, al desarrollar sus ideas, teorías y conceptos, está bajo la influencia de su experiencia personal en el campo del saber donde incursiona y, por tanto, presenta puntos de vista diferentes.

La investigación sobre el concepto de información se remite a la Edad Media, donde se decía que la información y, más específicamente la palabra, daban forma e impregnaba de carácter a la materia y a la mente. De alguna

manera, se manejó siempre, la idea de que la información es un "agente activo", un principio universal que especifica el significado de las cosas 15

Hoy en día, existen múltiples fuentes de información para conocer algún tema en especial, dependiendo del tipo de información ya sea verbal, escrita que puede ser transmitidas a través de las personas, medios de comunicación (Radio, TV, Internet) o de las instituciones académicas u otros centros dependiendo del objetivo en estudio.

De esta manera, el conocer acerca de un tema específico puede influenciar tanto el conocimiento científico como el ordinario, tal es el caso a lo que respecta a Inmunidad.

### **Nivel de conocimiento.**

En relación el nivel de conocimiento es el estado claro de la conciencia de uno mismo y del entorno en que la tensión se centra en cuestiones inmediatas, es un proceso en virtud del cual la realidad se refleja y produce el pensamiento humano, se asimila conceptos acerca de los fenómenos reales, va comprendiendo el mundo circundante.

El diccionario de la real academia española, el conocimiento es 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.

### ***Inmunidad y vacunas***

La palabra Inmunidad deriva del latín *inmunitas*, que se refiere a la exención de cargas civiles o persecución legal que los senadores romanos tenían como privilegio durante el desempeño de su cargo. Este término se utiliza

también para referirse a la observación, ya muy antigua, de que los individuos que han sufrido ciertas enfermedades infecciosas están exentos de volver a padecerlas. La inmunidad puede dividirse en: Activa Natural, que es la producida por la infección; Activa Artificial, que es lograda tras la vacunación; Pasiva Natural, que es la obtenida por el paso transplacentario de anticuerpos de la madre al niño, y la Pasiva artificial, que sería la producida tras la administración de gammaglobulinas. Con la vacunación se intenta originar una respuesta inmune protectora de larga duración, mientras que en la inmunización pasiva artificial con gammaglobulina la protección es sólo temporal, ya que los anticuerpos mediados por la IgG tienen una vida media de 17 a 24 días. (Tregnaighi et al 2005).<sup>17</sup>

Cabe mencionar, que las vacunas son preparados de antígenos procedentes de microorganismos patógenos (microbios muertos de cepas virulentas o vivos de cepas atenuadas), cuya finalidad es la creación de anticuerpos que reconozcan y ataquen a la infección, produciendo inmunidad del organismo inoculado. Su objetivo consiste en procesar resistencia inmune frente a un organismo infeccioso.

Con este fin, se inocula al individuo una forma del organismo patógeno que no tiene capacidad de producir la enfermedad, pero sí de inducir la formación de anticuerpos. Este proceso se denomina vacunación debido a que la primera técnica de inmunización consistió en la administración del virus de la vacuna para lograr la inmunidad frente a la vida.

Es de resaltar que, las vacunas son la forma más eficaz de protección frente a los virus y otros organismos relacionados contra los que los antibióticos no son eficaces. Por lo que una vacuna debe ser inocua y eficaz. La eficacia incluye no sólo el logro de una inmunidad protectora inmediata, sino que ésta se mantenga durante amplios períodos de tiempo. Como las células T y B efectoras tienen una vida media corta, el antígeno vacunal debe de persistir

durante largo tiempo para que de una manera continua se produzcan células B memoria capaces de una formación rápida de anticuerpos y de células T memoria prestas a cooperar con las células B y a convertirse en células efectoras.<sup>16</sup>

De esta manera, la aparición de la memoria inmunológica depende únicamente de los linfocitos T y B. Esta respuesta inmunológica es esencial para proteger al individuo de aquellas infecciones con un período de incubación relativamente largo, mientras que las de incubación corta se pueden prevenir con un nivel basal alto de anticuerpos. De aquí la razón de administrar en las vacunaciones infantiles varias dosis durante un período corto de tiempo, con objeto de lograr respuestas inmunológicas que eleven sucesivamente los niveles de anticuerpos protectores que genera, sino también y de manera fundamental por su capacidad de crear memoria inmunológica. El tiempo y el intervalo entre vacunaciones se basan en consideraciones teóricas como las anteriores, así como en los resultados de los ensayos clínicos (Tregnaghi et al 2005).<sup>17</sup>

En los países occidentales se administran ciertas vacunas de acuerdo a un calendario oficial de vacunación. Por otro lado, las vacunas se preparan con microorganismos muertos por la exposición al calor o a agentes químicos (como la primera vacuna de la polio, o la vacuna de la fiebre tifoidea); con un toxoide, forma inactivada de la toxina producida por el microorganismo (vacunas del tétanos y la difteria) o con un virus vivo atenuado, es decir, un virus debilitado en el laboratorio de manera que no produzca la enfermedad (como la vacuna de la polio desarrollada por Albert Sabin, o las vacunas del sarampión y la fiebre amarilla).

Es así como, el preparado inmunizante se introduce en el organismo a través de la piel (inoculación), salvo algunas excepciones, como la vacuna oral de la

polio tipo Sabin. La duración del efecto protector es muy variable, desde seis meses en el caso de la peste hasta diez años para la fiebre amarilla.

Bajo este contexto, las vacunas constituyen una de las medidas sanitarias que mayor beneficio produce y siguen produciendo a la humanidad, previenen enfermedades que antes causaban grandes epidemias, muertes y secuelas. (Farjas, M. et al. 2007).<sup>18</sup>

### **Importancia de las vacunas.**

Las vacunas disminuyen notablemente la prevalencia de las enfermedades, son actualmente muy seguras, los efectos secundarios son poco frecuentes, ligeros y temporales, como puede ser una febrícula o dolor leve en la zona de la inyección, los efectos secundarios s son muy extraños y pasan de 1 por millón de dosis. Es necesario también mirar sus beneficios y la capacidad de protección ante las enfermedades, un Niño no vacunado tiene más riesgos de padecer encefalitis neumonía o muerte que un Niño vacunado. La inmunización a través de la vacuna actúa como escudo, protege a nosotros mismos, sino para los que están a nuestro alrededor.<sup>19</sup>

Los Niños que no se han vacunados, Las vacunas son responsables del control de muchas enfermedades infecciosas que antes habían sido muy frecuentes. A pesar de todos los virus y las bacterias que provocan estas enfermedades, aún existe y pueden llegar a las Niños no protegidos por las vacunas. Son **enfermedades que pueden ser graves e incluso llegar a causar la muerte, especialmente de los Niños menores de cinco años y que son prevenibles con las vacunas.**<sup>19</sup>

**Polio:** El virus de la polio causa parálisis aguda, que puede ser permanente. Muchos de los que habían padecido polio se han quedado en silla de ruedas,

e incluso fallecieron, hoy los altos niveles de vacunación evitan que se presenten esta enfermedad. <sup>19</sup>

**Pertusis** (tos ferina), es una enfermedad grave que cursaba con mucha tos, tanto que podía dificultar a un niño comer, beber o incluso respirar. Los frecuentes vómitos facilitaban la pérdida de peso, también podría causar neumonía y alteraciones en el cerebro. Si parásemos las vacunaciones la incidencia de esta enfermedad subiría muchísimo. <sup>19</sup>

Rubéola, Si una Madre embarazada padece rubéola durante el primer trimestre del embarazo, el Bebe puede desarrollar el síndrome de rubéola congénita, con alteraciones en el corazón, cataratas, problemas mentales, sordera. Gracias a un alto nivel de vacunación hay poco casos de síndrome de rubéola congénita. <sup>19</sup>

**Hepatitis B**, Los que han padecido hepatitis B tienen un alto riesgo de que la infección sea crónica y a la larga provoque cirrosis y cáncer de hígado. Se recomienda la vacuna y se observa que actualmente han disminuido muchos los casos de esta enfermedad. <sup>19</sup>

**Difteria**, causa frecuentemente problemas de corazón, mueren un 10 % de los afectados y un 20 % si se trata de Niños. En algunas partes del mundo como la de Europa del Este, hay aún casos debido a vacunaciones incorrectas. <sup>19</sup>

**Tétanos**, a menudo es una enfermedad grave, la bacteria causante del tétanos se expanden fácilmente por el suelo y por el polvo la enfermedad causa espasmos musculares, se puede tener problemas para respirar y para comer y los espasmos pueden causar fracturas de huesos, algunas personas entran en coma el 30 % mueren. Es una enfermedad infecciosa, pero no es

contagiosa, porque el bacilo se encuentra en el ambiente y por lo general se puede prevenir con la vacuna. 19

**Parotiditis**, antes de la vacunación esta enfermedad provoca muchas sorderas en los Niños, en algunos casos podría provocar problemas nerviosas y del cerebro, que podrían provocar parálisis, también existía la posibilidad de abortos espontáneos durante el primer trimestre del embarazo, al ser una enfermedad muy contagiosa, sí dejásemos de vacunar se extendería muy fácilmente entre los no vacunados.<sup>20</sup>

**Meningitis meningocócica del grupo C**, Afecta a gran número de niños y podía dejar secuelas importantes como encefalitis, parálisis y alteraciones neuronales. Hasta ahora no se disponía de una vacuna bastante eficaz y por este motivo no se encontraba en el calendario vacunal. Ahora se dispone de una vacuna que da mucho más protección inmunológica y por lo tanto incluida en el calendario vacunal.<sup>20</sup>

Según la OMS. Evento Supuestamente Atribuido a la Vacunación o Inmunización (ESAVI), es un cuadro clínico que ocurre después de la administración de la vacuna, que causa preocupación.<sup>20</sup>

Los eventos pueden ser: Eventos comunes o leves, es la reacción del sistema inmunitario de la persona vacunada origina ciertos efectos colaterales leves, reacción local, fiebre y los síntomas generales pueden ser de la respuesta inmunitaria normal.

Eventos raros y severos, son las reacciones raras ejemplo convulsiones, trombocitopenia, episodio de hipotonía e hipo reactividad y llanto persistente, la anafilaxia que puede ser mortal, la encefalopatía se cita como una reacción rara. La mayoría de las reacciones comunes, leves y raras, son

difícil o imposibles de prevenir para el vacunador. No obstante hay un tipo de evento que el vacunador puede prevenir en gran medida se trata de error programático, el error es humano, porque no se cumple con lo que se enseñó en las capacitaciones, éstos son las prácticas inadecuadas de vacunación.<sup>20</sup>

***Esquema Nacional de Inmunizaciones según Estrategia Nacional de Inmunizaciones del Ministerio de Salud del Perú.***

A continuación se mencionan las vacunas recomendadas por el Ministerio de Salud (MINSa – Perú) según la Estrategia Nacional de Inmunizaciones:

El programa nacional de inmunizaciones existió en el Perú desde 1972, En el año 2001, año se incorporó dentro del programa de atención integral de salud del Niño, con fecha 27 de julio del 2004, fue creada la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones, (es un sub. Programa), con la finalidad de señalar la prioridad política, técnica y administrativa.<sup>1</sup>

La inmunización es una intervención eficaz con relación a su costo que salva vidas y evita el sufrimiento causado por enfermedades, minusvalía y muertes, beneficia a toda las personas no solo porque mejora la salud y la esperanza de vida, sino también por su impacto social, económico a escala mundial, nacional, y comunitario al 2010, todos los países deberán contar con una cobertura de inmunización sistemática del 90 % a nivel nacional y de al menos el 80% en cada Distrito.<sup>21</sup>

La OMS. Define que la vacuna son sustancias que administradas por la boca o, por inyecciones al entrar a nuestro organismo hacen que produzcamos defensas de alta calidad para ciertas enfermedades que causen secuelas

severas y muerte, además es una herramienta fundamental para vencer a las enfermedades inmunoprevenibles.

## **b) TIPOS DE VACUNA**

**Se distinguen dos tipos de vacunas:**

### I.-Vacunas Bacterianas:

Vivas atenuadas: BCG

Muertas: coqueluche, tifoidea, cólera.

Anatoxinas: difteria, tétanos

Polisacáridos: meningococos A+ C, neumococos

Polisacárido + carrier: Hemophilus. Proteínas de membrana externa:

Meningococo B

### II.- Vacunas Virales:

\*Vivas atenuadas: Poliomiелitis (oral), rubéola, sarampión, parotiditis, fiebre amarilla.

\*Inactivadas completas: gripe, poliomiелitis (inyectable), rabia.

\*Fracción Antigénica: Hepatitis A y B.

## **c) USO SIMULTÁNEO DE VACUNAS**

\*La administración simultánea de vacunas no altera la producción de anticuerpos ni favorece las reacciones adversas.

\*Deben ser aplicadas en sitios diferentes.

No se aconseja la administración simultánea de vacuna anti poliomiелítica inactivada con vacuna anticolérica y/o Anti tifoidea.

**d) RECOMENDACIONES PARA EL INTERVALO DE ADMINISTRACIÓN DE ANTIGENOS VIVOS E INACTIVADOS**

Combinación de Antígenos	Intervalo mínimo recomendado entre dosis
2 o más antígenos vivos atenuados.	Un intervalo mínimo de 4 semanas si no son Administrados simultáneamente. Por ejm. Sabin y Sarampión. A pesar de no existir bibliografía definitiva al respecto se continúa con esta recomendación.

**(b) Contraindicaciones:**

- I. Enfermedades Graves
- II. Reacciones post vacunas graves, tales como con DPT y otras vacunas bacterianas, shock, colapso, temperatura mayor o igual a 40.5°C, episodio de hipo respuesta e hipotonía, convulsiones u otros síntomas neurológicos.
- III. Trastorno cerebrales y enfermedades neurogénicas progresivas o recurrentes, especialmente con antipertrussis.
- IV. Mal convulsivo.
- V. Vacunas a virus atenuados en embarazadas.

**INMUNODEPRIMIDOS**

La aplicación de vacunas vivas en personas afectadas con déficit inmunitario o sometido a un tratamiento inmunodepresor: cortico terapia, radioterapia, anti metabolitos, etc. Debe ser evaluada en forma individual por el médico tratante.

Si el tratamiento de cortico terapia es de breve tiempo, toda vacunación debe ser postergada hasta su finalización.

Las vacunas vivas están contraindicadas en afecciones proliferativas malignas (leucemias, linfosarcoma, mieloma múltiple, linfoma de Hodgkin, etc.)

## **VACUNA CONTRA LA DIFTERIA, LA TOS FERINA Y EL TETANOS (DPT) (Difteria, Tos ferina, Tétanos)**

### **DIFTERIA**

#### ***Aspectos epidemiológicos:***

**Agente etiológico:** *Corynebacterium diphtheriae*, es un bacilo aeróbico gran positivo polimórfico, no móvil con tres tipos de colonias (mitis, intermedius y gravis), puede o no producir exotoxina, su producción está mediada por la presencia de un bacteriófago. Solo las cepas toxígenas causan enfermedad.

**Distribución:** Es una enfermedad que se presenta en los meses más fríos y afecta principalmente a niños no inmunizados menores de 5 años.

**Reservorio:** **El hombre** es posible el estado de portador, en brote epidémico los niños suelen ser portadores transitorios.

**Modo de transmisión:** Contacto directo con las secreciones o exudado y/o lesiones del enfermo o portador. Rara vez con objetos contaminados.

**Período de incubación:** Por lo general de 2 a 5 días. (1-10 días).

**Período de transmisibilidad:** Es variable y dura hasta que los bacilos virulentos han desaparecido de las secreciones y lesiones,

por lo general dos semanas y rara vez excede de 4 semanas. Los portadores crónicos pueden expulsar microorganismos durante **6 meses o más.**

**Susceptibilidad;** Universal

**Características de la enfermedad:**

Enfermedad bacteriana aguda de las amígdalas, faringe, laringe, nariz, a veces de otras membranas mucosas de la piel y en ocasiones de la conjuntiva o los órganos genitales.

La lesión se caracteriza por una o varias placas de membranas grisáceas adherentes

**Como se le reconoce:**

Al inicio entre el primer y tercer día, el niño presenta malestar general, irritabilidad y dolor de garganta de moderada intensidad, faringe hiperemica con exudado en placas, al cuarto día el niño se queda postrado, hay dolor en toda la zona del cuello. Al examen las amígdalas la faringe presenta placas o pseudo membranas grisáceas muy adherentes, que tienen un halo rojizo, estas placas pueden cubrir los pilares del paladar, llegar a la úvula y ocasionar una obstrucción respiratoria, con sangrado al intentar desprenderlas.

Se presenta usualmente aumento de los ganglios submaxilares y/o edema peri ganglionar.

Si no hay complicaciones las membranas faríngeas se desprenden espontáneamente aproximadamente en una semana.

**Complicaciones:**

La toxina del bacilo puede ocasionar complicaciones:

Miocarditis,

Polineuritis diftérica (puede haber parálisis del paladar, de músculos oculares o de los miembros)

**Descripción de la vacuna:**

Es una vacuna compuesta de bacterias muertas de *Bordetella pertussis*, además de los toxoides purificado de: *Corynebacterium diphtheriae* y *Clostridium tetanicum* absorbidos a hidróxido de aluminio.

**Composición:**

**Presentación:**

Se presenta en estado Líquido de color café claro a blanco perla. Envasado en frasco ampula de cristal con tapón de hule y sello de aluminio, que contiene 5 ml (10 dosis), en el mercado pueden encontrarse también

Presentaciones de 0.5 ml. Cada dosis de 0.5 ml contiene no más de 30 Lf\* de Toxoide diftérico; no más de 25 Lf de Toxoide tetánico, y no más de 15 U.O. de *Bordetella pertussis* adsorbidas en gel de sales de aluminio

**Conservación:**

La vacuna debe mantenerse refrigerada a una temperatura de +2° a +8° C en la parte central de la refrigeradora, no debe congelarse aún por cortos periodos porque precipita el coadyuvante con pérdida de potencia de la vacuna.

El frasco multidosis una vez abierto en los servicios de salud, conservado a la temperatura mencionada, se podrá utilizar por el término de 1 ó 4 semanas según política de frascos abiertos OPS/OMS.

Los frascos utilizados en campo (abiertos) deben desecharse al término de la jornada. La vacuna permanecerá en los servicios por no más de dos meses.

### **Vía de administración, dosis e intervalos de aplicación**

La vacuna DPT se administra por vía intramuscular profunda en la región deltoides o en la región antero lateral externa del muslo o cuadrante superior externo del glúteo.

#### **CALENDARIO:**

**Esquema regular:** en niños menores de 1 año se aplicará 3 dosis y un refuerzo de 0.5ml cada una dosis de 0.5 ml a los

Primera dosis: 2 meses de edad.

Segunda dosis: 3 meses de edad.

Tercera dosis: 4 meses de edad.

Refuerzo: al 1 a 6 meses de edad posterior a la aplicación de la tercera dosis.

**Esquema incompleto:** cuando se interrumpe el esquema de vacunación debe completarse el esquema de vacunación con las dosis faltantes, con los intervalos recomendados mínimos posibles, sin interesar el tiempo transcurrido desde la última dosis y no demorar su cumplimiento (verificado con el carné de vacuna).

En los niños de 1 año y en los menores de 5 años que no han recibido dosis anteriores de vacuna DPT debe seguirse el calendario con intervalo de 4 semanas seguir con una dosis de refuerzo de 6 meses a 1 año de aplicada la última dosis y antes de cumplir los 5 años.

#### **Eficacia**

Cercana al 100% para los toxoides diftérico y tetánico, y superior o igual al 80% para la fracción *pertussis* después de la serie primaria de vacuna de 3 dosis. La duración de la inmunidad no es vitalicia para ningún componente de la vacuna.

**Uso simultaneo con otras vacunas:**

Las vacunas combinadas se confieren a la combinación física de dos o más antígenos en una sola preparación, idóneamente sin interferencia en su inmunogenicidad y eficacia protectora o incremento en los efectos adversos como la vacuna pentavalente o DPT \_ Hvb-Hib APO.

**Contraindicaciones y precauciones:**

No se aplique a niños mayores de cinco años de edad.

- No suministrar a personas con inmunodeficiencias, a excepción de la infección por VIH asintomático.
- Reacción anafiláctica a una aplicación previa, encefalopatía dentro de los 8 días posteriores a una aplicación previa, enfermedad grave, con o sin fiebre, fiebre mayor de 38°C, niños bajo tratamiento con corticoides, convulsiones o alteraciones neurológicas sin tratamiento o en progresión (el daño cerebral previo no la contraindica).
- En los niños que presenten contraindicaciones verdaderas se recomienda aplicar DT, para asegurar la protección al menos contra difteria y tétanos.
- Los niños con antecedentes convulsivos o con crisis de llanto persistente o inconsolable asociados a dosis previas, pueden continuar, el esquema de vacunación bajo condiciones de precaución (observación relativa en casa).
- Las personas transfundidas, o que han recibido inmunoglobulina, esperarán tres meses para ser vacunadas.
- Aunque no es una indicación estricta se recomienda no aplicar la vacuna en ayunas, ya que el componente pertussis estimula los receptores  $\beta$  adrenérgicos, produciendo aumento de la secreción de la insulina y por tanto, hipoglucemia. Sin embargo esta situación es

rara y no debe constituir un obstáculo para la vacunación, ya que después el niño puede recibir algún alimento.<sup>20</sup>

## **POLIOMIELITIS**

### **Aspectos Epidemiológicos**

La poliomielitis fue erradicada en el Perú en el año 1994. El último caso reportado ocurrió en Pichanaki en el departamento de Junín el 23 de Agosto de 1991.

### **Agente Etiológico**

El agente etiológico pertenece al grupo de los Enterovirus y a la familia Picornavirus. La poliomielitis es causada por tres serotipos:

\*Polio virus Serotipo 1, Brumhilda: causo el 80% de los casos en el Perú.

\*Polio virus Serotipo 2, Lansing: causo el 8% de los casos

\*Polio virus Serotipo 3, León: causo el 12% de los casos.

La infección se adquiere por vía digestiva, a través de la ingesta de alimentos contaminados con heces, que son una vía de eliminación del virus provenientes de los portadores y enfermos. También puede penetrar al huésped por vía respiratoria o conjuntival, a través de la saliva de un enfermo o portador.

### **Reservorio**

La propagación es de persona a persona (el huésped natural y único es el hombre) y se produce de 7 -10 días antes del inicio de los síntomas hasta 6 semanas.

### **Modo de Transmisión**

La infección se adquiere por vía digestiva, a través de la ingesta de alimentos contaminados con heces, que son una vía de eliminación

del virus provenientes de los portadores y enfermos. También puede penetrar al huésped por vía respiratoria o conjuntival, a través de la saliva de un enfermo o portador.

### **Periodo de Incubación**

El periodo de incubación de la Poliomiелitis Asintomático o leve es de 3 a 6 días. En el caso del comienzo de parálisis en la Poliomiелitis paralítica, el periodo de incubación suele ser de 7 a 21 días.

### **Periodo de Transmisibilidad**

El periodo de Transmisibilidad del virus de poliomiелitis es máximo poco antes o después de comenzar la enfermedad clínica cuando aparece el virus en la faringe y es excretado en gran concentración en los excrementos. El virus persiste en la faringe una semana en promedio, después de comenzar la enfermedad, y durante varias semanas es excretado en las heces.

Los pacientes pueden ser contagiosos durante todo el tiempo en que persista la excreción mencionada. Entre quienes reciben la vacuna OPV el virus persiste en la faringe una o dos semanas, y durante varias semanas es excretado por las heces, si bien en casos raros se ha sabido que la excreción dura más de 2 meses. Los sujetos inmunodeficientes han excretado el virus en lapsos mayores de 10 años.

### **Definición de la enfermedad:**

Es una enfermedad viral aguda variable, que afecta el Sistema Nervioso Central, cuya evolución natural varía desde una infección asintomático, o con manifestaciones clínicas vagas semejando solo un proceso respiratorio y/ o intestinal, hasta la forma paralítica. Se caracteriza por una parálisis flácida de inicio súbito, debido a la

perdida de la función muscular por destrucción de las moto neuronas periféricas.

**Diagnóstico:**

Solo se reconoce por aislamiento del virus o la elevación de los títulos de anticuerpos específicos

Antecedentes de contacto de un caso agudo, dentro de los 15 días previos al cuadro, y es definitivo cuando se aísla el virus.

Por la clínica y el aislamiento del virus.<sup>20</sup>

**DESCRIPCIÓN DE LA VACUNA**

**Composición**

La vacuna Anti poliomiéltica (OPV) en cada dosis debe contener como mínimo

-1 x 10<sup>8</sup> DICC/ 50 para polio virus tipo I

-1 x 10<sup>8</sup> DICC/ 50 para polio virus tipo II

-1 x 10<sup>8</sup> DICC/ 50 para polio virus tipo III

DICC/ 50 = Dosis Infectante en Cultivo Celular / 50%

**Presentación**

Frasco multidosis para 10 niños (as).

El frasco multidosis una vez iniciado abierto, se podrá utilizar por 4 semanas, manteniéndose refrigerado entre +2° C y + 8 ° C (en la parte central de la refrigeradora) la que debe tener el registro de control de temperatura al inicio de la jornada y al final de la misma.

En situaciones de actividades masivas de vacunación, la vacuna debe desecharse, por no ofrecer seguridad y / o manipulación adecuada.

### Conservación:

Temperatura	Duración	Observación
-20 ° C	2 años	Congelada (según el fabricante)
+ 2° C y +8° C	De 6 meses a 1 año	Temperatura ideal
+ 22° C y 25° C	20 días	Pierde el 50% de la actividad
+ 35° C y 37° C	1 a 3 días	Es muy inestable, pierde el título aceptable.

La vacuna una vez descongelada NO debe ser nuevamente congelada.

### Vía de Administración e Intervalos

Se administrara 2 gotitas por cada dosis a partir de los 2 meses de vida a intervalo de 4 semanas. (2, 3, 4 meses de edad).

Cuando se interrumpe el esquema de vacunación debe completarse con las dosis faltantes, con los intervalos recomendados mínimos, sin interesar el tiempo transcurrido desde la última dosis.

Si el niño (a) regurgita o vomita dentro los primeros 5 a 10 minutos se repetirá la dosis.

### Indicaciones y Edad para la Vacunación

La vacuna OPV está indicada a niños (as) a partir de los 2 meses de edad; no existe edad máxima para la aplicación.

Por situaciones epidemiológicas se podrá iniciar la vacunación al 1er. Mes de vida no siendo considerada esta dosis como parte del esquema de vacunación.

### **Eficacia e Inmunogenicidad**

La respuesta inmunitaria (Inmunogenicidad) de la OPV medida por anticuerpos específicos, es mayor del 90% y la eficacia estimada oscila entre el 95 y 98% para los tres serotipos, después de la tercera dosis

La duración de la inmunidad conferida por la vacuna se estima igual o mayor a 15 años después de completado el esquema de vacunación, dependiendo de las condiciones del huésped.

### **Uso Simultáneo con Otras Vacunas**

Se puede administrar simultáneamente con otras vacunas que contempla el esquema de vacunación.

No hay evidencias que la OPV interfiera con las vacunas vivas parenterales

### **Contraindicaciones y Precauciones**

No debe aplicarse en caso de vómito, diarrea moderada a severa, enfermedades febriles con compromiso del estado general, convalecencia inmediata de intervenciones quirúrgicas (oro faríngeas y digestivas) reacciones anafilácticas a algunos de los componentes de la vacuna: neomicina, polimixina B y estreptomicina, embarazo, neonatos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos, inmunocomprometidos, transplantados.<sup>20</sup>

## **VACUNA DE SARAMPION, RUBEOLA Y PAPEROTIDITIS (PAPERAS)**

### **Composición:**

Vacuna viva atenuada, liofilizada, para la inmunización activa contra el sarampión de la cepa Edmonston-Zagreb, la parotiditis de la cepa

Rubini y la rubéola de la cepa Wistar RA27/3. Las tres cepas son adaptadas a cultivos de células diploides humanas. Cada dosis contiene mínimo 1000 TCID50 de la cepa de rubéola atenuada, mínimo 1000TCID50 de la cepa atenuada de sarampión y mínimo 5000TCID50 de la cepa de parotiditis viva atenuada.

**Presentación:**

Multidosis liofilizado de 10 dosis, con solvente de 5 ml

Unidosis liofilizado con solvente de 0.5 ml

**Vía y zona de administración:**

Brazo a nivel del músculo bíceps en el tercio superior por vía Subcutánea.

**Eficacia:**

Una sola dosis de la vacuna aplicada por vía subcutánea en el mayor de los 12 meses induce seroconversión en el 90 a 93% de los vacunados con una protección que dura unos 20 años. Cuando se aplica la segunda dosis se confiere una inmunidad de por vida en cerca del 100% de los vacunados.

**Efectos secundarios:**

Son raros, los que se presentan son fiebre, edema de parótidas, exantemas, alergia, orquitis, encefalitis, meningitis asépticas una de un millón, sin secuelas, prurito y púrpura y son menos frecuentes que los encontrados por la infección natural.

La revacunación no incrementa las reacciones.

**Contraindicaciones y precauciones:**

La vacuna no se debe aplicar a inmunocomprometidos severos en especial de inmunidad celular, a embarazadas, en fase febril aguda de la enfermedad, que ha recibido gama globulina o sangre antes de un mes y si hay historia de anafilaxia a los componentes de la vacuna.

Para toda vacuna viva, los pacientes con leucemia en remisión sin quimioterapia por tres meses, se pueden vacunar.

**Esquema de la vacunación:**

En la mayoría de los países se ha definido que lo mejor es aplicarla combinada como triple viral aplicando la primera entre los 12 a 15 meses de edad y la segunda dosis entre los 6 y 12 años de edad.

**Simultaneidad con otras vacunas**

No hay ninguna vacuna que está contraindicada para aplicar simultáneamente.

No debe aplicarse por separados no menor de 4 semanas, debido al interferón de los antígenos.

**Almacenamiento:**

Debe almacenarse en refrigeración entre los 2° C a 8°C, sin exponerla a la luz, por ser liofilizadas, se puede congelar pero no se recomienda recongelarla. No aplicarla luego de la fecha de vencimiento y una vez reconstituida.<sup>20</sup>

**Presentación:****Vacuna de sarampión, rubéola y parotiditis**

**MORUPAR** (Chiron). Vacuna viva atenuada triple viral. Cada dosis contiene de la cepa Schwartz del sarampión cultivado en fibroblastos

de embrión de gallina, mínimo 1000 TCID50 de la cepa Wispar RA 27/3 de rubéola cultivada en células diploides humanas y de la cepa atenuada Urabe AM-9 de parotiditis cultivada en células de embrión de gallina mínimo 5000 TCID50 un máximo 10 ug de neomicina y agua destilada.

**Presentación:**

Multidosis y Ampolla unidosis liofilizada con solvente respectivo.

**Via de administración:**

Subcutánea.

**PLUSERIX** (SKB). Vacuna viva atenuada triple viral, liofilizada. Cada dosis contiene mínimo 1000 TCID50 de la cepa Schwartz del sarampión cultivada en fibroblastos de embrión de gallina, de la cepa Wispar RA 27/3 de rubéola cultivada en células diploides humanas MRC5 y de la cepa atenuada Urabe AM-9 de parotiditis cultivada en células de embrión de gallina mínimo 2000 TCID50 un máximo 25 ug de neomicina.

**Presentación**

Multidosis y Ampolla unidosis liofilizada con solvente respectivo.

**Vía de administración**

Subcutánea.

**TRIMOVAX** (Aventis Pasteur). Vacuna viva atenuada, triple viral, liofilizada. El liofilizado contiene mínimo 1000 TCID50 de la cepa Schwartz del sarampión cultivada en fibroblastos de embrión de gallina, mínimo 1000 TCID50 de la cepa Wispar RA 27/3 de rubéola cultivada en células diploides humanas y de la cepa atenuada Urabe AM-9 de parotiditis cultivada en células de embrión de gallina mínimo 5000 TCID50, albúmina de placenta humana y el solvente es agua destilada.

**Presentación**

Multidosis y Ampolla unidosis liofilizada con solvente respectivo.

**Vía de administración**

Subcutánea.

**TRIVIRATEN** (Berna). Vacuna viva atenuada, liofilizada, triple viral, para las inmunizaciones activa contra el sarampión de la cepa Edmonston-Zagreb, la parotiditis de la cepa Rubini y la rubéola de la cepa Wispar RA 27/3. Las tres cepas son adaptadas a cultivos de células diploides humanas. Cada dosis contiene mínimo 1000 TCID50 de la cepa de la rubéola, mínimo 1000 TCID50 de la cepa atenuada de sarampión y mínimo 5000 TCID50 de la cepa de parotiditis viva atenuada.

**Presentación**

Ampolla unidosis liofilizada con solvente respectivo.

**Vía de administración**

Subcutánea.

**VARICELA:*****ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS:*****AGENTE ETIOLÓGICO**

La varicela es producida por el VIRUS VARICELA-ZÓSTER; es miembro de la familia Herpes viridae, que contiene un ADN de doble hélice y con una membrana de envoltura que hace al virus sensible a detergentes, éter y secado, además contiene lípidos y glicoproteínas, que juegan un papel muy importante en la respuesta inmune del huésped y en la vacuna.

**Distribución:**

La varicela es una enfermedad exantemática infantil muy contagiosa, que afecta al 90% de los individuos susceptibles cuando el virus se

disemina en comunidades semi cerradas como son las escuelas y las guarderías.

La distribución de la varicela es universal, endémica en los países desarrollados, con ondas epidémicas cada 2 o 3 años; en regiones de clima templado presenta una incidencia estacional con picos al final del invierno y en la primavera. En países de clima tropical, debido a que el virus es inestable al calor, la diseminación del virus se ve entorpecida, motivo por el cual en estos países la varicela suele presentarse a edades más tardías.<sup>20</sup>

**Reservorio:**

Esta enfermedad es propia de la especie humana ya que el hombre es el único reservorio del Virus de la Varicela Zoster.

**MODO DE TRANSMISIÓN**

La transmisión del virus de la varicela Zoster se produce de persona a persona a través del contacto directo con las vesículas cutáneas que contienen el virus, pudiéndose contagiar de lesiones de varicela y de herpes zoster y a través de secreciones respiratorias y en los primeros momentos de la enfermedad.

Existe la posibilidad de transmisión intrauterina del virus por infección aguda de la gestante no inmune durante el primer o segundo trimestre de embarazo, produciéndose el síndrome conocido como varicela congénita.

**PERIODO DE INCUBACIÓN**

El periodo de incubación es de 14 a 16 días

## **PERIODO DE TRANSMISIBILIDAD**

El periodo de contagio es de 2 o 3 días antes de la aparición del exantema hasta 5 días después de que aparezca el primer brote de vesículas cutáneas.

### **Susceptibles:**

La susceptibilidad es elevada desde el nacimiento hasta el momento en que se contrae la enfermedad, aunque algunos lactantes pueden tener una inmunidad parcial adquirida por vía tras placentaria que dura hasta los seis meses de edad.

### **Definición de la enfermedad**

Enfermedad viral aguda que se inicia con síntomas generales leves seguida de erupción que se caracteriza por maculas, pápulas, vesículas y costras

### **Diagnóstico**

Detección de los antígenos víricos en la lesión mediante inmunofluorescencia, el cultivo, o pruebas serológicas.

## **DEFINICIÓN DE LA VACUNA**

### **COMPOSICIÓN**

Es una vacuna de virus vivos atenuados, procedentes de la cepa OKA. La

Mayoría de las vacunas de la varicela disponibles en la actualidad, derivan de la desarrollada por Takahasi y colaboradores en Japón en 1974, compuesta por virus atenuados procedentes de la cepa OKA, aislada del líquido de las vesículas de la varicela de un niño sano de 3 años apellidado OKA. Dicha cepa fue atenuada por pases seriados de la misma a baja temperatura (34 °C) en células de pulmón de embrión humano, fibroblastos de embrión de cobaya (GPEF) y células diploides humanas (WI-38 y MCR-5); la única vacuna de la

varicela no procedente de la cepa OKA es la Sudavax, procedente de una cepa coreana.

Todas las vacunas aprobadas contienen al menos 1.350 unidades formadoras

de placa (UFP) por cada dosis de 0,5 ml, así como trazas de neomicina en su

Composición.

## **PRESENTACIÓN**

Los diferentes tipos de vacunas existentes y las características de cada una se hallan resumidas en la Tabla 2.

### **Conservación:**

La vacuna es de forma liofilizada, se conserva a +2 °C - +8 °C pero no más de 72 horas.

### **Vías de administración:**

La vía de administración es subcutánea y aplicar en la región deltoides del brazo izquierdo.

En niños menores de 13 años debe administrarse una dosis de 0,5 ml de forma subcutánea y en mayores de 13 años 2 dosis de 0,5 ml subcutáneas separadas por uno o dos meses.

Una vez reconstituida la vacuna debe administrarse de forma rápida (en menos de 30 minutos), ya que de lo contrario la vacuna se inactiva.

### **Indicaciones y edad para la vacunación:**

Está indicado para la inmunización activa contra la infección por virus de la varicela zoster y varían según los países; En el caso de Estados Unidos, la vacunación es universal a todos los niños sanos, adolescentes y adultos susceptibles. En España, la vacuna se

encuentra autorizada únicamente en personas de alto riesgo de padecer varicela grave como:

- Niños inmunodeprimidos de alto riesgo y sus contactos susceptibles.

Tienen que cumplir con lo siguiente:

- Niño en fase de remisión hematológica desde hace más de 12 meses.

- Linfocitos superiores a 1.200/mm.

- No sometidos a radioterapia.

- Sin quimioterapia una semana antes y otra después de vacunado.

- Niños con tumores sólidos malignos.
- Niños con enfermedades crónicas que no reciban tratamiento inmune supresor ni corticoide sistémico a dosis altas (superiores 2 mg/kg/d).
- Niños en programa de trasplante de órgano sólido, previa al trasplante.
- Personas seronegativas (familia, sanitarios) en contacto con inmunodeprimidos.

## **EFICACIA E INMUNOGENICIDAD**

Según estudios realizados indican que la inmunogenicidad de la vacuna es elevada, tanto en niños sanos como en inmunodeficientes.

## **USO SIMULTÁNEO CON OTRAS VACUNAS**

Esta vacuna puede administrarse conjuntamente con otras vacunas inactivadas de virus vivos, que sería lo deseado en un futuro con la administración de la tetra vírica (MMRV) si se instaurara la vacunación sistemática.

## **CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES**

Las contraindicaciones de la vacuna de la varicela consisten en:

- Reacción anafiláctica a Noemicitá (no dermatitis de contacto).
- Inmunodeprimidos graves:
  - Congénitos.
  - VIH.
  - LLA
  - Quimioterapia de inducción.
  - Tratamiento corticoide con dosis altas: superior 2 mg/kg/d.
- Tratamiento crónico con salicilatos.
- Embarazo y lactancia.
- Niños en contacto con embarazadas susceptibles a varicela.
- Administración reciente (hace menos de 5 meses) de inmunoglobulina humana.
- Enfermedad aguda intercurrente.

Durante el embarazo y la lactancia está contraindicada esta vacuna, al igual

que lo están otras de virus vivos.

## **HEPATITIS B**

### **DEFINICION:**

Es una enfermedad grave de distribución universal.

### **AGENTE ETIOLOGICO**

Es un virus de estructura compleja, perteneciente al grupo HEPADNAVIRIDAE, que está presente en la sangre y en fluidos orgánicos.

### **CUADRO CLINICO:**

Presenta pérdida del apetito, sensación de cansancio, dolor en los músculos, en las articulaciones y abdomen, diarrea, vómitos, ictericia en la piel, ojos, coluria (orina amarilla), hemorragia y muerte.

### **PERIODO DE INCUBACIÓN**

45 – 160 días.

El virus de la hepatitis B, está presente en la sangre, fluidos, líquidos orgánicos, lágrimas, saliva de la persona portadora del virus.

Los niños constituyen un reservorio y son portadores crónicos.

### **MEDIO DE TRANSMISION:**

Es por cuatro formas:

1. Transmisión peri natal o vertical en el momento del nacimiento.
2. Transmisión horizontal por contacto de persona a persona.
3. Transmisión por vía sexual a pesar que la concentración del VHB es 100 a 1000 veces más baja en semen y secreción vaginal.
4. Transmisión por vía parenteral, sangre o hemoderivados.<sup>20</sup>

### **DESCRIPCIÓN DE LA VACUNA**

#### **Agente inmunizante**

Es una vacuna que contiene el antígeno de superficie (HBsAg) depurado

Del virus de la hepatitis B (HBV), elaborado por ingeniería genética, Utilizando la técnica de ADN recombinante (rADN). Con adyuvante de hidróxido de aluminio y conservante de timerosal. Tiene diferentes presentaciones para adultos y niños.

### **Conservación**

Deben conservarse entre 2 y 8 ° C, sin congelarse, pues en este caso pierden su poder inmunogeno y deben desecharse` la validez depende de una buena cadena de frío

### **VIA DE ADMINISTRACION**

La aplicación es por vía intramuscular profunda en el deltoides para adolescentes y adultos.

Recién nacido y lactante es mejor aplicar en la cara antero lateral del muslo. No debe aplicarse en la región glútea porque no se absorben su totalidad por el tejido adiposo.

### **INTERVALO Y DOSIS**

Se aplica 3 dosis antes de cumplir el año de edad: la primera al nacer, la segunda al mes y la tercera a los 4 meses.

En los niños prematuros cuando alcance los 2000 gms.

### **EFICACIA E INMUNOGENECIDAD**

Tres dosis de vacuna inducen una respuesta protectora de anticuerpos en 95-98% de los individuos vacunados. Los títulos protectores se empiezan alcanzar a las 2 semanas de la segunda dosis y se consideran

Títulos protectores los iguales o superiores a10mUI/ml de antiHBs.

La respuesta inmunitaria es mayor en niños y adolescentes, que en adultos de más de 40 años.

### **USO SIMULTÁNEO CON OTRAS VACUNAS**

La vacuna de hepatitis B es compatible con la administración simultánea en otro punto de inyección como BCG, DPT, DT, SPR, Hib, ANTIPOLIOMIELITICA.

### **CONTRAINDICACION:**

Solo la anafilaxia a algunos de los componentes de la vacuna, las reacciones graves a dosis previas y la presencia de infección con fiebre elevada son contraindicación a esta vacuna.

No está contraindicado en mujeres embarazadas con alto riesgo de contraer la infección ya que las vacunas recombinantes genéticas contienen solo partículas de HbsAg. No infeccioso.

### **REACCIONES POS-VACUNALES**

Esta vacuna tiene un perfil de seguridad excelente.

Las reacciones locales son pasajeras y se presentan en un bajo porcentaje irritación local con eritema, induración y dolor en el punto de la inyección.

Las reacciones generales como náusea, fiebre, vómitos, cansancio, mialgias, artralgias.

Poco frecuente prurito, urticaria, hipotensión, angioedema,

Algunas complicaciones del tipo Guillain Barre han sido descritas en post vacunados con derivados preparados del plasma.

### **ESQUEMA DE VACUNACION:**

Niño: R.N., 2 y 4 meses de edad, 0.5 ml, en el tercio medio del muslo (vasto externo), por vía intramuscular.

Adultos mayores de 10 años: 1 ml, en el brazo a nivel del músculo deltoides, por vía muscular.

## **TUBERCULOSIS**

### **DEFINICIÓN**

La Tuberculosis es una enfermedad que se produce por el bacilo de Koch, cuya expresión clínica son las formas pulmonares y extra pulmonares. La forma de diseminación es Hematógena, Por

contigüidad, por diseminación Linfohemática. La vacuna protege de las formas graves de Diseminación Hematógena (Meningoencefalitis TBC y otras formas del Sistema Nervioso Central, TBC Renal, TBC Ósea, TBC Sistémica (Compromiso de varios aparatos) 20

### **CUADRO CLÍNICO**

El diagnóstico se realiza mediante la evaluación de los criterios: Epidemiológico, Clínico, Inmunológico, Bacteriológico, Radiológico, e Histopatológico.

a.- Criterio Epidemiológico.- evaluar el antecedente familiar intra y extra domiciliario de un caso de Tuberculosis con BK +

b.- Criterio Clínico.- En la infancia y Preescolares puede presentar signos de baja de peso, fiebre, tos, malestar general de evolución crónica. En los mayores puede encontrarse sudoración profusa fiebre vespertina, tos seca, ó con expectoración puede presentar Hemoptisis.

c.- Criterio Inmunológico.- Se realiza la evaluación con la lectura del PPD a las 72 horas de aplicado, será positivo si la medición de la pápula es igual o mayor a 10 mm, y será negativo si es menor o igual a 9mm. Considerar que un PPD mayor o igual a 5mm es positivo en Desnutrido y en el Inmunosuprimido.

d.- Criterio Bacteriológico.- Los niños son Paucibacilares (Pocos bacilos en las muestras). Se toma una muestra de Aspirado Gástrico en menores de 5 años y de Esputo en los mayores de 5 años que saben expectorar. Se tomará una muestra para examen directo y otro para el Cultivo de BK. Las muestra a tomar pueden ser de Aspirado Gástrico, esputo, orina, heces, liquido peritoneal, pleural, Pericárdico, Cefalorraquídeo, etc.

e.- Criterio Radiológico.- Se debe de evaluar la Primo infección con una radiografía Frontal y Perfil del lado derecho o izquierdo, donde se vea afectado el Hilio Pulmonar con una imagen sospechosa de ganglio aumentado de volumen. Igualmente se debe de evaluar cualquier otra área afectada con la ayuda radiológica específica.

f.- Criterio Histopatológico.- Se debe de evaluar la Pieza Anatómica afectada por Anatomía Patológica producto de un aspirado ganglionar, exéresis de un órgano o ganglios, Tejido sospechoso.

### **ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS**

En el Perú la incidencia de Meningoencefalitis en menores de cinco años ha ido disminuyendo en la medida que se ha ido incrementando la cobertura con la vacuna BCG en menores de 1 año

### **AGENTE ETIOLÓGICO**

El bacilo de Koch o Mycobacterium Tuberculoso ácido alcohol resistente, resiste la desecación

**DISTRIBUCIÓN** Se distribuye por todo el organismo por vía linfohemática

### **RESERVORIO**

El hombre

### **MODO DE TRANSMISIÓN**

Por la vía inhalatoria

### **PERIODO DE INCUBACIÓN:**

Desde el momento en que ocurre la infección hasta llegar a producirse la tuberculosis pulmonar pueden transcurrir años; Los primeros 6 a 12 meses después de la infección son los más peligrosos.

## **PERIODO DE TRANSMISIBILIDAD**

Mientras el paciente expulsa bacilos de la tuberculosis el grado de transmisibilidad depende del número de bacilos eliminados.

El tratamiento antimicrobiano suele terminar el periodo de transmisibilidad en pocas semanas.

## **SUSCEPTIBLES**

Todo menor de edad que no ha sido vacunado y que se encuentra en situación de riesgo (contacto con un caso de Tuberculosis).<sup>20</sup>

## **DESCRIPCIÓN DE LA VACUNA BCG**

### **COMPOSICIÓN**

### **PRESENTACIÓN**

Se presenta generalmente en ampollitas ámbar y conteniendo 10 dosis.

### **CONSERVACIÓN**

La vacuna liofilizada debe conservarse a una temperatura de +2 °C a +8 °C. Debe protegerse permanentemente de luz solar, directa o indirecta (antes y después de reconstituida).

El frasco multidosis una vez abierto debe utilizarse dentro de las 6 horas de la jornada de labor, al término de la misma se debe desechar el resto

### **VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS**

La vía de administración es exclusivamente intradérmica, en el cuadrante súpero externo de la región deltoidea derecha.

La dosis a aplicarse usualmente es de 0.1 ml pero debe observarse las indicaciones del fabricante por las variaciones que puedan presentarse.

### **INTERVALOS**

Única vez al Nacer.

## **INDICACIONES Y EDAD PARA LA VACUNACIÓN**

Debe de Vacunarse todo Recién Nacido antes del egreso de la maternidad.

## **USO SIMULTÁNEOS CON OTRAS VACUNAS**

- Se puede colocar simultáneamente con la Hepatitis B en el Recién Nacido.
- La aplicación simultánea de otras vacunas no interfiere con la repuesta a la BCG ni aumenta la frecuencia de reacciones adversas.

## **CONTRAINDICACIONES**

- a.- Recién Nacido con bajo peso al nacer, menor de 2500 gramos.
- b.- Enfermedades con grave compromiso del estado general
- c.- Afecciones generalizadas de la piel.
- d.- Enfermedades infecciosas especialmente sarampión y varicela debiendo esperar un mes de transcurridas estas infecciones
- e.- Inmunodepresión Congénita o Adquirida (VIH + sintomático, Afecciones Proliferativas malignas
- f.- Tratamiento prolongado con Esteroides o Drogas Inmunodepresoras.
- g.- Niño con PPD positivo y contacto de Caso TBC deberá diferir la vacuna hasta su evaluación y Diagnóstico.

## **REACCIONES DE LAS VACUNAS**

En el sitio de inoculación se encontrará pasada 3 a 4 semanas una induración pápulo-eritematosa de hasta 10 mm de diámetro la cual sé absorberá espontáneamente a los 3 ó 4 meses dejando un proceso cicatrizal permanente.

## **COMPONENTE DE ORGANIZACIÓN**

La Estrategia de Inmunizaciones, para el logro de sus objetivos, requiere de una organización funcional dentro de la estructura existente en los diferentes componentes de las prestaciones de Salud.

Las actividades de Inmunizaciones, según sea su estrategia de acción podrán definir una estructura de organización especial.

Los niveles en que se desarrolla la Estrategia Nacional de Inmunizaciones son los siguientes:

### **Nivel Central:**

Está a cargo de la Dirección General de Salud de las Personas Estrategia de Inmunizaciones, que se responsabilizará del planeamiento, organización, supervisión, control, monitoreo y evaluación de las respectivas actividades. Este nivel contará con el apoyo de la oficina General de Epidemiología Instituto nacional de salud Instituciones representativas del Sector Público y no público.

De igual manera, las agencias Cooperantes OPS, UNICEF, AID, Rotary Internacional participan en este nivel con Asesoría Técnica y coordinación para la cooperación.

### **Nivel regional y/o Sub regional**

Es la responsabilidad del Director Regional y/o Sub Regional de Salud, quien delegará en un coordinador (Enfermera o Médico), sus funciones serán: organización, supervisión, control, monitoreo ejecución y evaluación de las actividades de Inmunizaciones, dentro

de su área de responsabilidad y según las normas vigentes a nivel nacional.

### **Nivel Local o Distrital**

A este nivel le corresponde la ejecución de las actividades de Inmunizaciones en su jurisdicción. La responsabilidad recaerá en el personal de salud capacitado para el desempeño de las funciones.

- ❖ A nivel Institucional, se responsabilizará: Técnico Sanitario, auxiliar y/o Técnico de enfermería, Enfermera, Médico.
- ❖ Extra Institucional: el personal médico, pediatras de libre ejercicio y pediatras de práctica privada.
- ❖ A nivel de la comunidad: madre y familia, promotores, Maestros, escolares, líderes de la comunidad y otros.

Supuestamente el Modelo de Promoción de la Salud fue un intento de ser una contraparte complementaria a los modelos de protección de la salud. La Promoción de la salud está orientada 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.<sup>23</sup>

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, pongamos el caso. 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.

Las conductas promotoras de salud según Pender son una expresión de la tendencia de realización. Tales conductas están dirigidas hacia la maximización positiva del despertar de tales conductas como el incremento de la auto-conciencia, autosatisfacción, gozo y placer.<sup>24</sup>

### **Factores Socio-Culturales**

Se entenderá como factor sociocultural aquellos factores que conforman las características Maternas como son la edad, nivel de instrucción, estado civil y procedencia, nivel de ingreso económico.

Williams (2001) y Viaggiu (2003) sostienen que a mayor edad, el porcentaje del nivel de conocimiento tiende a incrementarse, debido a que la Madre se orienta, reafirma y adquiere nuevos conocimientos, mayor experiencia y cambios de patrones socioculturales, a la vez que asumen roles y responsabilidades, lo que le permite adoptar mejores actividades y firmes decisiones en el cuidado de la salud del Niño. Cabe resaltar que sólo un porcentaje menor de las Madres primíparas conoce que vacunas recibe el recién nacido; punto en el cual se debe incidir, incluso, desde las charlas en los controles prenatales.<sup>25</sup>

**La edad:** Según, Reeder (1995) y Dugás (1998) refieren que conforme avanza la edad de la Madre, estas adquieren mayor madurez emocional y de auto cuidado, ya que toman más conciencia

en su rol a cumplir en el hogar. Además, conforme avanza la edad, los padres adquieren nuevos conocimientos que le permiten cumplir su papel de Madre con suficiente satisfacción, participando en actividades que estén dirigidas a promover un óptimo estado de salud del niño.

Reeder (1998), las Madres adolescentes tienen pocas posibilidades de proporcionar a su hijo los cuidados adecuados, así como un ambiente estable y estimulante. La joven gestante no está física ni intelectualmente madura, por lo que es incapaz de superar con éxito los problemas económicos y sociales que ocasionan la presencia del nuevo ser.<sup>26</sup>

**Nivel de Instrucción:** Caldwell (2005) refiere que las madres cada vez que escalan los diferentes niveles de escolaridad hasta llegar al nivel superior, entienden y aceptan con mayor grado de información sanitaria, cumplir con más responsabilidad las necesidades pertinentes para el cuidado de la salud del niño.<sup>27</sup>

Asimismo, Cominsky (2004) sostiene que el nivel de instrucción de los padres es considerado como un indicador del nivel de vida, ya que a un mayor grado de instrucción, le da la oportunidad de informarse por las diferentes fuentes y adquirir nuevos conocimientos que le permitan tomar conciencia y asumir con responsabilidad su rol dentro del hogar y del cuidado de sus hijos. No es así, las madres con un bajo nivel de información en quienes esta condición se constituye en un factor frecuente al cambio, aunado a las características socioculturales, el predominio de tabús, mitos, prejuicios que prevalecen en ellas, lo cual puede convertirse en una barrera fuertemente limitante para comprender la importancia de la adquisición de nuevos conocimientos.<sup>28</sup>

**Estado Civil:** Gonzáles y Curo (2004), mencionan que las madres con pareja les resulta un proceso lleno de expectativas, pues el embarazo para ellas fue una decisión libre y voluntaria y además por informarse sobre aspectos relacionados a la crianza de los hijos y brindar cuidados óptimos durante el periodo neonatal e infantil.<sup>29</sup>

Pirex, A. (2009), menciona que la mujer accede a la maternidad condicionada por muchos factores entre ellos las madres sin pareja en las que el embarazo sobrevino accidentalmente experimentando sentimientos de culpa, soledad, preocupación relacionados con los conocimientos limitados sobre la maternidad e incapacidad de adaptación a su rol materno. <sup>30</sup>

**Ingreso Económico:** Según la INEI la medición de la pobreza monetaria se calcula comparando los gastos de los hogares con la línea de pobreza. Dicha línea es aquella que permite adquirir una canasta básica de consumo suficiente para satisfacer requerimientos nutricionales y otras necesidades básicas de los hogares. De esta manera, se define como pobre a la población que vive en hogares cuyo gasto, por persona, es inferior al monto establecido en la línea de pobreza, que para el año 2010 se estableció en 264 nuevos soles. La categoría de pobre extremo es cuando tiene un ingreso mensual menor del requerido para adquirir la canasta básica. Pobre, es cuando tiene un ingreso mensual acorde al precio de la canasta básica, Nivel Mediano es cuando se puede adquirir la canasta básica y además algunas otras necesidades secundarias, además se mide los aspectos determinantes de las condiciones de vida, vivienda, saneamiento, educación, salud, nutrición.

Según INEI, utiliza cinco indicadores de las necesidades básicas de insumos, como es hacinamiento más de tres personas por habitación, acceso de desagüe, características inadecuadas de la vivienda, inasistencia escolar, y dependencia económica.<sup>31</sup>

**Lugar de Procedencia:** El lugar de procedencia implica hablar, lugar donde nació la Madre y/o, de donde desarrolló su vida hasta hace cinco años.

A demás nos habla de la teoría de las migraciones, sobre todo las que se realizan dentro del país, se han desarrollado originalmente para explicar la migración laboral en el proceso de desarrollo económico. Uno de los supuestos subyacentes ofrecidos por el enfoque neoclásico es que la migración es producto de las diferencias en las tasas salariales entre regiones o departamentos. En este encuadre, entonces, podemos afirmar que las tendencias a la reducción de saldos migratorios, especialmente en el caso de los inmigrantes limítrofes seguirán profundizándose. En general, la migración se detiene cuando los ingresos esperados se igualan o bien internacionalmente o bien entre regiones.

### **2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

#### **Enfermedades inmunoprevenibles.**

Son enfermedades transmisibles, que tienen distintas vías de transmisión, pero comparten la misma forma de ser prevenidas a través de las vacunas.

#### **Enfermedades transmisibles.**

Son enfermedades producidas por un agente específico y se originan por la entrada de un microorganismo (agente etiológico) al huésped, se transmiten entre

Los seres vivos en forma directa (por contacto), o por vía indirecta (por vehículos químicos, físicos o biológicos), o la acción de vectores (intermediarios biológicos entre el agente y el huésped).

### **AGVI**

Es la Alianza Global para Vacunas e Inmunización. Una asociación público-privada que tiene como objetivo ayudar a los países a consolidar sus servicios de vacunación y a introducir nuevas vacunas y vacunas sub-utilizadas.

### **PAI**

Es el Programa Ampliado de Inmunización, lanzado por la Asamblea Mundial de Salud en 1974. Gracias a este programa, cerca de 100 millones de niños son vacunados en todo el globo anualmente.

### **Inmunización**

La inmunización es la administración de un agente a un organismo para generar una respuesta inmune.

### **Inmunidad**

Estado de resistencia natural o adquirida que poseen algunos organismos frente a una determinada enfermedad o al ataque de un agente infeccioso o tóxico.

### **Esquema de Vacunación.**

El esquema de vacunación, es la representación secuencial del ordenamiento y la forma de cómo se aplican las vacunas oficialmente aprobadas para el país.

## **Vacunas.**

La vacuna, es la suspensión de microorganismos vivos (bacterias o virus), inactivos o muertos, fracciones de los mismos o partículas proteicas, que al ser

Administradas inducen en el receptor una respuesta inmune que previene una

Determinada enfermedad.

## **Difteria**

Es una infección bacteria que se esparce a través del contacto cercano. Incluso con tratamiento, una de cada diez personas infectadas muere a causa de la enfermedad. La infección también puede dañar el corazón y el sistema nervioso y, en ambientes tropicales, la piel.

## **Fiebre amarilla**

Es una fiebre hemorrágica viral transmitida por la picada de un mosquito, el *Aedes Aegypti* infectado, en zona tropical o subtropical.

## **Hepatitis B**

Es una infección viral del hígado. Es una infección aguda que, de no ser fatal, evolucionará hacia una infección crónica que puede llevar a una cirrosis o a un cáncer de hígado. En el caso de reabsorción de la enfermedad, el paciente desarrollará inmunidad de por vida contra el virus de hepatitis B.

## **Pertusis**

Llamada también tosferina, es una infección bacteria altamente contagiosa que afecta las vías respiratorias. Algunas veces conlleva a la muerte, pero con frecuencia conlleva a ataques prolongados y exhaustivos de tos, los cuales pueden continuar hasta por más de tres meses.

## **Polio**

Es una enfermedad del sistema nervioso central causada por tres polio virus estrechamente relacionados; el polio virus de tipo 1, 2 y 3. Esta infección viral puede ocasionar una parálisis permanente.

## **Rotavirus**

Es la mayor causa de diarrea severa y deshidratación en niños y adolescentes, responsable de cerca de 600,000 muertes y 2 millones de hospitalizaciones al año. Alrededor del mundo, casi todos los niños y niñas tendrán al menos una infección por rotavirus antes de cumplir los cinco años. El virus es tan contagioso y fuerte que proporcionar agua limpia y una higiene correcta no reduce la incidencia de manera significativa.

## **Sarampión**

Es una infección viral aguda que puede proliferarse rápidamente entre niños que no estén inmunizados. Cuando ésta no ocasiona la muerte, puede ocasionar discapacidades permanentes, incluyendo ceguera, sordera y daño cerebral.

## **Tétano**

Es ocasionado por una bacteria natural (*Clostridium Tetani*) que entra en el cuerpo, a través de heridas abiertas. Casi siempre es fatal.

## **Tratamiento de deficiencia de zinc**

Causada por limitaciones en la dieta es un problema común y un factor contribuyente a la alta prevalencia de algunas enfermedades infecciosas en los niños, incluyendo neumonía y diarrea. La terapia de tratamiento de zinc de 10 a 14 días puede reducir considerablemente la duración y la severidad de los episodios de diarrea, reducir la salida de deposición,

## **Tuberculosis**

Es una infección crónica, que afecta tanto a niños como adultos. Esta enfermedad ataca generalmente los pulmones, pero puede también afectar otras partes del organismo, entre éstos, los huesos, las articulaciones y el cerebro. Es una de las causas líderes de muertes en adultos a nivel mundial. La vacuna existente es efectiva para prevenir muchas de las formas peligrosas que tiene la enfermedad en los niños.

## **2.4. HIPÓTESIS**

### **2.4.1. Hipótesis Generales**

El nivel de conocimiento sobre inmunizaciones que tienen las madres de niños menores de 5 años que acuden al puesto de salud Villa Solidaridad es, medio

### **2.4.2. Hipótesis Específicas**

- El nivel de conocimiento sobre beneficios de inmunizaciones que tienen las madres de niño menor de 5 años que acuden al puesto de salud Villa Solidaridad es, medio.
- El el nivel de conocimiento sobre esquema de vacunación, que tienen las madres de niños menores de 5 años que acuden al puesto de salud Villa Solidaridad es medio.
- El nivel de conocimiento sobre las reacciones de las vacunas, que tienen las madres de niños menores de 5 años que acuden al puesto de salud Villa Solidaridad es bajo.
- El nivel de conocimiento según las características sociodemográficas de madres de niños menores de 5 años que acuden al puesto de salud Villa Solidaridad seria, medio.

## 2.5. VARIABLES

### 2.5.1. Definición operacional de la variable

**El conocimiento:** es más que un conjunto de datos, visto solo como datos es un conjunto sobre hechos, verdades o de información almacenada a través de la experiencia o del aprendizaje, o a través de introspección. El conocimiento se considera como un artículo que puede ser transferido entre persona y sistema en vez de una propiedad inherente como es la inteligencia. El conocimiento es la información acerca del mundo la cual permite a un ser tomar decisiones. Hemos visto, al hablar del origen y clasificación, que las ideas son contenidos mentales, aunque precedan o deriven de la experiencia.

#### **NIVEL DE CONOCIMIENTO:**

En el nivel de conocimiento son:

- ❖ 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.

### **INMUNIZACIONES**

Es una serie de inyecciones administradas a los niños a diferentes edades para protegerlos contra enfermedades peligrosas de la infancia.

### **NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE INMUNIZACIONES**

Es el grado de saber sobre las inmunizaciones que tienen las madres en: beneficios, el esquema de vacunación y las reacciones de las inmunizaciones

### 2.5.2. Operacionalización de la variable

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL	DEFINICION CONCEPTUAL
<p><b>Nivel de Conocimiento sobre inmunizaciones</b></p>	<p><b>Beneficios</b></p>	<p>Disminuir la morbilidad y mortalidad.</p> <p>Disminuir diversas enfermedades inmunoprevenibles (hepatitis B, difteria, sarampión, fiebre amarilla etc.).</p> <p>Brindar a los niños la oportunidad de crecer sanos.</p>	<p>Se define los puntos de cohorte según la Escala de staninos, mediante la satisfacción e insatisfacción que tienen las madres.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bueno</li> <li>• Regular</li> <li>• Malo</li> </ul>	<p>Es el grado de saber sobre las inmunizaciones que tienen las madres en: beneficios, el esquema de vacunación y las reacciones de la inmunizaciones</p>

VARIABLE	DIMENCIONES	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL	DEFINICION CONCEPTUAL
	<p style="text-align: center;"><b>Esquema de vacunación</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Recién nacido hasta 48 horas de nacido: BCG,HVB</li>   <li>•2meses,4meses:IPV, rotavirus, neumococo, pentavalente</li>   <li>•6meses : APO, pentavalente</li>   <li>•7 meses y 8meses: Influenza</li>   <li>•1 año: Neumococo , SPR</li>   <li>•15 meses : AMA</li>   <li>•18 meses: SPR Y Ref. APO,DPT</li>   <li>•4 años: Ref. APO Y DPT</li> </ul>		

	<b>Reacciones</b>	<p><b>Reacciones locales:</b> Son dolor, inflamación y enrojecimiento en el sitio de aplicación de la inyección, se presentan a las pocas horas de la aplicación del inmunobiológico.</p> <p><b>Reacciones sistémicas:</b> Son fiebre, malestar, dolor muscular (mialgias), dolor de cabeza (cefalea), pérdida del apetito y otros.</p> <p><b>Reacciones alérgicas:</b> Como material de cultivo de células, estabilizadores, conservantes o antibióticos usados para inhibir el crecimiento de bacterias.</p>		
--	-------------------	--	--	--

## CAPÍTULO III: METODOLOGIA

### 3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

**Tipo:** Observacional, Transversal, Prospectivo.

**Nivel de Investigación:** Descriptivo

### 3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo se realizara en el distrito de San Juan de Miraflores “Puesto de Salud Villa Solidaridad”, con Dirección: 2Da. Etapa Villa Solidaridad Local Multiuso DISA: Lima Sur, Red: San Juan De Miraflores - Villa María Del Triunfo Micro red: Trébol Azul - San Juan, Horario de atención: 8 am a 2 pm

### 3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población está conformada por un total 828 madres de niños menores de 5 años del Puesto de Salud “Villa Solidaridad”. Siendo el tamaño muestral 207

#### Fórmula para el calculo muestral

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

### **3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO PARAR LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

La técnica que utilizamos fue la encuesta aplicando un cuestionario de 20 preguntas con alternativas múltiples y así mismo se estableció el siguiente puntaje: bueno (20 a 16), Regular (15 a 11) y Malo (10 a 00).

La recolección de datos, fue obtenida a través de la aplicación de la encuesta.

### **3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

Para la confiabilidad se utilizara el coeficiente de confiabilidad KUDER RICHARSON (KR20).

### **3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS**

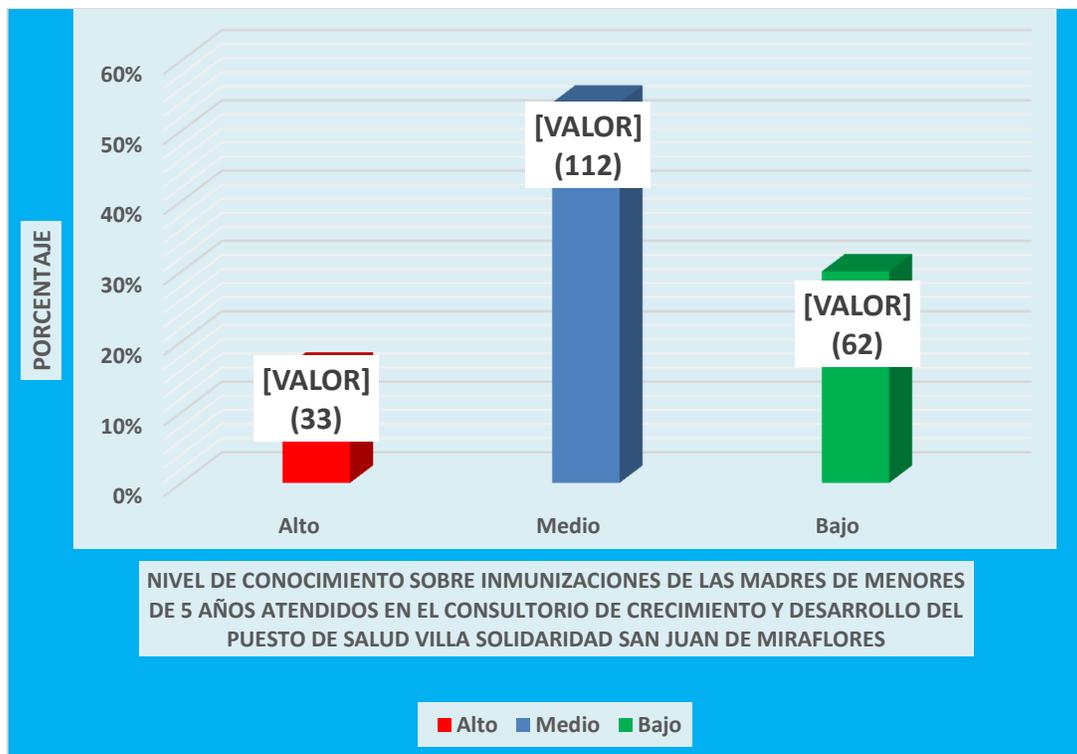
Se va a aplicar la encuesta en un tiempo de 1mes y 6 días, donde se va a utilizar el paquete estadístico: PASW, versión 19.9

Para el análisis estadístico se utilizara estadísticos descriptivo, siendo esta para la variable categórica en porcentajes y para las variables numéricas se utilizara la media y desviación estándar

## CAPITULO IV: RESULTADOS

### GRAFICA 1

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE INMUNIZACIONES DE LAS MADRES DE MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL PUESTO DE SALUD VILLA SOLIDARIDAD SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA - PERÚ ,OCTUBRE – DICIEMBRE 2014**



#### INTERPRETACIÓN DE LA GRAFICA 1:

El nivel de conocimiento sobre inmunizaciones de las madres de menores de 5 años atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo del puesto de salud Villa Solidaridad San Juan de Miraflores, Lima, en mayor porcentaje es Medio en un 54%(112), seguido del nivel Bajo en un 30%(62) y en menor porcentaje en el nivel Alto en un 16%(33).

**TABLA 1**

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MADRES DE MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL PUESTO DE SALUD VILLA SOLIDARIDAD SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA - PERÚ, OCTUBRE – DICIEMBRE 2014**

<b>Edad</b>	<b>N°</b>	<b>Porcentaje</b>	
<19 años		46	22%
20 a 34 años		120	58%
35< años		41	20%
Total		207	100%
<b>Instrucción</b>	<b>N°</b>	<b>Porcentaje</b>	
Analfabeta		21	10%
Primaria		79	38%
Secundaria		89	43%
Superior		18	9%
Total		207	100%
<b>Estado Civil</b>	<b>N°</b>	<b>Porcentaje</b>	
Soltera		29	14%
Casada		58	28%
Conviviente		83	40%
Otros		37	18%
Total		207	100%
<b>Lugar de procedencia</b>	<b>N°</b>	<b>Porcentaje</b>	
Urbano		178	86%
Rural		29	14%
Total		207	100%
<b>Nivel de Ingreso</b>	<b>N°</b>	<b>Porcentaje</b>	
Mediano-Alto		35	17%
Bajo		141	68%
Extrema pobreza		31	15%
Total		207	100%

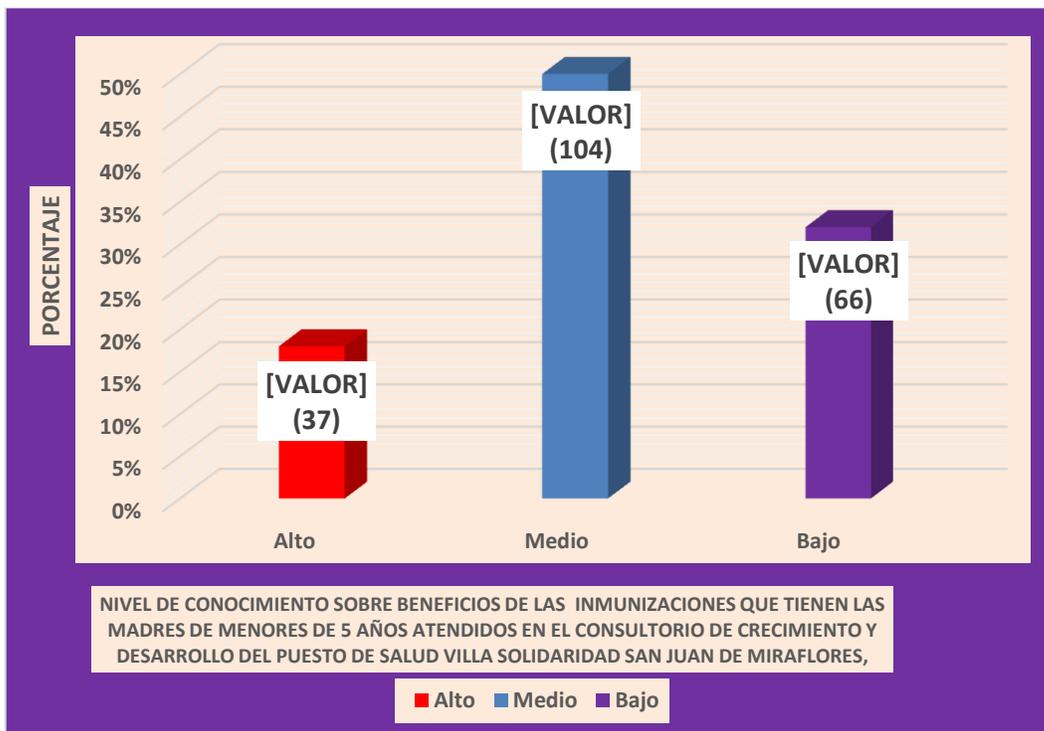
**FUENTE;** *Elaboración propia*

**INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 1:**

Las características sociodemográficas de las madres de menores de 5 años atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo del puesto de salud Villa Solidaridad San Juan de Miraflores, Lima, por edad tienen de 20 a 34 años en un 58%(120), por grado de Instrucción tienen Secundaria en un 43%(89), por Estado Civil son convivientes en un 40%( 83), por el lugar de procedencia son de zona Urbana en un 86%(178) y por el nivel de ingresos es Bajo en un 68%(141).

## GRAFICA 2

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE BENEFICIOS DE LAS INMUNIZACIONES QUE TIENEN LAS MADRES DE MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL PUESTO DE SALUD VILLA SOLIDARIDAD SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA - PERÚ, OCTUBRE – DICIEMBRE 2014**

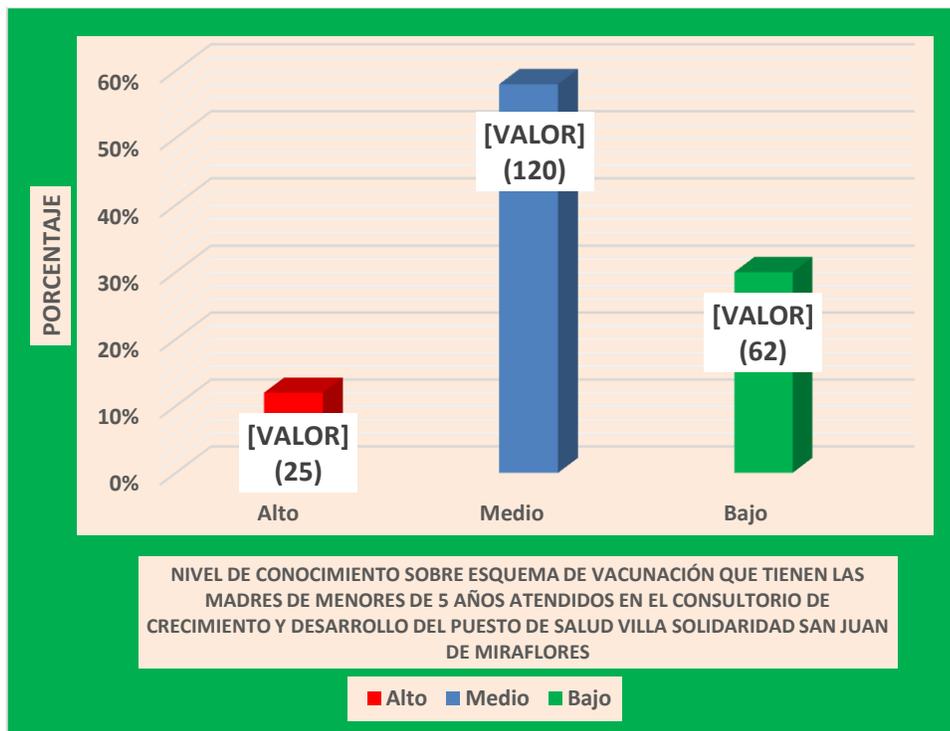


### INTERPRETACIÓN DE LA GRAFICA 2:

El nivel de conocimiento sobre Beneficios de las inmunizaciones de las madres de menores de 5 años atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo del puesto de salud Villa Solidaridad San Juan de Miraflores, Lima, en mayor porcentaje es Medio en un 50%(104), seguido del nivel Bajo en un 32%(66) y en menor porcentaje en el nivel Alto en un 18%(37).

### GRAFICA 3

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ESQUEMA DE VACUNACIÓN QUE TIENEN LAS MADRES DE MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL PUESTO DE SALUD VILLA SOLIDARIDAD SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA - PERÚ, OCTUBRE – DICIEMBRE 2014**

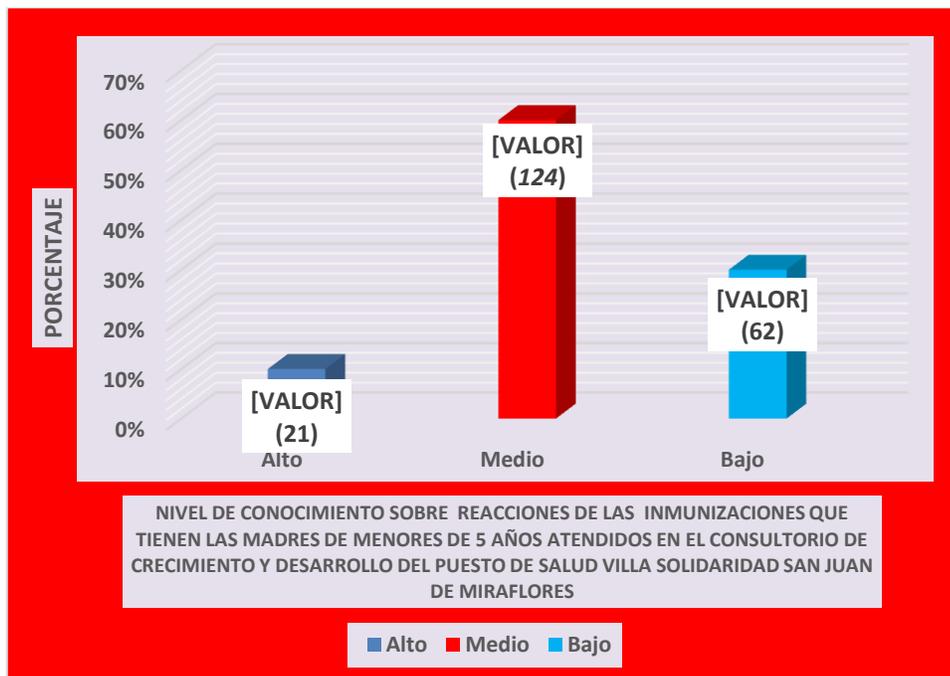


#### INTERPRETACIÓN DE LA GRAFICA 3:

El nivel de conocimiento sobre esquema de vacunación que tienen las madres de menores de 5 años atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo del puesto de salud Villa Solidaridad San Juan de Miraflores, Lima, en mayor porcentaje es Medio en un 58%(120), seguido del nivel Bajo en un 30%(62) y en menor porcentaje en el nivel Alto en un 12%(25).

#### GRAFICA 4

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REACCIONES DE LAS INMUNIZACIONES QUE TIENEN LAS MADRES DE MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL PUESTO DE SALUD VILLA SOLIDARIDAD SAN JUAN DE MIRAFLORES LIMA - PERÚ OCTUBRE - DICIEMBRE 2014.**



#### INTERPRETACIÓN DE LA GRAFICA 4:

El nivel de conocimiento sobre reacciones de las inmunizaciones que tienen las madres de menores de 5 años atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo del puesto de salud Villa Solidaridad San Juan de Miraflores, Lima, en mayor porcentaje es Medio en un 60%(124), seguido del nivel Bajo en un 30%(62) y en menor porcentaje en el nivel Alto en un 10%(21).

## PRUEBA DE HIPOTESIS

### Prueba de la Hipótesis General:

Ha: El nivel de conocimiento sobre inmunizaciones que tienen las madres de niños menores de 5 años que acuden al puesto de salud Villa Solidaridad es, medio.

Ho: El nivel de conocimiento sobre inmunizaciones que tienen las madres de niños menores de 5 años que acuden al puesto de salud Villa Solidaridad no es, medio

Ha ≠ Ho

$\alpha=0,05$  (5%)

**Tabla 2: Prueba de la Hipótesis General mediante el Chi Cuadrado ( $X^2$ )**

	ALTO	MEDIO	BAJO	TOTAL
Observadas	33	112	62	207
Esperadas	69	69	69	
(O-E) <sup>2</sup>	1296	1849	49	
(O-E) <sup>2</sup> /E	18,8	26,8	0,7	46,3

FUENTE; *Elaboración propia*

### INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 2

El valor obtenido del Chi Cuadrado Calculado ( $X_C^2$ ) es de 46,3; siendo el valor obtenido del Chi Cuadrado de Tabla ( $X_T^2$ ) de 5,53; como el Chi Cuadrado de Tabla es menor que el Chi Cuadrado Calculado ( $X_T^2 < X_C^2$ ), entonces se rechaza la Hipótesis Nula (Ho) y se acepta la Hipótesis Alternativa (Ha), con un nivel de significancia de  $p < 0,05$ .

Siendo cierto que: El nivel de conocimiento sobre inmunizaciones que tienen las madres de niños menores de 5 años que acuden al puesto de salud Villa Solidaridad es medio.

## **DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

En relación al Objetivo General, se buscó determinar El nivel de conocimiento sobre inmunizaciones de las madres de menores de 5 años atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo del puesto de salud Villa Solidaridad San Juan de Miraflores, Lima, en mayor porcentaje es Medio en un 54%(112), seguido del nivel Bajo en un 30%(62) y en menor porcentaje en el nivel Alto en un 16%(33). Coincidiendo con Pastora Judith Damián Carrillo de González (2010), se plantearon las siguientes conclusiones: Un 62.50% del personal no posee el conocimiento cumplido sobre que son las vacunas y que fichas epidemiológicas de utiliza en el Programa Nacional de Inmunizaciones. El 87.50% no posee el conocimiento completo sobre que es la vigilancia. Epidemiológica y cómo actúan las vacunas en los niños. Existe un porcentaje significativo que responde incorrectamente a las preguntas que es la vigilancia epidemiológica y tipos de vacunas. El 100% de los Auxiliares de Enfermería del Distrito de Salud conocen que vacunas se administran a los niños menores de 5 años y cuál es la temperatura ideal para mantener las vacunas en la refrigeradora a nivel de los servicios de salud.

### **OBJETIVO ESPECIFICO 1**

En relación al Objetivo específico uno, se buscó determinar Las características sociodemográficas de las madres de menores de 5 años atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo del puesto de salud Villa Solidaridad San Juan de Miraflores, Lima, por edad tienen de 20 a 34 años en un 58%(120), por grado de Instrucción tienen Secundaria en un 43%(89), por Estado Civil son convivientes en un 40%( 83), por el lugar de procedencia son de zona Urbana en un 86%(178) y por el nivel de ingresos es Bajo en un 68%(141). Coincidiendo con Barragán, C. et al (2007) utilizando una muestra probabilística intencional por

conveniencia del autor. Fueron encuestadas 20 madres; de ellas 80.833% respondieron correctamente y 19.166% incorrectamente.

## **OBJETIVO ESPECIFICO 2**

En relación al Objetivo específico dos, se buscó determinar El nivel de conocimiento sobre Beneficios de las inmunizaciones de las madres de menores de 5 años atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo del puesto de salud Villa Solidaridad San Juan de Miraflores, Lima, en mayor porcentaje es Medio en un 50%(104), seguido del nivel Bajo en un 32%(66) y en menor porcentaje en el nivel Alto en un 18%(37). Coincidiendo con Huanta, L. (2007) Los resultados confirmaron que el equipo de salud tiene conocimientos sobre las vacunas, pero no tienen la capacidad de transmitir la información completa. Por tanto, las madres de familia no recibían información completa sobre las vacunas y no tienen un conocimiento puntual.

## **OBJETIVO ESPECIFICO 3**

En relación al Objetivo específico tres, se buscó determinar El nivel de conocimiento sobre esquema de vacunación que tienen las madres de menores de 5 años atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo del puesto de salud Villa Solidaridad San Juan de Miraflores, Lima, en mayor porcentaje es Medio en un 58%(120), seguido del nivel Bajo en un 30%(62) y en menor porcentaje en el nivel Alto en un 12%(25). Coincidiendo con Aguilar, F. (2007) cuyos resultados obtenidos fueron, que el conocimiento de las madres sobre vacunas y cumplimiento del calendario de vacunación de su niño menor no guarda una relación estadísticamente significativa. El grado de instrucción de la madre fue un factor influyente en su nivel de conocimientos.

## **OBJETIVO ESPECIFICO 4**

En relación al Objetivo específico cuatro, se buscó determinar El nivel de conocimiento sobre reacciones de las inmunizaciones que tienen las madres de menores de 5 años atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo del puesto de salud Villa Solidaridad San Juan de Miraflores, Lima, en mayor porcentaje es Medio en un 60%(124), seguido del nivel Bajo en un 30%(62) y en menor porcentaje en el nivel Alto en un 10%(21). Coincidiendo con Sánchez Sampén Julissa Edith, Vera Santa Cruz Lucy Ivonne (2014) se plantean las siguientes conclusiones: Respecto al nivel de conocimiento sobre inmunizaciones en el Centro de Salud de Túpac Amaru, el porcentaje más elevado es el nivel deficiente 85%, seguido de regular con 10% y nivel Bueno con 5%. En el caso de las madres adolescentes del Centro de Salud José Olaya se tiene un porcentaje elevado en el nivel deficiente 50%, seguido del nivel regular con 25%, nivel bueno es de 20% y nivel excelente con un 5%. Por lo tanto se puede observar que el nivel de conocimiento sobre inmunizaciones, en el caso de las madres adolescentes del Centro de Salud de José Olaya es más alto que el nivel de conocimiento de las madres del centro de salud de Túpac Amaru.

## **CONCLUSIONES**

### **PRIMERO**

La presente investigación tiene como título: El nivel de conocimiento sobre inmunizaciones de las madres de menores de 5 años atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo del puesto de salud Villa Solidaridad San Juan de Miraflores, Lima, obteniendo que en mayor porcentaje es Medio. Este nivel de conocimiento se presenta teniendo en cuenta los siguientes criterios: qué vacuna protege a su hijo cuando presenta una herida, Cuáles son los Beneficios de la Vacuna. Qué es la Inmunización, cuáles son las reacciones de la vacuna, qué vacunas se colocan en el Recién Nacido, qué vacunas se colocan a los 2, 4 meses de edad, La vacuna BCG protege contra, La vacuna Pentavalente, bacteriana, anti-rotavirus, protege contra.

### **SEGUNDO**

Con respecto a la dimensión características sociodemográficas de las madres, en mayor porcentaje, por edad tienen de 20 a 34 años, por grado de Instrucción tienen Secundaria, por Estado Civil son convivientes, por el lugar de procedencia son de zona Urbana y por el nivel de ingresos es Bajo.

### **TERCERO**

Con respecto a la dimensión Beneficios de las inmunizaciones de las madres, el nivel de conocimientos en mayor porcentaje es Medio. Este nivel de conocimiento se presenta teniendo en cuenta los siguientes criterios: dosis de Vacuna Trivalente, contra rotavirus, hepatitis B viral se coloca, qué vacuna protege a su hijo cuando presenta una herida, Cuáles son los Beneficios de la Vacuna.

### **CUARTO**

Con respecto a la dimensión esquema de vacunación que tienen las madres, el nivel de conocimientos en mayor porcentaje es Medio. Este nivel de conocimiento se presenta teniendo en cuenta los siguientes criterios: Qué es la Inmunización,

cuáles son las reacciones de la vacuna, qué vacunas se colocan en el Recién Nacido, qué vacunas se colocan a los 2, 4 meses de edad, qué vacunas se colocan a los 6 meses de edad y qué vacunas se colocan al cumplir 1 año de edad.

#### **QUINTO**

Con respecto a la dimensión reacciones de las inmunizaciones que tienen las madres, el nivel de conocimientos en mayor porcentaje es Medio. Este nivel de conocimiento se presenta teniendo en cuenta los siguientes criterios: La vacuna BCG protege contra, La vacuna Pentavalente, bacteriana, anti-rotavirus, protege contra.

## **RECOMENDACIONES**

### **PRIMERO**

Promover en el puesto de salud Villa Solidaridad San Juan de Miraflores, Lima con el desarrollo de charlas educativas, sobre la importancia de las inmunizaciones, que estén dirigidas hacia las madres de niños menores de 5 años.

### **SEGUNDO**

Realizar visitas domiciliarias a las madres que no asisten con sus niños para la vacunación en la fecha programada, con el fin de retroalimentar sobre la importancia y beneficios de la protección oportuna en los niños mediante las vacunas.

### **TERCERO**

Efectuar mayor difusión sobre la importancia del esquema de vacunación en los niños, mediante los principales medios de comunicación, sean estos locales y/o regionales.

### **CUARTO**

Elaborar material educativo utilizando un lenguaje sencillo y claro a las madres, como trípticos, dípticos, dinámicas grupales, entre otros destinada a contribuir en las madres sobre los cuidados y orientación que brinda la enfermera al niño que acude a inmunizarse, previendo las complicaciones derivado de los efectos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. -60. MINISTERIO DE SALUD. 2011. Intervención pública evaluada: Tercer informe servicio de vacunación. 06.06.2011. Lima – Perú.
2. O.M.S. 2010. Inmunización para todos los niños del Mundo. Population Reports. Serie 61, N° 6.
3. OMS. 2007. Alianza Mundial para Vacunas e inmunización Informe de la Secretaría. OMS: Ginebra,
4. World Health Organization 2011. Expanded Programme on Immunization. Global Situation Inmunization Coverage. E.P.I. U.P.D.A.T.E.
5. OMS, UNICEF, Banco Mundial. 2010. Vacunas e Inmunización: situación mundial. Tercera Edición. Ginebra.
6. Pastora Judith Damián Carrillo de González (2010), Universidad de San Carlos de Guatemala “Conocimientos sobre vacunación en niños menores de cinco años que tiene el Personal Auxiliar de Enfermería del Distrito de Salud, la Libertad, Peten, durante el periodo de enero a mayo 2011”
7. Barragán, C. et al (2007) Colombia Determinar el conocimiento sobre los cuidados del lactante menor (1-6 meses) en cuanto a alimentación, esquema de inmunización, higiene y confort que tenían las madres que asistían a la clínica de enfermería del club de lactancia materna en el Ambulatorio Urbano Tipo II “Cerritos Blancos” de Barquisimeto.
8. Aguilar, F. (2007) realizó un trabajo en el programa ampliado de inmunizaciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima-Perú, durante los periodos marzo-abril de 2007, Sánchez Sampén Julissa Edith, Vera Santa Cruz Lucy Ivonne (2014),
9. Wartofsky, M. 1973. Introducción a la Filosofía de la Ciencia. Alianza Universidad. Madrid, España.

10. Bunge, M. 1981. La investigación científica. 8va edición. Barcelona, España.
11. Wartofsky, M. 1973. Introducción a la Filosofía de la Ciencia. Alianza Universidad. Madrid, España.
12. Feyerabend, P. 1981. Tratado contra el método. Editorial Tecno. Madrid, España.
13. Sabino, C. 1984. Introducción a la Metodología de la Investigación. Planeta-Ariel. Caracas, Venezuela.
14. Del Grosso, J. 1993. Mente y conducta. ULA. Consejo de Publicaciones. Estudios de Postgrado. Mérida, Venezuela. pp. 15-30.
15. Tregnaghi M, Ceballos A, De Aristegui J, Martín P. 2005. Manual de Vacunas de Latinoamérica. Asociación Panamericana de Infectología.
16. Farjas M, Zubizarreta R, Louro A. La importancia de las vacunas. URL: [http://www.fisterra.com/salud/4vacunas/importancia\\_de\\_las\\_vacunas.asp](http://www.fisterra.com/salud/4vacunas/importancia_de_las_vacunas.asp). (Consulta: 20 de Junio 2013).
17. Pender, N. Health Promotion In Nursing Practice. Stamford: Connecticut. Appleton and Lange, 1990.
18. MINSA. R.M.N°. 721- 2005, que aprueban los planes generales de las Estrategias Sanitaria Nacionales.
19. O.M.S. 2010. Inmunización para todos los niños del Mundo. Population Reports. Serie 61, N° 6.
20. OMS, UNICEF, Banco Mundial. 2010. Vacunas e Inmunización: situación mundial. Tercera Edición. Ginebra.
21. OMS. 2007. Alianza Mundial para Vacunas e inmunización Informe de la Secretaría. OMS: Ginebra,
22. Villacorta Vigo, Edwin. 2004. Los buenos Padres Cuidan a sus Hijos, Una excelente manera de cuidarlos es Vacunándolos.
23. Pender, N. Health Promotion In Nursing Practice. Stamford: Connecticut. Appleton and Lange, 1990.
24. Williams, A. 2001. La educación sanitaria como parte integrante en la atención total de enfermería. Bol. Of. Sanit. Panam. 52(11). Pp. 53-60.

25. Reeder, S. 1998. Enfermería materno Infantil. Editorial Haria. S.A. México.
26. Cadwell .J. La Educación Materna en la Mortalidad Infantil. 86,91. 2005.
27. Cominski. Moreno, Suárez Ojeda. Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño, 3ra. Edición revisada y actualizada. OPS, OMS 2005.
28. Cervantes. M. 2006. Factores asociados al incumplimiento del esquema de vacunación en Niños de la Sierra de la Libertad. UNT. Trujillo Perú
29. Pirex. A. 2009. Enciclopedia de la Madre y del Niño. 3ra Edición. Madrid – España.
31. INEI. 2010. Indicadores Sociales. [www.inei.gob.pe](http://www.inei.gob.pe).

# **ANEXOS**

**MATRIZ DE CONSISTENCIA – “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE INMUNIZACIONES DE LAS MADRES DE MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL CRED. DEL PS. VILLA SOLIDARIDAD S J.DE MIRAFLORES LIMA - 2014”**

PROBLEMA	OBJETIVOS	MARCO TEORICO	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGIA
¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre inmunizaciones, de las madres de menores de 5 años atendidos en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Puesto de Salud Villa Solidaridad San Juan de Miraflores, Lima - Perú ,Octubre – Diciembre 2014	<p><b>Objetivo General</b></p> <p>Determinar el nivel de conocimiento sobre inmunizaciones de las madres de menores de 5 años atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Puesto de Salud Villa Solidaridad San Juan de Miraflores, Lima - Perú ,Octubre – Diciembre 2014</p> <p><b>Objetivo Especifico</b></p> <p>Describir las características sociodemográficas de las madres de menores</p>	<p><b>Antecedentes</b></p> <p>de Aguilar, F. influencia del nivel de conocimiento que tienen las madres sobre vacunas en niños menores de un año y el cumplimiento del calendario de vacunación Hospital Cayetano Heredia de Lima-Perú, durante los periodos marzo-abril 2007</p> <p>Barragán, C. et al Conocimiento sobre los cuidados del lactante menor (1-6 meses) en cuanto a alimentación, esquema de inmunización, higiene y confort que tienen las madres que asisten al Ambulatorio Urbano Tipo II “Cerritos Blancos” de Barquisimeto durante mayo-junio 2006</p>	<p><b>Hipótesis Generales</b></p> <p>El nivel de conocimiento sobre inmunizaciones que tienen las madres de niños menores de 5 años que acuden al puesto de salud Villa Solidaridad es, medio</p> <p><b>Hipótesis Específicas</b></p> <p>El nivel de conocimiento sobre beneficios de inmunizaciones que tienen las madres</p>	<p><b>Nivel de Conocimiento sobre inmunizaciones</b></p>	<p>· <b>Tipo</b> : Observacional, Transversal, Prospectivo.</p> <p><b>Nivel de Investigación:</b></p> <p>Descriptivo</p> <p><b>3.2. Descripción del ámbito de la investigación</b></p> <p>El presente trabajo se realizara en el distrito de San Juan de Miraflores “Puesto de Salud Villa Solidaridad”,</p> <p><b>3.3. Población y muestra</b></p> <p>La población está conformada por un total 828 madres de niños menores de 5 años del Puesto de Salud “Villa Solidaridad”. Siendo el tamaño muestral 207</p> <p align="center"><b><u>Fórmula para el cálculo muestral</u></b></p>

	<p>de 5 años atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Puesto de Salud Villa Solidaridad San Juan de Miraflores, Lima - Perú, Octubre – Diciembre 2014</p> <p>Determinar el nivel de conocimiento sobre beneficios de las inmunizaciones que tienen las madres de menores de 5 años atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Puesto de Salud Villa Solidaridad San Juan de Miraflores, Lima - Perú, Octubre – Diciembre 2014</p>		<p>de niño menor de 5 años que acuden al puesto de salud Villa Solidaridad es, medio.</p> <p>El nivel de conocimiento sobre esquema de vacunación, que tienen las madres de niños menores de 5 años que acuden al puesto de salud Villa Solidaridad es medio.</p> <p>El nivel de conocimiento sobre las reacciones de las vacunas, que tienen las madres de niños menores de 5 años que acuden al puesto de salud Villa</p>		<p><b>Técnica e instrumento para la recolección de datos</b></p> <p>La técnica fue la encuesta aplicando un cuestionario de 20 preguntas con alternativas múltiples y así mismo se estableció el siguiente puntaje: bueno (20 a 16), Regular (15 a 11) y Malo (10 a 00).</p> <p>La recolección de datos, fue obtenida a través de la aplicación de la encuesta.</p> <p><b>3.5. Validez y confiabilidad del instrumento</b></p> <p>Para la confiabilidad se utilizara el coeficiente de confiabilidad KUDER RICHARSON (KR20).</p> <p><b>3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos</b></p> <p>Se va a aplicar la encuesta en un tiempo de 1mes y 6 días, donde se</p>
--	---	--	---	--	---

	<p>Determinar el nivel de conocimiento sobre esquema de vacunación que tienen las madres de menores de 5 años atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Puesto de Salud Villa Solidaridad San Juan de Miraflores, Lima - Perú, Octubre – Diciembre 2014</p>		<p>Solidaridad es bajo. El nivel de conocimiento según las características sociodemográficas de madres de niños menores de 5 años que acuden al puesto de salud Villa Solidaridad es medio</p>		<p>va a utilizar el paquete estadístico: PASW, versión 19.9</p> <p>Para el análisis estadístico se utilizara estadísticos descriptivo, siendo esta para la variable categórica en porcentajes y para las variables numéricas se utilizara la media y desviación estándar</p>
--	---	--	--	--	--

# FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

## ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

### Instrumento de Recolección de Datos

#### ENTREVISTA SOBRE CONOCIMIENTOS ACERCA DE LAS INMUNIZACIONES

El presente cuestionario tiene por finalidad recoger una serie de datos necesarios para determinar los Factores sociodemográficos que están relacionados con influyen en el Nivel de Conocimiento de las madres sobre las Inmunizaciones en el Centro de Salud de **VILLA SOLIDARIDAD DE SAN JUAN DE MIRAFLORES 2014.**

Los datos suministrados mediante ésta entrevista son de carácter confidencial y serán utilizados únicamente para los fines de la presente investigación realizada por la investigadora aspirante al título profesional de Licenciada en Enfermería, no tiene que identificarse, de allí que se agradece toda la sinceridad posible. Consta de una primera parte que son los datos de identificación, una segunda parte con la entrevista propiamente dicha, con 20 preguntas de selección única.

Atentamente,

Investigadora Estudiante de Enfermería: **SAAVEDRA OCHOA GIOVANNA**

#### I PARTE. IDENTIFICACIÓN – FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad: <19 ( )                      20-34 ( )                      35 + ( ).
2. Nivel de instrucción:  
Analfabeta ( )    Primaria ( )                      Secundaria ( )                      Superior ( )
3. Estado civil:  
Soltera ( )                      Casada ( )                      Conviviente ( )                      Otros ( )
4. Lugar de procedencia.  
Urbano ( )    Rural ( )
5. Nivel de Ingreso:  
Mediano- Alto ( )  
(Ingreso mayor de s/264 mensual)  
  
Bajo ( )  
(Ingreso de s/264 mensual mínimo)  
  
Extrema Pobreza ( )  
(Ingreso menor de s/ 264 mensual)

## II PARTE: Conocimiento sobre la Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones:

1. ¿Qué son las Vacuna?, marca la respuesta correcta.
  - a. Son sustancias que se administra por la boca o por inyecciones, al entrar a nuestro cuerpo hacen que produzcan defensas, para evitar ciertas enfermedades que causan secuelas severas y la muerte.
  - b. Es una vitamina.
  - c. Es una suspensión que no protege de las enfermedades.
  - d. Ninguna es correcta.
  - e. No sabe
  
- 2.- Qué es la Inmunización?
  - a. Es la administración de vitamina.
  - b. Es el proceso por el que se induce o aumenta la resistencia a una enfermedad infecciosa.
  - c. a,b, es correcto.
  - d. Ninguna es correcto.
  - e. No sabe
  
- 3.- ¿Cuáles son las reacciones de la vacuna?
  - a. Fiebre
  - b. Dolor en el lugar de la inyección.
  - c. Malestar general.
  - d. Llanto.
  - e. Todas son correctas.
  
4. ¿Qué vacunas se colocan en el Recién Nacido?
  - a. BCG, Hepatitis B.
  - b. Contra Rotavirus.
  - c. Pentavalente.
  - d. Trivalente viral.
  - e. No sabe.
  
5. ¿Qué vacunas se colocan a los 2, 4 meses de edad?
  - a. BCG y contra la fiebre amarilla.
  - b. Antipolio, Pentavalente y Contra Rotavirus.
  - c. Solo Pentavalente.
  - d. Trivalente Viral.
  - e. No sabe.
  
6. ¿Qué vacunas se colocan a los 6 meses de edad?
  - a. Contra la fiebre amarilla.
  - b. BCG y Hepatitis B.
  - c. Toxoide tetánico.

- d. Antipolio y Pentavalente.
  - e. No sabe.
7. ¿Qué vacunas se colocan al cumplir 1 año de edad?
- a. Contra Rotavirus.
  - b. Triple Bacteriana.
  - c. Trivalente viral y 3era Neumococo.
  - d. Pentavalente.
  - e. No sabe.
8. La vacuna BCG protege contra:
- a. Rubéola.
  - b. Papera.
  - c. Sarampión.
  - d. Tuberculosis.
  - e. No sabe.
9. La vacuna Pentavalente protege contra:
- a. Difteria, Tos ferina, Tétanos, Hepatitis B, Meningitis y Neumonía.
  - b. Tuberculosis y Fiebre Amarilla.
  - c. Sarampión, Papera, Rubéola, Fiebre Amarilla.
  - d. Tuberculosis, Sarampión, Rubéola, Meningitis.
  - e. No sabe.
10. La vacuna Trivalente viral protege contra:
- a. Rubéola, Sarampión, Papera.
  - b. Hepatitis B, Meningitis, Neumonía.
  - c. Tétanos, Difteria, Tuberculosis.
  - d. Polio, Fiebre amarilla, Diarrea.
  - e. No sabe.
11. La vacuna Triple Bacteriana protege contra:
- a. Rubéola, Sarampión, Paperas.
  - b. Difteria, Tos ferina, Tétanos.
  - c. Meningitis.
  - d. Neumonía.
  - e. No sabe.
12. La vacuna Anti-Rotavirus protege contra:
- a. Diarrea graves.
  - b. Gripe.
  - c. Tos.
  - d. Sarampión.
  - e. No sabe.
13. ¿Cuántas dosis de Vacuna Pentavalente se coloca?

- a. 1.
  - b. 2.
  - c. 3.
  - d. 4.
  - e. No sabe.
14. ¿Cuántas dosis de Vacuna BCG se coloca?
- a. 1.
  - b. 2.
  - c. 3.
  - d. 4.
  - e. No sabe.
15. ¿Cuántas dosis de Vacuna contra la polio se coloca?
- a. 1.
  - b. 2.
  - c. 3.
  - d. 4.
  - e. No sabe.
16. ¿Cuántas dosis de Vacuna Trivalente viral se coloca?
- a. 1.
  - b. 2.
  - c. 3.
  - d. 4.
  - e. No sabe.
17. ¿Cuántas dosis de Vacuna contra el Rotavirus se coloca?
- a. 1.
  - b. 2.
  - c. 3.
  - d. 4.
  - e. No sabe.
18. ¿Cuántas dosis de vacuna contra la Hepatitis B se coloca?
- a. 1.
  - b. 2.
  - c. 3.
  - d. 4.
  - e. No sabe.
19. ¿Qué vacuna protege a su hijo cuando presenta una herida?
- a. Antipolio.
  - b. Anti-Hepatitis B.
  - c. Toxoide tetánico.
  - d. Trivalente viral.
  - e. No sabe.

20. ¿Cuáles son los Beneficios de la Vacuna?
- a. Protege de las enfermedades infecciosas o inmunoprevenibles.
  - b. No protege de las enfermedades infecciosas.
  - c. Es importante para el Crecimiento.
  - d. Ninguna es correcta.
  - e. No sabe

## **Aprueban Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación**

### **RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 510-2013/MINSA**

Lima, 15 de agosto del 2013

Visto, el Expediente N° 13-067071-001, que contiene el Memorándum N° 1885-2013-DGSP/MINSA, que anexa la Nota Informativa N° 210-2013-DGSP-ESNI/MINSA y el Memorándum N° 2346-2013-DGSP/MINSA, que adjunta la Nota Informativa N° 221-2013-DGSP-ESNI/MINSA, de la Dirección General de Salud de las Personas;

#### **CONSIDERANDO:**

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el artículo 2° de La Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud establece que el Ministerio de Salud es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural;

Que, por Resolución Ministerial N° 070-2011/MINSA, de fecha 28 de enero de 2011, se aprobó la NTS N° 080-MINSA/DGSP V.02 'Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación', cuyo objetivo es establecer un esquema y calendario ordenado de vacunación a nivel nacional, para facilitar las intervenciones de inmunizaciones, teniendo como finalidad contribuir a mejorar el nivel de salud de la población mediante el control de enfermedades inmunoprevenibles;

Que, la Dirección General de Salud de las Personas es el órgano técnico normativo en los procesos relacionados a la atención integral, servicios de salud, calidad, gestión sanitaria y actividades de salud mental, estando a cargo de establecer las normas, ejecutar y evaluar el desarrollo de las Estrategias Sanitarias Nacionales del ámbito de su competencia y de los programas por etapa de vida de salud de las personas en el contexto de la descentralización, conforme a lo previsto en el numeral d) del artículo 41° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005-SA y sus modificatorias;

Que, mediante los documentos del visto, la Dirección General de Salud de las Personas ha propuesto la actualización de la NTS N° 080-MINSA/DGSP V.02 'Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación', aprobada por Resolución Ministerial N° 070-2011/MINSA;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Salud de las Personas;

Con el visado de la Directora General de la Dirección General de Salud de las Personas y de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica y del Viceministro de Salud; y;

De conformidad con lo establecido en el literal l) del artículo 8° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud;  
SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la NTS N° 080-MINSA/DGSP-V.03: 'Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación', que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2°.- Encargar a la Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones, la difusión del citado documento normativo, así como la evaluación de su implementación a nivel nacional.

Artículo 3°.- Las Direcciones de Salud, Direcciones Regionales de Salud, las Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces en el nivel regional, serán responsables del cumplimiento de la presente Norma Técnica de Salud, debiendo garantizar el financiamiento de los gastos operativos e insumos que demanden las actividades de inmunizaciones en el ámbito de sus jurisdicciones.

Artículo 4°.- Dejar sin efecto la Resolución Ministerial N° 070-2011/MINSA, que aprobó la NTS N° 080-MINSA/DGSP-V.02: 'Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación'.

Artículo 5°.- Encargar a la Oficina General de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución Ministerial en el Portal Institucional del Ministerio de Salud, en la dirección: [http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge\\_normas.asp](http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge_normas.asp)  
Regístrese, comuníquese y publíquese.