



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

TESIS

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE CALENDARIO DE
VACUNACIÓN EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO DEL PUESTO DE SALUD
DE LA COMUNIDAD DE QUINRAPA. AYACUCHO – 2015**

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

PRESENTADO POR

URQUIZO GUZMAN MARLENE

ASESORA

DRA. ELIZABETH TERESA DIESTRA CUEVA

AYACUCHO - PERU, 2018

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE CALENDARIO DE
VACUNACIÓN EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO DEL PUESTO DE SALUD
DE LA COMUNIDAD DE QUINRAPA. AYACUCHO- 2015”**

DEDICATORIA

A mi familia porque siempre me brindaron su apoyo, me incentivaron a seguir adelante con optimismo y nunca doblegar ni abandonar mis sueños.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme una gran familia que me colmaron con su comprensión.

A la Escuela de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas.

A mis docentes y asesores por guiarme en este trabajo de investigación.

RESUMEN

El estudio tenía como objetivo general determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre calendario de vacunación en niños menores de un año del puesto de salud de la comunidad de Quinrapa. Ayacucho- 2015. Fue un estudio de tipo cuantitativo de nivel descriptivo y de corte transversal, cuya muestra de estudio fueron 44 madres. Entre sus principales conclusiones tenemos: El mayor porcentaje de las madres se ubican en la etapa de adultas jóvenes, respecto al estado civil el 73% son conviviente y 27% son casadas, el grado de instrucción nos muestra que el 48%(21) tienen secundaria completa, el 25% tiene primaria completa y el 27%(12) tiene educación superior. El conocimiento de las madres, sobre cuántas y cuáles son las vacunas por edades que deben recibir los niños es de nivel alto en el 63% de las madres, seguido del nivel medio en el 23% y un mínimo pero significativo porcentaje de ellas con un nivel bajo. El conocimiento de las madres, sobre las enfermedades infantiles más importantes prevenibles por las vacunas es de nivel alto en el 59%(26 madres) en el 27%(12 madres) es de nivel medio y en el 14%(6) es de nivel bajo. El conocimiento de las madres, sobre reacciones y cuidados Post vacúnales es de nivel alto en el 61 a 66% de las madres seguido de madres con un nivel medio y en el 14% es de nivel bajo.

Palabras Claves: Nivel de conocimiento y calendario de vacunación

ABSTRACT

The general objective of the study was to determine the level of knowledge of mothers about the vaccination schedule in children under one year of the health post of the community of Quinrapa. Ayacucho- 2015. It was a quantitative study of a descriptive and cross-sectional level, whose study sample was 44 mothers. Among its main conclusions we have: The largest percentage of mothers are in the stage of young adults, compared to civil status 73% are married and 27% are married, the degree of education shows that 48% (21) have complete secondary, 25% have completed primary and 27% (12) have higher education. The knowledge of the mothers, on how many and which are the vaccines by ages that the children should receive is of high level in 63% of the mothers, followed by the average level in 23% and a minimum but significant percentage of them with a low level. The mothers' knowledge about the most important childhood diseases preventable by vaccines is high level in 59% (26 mothers) in 27% (12 mothers) is of medium level and in 14% (6) is of low level. The mothers' knowledge about post-vaccination reactions and care is high in 61 to 66% of mothers followed by mothers with a medium level and in 14% it is low level.

Key Words: Level of knowledge and vaccination calendar

INDICE

	Pag.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	i
ABSTRAC	ii
ÍNDICE	ii
INTRODUCCIÓN	
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	4
1.2.1. Problema General	4
1.2.2. Problemas Específicos	4
1.3. Objetivos de la investigación	5
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación del estudio	6
1.5. Limitaciones de la investigación	6
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	7
2.2. Base teórica	14
2.3. Definición de términos	29
2.4. Hipótesis	30
2.5. Variables	30
2.5.1. Definición conceptual de la variable	30
2.5.2. Definición operacional de la variable	31
2.5.3. Operacionalización de la variable	31

CAPITULO III: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	37
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	37
3.3. Población y muestra	38
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	38
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	39
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	41
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	42
CAPÍTULO V: DISCUSION DE RESULTADOS	51
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

La vacunación es una prioridad para el sector salud, teniendo en cuenta la alta morbilidad y mortalidad que las enfermedades inmunoprevenibles han causado históricamente. Por lo tanto la presente investigación pretende determinar el nivel de conocimiento sobre el calendario de vacunación en madres de niños menores de un año en la comunidad de Quinrapa, Ayacucho 2015 y responde a la necesidad de ampliar el marco cognoscitivo sobre la variable de interés. El calendario de vacunación, es el ordenamiento secuencial y cronológico de aplicación mínima de vacunas. En la comunidad de Quinrapa del distrito de Huanta, no se han identificado investigaciones sobre el conocimiento del calendario de vacunación en madres de niños menores de un año.

La investigación fue estructurada en seis capítulos. El capítulo I “el Problema” trata sobre el planteamiento, delimitación y formulación del problema así como de los objetivos y la justificación. El capítulo II, marco bibliográfico teoriza calendario de vacunaciones. Del mismo modo, presenta cronológicamente el marco referencial de los antecedentes del estudio, las bases teóricas, definición de términos, las hipótesis, la definición conceptual de las variables, la definición operacional de las variables y la operacionalización de las variables. El Capítulo III: Material y Método, señala el tipo y nivel de investigación, descripción del ámbito de la investigación, población y muestra técnicas e instrumentos para la recolección de datos, validez y confiabilidad del instrumento, plan de recolección y procesamiento de datos. El Capítulo IV: Resultados, las referencias bibliográficas y en los anexos: la matriz de consistencia y el instrumento.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Todos sabemos que las vacunas tienen la finalidad de aumentar la resistencia natural a la infección y mediante la aplicación de vacunas específicas se disminuye el riesgo de morir por alguna enfermedad inmunoprevenible. Una realidad preocupante es reconocer que anualmente mueren más de 12 millones de niños menores de 5 años, de los cuales 3 millones fallecen antes de cumplir una semana de vida y 2 millones de muertes son causadas por enfermedades que podrían haberse prevenido con las vacunas.⁽¹⁾

Según una estimación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la inmunización previene 2,5 millones de muertes cada año en los grupos de enfermedades causadas por tétanos, tos ferina, difteria y sarampión, siendo la mortalidad de esta última, la que se ha reducido en un 78% de las 733 000 defunciones estimadas en el 2000 a 164 000 en el 2008, gracias a la intensificación de las campañas de vacunación.⁽²⁾

El esquema o calendario de vacunación, es el ordenamiento secuencial y cronológico de aplicación mínima de vacunas, que administradas sistemáticamente inducen una respuesta de protección adecuada frente a las enfermedades inmunoprevenibles.⁽³⁾

A nivel mundial, la inmunización es un componente esencial del derecho humano a la salud, siendo responsabilidad de los gobiernos, comunidades e individuos garantizarla. Se estima que con la vacunación se previene unos 2,5 millones de fallecimientos cada año. Los niños inmunizados y protegidos de la amenaza de enfermedades prevenibles, tienen más oportunidad de desarrollarse así como de aprovechar todo su potencial. Para que la población esté protegida de enfermedades inmunoprevenibles debe alcanzar coberturas de vacunación mayores o igual al 95%. Asimismo, las inmunizaciones están consideradas como parte de las intervenciones sanitarias más eficaces en relación con el costo. (OMS, 2013).

La cobertura de vacunación, en el ámbito internacional, muestra diferencias substanciales. En España, la tasa de cobertura de niños protegidos está por encima del 95% (INEI, 2012).

En México, la cobertura de esquema de vacunación completo en niños menores de un año equivale al 95%. (ENSANUT, 2012).

En Venezuela, la cobertura de vacunación en niños menores de un año para BCG alcanza al 96%, para la poliomielitis al 73% y con la vacuna DTP+HIB al 81%; con la vacuna rotavirus al 76% y con la vacuna de Antisarampionosa al 87%(OPS, 2012). Acerca del nivel de conocimiento sobre el calendario de vacunación, se han identificado diferentes investigaciones. En Venezuela, el 94.4% de las madres de niños menores de 6 años reconoce el calendario de vacunas (Valencia, 2012). En Ecuador, el 77% de madres adolescentes conocen sobre la administración de la vacuna ⁽⁴⁾

Perú, tiene el esquema de vacunación más completo de América Latina, para inmunizar contra quince enfermedades, incluida para el Virus de Papiloma Humano (agente al que se atribuye como responsable del cáncer cervico uterino). La cobertura de niños menores de un año protegidos con la vacuna BCG alcanzó al 95%, con la vacuna HVB al 82.27%, con la vacuna Antipolio al 70.82%, con la vacuna DPT3 al 88.16%, con vacuna Rotavirus al 86.3%, con la vacuna contra la Influenza

al 40.2%, con la vacuna Antineumocóccica al 85.1%, y con la vacuna Antisarampionosa al 84.7%.(MINSA, 2013).⁽⁵⁾

Por regiones, las tasas más altas de coberturas de vacunación alcanzaron los departamentos de Huancavelica (82.8%), Huánuco (82.5%), Tumbes (80.7%), Cuzco (77.1%) y Apurímac (74.7%). (ENDES, 2013).

En Ayacucho, entre enero y setiembre de 2014, la tasa de niños menores de 01 año protegidos con la vacuna Antisarampionosa alcanzó de 66.6%, con la vacuna BCG al 68.30 %, con la vacuna HvB al 73.70%, con la vacuna Anti poliomielítica al 65.80%, con la vacuna Pentavalente al 72.30%, con la vacuna Antineumocóccica al 67.30% y con la vacuna Rotavirus al 73.80%(DIRESA, 2014).⁽⁶⁾

En la Red de Servicios de Salud Huamanga, durante el mismo periodo, la cobertura de vacunación en niños menores de un año con la vacuna BCG equivale al 42%, con la vacuna HVB al 60%, con la vacuna Antipolio al 82%, con la vacuna pentavalente al 62%, con la vacuna Rotavirus al 55.7%, con la vacuna Antisarampionosa al 54% y con la vacuna Antineumocóccica al 59%(RSSH, 2014).

En la Red de Salud Huanta, durante la cobertura de vacunación en niños menores de 1 año corresponde al 55,7% en Rotavirus, al 52,5% en Pentavalente, al 68,8% en BCG, al 65,1% en HVB, al 37,4% en Antisarampionosa y al 53,1% en Antineumocóccica.(OE-HAH, 2014). En el Puesto de Salud de Quinrapa, la cobertura de vacunación en niños menores de un año con la vacuna Rotavirus alcanzó el 78.6%, con la vacuna Pentavalente al 50%, con la vacuna Antisarampionosa al 33.3% y con la vacuna Antineumocóccica al 45.8%.(CLAS-L, 2014).⁽⁷⁾

En la comunidad de Quinrapa del distrito de Huanta, no se han identificado investigaciones sobre el conocimiento del calendario de vacunación en madres de niños menores de un año. Durante las experiencias profesionales como Técnica Enfermería, se ha observado que las madres tienen conocimientos erróneos sobre las

vacunas. Es común escuchar, “No sé qué vacuna le toca a mi hijo”, “No sé para qué sirve la vacuna y de qué le protegerá”, “Con esa vacuna mi hijo tendrá fiebre y llorará”, entre otras expresiones sobre todo en madres en situación de extrema pobreza y con grado de instrucción primaria incompleta e iletradas.

Hay que considerar la posibilidad de que habrá porcentajes de madres que desconocen los beneficios de las vacunas. Algunas piensan que es medicamento para curar las enfermedades y hay temor luego de vacunar a sus hijos porque les produce reacciones adversas como hipertermia, mialgia o eritema se ha podido comprobar en la práctica profesional, que muchas madres descuidan la vacunación de sus hijos, por muchos factores, dentro de los cuáles podemos referirnos al desconocimiento, información sobre qué son las vacunas e inmunizaciones, la importancia de éstas, la edad de aplicación según el esquema brindado, así como los efectos post-vacunales que no llega de manera precisa y concreta.

Teniendo en cuenta las situaciones planteadas se formula la siguiente interrogante

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre el calendario de vacunación de niños menores de un año del puesto de salud de la comunidad de Quinrapa. Ayacucho- 2015?

1.2.2. Problemas Específicos

- a) ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre cuántas y cuáles son las vacunas por edades que deben de recibir los niños menores de un año del puesto de salud de la comunidad de Quinrapa. Ayacucho- 2015?
- b) ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre las enfermedades infantiles más importantes que se pueden evitar

con las vacunas en niños menores de un año del puesto de salud de la comunidad de Quinrapa. Ayacucho- 2015?

- c) ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre las reacciones post vacunales de niños menores de un año del puesto de salud de la comunidad de Quinrapa. Ayacucho- 2015?
- d) ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre el cuidado post vacunal de niños menores de un año del puesto de salud de la comunidad de Quinrapa. Ayacucho- 2015?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo General

Determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre calendario de vacunación en niños menores de un año del puesto de salud de la comunidad de Quinrapa. Ayacucho- 2015.

1.3.2. Objetivos Específicos

- a) Identificar el nivel de conocimiento de las madres sobre cuántas y cuáles son las vacunas por edades que deben de recibir los niños menores de un año del puesto de salud de la comunidad de Quinrapa. Ayacucho- 2015.
- b) Identificar el nivel de conocimiento de las madres sobre las enfermedades infantiles más importantes que se pueden evitar con las vacunas en niños menores de un año del puesto de salud de la comunidad de Quinrapa. Ayacucho- 2015.
- c) Identificar el nivel de conocimiento de las madres sobre las reacciones post vacunales de niños menores de un año de la comunidad de Quinrapa. Ayacucho, 2014.
- d) Identificar el nivel de conocimiento de las madres sobre el cuidado post vacunal en niños menores de un año de la comunidad de Quinrapa. Ayacucho, 2014.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La justificación de la presente investigación se sustenta en los siguientes aspectos: en la esfera legal, la Ley General de Salud (N°26842) establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. Por tanto, la protección de la salud es de interés público y es responsabilidad del estado regularla, vigilarla y promoverla. Siendo así, toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la Ley. De allí que, el derecho a la protección de la salud es irrenunciable. Teóricamente, los resultados obtenidos amplían el marco teórico e empírico sobre el conocimiento del calendario de vacunación. En el aspecto práctico, la investigación proporciona información confiable y actualizada a la jefatura del Puesto de Salud Quinrapa, para la toma de decisiones, a fin de que formule estrategias orientadas al cumplimiento del calendario de vacunación. Metodológicamente, la investigación considera el diseño de un instrumento de medición, que determina el conocimiento sobre el calendario de vacunación, que será sometido a pruebas de fiabilidad y validez para ser utilizado en futuras investigaciones.

La investigación tendrá en consideración los principios de confidencialidad y consentimiento informado en la admiración de los instrumentos y en el tratamiento de la información.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Dificultad para localizar a la muestra de estudio a pesar de ser una comunidad con muy poca población se percibe desconfianza de las madres de contestar la encuesta.

Tener mayor disponibilidad de tiempo de lo planificado para acudir cuantas veces sea necesario al lugar donde residen las madres de los niños y los resultados obtenidos es válidos únicamente para la población de este estudio.

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

2.1.1. Antecedentes internacionales

Quezada Carmen “Conocimiento sobre la importancia de la vacunación y su relación con la salud en niños menores de 5 años en madres del Barrio Zalapa (2013), en Ecuador”. El objetivo fue identificar los conocimientos de las madres sobre vacunación y la importancia para evitar enfermedades inmunoprevenibles en niños menores de 5 años en el barrio Zalapa. El método fue descriptivo y la muestra estuvo conformada por 45 madres. Las conclusiones entre estas fueron qué; “las madres de los niños reconocen que las vacunas previenen enfermedades (73.3%), pero no tienen conocimiento adecuado sobre la importancia de las vacunas durante los primeros años de vida del niño (2.2%) y desconocen la edad adecuada para llevar a vacunar a los niños.”

Padilla Gabriela (2012), en Ecuador, realizó un estudio titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre enfermedades inmunoprevenibles por vacunación en madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Abdón Calderón de la ciudad de Nueva Loja de mayo a diciembre del 2011”, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimientos que tienen las madres de los niños menores de dos años sobre enfermedades inmuno-prevenibles por vacunación. El método fue descriptivo, prospectivo y de corte transversal, la población fue de 50 madres

de niños menores de dos años. Las conclusiones entre estas fueron qué; “el 64% de las madres conoce sobre todas las enfermedades prevenibles por vacunación, el 74% sabe que la administración de las vacunas evita o previene enfermedades y el 68% tiene conocimiento acerca del número de vacunas que se coloca de BCG, pero tienen desconocimiento sobre el número de vacunas de la HB, Rotavirus, Pentavalente, OPV, Neumococo, SRP y DPT. Por tanto, el 50% de las madres no posee un conocimiento teórico-práctico sobre el esquema de vacunación y enfermedades inmuno-prevenibles”.⁽⁸⁾

Quezada Carmen “Conocimiento sobre la importancia de la vacunación y su relación con la salud en niños menores de 5 años en madres del Barrio Zalapa Ecuador (2013)”. El objetivo fue identificar los conocimientos de las madres sobre vacunación y la importancia para evitar enfermedades inmunoprevenibles en niños menores de 5 años en el barrio Zalapa. El método fue descriptivo y la muestra estuvo conformada por 45 madres. Las conclusiones entre estas fueron qué; “las madres de los niños reconocen que las vacunas previenen enfermedades (73.3%), pero no tienen conocimiento adecuado sobre la importancia de las vacunas durante los primeros años de vida del niño (2.2%) y desconocen la edad adecuada para llevar a vacunar a los niños.”⁽⁹⁾

Boscan Salinas, Mariana realizó un estudio acerca de la “Actitud de las madres en el cumplimiento del calendario de vacunación de niños menores de 6 años en el año 2011, Venezuela” el cual fue un estudio transversal, descriptivo, no experimental. Se aplicó una encuesta, previa validación y consentimiento informado a 71 madres. En los resultados se determinó que el mayor porcentaje de las madres en estudio presentaron incumplimiento en el esquema de inmunizaciones de sus menores hijos. Además, se determinó que a las madres le falta información y/o programas educativos, ya que es necesario reforzar los procesos de

educación y promoción de las vacunas para que se pueda alcanzar las coberturas en el calendario de vacunación.⁽¹⁰⁾

Tirado Otálvaro, Andrés en su estudio sobre “Factores asociados a las bajas coberturas de vacunación en Santa Bárbara en el año 2008, Colombia” el cual fue un estudio descriptivo correlacional, la muestra estuvo conformada por 120 madres de niños menores de 5 años del Municipio de Santa Bárbara. Para la recolección de datos se utilizó una encuesta, previo consentimiento informado. El autor concluye en que las madres que no cumplían el esquema de vacunación solo tenían instrucción primaria, eran amas de casa y contaban con varios hijos. Los niños que no reciben protección oportuna están en más riesgo de enfermar o morir por enfermedades infecciosas, por lo que es importante que se brinde educación a las madres.⁽¹¹⁾

2.1.1. Antecedentes internacionales

Valdez y Taboada “*Factores relacionados con la deserción a las vacunas anti poliomielítica y pentavalente en niños menores de cinco años. Distrito de Pacaycasa, Ayacucho 2010,*” sobre una muestra aleatorio simple de 130 niños menores de un año de una población de 203 (100%), aplicando la guía de entrevista, determinaron que la tasa de deserción a las vacunas anti poliomielítica y pentavalente equivale al 40% de niños menores de cinco años. Las mayores tasas de deserción se presentan en hijos de madres con edades comprendidas entre 29 y 39 años (26.2%); con instrucción primaria (32.3%), católicas (23.1%), agricultoras (26.2%), que esperan más de 60 minutos para ser atendidas (22.3%) y que señalan que el abastecimiento con biológicos es insuficiente (23.1%). En conclusión, la edad ($\chi^2_c=9.68$; $p<0.01$), nivel de instrucción ($\chi^2_c=37.06$; $p<0.001$), filiación religiosa ($\chi^2_c=0.02$; $p<0.05$), ocupación ($\chi^2_c=15, 95$; $p<0.01$), tiempo de

espera ($\chi^2_c=47.82$; $p<0.001$) y abastecimiento con biológicos ($\chi^2_c=86.83$; $p<0.001$) están relacionados con la deserción a las vacunas.⁽¹²⁾

Caspi y Lima “Factores de riesgo que inciden en el cumplimiento del esquema de vacunación de los niños menores de cinco años de la comunidad de Santa Fe del Subcentro de Salud Atahualpa de la parroquia Atahualpa, Cantón Ambato, provincia de Tungurahua durante el periodo de mayo del 2012 a noviembre del 2012”, Ecuador, sobre una población de 49 niños menores de 5 años y 44 madres y padres de familia, aplicando el cuestionario, determinaron el 57% de los padres de familia encuestados manifiestan conceptos errados o no conocen lo que son las vacunas, el 89% están conscientes de que las vacunas son necesarias e importantes pero pocos lo demuestran, el 75% no conocen las enfermedades que se previenen mediante la aplicación de las diferentes vacunas, el 7% tienen cierto grado de conocimiento acerca de las vacunas que deben recibir sus hijos antes de los 5 años de edad, el 86% conocen los efectos post-vacunales, el 21% refiere que no se debe vacunar a los niños cuando están desnutridos y 34% no conocen las circunstancias en las que no debe administrar las vacunas. En conclusión, en la comunidad de Santa fe la mayor parte de los padres de familia cuentan con un nivel de educación primario y en su mayoría se dedican a tiempo completo a la agricultura, factores sociales que limitan el acceso a los programas de salud y, por ende, al cumplimiento del esquema de vacunación.⁽¹³⁾

García y Villamar “Determinación del abandono y deserción del esquema de vacunas del Ministerio de Salud pública en los menores de dos años que acuden al Subcentro de Salud Colon, febrero-agosto del 2012”, Ecuador, sobre una muestra intencional de 95 madres de niños que no acudieron a la vacunación de una población 291(100%), aplicando las tarjetas de vacunación,

historias clínicas y partes diarios de vacunas, determinaron que el 24% conocen la vacuna contra el neumococo, 20% la antipolio, 14% contra la varicela, 12% contra el rotavirus y el 1% contra las formas severas de tuberculosis. En conclusión, el conocimiento sobre las vacunas que tienen los padres o cuidadores de los niños con esquema incompleto de vacunas es deficiente y representa una de las causas por las que se da la deserción y abandono de las vacunas. ⁽¹⁴⁾

Ataupillco y Escalante (2012), en la investigación relacional de diseño transversal *“Factores socioeconómicos y culturales relacionados al nivel de conocimiento sobre calendario de vacunación en madres de niños menores de un año en el Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho 2011”*, sobre una muestra aleatoria simple de 94 madres de niños entre 8 y 11 meses de una población de 218 (100%), aplicando la guía de entrevista, determinaron que el 51,1% de las madres presentan un nivel de conocimiento deficiente sobre el calendario de vacunación. Tanto estudiantes (7,5%), amas de casa (33%) y trabajadores independientes (10,6%) exhibieron deficiencia en el conocimiento sobre el calendario de vacunación. En conclusión, el ingreso económico familiar ($\chi^2_e=16,539, p<0,05$), el grado de instrucción ($\chi^2_e=20,992, p<0,05$), lugar de procedencia ($\chi^2_e=20,36, p<0,05$), información previa sobre el tema ($\chi^2_e=13,545, p<0,05$) están relacionados significativamente con el nivel de conocimiento. ⁽¹⁵⁾

Lucas y Alcívar *“Manejo de vacunas y su impacto en la efectividad de la inmunización en los niños menores de dos años de edad en el Subcentro de Salud San Agustín del Km 20, Cantón Sucre, periodo enero-julio 2013”*. Ecuador, sobre una muestra al azar simple de 49 madres de niños menores de 2 años de una población 77(100%), aplicando el cuestionario, determinó que el 100% de los encuestados manifiesta que el manejo de vacunas

influye en la efectividad de la inmunización. El 89% refieren que es bueno el control de cadena de frío de las vacunas de la unidad operativa, mientras tanto el 11% manifiesta que es regular. En conclusión, anualmente se cambia el personal de enfermeros rurales lo que crea cierta desconfianza hacia el nuevo personal, que aparentemente no cuenta con suficiente habilidad y destreza para realizar este procedimiento que consiste en la aplicación de vacunas. Los padres y madres de familia muestran interés en tener mejor información sobre la importancia de las vacunas que requiere el menor de dos años.⁽¹⁶⁾

Rodríguez y Tomalá *“Factores que influyen en el nivel de conocimientos de las madres adolescentes sobre el esquema del P.A.I. del Sub-centro Santa Rosa Salinas 2012-2013”*, Ecuador, sobre una muestra por criterio de 30 madres adolescentes, aplicando el cuestionario semi estructurado, determinaron que el indicador edad y nivel de instrucción influyó con el 67% en el nivel de conocimiento respectivamente. El 57% de madres no tienen un asesoramiento sobre las inmunizaciones, siendo un porcentaje significativo que influye en el conocimiento sobre el esquema de vacunación y el restante es el 43% que corresponde a un sí. En conclusión, el 77% de las madres adolescentes tiene conocimiento sobre la administración de la vacuna, reflejando que no conoce la importancia del cumplimiento correcto del esquema de vacunación y el 23% conocen de la misma.⁽¹⁷⁾

Tisalema *“Cobertura de vacunación de los niños de 0 a 18 meses en el Sub-centro de Salud de Quisapincha en la provincia de Tungurahua y el nivel de información de la población sobre el esquema ideal de inmunización en el periodo julio a diciembre del 2012”*, Ecuador, sobre una muestra de 258 niños de 0 a 18 meses de una población de 802 (100 %), aplicando el cuestionario, determinaron que las causas para la baja cobertura de inmunización se encuentran, la edad tan joven de 19 años hasta los 25 años,(60%), la falta de preparación y conocimiento

por su grado de escolaridad (80%) y no tomar importancia a las vacunas o no cumplir con las citas de vacunación(81%). En conclusión, la población no tiene un buen nivel de información sobre vacunas lo que limita el cumplimiento del esquema de vacunación en los niños de 0 a 18 meses. Asimismo, existe desconocimiento sobre los beneficios incuestionables de las vacunas⁽¹⁸⁾

Valdivia “*Conocimiento sobre inmunizaciones y su relación con factores sociodemográficos de madres con niños menores de dos años, C.S. “San Francisco”, Tacna 2012*”, sobre una muestra probabilística de 91 madres con niños menores de dos años de una población 265 madres, aplicando el cuestionario, determinó que el 41,8% presentó un nivel bajo de conocimiento, 35,2% nivel medio y 23,1% nivel alto; los factores sociodemográficos predominantes, fueron: edad de 20-34 años, tenencia de 1-2 hijos y estado civil casada/conviviente. En conclusión, existe relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento sobre inmunizaciones con los factores sociodemográficos de madres de niños menores de dos años ($p < 0,05$).⁽¹⁹⁾

Izquierdo Rosario en Lima, “Conocimiento de madres de niños menores de un año sobre Inmunizaciones y el cumplimiento del calendario vacunal – Lima 2014”. El objetivo fue establecer la relación entre el conocimiento de las madres de niños menores de un año con el cumplimiento del calendario vacunal y los factores sociodemográficos intervinientes. El estudio es de tipo cuantitativo, método descriptivo correlacional de corte transversal no experimental, la muestra fue de 250 madres a quienes se les aplicó un cuestionario. En los resultados se evidenció que; “el conocimiento es de medio a bajo; la mayoría de madres que cumplen menos el esquema de vacunación de sus hijos, tiene grado de instrucción primaria, no trabajan, tienen más de 4 hijos y conocen menos sobre las inmunizaciones. Por lo tanto, existe relación entre el nivel de conocimiento y el incumplimiento del

calendario de vacunación, además está asociado con los demás factores sociodemográficos intervinientes”. Por los estudios mencionados, podemos evidenciar que estos han aportado información para estructurar la base teórica, siendo importante al estudio a fin de que sus hallazgos muestren los conocimientos de las madres sobre las vacunas y el cumplimiento del calendario de vacunación, así como la prevención de enfermedades inmuno prevenibles.⁽²⁰⁾

2.2. BASE TEORICA

2.2.1. CONOCIMIENTO

Para Bunge (1985), el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claro, preciso, ordenado, vago e inexacto, el cual puede ser clasificado en conocimiento vulgar, llamándose así a todas las representaciones que el común de los hombres se hace en su vida cotidiana por el simple hecho de existir, de relacionarse con el mundo, de captar mediante los sentidos información inmediata acerca de los objetivos, los fenómenos naturales y sociales, se materializa mediante el lenguaje simple y natural, el conocimiento científico que es racional, analítico, sistemático y verificable a través de la experiencia.

Al respecto Sabino (1992), señala que en nuestra vida cotidiana, en el trabajo, los estudios o la constante interacción social, adquirimos y utilizamos una inmensa cantidad de conocimientos, tan variados como el universo mismo: sabemos cuál es la llave que abre la puerta de nuestra casa y como cambia el semblante de la persona que amamos, aprendemos cuantos electrones orbitan en un átomo de helio o la fecha en que fue fundada nuestra ciudad. El conocimiento se nos presenta como algo casi natural, que vamos obteniendo con mayor o menor esfuerzo a lo largo de nuestra vida, como algo que normalmente aceptamos sin

discusión, especialmente cuando lo adquirimos en la escuela o a través de medios escritos de comunicación.

Para Rosental (1945) el conocimiento es un proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano; dicho proceso está condicionado por las leyes del devenir social y se halla indisolublemente unido a la actividad práctica. El fin del conocimiento estriba en alcanzar la verdad objetiva. En el proceso del conocimiento, el hombre adquiere saber, se asimila conceptos acerca de los fenómenos reales, va comprendiendo el mundo circundante. Dicho saber se utiliza en la actividad práctica para transformar el mundo, para subordinar la naturaleza a las necesidades del ser humano.

2.2.1.1. TIPOS DE CONOCIMIENTO

a) Conocimiento vulgar

Se le llama también “vulgar” o “popular” y se obtiene por azar, luego de innumerables tentativas cotidianas. Es metódico y asistemático. Una característica de este conocimiento es el ser indispensable para el comportamiento diario. El conocimiento vulgar no es teórico sino práctico; no intenta lograr explicaciones racionales; le interesa la utilidad que pueda prestar antes que descifrar la realidad. A través de este conocimiento el hombre común conoce los hechos y su orden aparente y suerte respuestas (explicaciones) concernientes a las razones de ser de las cosas, pero muy pocas preguntas acerca de las mismas; todo ello logrado por experiencias cumplidas al azar, sin método, y al calor de las circunstancias de la vida, por su propio esfuerzo o válido del saber de otros y de las tradiciones de la colectividad. Su fuente principal son los sentidos. Toda esta clase de conocimientos es lo que puede catalogarse también como “saberes”. (Paredes, 2012).

b) Conocimiento filosófico

Esclarece el trabajo de las ciencias y describe su fundamento de problemático y crítico, incondicionado y de alcance universal, cuyos temas de investigación van más allá de la experiencia, ganando así un nivel superior de racionalidad gracias a lo cual el hombre intenta dar explicación integral del mundo y de la vida. (Paredes, 2012).

c) Conocimiento científico

Según Bunge (1976), el conocimiento científico es un saber crítico (fundamentado), metódico, verificable, sistemático, unificado, ordenado, universal, objetivo, comunicable (por medio del lenguaje científico), racional, provisorio y que explica y predice hechos por medio de leyes.

El conocimiento científico es crítico porque trata de distinguir lo verdadero de lo falso. Se distingue por justificar sus conocimientos, por dar pruebas de sus verdades, por eso es fundamentado, porque demuestra que es cierto.

2.2.1.2. ELEMENTOS DEL CONOCIMIENTO

Sabino (1992), El proceso de conocimiento puede concebirse como una relación, de singular complejidad, entre estos dos elementos, sujeto y objeto. Para comenzar diremos que entendemos por **sujeto** a la persona (o equipo de personas) que adquiere o elabora el conocimiento. El conocimiento es siempre conocimiento para alguien, pensando por alguien, en la conciencia de alguien. Por eso, no podemos imaginar un conocimiento sin sujeto, sin que sea percibido por una determinada conciencia. Pero, de la misma manera, podemos decir que el conocimiento es siempre conocimiento de algo, de alguna cosa, ya sea trate de un ente abstracto-ideal, como un número o una proposición lógica de un fenómeno material o aun de la misma conciencia. En todos los casos, a aquellos que es

conocido se lo denomina objeto de conocimiento. La relación que se articula entre ambos términos es dinámica y variable: lo primero, no se establece de una vez y para siempre, sino a través de sucesivas aproximaciones; lo segundo, porque resulta diferente según la actitud del sujeto investigador y el objeto estudiado.

En el proceso de conocimiento, es preciso que el sujeto se sitúe frente al objeto como algo externo a él, colocando fuera de sí, para que pueda examinarlo.⁽²¹⁾

2.2.1.3. EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO.

La escala de calificación de los aprendizajes en la Educación Básica Regular es como sigue (MED, 2009)

Nivel Educativo Tipo de calificación	Escalas de Calificación	Descripción
Educación Inicial Literal y Descriptiva	A Logro previsto	Cuando el estudiante evidencia el logro de los aprendizajes previstos en el tiempo programado.
	B En proceso	Cuando el estudiante está en camino de lograr los aprendizajes previstos, para los cual requiere acompañamiento durante un tiempo razonable para lograrlo.
	C En inicio	Cuando el estudiante está empezando a desarrollar los aprendizajes previstos o evidencia dificultades para el desarrollo de éstos y necesita mayor tiempo de acompañamiento e intervención del docente de acuerdo con su ritmo y estilo de aprendizaje.
Educación Primaria Literal y Descriptiva	AD Logro destacado	Cuando el estudiante evidencia el logro de los aprendizajes previstos, demostrando incluso un manejo solvente y muy satisfactorio en todas las tareas propuestas.
	A Logro previsto	Cuando el estudiante evidencia el logro de los aprendizajes previstos en el tiempo programado.
	B	Cuando el estudiante está en camino de lograr los aprendizajes previstos,

	En proceso	para lo cual requiere acompañamiento durante un tiempo razonable para lograrlo.
	C En inicio	Cuando el estudiante está empezando a desarrollar los aprendizajes previstos o evidencia dificultades para el desarrollo de estos y necesita mayor tiempo de acompañamiento e intervención del docente de acuerdo con su ritmo y estilo de aprendizaje.
Educación Secundaria Numérica y Descriptiva	20 – 18	Cuando el estudiante evidencia el logro de los aprendizajes previstos, demostrando incluso un manejo solvente y muy satisfactorio en todas las tareas propuestas.
	17 – 14	Cuando el estudiante evidencia el logro de los aprendizajes previstos en el tiempo programado.
	13 – 11	Cuando el estudiante está en camino de lograr los aprendizajes previstos, para lo cual requiere acompañamiento durante un tiempo razonable para lograrlo.
	10 – 00	Cuando el estudiante está empezando a desarrollar los aprendizajes previstos o evidencia dificultades para el desarrollo de estos y necesita mayor tiempo de acompañamiento e intervención del docente de acuerdo con su ritmo y estilo de aprendizaje.

2.2.3. ASPECTOS CONCEPTUALES SOBRE VACUNACION INFANTIL

Roggero (2006) menciona que la vacunación “consiste en introducir en el organismo cantidades minúsculas de extractos de parte de las estructuras de los gérmenes causantes de la enfermedad” (p.3). Así también, Picazo (2002, p.1) menciona que la vacunación: “consiste en la inducción y producción de una respuesta inmunitaria específica protectora (anticuerpos y/o inmunidad mediada por células) por parte de un individuo sano susceptible, como consecuencia de la administración de un producto inmuno-biológico, la vacuna, que puede estar constituida por un microorganismo, una parte de él, o un producto derivado del mismo (antígenos inmunizantes) con objeto de producir una respuesta similar a la de la infección natural, pero sin peligro para el vacunado. Se basa en la respuesta del sistema inmunitario a cualquier elemento extraño (antígeno) y en la memoria inmunológica.

2.2.3.1. GENERALIDADES SOBRE LAS VACUNAS

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2011, p.2) menciona que las vacunas son; “suspensiones de microorganismos vivos, 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. También se consideran a los toxoides como vacunas, los cuales son toxinas de origen bacteriano modificadas, que han perdido su capacidad patogénica pero conservan su poder antigénico”. Las vacunas se clasifican de la siguiente forma: vacunas vivas atenuadas y vacunas inactivadas o muertas. Las vacunas vivas atenuadas presentan las siguientes.

2.2.3.2. VACUNA

La vacuna, es la suspensión de microorganismos vivos (bacteria o virus), inactivos o muertos, fracciones de los mismos o partículas proteicas, que al ser administrado inducen en el receptor una respuesta inmune que previene una determinada enfermedad. (MINSa, 2013).

VACUNACIÓN

La vacunación un medio de desencadenar la inmunidad adquirida o activa. Esta es una forma especializada de inmunidad que aporta protección duradera contra antígenos específicos, responsables de ciertas enfermedades.

Se administran dosis pequeñas de un antígeno (como por ejemplo virus muertos o debilitados) con el fin de activar la memoria inmune (mecanismo complejo, en el que intervienen células especializadas de la sangre que son capaces de reconocer el antígeno y responder rápidamente a su presencia).

La memoria inmune permite al cuerpo reaccionar rápida y eficientemente a la exposición futura a gérmenes, toxinas, etc., antes de que puedan causar daño (el cuerpo construye una defensa ante la enfermedad). La vacunación es uno de los mejores medios para protegerse contra muchas enfermedades contagiosas. (MINSa, 2013).

Características: - Son derivadas directamente del agente que causa la enfermedad, virus o bacteria. Estos virus o bacterias son atenuados, es decir debilitados en el laboratorio generalmente por cultivos repetidos (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2011, p.2). - Para producir una respuesta inmune, las vacunas vivas deben replicarse en la persona vacunada. Cuando estas vacunas 17 replican generalmente no causan enfermedad tal como lo haría la enfermedad natural.

Cuando en algunos casos se produce enfermedad, esta es generalmente leve y se refiere como un evento supuestamente atribuible a la vacunación o inmunización (ESAVI) (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2011, p.2). - La respuesta del sistema inmune es semejante a la de la enfermedad natural ya que este no puede diferenciar entre una infección por una vacuna atenuada y una producida por el virus o bacteria del ambiente (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2011, p.3). - Son generalmente efectivas con una sola dosis salvo cuando se administran por vía oral o cuando se quiere dar una dosis adicional. ⁽²²⁾ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2011).

2.2.3.3. TIPOS DE VACUNA

- 1. Microorganismos vivos atenuados.** Preparaciones de virus y bacterias vivos que son alteradas de tal manera que no resulten agresivos como para provocar la enfermedad pero sí para producir una respuesta inmune importante, ejemplo: polio oral, sarampión, rubiola, parotiditis, varicela.
- 2. Microorganismos enteros inactivos.** Suspensión de bacterias o virus muertos mediante la acción de irradiación ultravioleta, calor, fenol o formaldehído, ejemplo: polio inyectable, rabia, tos convulsiva.
- 3. Polisacáridos** (obtenidos de neumococo) para el neumococo.
- 4. Proteínas** (exotoxinas) purificadas, ejemplo: antidiftérico, antitetánico.
- 5. Conjugadas** (polisacáridos más proteínas), ejemplo: el antihemophilus.
- 6. Recombinada** a partir de antígenos obtenidos por ingeniería genética para hepatitis **B.**(MINSA, 2013)

2.2.4. INMUNIDAD

Es la habilidad que tiene el cuerpo de tolerar material endógeno y eliminar al mismo tiempo material que le es foráneo. El sistema inmunológico. Está compuesto de órganos y células especializados que protegen el cuerpo, primero identificando sustancias nocivas, conocidos como antígenos, luego destruyéndolas usando anticuerpo y otras sustancias y células especializadas. Hay dos formas básicas de adquirir dicha protección: la inmunidad activa y la inmunidad pasiva.

La inmunidad activa. Es proporcionada por el propio sistema inmunológico de la Persona. Este tipo de inmunidad puede producirse a través de la exposición a una enfermedad o a través de la vacunación. La inmunidad activa generalmente dura muchos años y con frecuencia es permanente.

La inmunidad pasiva. Ocurre cuando los anticuerpos son transferidos de una persona o animal a otra. La forma más común de inmunidad pasiva ocurre cuando un feto recibe anticuerpo de su madre a través de la placenta durante el embarazo. Existen diferentes tipos de vacuna. (MINSa, 2013).

2.2.5. TARJETAS DE VACUNACIÓN

Controlar en cada niño/a el cumplimiento de la vacunación a la edad establecida por el calendario de vacunación del MSP, para garantizar el mejor momento inmunológico para desarrollar inmunidad protectora, validar los requerimientos de vacuna por cada mes proveer información para estimar el riesgo poblacional por vacíos de cobertura.

Cuaderno de inscripción del tarjetero: Cada unidad Operativa debe tener un cuaderno de inscripción de cada niño que ingresa por primera vez. En este deben registrarse los siguientes datos: N° correlativo de inscripción, Fecha de inscripción, nombre completo, Fecha de nacimiento, Dirección.

La tarjeta de control de vacunación es una tarjeta que tiene dos secciones, anverso y reverso: Anverso. Esta parte está destinada a identificar el servicio de salud y los datos del niño/a. En las cuales va el número de tarjeta de control de vacunación: Escriba el mismo número que le adjudicó en el cuaderno de inscripción; Nacionalidad: registre la etnia o nacionalidad extranjera; Historia clínica N°: Registre el número; jefatura de área: registre el número correspondiente; Unidad de salud: registre el nombre correspondiente, lugar de nacimiento, edad, se anotara apellidos y nombres de la madre, dirección exacta, número de teléfono del padre o la madre del niño o de un familiar.

Reverso: corresponde al esquema de vacunación del Ministerio de Salud Pública. En la fila superior aparece el tipo de vacuna y en la columna de la izquierda la dosis correspondiente. En la celda respectiva que cruza la fila del tipo de vacuna y la columna del número de dosis se registra con esferográfico la fecha en que se aplica la dosis correspondiente a cada vacuna.

Además con lápiz gráfico anote la fecha en que la madre es citada para la próxima vacuna que debe coincidir con lo registrado en el carnet.

En los casilleros vacíos incorpore la FA y HB u otra nueva vacuna. En el rubro observaciones registre si el niño ha confirmado reacciones adversas a alguna vacuna, después de una exhaustiva investigación de ESAVI

Uso de las tarjetas de vacunación: Las tarjetas de control de vacunación se iniciaran en aquellos establecimientos en que se vacune sistemáticamente todas las vacunas del PAI (Ministerio de vacunación. Perú 2013).

2.2.6. CALENDARIO DE VACUNACIÓN

El calendario de vacunación es la secuencia cronológica de vacunas que se administran sistemáticamente a toda la población en un país o área geográfica con el fin de obtener una inmunización adecuada en la población frente a las enfermedades para las que se dispone de una vacuna eficaz.

Estos calendarios, se van modificando función de la disponibilidad de nuevas vacunas y de la evolución de la situación epidemiológica de las diferentes enfermedades prevenibles mediante vacunación.⁽²³⁾

CALENDARIO REGULAR DE VACUNACIÓN PARA NIÑOS MENORES DE UN AÑO

VACUNA		Recién Nacido	2 Meses	4 Meses	6 Meses	7 Meses	8 Meses	1 Año
BCG								
HvB								
Antipolio	IPV							
	APO							
Pentavalente								
Rotavirus								
Neumococo								
Influenza								
SPR								

Vacunas según el calendario de vacunación del MINSA -Peru, 2014.

PARA RECIÉN NACIDOS

1. VACUNA BCG

Es una vacuna liofilizada del Bacilo Calmette Guerin y protege contra las formas graves de tuberculosis, se administra en una dosis de 0.1 CC. Al recién nacido dentro de las 12 horas de nacimiento. Teniendo en consideración el peso a partir de los 2500 gramos igual a más: y sin cuadro clínico manifiesto.

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

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

La aplicación de la vacuna BCG en hijos de madres con infección por VIH debe seguir la norma en la NTS N° 064-MINSA/DSGP-V.02 “Norma Técnica de salud para la Profilaxis de la trasmisión Madre-Niño del VIH y la Sífilis Congénita.

2. VACUNA CONTRA HEPATITIS B

Es una inactividad recombinante, obtenida por ingeniería genética, en el esquema nacional de vacunación está indicada tanto para la población infantil en recién nacido y los niños mayores de 5 años, así como toda la población adulta nivel nacional.

- Se vacunará a recién nacidos sanos que tengan **un peso igual o mayor de 2000 gramos.**
- La vacuna es de presentación monodosis y se aplica por vía intramuscular en el tercio medio y vasto externo del muslo con jeringa descartable y aguja retráctil de 1cc y aguja 25G x 5/8”.

- En niños nacidos de madres con Hepatitis B, se aplicará la vacuna inmediatamente al nacer para evitar la transmisión vertical.

PARA NIÑOS MENORES DE 1 AÑO

3. VACUNA CONTRA LA POLIOMIELITIS IPV

La vacuna anti polio inactivada inyectable (IPV)

- Es una vacuna inyectable, de presentación multidosis y/o monodosis, se administra a los 2 y 4 meses de edad.
- Cada dosis de 0.5 cc por vía intramuscular en el tercio medio de la cara antero lateral externo del muslo. Con jeringa retractable de 1 cc y aguja 25 G x 1.
- Aquellos niños que constituyen población en riesgo, por ser portadores del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o nacidos de madre portadoras de VIH, deberán recibir exclusivamente las 3 dosis de la vacuna IPV (inyectable).

Vacuna Antipolio oral (APO)

Es una vacuna de **virus vivo atenuado** de presentación multidosis se administra 3 dosis a los 6 meses, 18 meses y 4 años de edad. Cada dosis comprende 2 gotas vía oral.

4. VACUNA PENTAVALENTE

(Difteria, Tos convulsiva, Tétanos, Hepatitis B, infecciones producidas por Haemophilus Influenza tipo (B))

- Vacuna combinada que contiene 5 antígenos: toxoide diftérico y tetánico, bacterias inactivas de bordetella pertussis, polisacárido conjugado de Haemophilus Influenzae tipo b y antígeno de superficie de virus de la Hepatitis B.
- Se administra en tres dosis a los 2, 4 y 6 meses respectivamente cada dosis, comprende la administración de 0.5cc por vía intramuscular en la cara antero lateral externo del

muslo, con jeringa descartable y aguja retráctil de 1cc y aguja de 23Gx 1”.

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

5. VACUNA CONTRA NEUMOCOCO

Vacuna Antineumocócica conformada por los serotipos más comunes causantes de enfermedades graves por neumococo en los niños menores de 2 años, previenen las enfermedades respiratorias severas bacterianas como las neumonías y otras como: meningitis, sepsis y otitis media.

- **Niños hasta los 12 meses**, 3 dosis: al 2do mes, 4to mes y 12 meses. Se aplica 0.5 cc, por vía intramuscular en el tercio medio de la cara antero lateral externa del muslo, con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1”.
- **Niños entre 12 y 23 meses y 29 días no vacunados previamente 2 dosis**, con intervalo de al menos 1 mes entre dosis. Cada dosis de 0.5 cc por vía intramuscular en el tercio medio de la cara antero lateral externa del muslo.
- **Niños de 2 años a 4 años, con morbilidad no vacunados previamente, 1 dosis de 0.5 cc** por vía intramuscular en la región deltoides.

6. VACUNA CONTRA ROTAVIRUS

- Es una vacuna de virus vivos atenuados, se administra por vía oral, indicada para la prevención de diarrea severa por rotavirus en menores de 6 meses de edad. **No se debe aplicar después de los 6 meses.**

- La vacuna contra rotavirus en el menor de 6 meses, se aplica en dos (02) dosis en el 2do y 4to mes, de presentación mono dosis, cada dosis de 1.5 cc por vía oral.
- Cuando la vacunación con rotavirus no se administró con oportunidad, el niño o niña podrá iniciar la primera dosis hasta los 4 meses con un intervalo mínimo de 1 mes para la aplicación de la segunda dosis.

7. VACUNA CONTRA INFLUENZA PEDIÁTRICA

(Niños 7 meses hasta los 23 meses y 29 días según se detalla)

La gripe clásica (influenza o flu) asociado al virus influenza es la causa más importante de enfermedades respiratorias aguda. La vacuna estacionaria contiene antígenos y cepas de virus

La vacuna contra Influenza se aplica al menor de 2 años de edad, dos dosis de 0.25 cc con intervalo de un mes por vía intramuscular en el tercio medio de la cara antero lateral externa del muslo con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1

OJO a partir del año la vacuna por vía intramuscular se aplica en el deltoides.

8. SARAMPIÓN, PAPERAS Y RUBÉOLA (SPR)

Esta vacuna contiene virus vivos atenuados, se administra dos dosis a los niños menores de 5 años: **la primera a los 12 meses y la segunda a los 18 meses** de edad respectivamente. La vacuna es de presentación monodosis y/o multidosis, se administra 0.5cc por vía subcutánea en el tercio medio de región deltoides, con jeringa descartable y aguja retráctil de 1cc y aguja 25 x 5/8".

- Los niños que no hayan completado su esquema de vacunación con la vacuna SPR en las edades que corresponde, deberán

recibir las dosis faltantes **hasta los 4 años, 11 meses y 29 días**; con intervalo mínimo de **6 meses entre dosis y dosis**.

2.2.7. ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑA LA ENFERMERA EN LA INMUNIZACIÓN.

La primera actividad es la captación de niños y/o orientación a las madres en la importancia de las vacunas sus efectos secundarios, dosis a seguir y la próxima cita para su control.

Así mismo está mejorar los horarios de atención, la sesión de inmunización debe ser programadas de modo que resulte convenientes para los padres, debe evaluar los horarios de vacunación y modificarlos, si fuera necesario para responder las necesidades de la comunidad.

También es de mejorar el nivel de conciencia de las personas, quienes deben tener conocimiento sobre los servicios de inmunización para que puedan utilizarlos.

Otra actividad es de brindar consejería, hacer seguimiento, y colaborar con otros profesionales, para el logro de resultados positivos e incrementar las coberturas de inmunización, sus intervenciones están basadas en principios humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y a la dignidad humana.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Conocimiento sobre el calendario de vacunación.** Lo que la madre sabe acerca de las vacunas que deben recibir el niño y que están registradas en el carnet de CRED.
- **Cuidados post vacunación.** Medidas paliativas para las reacciones post vacunales.

- **Cumplimiento de citas.** Fechas programadas para la vacunación.
- **Dosis de la vacuna.** Cantidad de biológico que se administra.
- **Edad de administración de vacunas.** Edad establecida o indicada para la vacunación del niño.
- **Intervalo de vacunación.** Tiempo de aplicación entre una vacuna y otra dependiendo del esquema.
- **Presentación de las vacunas.** Es la manera de cómo viene preparada la vacuna (frascos, ampollas, monodosis, etc.).
- **Reacciones post vacunales.** Efectos adversos de una vacuna (dolor, enrojecimiento, edema e induración).
- **Tipo de vacuna.** Listado de vacunas en el carnet CRED como. Hepatitis B, Tuberculosis, Neumonía, Sarampión, poliomielitis, Rotavirus, Difteria, Tétanos Tos ferina e Influenza.
- **Vía de administración de las vacunas.** Es el lugar donde se administra el biológico al organismo (oral, brazo, y muslo).

2.4. HIPÓTESIS

La presente investigación prescindirá de la formación de hipótesis, debido a su naturaleza descriptiva. Al respecto, Hernández, Fernández y Baptista (2010) consideran que las investigaciones descriptivas pueden llevar hipótesis o prescindir de éstas.

2.5. VARIABLES

2.5.1. Definición de Variable

- **Nivel de conocimiento de las madres sobre el calendario de vacunación** Lo que la madre sabe acerca de las vacunas que deben recibir el niño y que están registradas en el carnet de CRED.

2.5.2. Definición operación de variables

Serán valoradas según el nivel de conocimientos que se encuentre en la encuesta y serán considerados sus conocimientos en nivel alto medio y bajo

Variable interviniente: Características socio demográficas

- ✓ Edad
- ✓ Genero
- ✓ Nivel de Instrucción
- ✓ Ocupación

2.5.3. Operacionalización de variables

2.5.3.1. VARIABLE PRINCIPAL

Variables	Dimensión	Indicador	Ítems	Opción	Escala	Valor	Instrumento
Conocimiento sobre el calendario de vacunación	Cuántas y cuáles son las vacunas	¿Qué tipo de vacunas incluye el calendario de vacunación?		<ul style="list-style-type: none"> - Anti-tuberculosis - Anti-hepatitis B - Antipolio (IPV) - Pentavalente - Antineumocóccica - Anti-rotavirus - Anti-influenza - Anti sarampiosa - Todas las vacunas - Ninguno 	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Anti-tuberculosis - Anti-hepatitis B - Antipolio - Pentavalente - Antineumocóccica - Anti-rotavirus - Anti-influenza - Anti sarampiosa - Todas las vacunas - Ninguno 	Prueba cognitiva
		¿Cuál es la vía de administración de la vacuna?		<p>BCG: - En la boca, brazo y muslo</p> <p>HVB: En la boca, brazo y muslo</p> <p>ANTIPOLIO: En la boca, brazo y muslo</p> <p>PENTAVALENTE: En la boca, brazo y muslo</p> <p>ANTINEUMOCÓCCICA: En la boca, brazo y muslo</p> <p>ANTI-ROTAVIRUS: En la boca, brazo y muslo</p> <p>ANTI-INFLUENZA: En la boca, brazo y muslo</p> <p>ANTI-SARAMPIONOSA: En la boca, brazo y muslo</p>	Nominal	<p>BCG: - En la boca, brazo y muslo</p> <p>HVB: En la boca, brazo y muslo</p> <p>ANTIPOLIO: En la boca, brazo y muslo</p> <p>PENTAVALENTE: En la boca, brazo y muslo</p> <p>ANTINEUMOCÓCCICA: En la boca, brazo y muslo</p> <p>ANTI-ROTAVIRUS: En la boca, brazo y muslo</p> <p>ANTI-INFLUENZA: En la boca, brazo y muslo</p> <p>ANTI-SARAMPIONOSA: En la boca, brazo y muslo</p>	Prueba cognitiva
				<p>BCG Y HVB: - Al nacer - Al mes - A los 2 meses</p> <p>ANTIPOLIO (IPV): - A los 2,4,6,7,8 y 9 meses</p> <p>PENTAVALENTE: - A los 2,4 y 6 meses</p>		<p>BCG Y HVB: - Al nacer - Al mes - A los 2 meses</p> <p>ANTIPOLIO (IPV): - A los 2 y 4 meses - A los 6 y 7 meses</p> <p>- A los 8 y 9 meses</p>	

Enfermedades infantiles
más importantes que se
pueden evitar con las
vacuna

- A los 2,3 y 5 meses

- A los 6,7 y 8 meses

ANTINEUMOCÓCCICA:

- A los 2,4 y 12 meses

- A los 2,3 y 12 meses

- A los 1,2 y 15 meses

ANTI-ROTAVIRUS:

- A los 2 y 4 meses

- A los 1 y 3 meses

- A los 5 y 6 meses

ANTI-INFLUENZA:

- A los 2,7 y 12 meses

- A los 7 y 8 meses

- A los 6 y 7 meses

ANTI SARAMPIONOSA:

- A los 12 meses

- A los 7 y 12 meses

- A los 6 y 7 meses

Tuberculosis

Poliomielitis

Neumonía

Sarampión

PENTAVALENTE:

- A los 2,4 y 6 meses

- A los 2,3 y 5 meses

- A los 6,7 y 8 meses

ANTINEUMOCÓCCICA:

- A los 2,4 y 12 meses

- A los 2,3 y 12 meses

- A los 1,2 y 15 meses

ANTI-ROTAVIRUS:

- A los 2 y 4 meses

- A los 1 y 3 meses

- A los 5 y 6 meses

ANTI-INFLUENZA:

- A los 2,7 y 12 meses

- A los 7 y 8 meses

- A los 6 y 7 meses

ANTI SARAMPIONOSA:

- A los 12 meses

- A los 7 y 12 meses

- A los 6 y 7 meses

Tuberculosis

Poliomielitis

Neumonía

Sarampión

	¿Cada qué tiempo se administra la vacuna?	ANTI-TUBERCULOSA: - Cada 1,2 y 3 meses ANTI-HEPATITIS B: - Cada 1 mes - Cada 2 meses - Cada 3 meses ANTIPOLIO (IPV): - Cada 1 mes - Cada 2 meses - Cada 4 meses PENTAVALENTE: - Cada 1,2 y 3 meses ANTI-NEUMOCÓCCICA: - Cada 1,2 y 3 meses ANTI-ROTAVIRUS: - Cada 1,2 y 3 meses ANTI-INFLUENZA: - Cada 1,2 y 3 meses ANTI-SARAMPIONOSA: - Cada 6 meses - Cada 12 meses	Ordinal	ANTI-TUBERCULOSA: - Cada 1,2 y 3 meses ANTI-HEPATITIS B: - Cada 1,2 y 3 meses ANTI-POLIO (IPV): - Cada 1 mes - Cada 2 meses - Cada 4 meses PENTAVALENTE: - Cada 1,2 y 3 meses ANTINEUMOCÓCCICA: - Cada 1,2 y 3 meses ANTI-ROTAVIRUS: - Cada 1 mes - Cada 2 meses - Cada 3 meses ANTI-INFLUENZA: - Cada 1,2 y 3 meses ANTI-SARAMPIONOSA: - Cada 6 meses - Cada 12 meses	Prueba cognitiva
Dosis de vacunas	Pregunta ¿Cuál es la dosis de administración de la vacuna?	BCG: - 1 y 2 dosis ANTI-HEPATITIS B (HVB): - 1 y 2 dosis ANTIPOLIO (IPV): - 1 y 2 dosis ANTI-ROTAVIRUS: - 2 dosis - 3 dosis ANTI-INFLUENZA: - 2 dosis - 3 dosis PENTAVALENTE: - 2 dosis - 3 dosis ANTI-NEUMOCÓCCICA: - 2 dosis	Nominal	BCG: - 1 y 2 dosis ANTI-HEPATITIS B (HVB): - 1 y 2 dosis ANTIPOLIO (IPV): - 1 y 2 dosis ANTI-ROTAVIRUS: - 2 dosis - 3 dosis ANTI-INFLUENZA: - 2 dosis - 3 dosis PENTAVALENTE: - 2 dosis - 3 dosis ANTI-NEUMOCÓCCICA: - 2 dosis	Prueba cognitiva

		- 3 dosis ANTI-SARAMPIONOSA: - 1 y 2 dosis		- 3 dosis ANTI-SARAMPIONOSA: - 1 y 2 dosis	
X.6. Reacciones post vacunales	Pregunta ¿Cuáles son las reacciones que ocasionan las vacunas?	- Fiebre leve - Dolor - Irritabilidad - Todas son correctas - No presenta ninguna reacción.	Nominal	- Fiebre leve - Dolor - Irritabilidad - Todas son correctas - No presenta ninguna reacción.	Prueba cognitiva
X.7. Cuidados post vacunación	Pregunta ¿Cuáles son los cuidados después de la aplicación de la vacuna?	- Control de la fiebre - Aplicación de medios físicos en el sitio de la inyección - Ninguno	Nominal	- Control de la fiebre - Aplicación de medios físicos en el sitio de la inyección - Ninguno	Prueba cognitiva
X.8. Cumplimiento de citas	Pregunta ¿Cada qué tiempo usted acude a su cita de vacunación?	- Cita de vacunacion - Cuando recuerda - Cuando puede	Nominal	- Cita de vacunacion - Cuando recuerda - Cuando puede	Prueba cognitiva

2.5.3.2. VARIABLE SECUNDARIO

Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Opciones	Valor	Escala	Instrumentos
Características Sociodemográficas	Edad	Pregunta	¿Cuál es su edad?	- <19 años - 20-34 años - 35 años a más		Intervalo	Cuestionario
	Nivel instrucción	Pregunta	¿Cuál es su nivel de instrucción?	- Illetrada - Primaria - Secundaria		Ordinal	Cuestionario
	Condición económica	Pregunta	¿Cuál es tu ocupación?	- Su casa - Pequeño comerciante - Agricultora - Pastora		Ordinal	Cuestionario

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

- **De Tipo cuantitativo:** Es de tipo cuantitativo ya que es medible y cuantificable.
- **Nivel descriptivo:** Es descriptivo porque va describir la realidad de los hechos, en este caso describir el nivel de conocimiento de las madres sobre el calendario de vacunación
- **De corte:** Porque se dará en un determinado tiempo

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

La comunidad de Quinrapa se encuentra ubicado en el distrito de Huanta, provincia de Huanta, del departamento de Ayacucho. Cuenta con una población de 1,476 habitantes según censo del Instituto Nacional de Estadística e Informática año (2013), incluido sus pagos o comunidades que se dedican en su mayoría a la agricultura y ganadería. Los principales cultivos son los frutales, destacándose entre ellos la palta, tuna, y chirimoya. Está situada a una altura de 2,440 m.s.n.m, con una superficie de 220 Km² de territorio.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN

Estuvo constituida por 44 madres de niños menores de un año según el Censo local del Puesto de Salud Quinrapa.

MUESTRA

Fue de manera no probabilística e intencional ya que se consideró a las 44 madres de niños menores de 1 año de edad según el Censo local del Puesto de Salud Quinrapa.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Madres con hijos menores de 1 año de edad que firmen el consentimiento informado y decidan participar.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Madres con hijos menores de 1 año de edad que no desean participar.

3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica

a) Evaluación pedagógica

Es el procedimiento para medir el aprendizaje de un determinado contenido.

Instrumento

a) Prueba cognitiva. Sobre calendario de vacunación

Autora. Urquizo (2014)

Descripción. La prueba estará constituida por 42 ítems de elección múltiple distribuida en 9 dimensiones: tipo de vacuna (1) presentación de vacuna (2), vía de administración (3-10), edad de administración de vacunas (11-17), intervalo de vacunación (18-25), dosis de vacuna

(26-33), reacciones post vacunales (34), cuidados post vacunación (35), cumplimiento de citas (36-42). Cada respuesta correcta se puntuará con “1” y la incorrecta con “0”.

Población objetiva. Madres de la comunidad de Quinrapa.

Tipo de administración. Individual (hetero-administrada).

Tiempo de administración. Aproximadamente 30 minutos.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Validez. Será determinada a través de la opinión de expertos, en la que participarán profesionales en Ciencias de la Salud y áreas afines.

N°	EXPERTO	REFERENCIA	GRADO ACADÉMICO/TITULO PROFESIONAL
1	Wilber Leguía Franco	Docente de la Universidad Alas Peruanas C.S. Carmen Alto	Maestro en Salud Pública
2	Walter Vásquez León	Docente de la Universidad Alas Peruanas C.S. San Juan Bautista	Licenciado en Enfermería
3	Cresencia Palomino Mayhua	Docente de la Universidad Alas Peruanas H.R. de Ayacucho	Licenciada en Enfermería
4	Elsa Jovita Castro Ochoa	Docente de la Universidad Alas Peruanas Es Salud	Maestro en Gerencia de Servicio de Salud
5	Judith Avilés Osnayo	Docente de la Universidad Alas Peruanas C.S. de Belén	Licenciada en Enfermería

Confiabilidad. En una muestra piloto de 10 madres de la comunidad de Quinrapa, aplicando el coeficiente nivel de conocimiento de Kuder Richardson. Efectuados los cálculos se obtuvo un coeficiente de viabilidad de (Confiabilidad

aceptable) coeficiente mayor o igual de 0.65 será indicativo de una confiabilidad aceptable. (Ver anexo 03)

- La fórmula referencial será la siguiente:

$$KR = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum pq}{\delta_t^2} \right) \text{ Dónde:}$$

k=Número de ítems

p=probabilidad de éxito

q= probabilidad de fracaso

δ_t^2 = Varianza total

Población objetivo. Madres de niños menores de 1 año

Norma de administración. La prueba se compone de nueve bloques, cada uno de los cuales consta de preguntas que, a su vez, comprende re-preguntas. Encierre en un círculo la letra de la alternativa que considera correcta y si el caso lo amerita marque con un aspa (x) en el espacio que corresponda a “Verdadero” o “Falso”. En caso de no seguir estrictamente estas instrucciones las repuestas serán calificadas con 0 puntos.

Puntuación. La calificación máxima total será de 20 puntos, estando indicada en cada bloque su puntuación parcial.

Norma de Evaluación. Para la evaluación del nivel de conocimiento deberá corregirse la puntuación total dividiendo con el factor 2,1; con el propósito de obtener una calificación vigesimal. El nivel de conocimiento será estratificado en las siguientes categorías.

Inicio	Inicio	(0 - 10)
Proceso	Regular	(11 - 15)
Logro previsto	Bueno	(16 - 20)

Escala de valoración de instrumentos (escala de estatinos)

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

A través de la Directora de la Escuela Académica Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas se solicitará la autorización al Jefe del Centro de Salud Quinrapa para acceder a la muestra en estudio y aplicar los instrumentos. Obtenida la autorización se realizará un cronograma de acopio de información en coordinación con las autoridades de la comunidad.

Los instrumentos serán aplicados en sus respectivas viviendas previa sensibilización y consentimiento informado.

Se realizará el control de calidad de los instrumentos para asegurar que todos los ítems sean resueltos.

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

El tratamiento estadístico será informático con la aplicación del Software IBM – SPSS versión 22,0; con el que se realizará la presentación tabular y gráfica de los datos. A nivel descriptivo se efectuará el cálculo de las medidas del resumen (tendencia central, dispersión, posición y forma) y las proporciones.

CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA: 1

CARACTERISTICAS DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 1 AÑO

Perfil	F	%
Edad de Madre		
19 -22	22	50
23 -27	17	39
28 -32	5	11
Total	44	100
Estado Civil		
Soltera	--	
Conviviente	32	73
Casada	12	27
Total	44	100
Grado Instrucción		
Primaria completa	11	25
Secundaria completa	21	48
Superior	12	27
-	-	--
Total	44	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: El 50% de las madres tienen 19 a 22 años, el 39% tienen 23 a 27 años y el 11% tienen 28 a 32 años. Respecto al estado civil el 73% son convivientes y 27% son casadas, el grado de instrucción nos muestra que el 48%(21) tienen secundaria completa, el 25% tiene primaria completa y el 27%(12) tiene educación superior.

TABLA: 2

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE CUÁNTAS Y CUÁLES SON LAS VACUNAS POR EDADES QUE DEBEN DE RECIBIR LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO

Nivel	N	%
Alto	28	63
Medio	10	23
Bajo	6	14
Total	44	100

Interpretación: Se observa que el conocimiento de las madres, sobre cuántas y cuáles son las vacunas por edades que deben recibir los niños es de nivel alto en el 63%(28 madres) en el 23%(10 madres) es de nivel medio y solamente en el 14%(6) es de nivel bajo.

GRAFICO: 2

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE CUÁNTAS Y CUÁLES SON LAS VACUNAS POR EDADES QUE DEBEN DE RECIBIR LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO

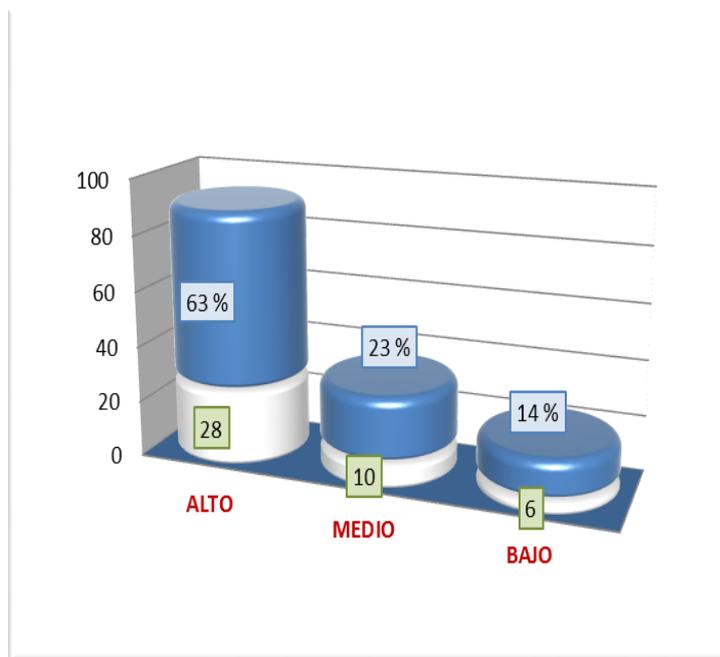


TABLA: 3

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LAS ENFERMEDADES
INFANTILES MÁS IMPORTANTES QUE SE PUEDEN EVITAR CON LAS VACUNAS**

Nivel	N	%
Alto	26	59
Medio	12	27
Bajo	6	14
Total	44	100

Interpretación: Se encuentra que el conocimiento de las madres, sobre las enfermedades infantiles más importantes es de nivel alto en el 59%(26 madres) en el 27%(12 madres) es de nivel medio y solamente en el 14%(6) es de nivel bajo.

GRAFICO: 3

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LAS ENFERMEDADES INFANTILES MÁS IMPORTANTES QUE SE PUEDEN EVITAR CON LAS VACUNAS

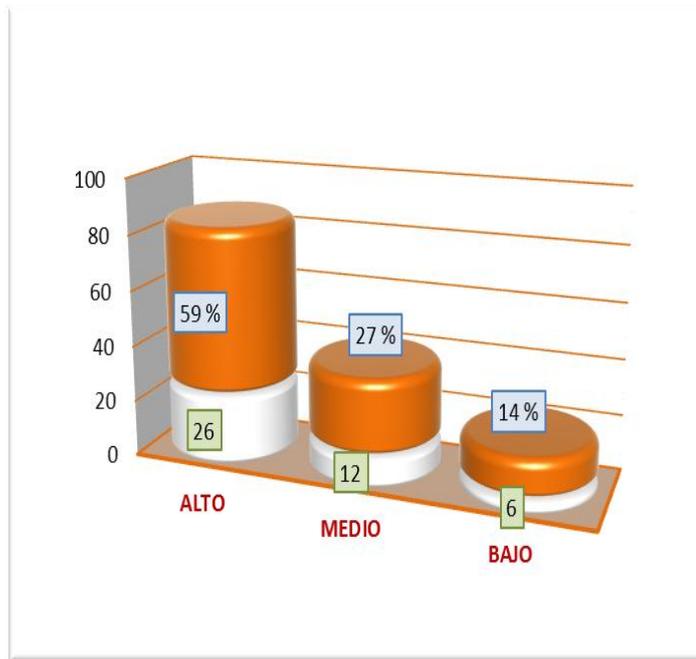


TABLA: 4

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LAS REACCIONES POST
VACUNALES DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO**

Nivel	N	%
Alto	27	61
Medio	11	25
Bajo	6	14
Total	44	100

Interpretación: Se observa que el conocimiento de las madres, sobre reacciones Post vacúnales es de nivel alto en el 61%(27madres) en el 25%(11 madres) es de nivel medio y solamente en el 14%(6) es de nivel bajo.

GRAFICO: 4

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LAS REACCIONES POST
VACUNALES DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO**

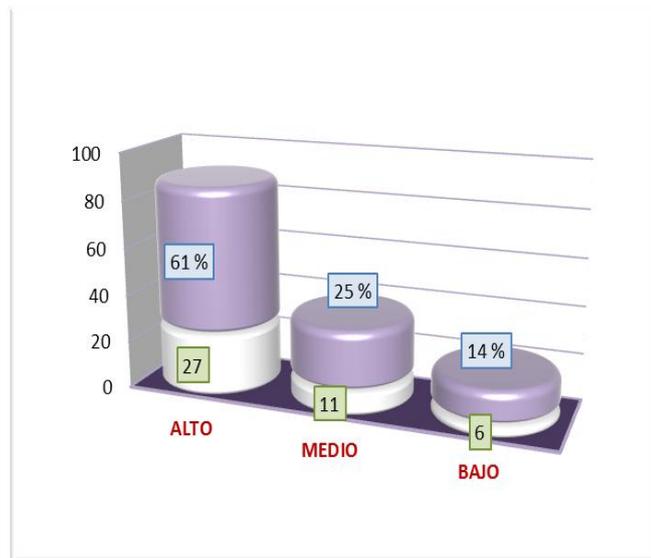


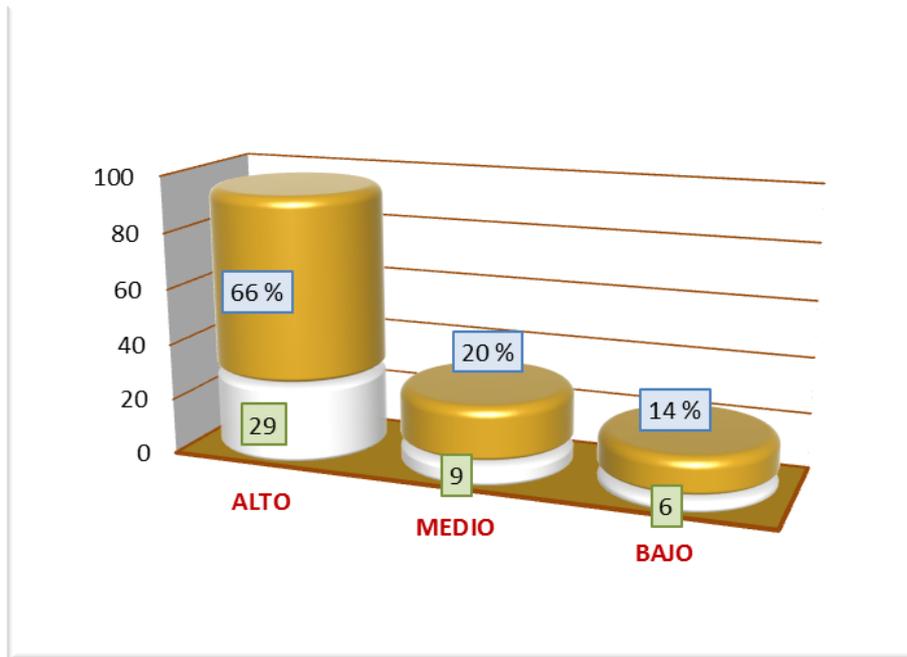
TABLA: 5
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE EL CUIDADO POST
VACUNAL EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO

Nivel	N	%
Alto	29	66
Medio	9	20
Bajo	6	14
Total	44	100

Interpretación: Se observa que el nivel de conocimiento sobre el cuidado post vacuna es de nivel alto en el 66%(29 madres) en el 20%(9) es de nivel medio y solamente el 14%(6) es de nivel bajo.

GRAFICO: 5

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE EL CUIDADO POST
VACUNAL EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO**



DISCUSION DE RESULTADOS

La presente investigación trata sobre el conocimiento del calendario de vacunación en niños menores de un año sobre una población de 44 madres de niños menores de un año, aplicando la prueba cognitiva. Los resultados más importantes contrastados con el marco referencial y teórico. Asimismo se consideró las características sociodemográficos encontrando que el 50% de las madres tienen 19 a 22 años, el 39% tienen 23 a 27 años y el 11% tienen 28 a 32 años. Respecto al estado civil el 73% son conviviente y 27% son casadas, el grado de instrucción nos muestra que el 48%(21) tienen secundaria completa, el 25% tiene primaria completa y el 27%(12) tiene educación superior. En la comunidad de Quinrapa, el 63 al 66 %, de madres de niños menores de un año tienen un conocimiento de alto sobre el calendario de vacunación. A diferencia con los resultados encontrados en el estudio realizado por Ataupillco (2013), en Ayacucho identificaron que el 51,1% de madres de niños menores de un año en el Centro de Salud San Juan Bautista, tienen un nivel de conocimiento deficiente sobre el calendario de vacunación. Por otro lado Valdivia (2013) en Tacna halló que el 41,8% tienen un nivel bajo de conocimiento sobre las inmunizaciones.

El conocimiento de las madres, sobre cuántas y cuáles son las vacunas por edades que deben recibir los niños se encuentra que el nivel es alto en el 63%(28 madres) en el 23%(10 madres) es de nivel medio y solamente en el 14%(6) es de nivel bajo. Las madres de niños menores de un año conocen que la vacuna Anti-Hepatitis y Anti-Polio están insertas en el calendario de vacunación; mientras que el 14% que tienen un nivel bajo solamente conocen algunas vacunas están incluidas en este calendario. Estos resultados nos muestran que en la comunidad de Quinrapa hay mayor porcentaje de conocimiento sobre los tipos de vacuna, hallazgo diferente a los antecedentes mostrados por Tisalema (2013), y García y Villamar (2012). Significa que, las madres se encuentran óptimamente sensibilizadas para el cumplimiento del calendario de vacunación debido a la efectividad y beneficios que proporciona el cumplimiento de las vacunas, lo que actúa como un factor

protector para sus niños. En conclusión, las vacunas más conocidas por las madres de niños menores de un año son Anti-hepatitis y Anti-Polio.

Al respecto, Tisalema (2013) en Ecuador muestra que el 16% de madres del Sub-centro de Salud de Quisapincha conocen la vacuna contra el rotavirus. Por otro lado García y Villamar (2012) en Ecuador halló que los tipos de vacuna que más conocen son el neumococo 24% y el OPV 20% en el SubCentro de salud Colon.

En la comunidad de Quinrapa hay resultados similares de conocimiento sobre la presentación de las vacunas, hallazgo similar a los antecedentes mostrados por Lucas y Alcívar (2013), y Santana y Montesinos (2009). Significa que, las madres suelen informarse durante las atenciones que se les brinda en los establecimientos de salud (CRED, INMUNIZACIONES). En conclusión, 5 de cada 10 madres de familia conocen la presentación de las vacunas.

Existen de madres de niños menores de un año conocen la vía correcta de administración de la vacuna Pentavalente; mientras que sólo el 27.3% conocen la vía de administración de la vacuna Anti-Rotavirus. (Tabla 05).

Al respecto Rodríguez y Tómalá (2013), en Ecuador halló que el 27% de las madres conocen los sitios de aplicación de las vacunas. Del mismo modo Padilla (2012) en México el 78% de madres encuestadas indican conocer en qué lugar o vía se colocó la vacuna BCG.

En la comunidad de Quinrapa hay resultados similares de conocimiento sobre la vía de administración de las vacunas, hallazgo similar a los antecedentes mostrados por Padilla (2012), y hay menor porcentaje por Rodríguez y Tómalá (2013). Significa que, las madres conocen las vías correctas de administración de las vacunas, por un buen asesoramiento por parte del personal de salud. Se concluye que, 7 de cada 10 madres conocen la vía de administración de las vacunas.

El 63% de madres de niños menores de un año conocen las edades ideales de vacunación contra la Tuberculosis (BCG) y contra Hepatitis B (HVB)

respectivamente; mientras que, el 37% conocen las edades de vacunación del neumococo. (Tabla 06).

Al respecto, Narváez (2014), en Ecuador un 37% de las madres que demostraron un conocimiento alto sobre las edades de administración de vacunas. Por otro lado. Rodríguez y Tómalá (2013), en Ecuador halló que el 33% conocen de las vacunas que deben aplicarse a ciertas edades.

En la comunidad de Quinrapa hay mayor porcentaje de conocimiento sobre las edades ideales de vacunación, hallazgo diferente a los antecedentes mostrados por Narváez (2014), Y Rodríguez y Tómalá (2013). Significa que, hay un mayor conocimiento por parte de las madres de familia ya que saben la importancia y los beneficios que tienen las vacunas para sus niños. En conclusión 7 de cada 10 madres refieren conocer las edades ideales de vacunación.

Al respecto, Mercedes (2013), en Ecuador muestra que el 32% de madres manifiesta que cada dos meses se preocupa sobre la vacuna que corresponde a sus hijos. Por otro lado García y Villamar (2012), en Ecuador se observó que el tiempo que acuden los padres a la unidad para las vacunas de sus niños es cada cita de vacunación con el 53%.

En la comunidad de Quinrapa hay mayor porcentaje de conocimiento sobre el intervalo adecuado de vacunación, hallazgo diferente a los antecedentes mostrados por Mercedes (2013), y García y Villamar (2012) fueron menores a los resultados de la reciente investigación. Significa que, las madres presentan una buena experiencia en el cuidado de sus niños ya que no descuidan en el cumplimiento del calendario de vacunaciones, haciéndolos menos posibles a las diferentes enfermedades inmunoprevenibles. Se concluye que el número de dosis menos conocida es el Anti-Neumóccica.

En la comunidad de Quinrapa hay mayor porcentaje de conocimiento sobre las reacciones post vacunales, hallazgo diferente a los antecedentes mostrados por Rodríguez y Tómalá (2013), y Gracia y Villamar (2012). Significa que, las madres saben cómo actuar frente a las reacciones que presentan las vacunas

después de la administración ya sea el enrojecimiento de la piel, presencia fiebre y dolor en la parte de aplicación. Se concluye que, 9 de cada 10 madres conocen las reacciones post vacunales luego de la aplicación de las vacunas.

EL 61% de madres de niños menores de un año refieren conocer sobre los cuidados post vacunales como el control de la fiebre con medicamentos (antipiréticos), mientras que, el 25% conocen siendo un nivel medio y en el 14%(6) es de nivel bajo desconociendo sobre los cuidados post vacunales.

Al respecto Padilla (2012) en Ecuador el 56% de las madres encuestadas practican todo los parámetros recomendados por el personal de la unidad operativa, el 18% solo ponen compresas en caso de fiebre, el 16% da medicamentos para calmar el dolor y el 10% lo baña. Por otro lado Lucas y Alcívar (2013), en Ecuador halló el 67.50 % manifiesta que si recibe educación acerca de los cuidados que debe tener luego de ser aplicadas las vacunas a su hijo.

CONCLUSIONES

- El mayor porcentaje de las madres se ubican en la etapa de adultas jóvenes, respecto al estado civil el 73% son conviviente y 27% son casadas, el grado de instrucción nos muestra que el 48%(21) tienen secundaria completa, el 25% tiene primaria completa y el 27%(12) tiene educación superior.
- El conocimiento de las madres, sobre cuántas y cuáles son las vacunas por edades que deben recibir los niños es de nivel alto en el 63% de las madres, seguido del nivel medio en el 23% y un mínimo pero significativo porcentaje de ellas con un nivel bajo.
- El conocimiento de las madres, sobre las enfermedades infantiles más importantes prevenibles por las vacunas es de nivel alto en el 59%(26 madres) en el 27%(12 madres) es de nivel medio y en el 14%(6) es de nivel bajo.
- El conocimiento de las madres, sobre reacciones y cuidados Post vacúnales es de nivel alto en el 61 a 66% de las madres seguido de madres con un nivel medio y en el 14% es de nivel bajo.

RECOMENDACIONES

- A la RED DE SALUD UERSAN, fortalecer las intervenciones de información, educación y comunicación acerca de las inmunizaciones, a través de los diferentes medios de comunicación, aplicando el enfoque intercultural que permite sensibilizar a las madres de familia.
- Al puesto de Salud Quinrapa, continuar con las intervenciones de educación e información sobre la importancia de las vacunas y la prevención de las enfermedades inmunoprevenibles, ya que los resultados encontrados en las madres evidencian que se está trabajando mucho en la promoción y prevención en salud de los niños.
- A los profesionales de enfermería que laboran en los establecimientos de salud, a unir esfuerzo, poniendo en práctica su conocimiento y habilidades para educar a las madres, con la finalidad de incrementar sus conocimientos referentes al tema.
- Continuar realizando investigaciones para identificar otros factores que afectan el nivel de conocimiento sobre el calendario de vacunación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ataupillco, Y.I. & Escalante, P. (2012) Factores socio económicos y culturales relacionados al nivel de conocimiento sobre calendario de vacunación en madres de niños menores de un año en el centro de salud San Juan Bautista Ayacucho, 2011 (tesis de licenciatura). Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.
2. Bunge, M. (1985) La Ciencia, su método y su filosofía. Buenos aires.
3. Bunge, M. (1976) La investigación científica. Argentina: Editorial Ariel.
4. Caspia, A.M. & Lima, J.P. (2012) Factores de riesgo que inciden en el cumplimiento del esquema de vacunación de los niños menores de cinco años de la Comunidad de Santa Fe del Subcentro de salud Atahualpa de la Parroquia Atahualpa, Cantón Ambato, Provincia de Tungurahua durante el periodo de mayo del 2012 a noviembre del 2012” (tesis de licenciatura). Tungurahua: Universidad Estatal de Bolívar.
5. DIRESA, (2014) Dirección Regional de Ayacucho, coberturas de vacunación de niños menores de un año según meta física.
6. CLAS-L: Comité Local de Administración de Salud Luricocha, (2014) Informe trimestral De coberturas de inmunización de niños menores de un año de enero a Setiembre 2014. Huanta: clas - L
7. OE-HAH: Oficina de Estadística del Hospital Apoyo Huanta (2014). Informe Trimestral de cobertura de inmunización de niños menores de un Año de enero a setiembre. Huanta: OE – HAH.
8. ESANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012). Cobertura de esquema de vacunación completo para la edad. México: ESANUT.
9. ENDES: Encuesta Demográfica y de salud familiar (2013). Regiones con las más altas coberturas. Perú: ENDES.
10. Gonzales, D.C. (2012) Factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación en las madres con niños menores de un año

en el Centro de Salud de Mala, 2011 (tesis de especialista en enfermería pediátrica). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

11. García, G.M. & Villamar, J.M. (2012) Determinación del abandono y deserción del esquema de vacunas del Ministerio de salud pública en los menores de dos años que acuden al subcentro de salud Colon, febrero-agosto del 2012 (tesis de licenciatura). Manabí: Universidad Técnica de Manabí.
12. INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática (2012). Tasa de coberturas de Inmunización, España: INEI.
13. Lucas, JA. & Alcívar L.K. (2012) Manejo de vacunas y su impacto en la efectividad de la inmunización de los niños menores de dos años de edad en el Subcentro de Salud San Agustín del Km 20, Cantón Sucre, periodo enero-julio, 2013 (tesis de licenciatura). Manabí: Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí extensión Bahía de Caráquez Campús “Dr. Héctor Usocovich Balda”.
14. MINSAL: Ministerio de Salud (2014). Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación. R.M.510NTS N° 080-MINSAL/DGSP Volumen 03.
15. MINSAL: Ministerio Nacional de Salud (2013). Coberturas de vacunación según Tipo de vacunas y edad. Perú 2005-2013.
16. MED: Ministerio de Educación (2009). Diseño curricular Nacional de la Educación Básica Regular.
17. OMS: Organización Mundial de la Salud (2013). Cobertura vacunal mundial.
18. OPS: Organización Panamericana de Salud (2012). Coberturas de Inmunización en las Américas reportadas de niños menores de un año, Venezuela: OPS.
19. Paredes, (1992) Metodología de la Investigación (Segunda Edición) México: Mc GRAW-Hill (1998).

- 20.RSSH: Red de servicios de Salud Huamanga (2014). Informe anual de coberturas de inmunización. Ayacucho: RSSH.
- 21.Rodríguez, M.F. & Tomalá, J.A (2013) Factores que influyen en el nivel de conocimientos de las madres adolescentes sobre el esquema del P.A.I. del Sub-Centro Santa Rosa salinas 2012-2013 (tesis de licenciatura). La Libertad: Universidad Estatal Península de Santa Elena.
- 22.Rosental, I. (2001) Diccionario filosófico. Ediciones Pueblos Unidos, pag.80 y 82Recuperado de <http://www.oocities.org/ermoquisbert/diccrosental.htm>.
- 23.Sabino, C. (1992) Ed. Panapo, Caracas, 1992,216 págs., Ed, Buenos aires.
- 24.Sabino, C. (1992) Análisis de unidad II. Carlos Sabino, metodología de la Investigación.
- 25.Salus v.16 n.1 Valencia abril. (2012) Actitud de las madres en el cumplimiento del calendario de vacunación en niños menores de 6 años. Venezuela 2012.
- 26.Silva, M.Y. & Soto, E. (2010) Factores relacionados con la deserción a las vacunas pentavalentes y antipoliomielítica en niños menores de un año en el Centro de Salud Licenciados. Ayacucho 2010 (tesis de licenciatura). Ayacucho: Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga.
- 27.Tisalema, E.T. (2013) Cobertura de vacunación de los niños de 0 a 18 meses en el Sub-centro de salud de Quisapincha en la provincia de Tungurahua y el nivel de información de la población sobre el esquema ideal de inmunización en el periodo julio a diciembre del 2012 (tesis de licenciatura). Ambato: Universidad Técnica de Ambato.
- 28.Valdivia, B.K. (2013) Conocimiento sobre inmunizaciones y su relación con factores sociodemográficos de madre con niños menores de dos años, C.S. "San Francisco" Tacna 2012 (tesis de licenciatura). Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna.
- 29.Valdez, E.C. & Taboada, S. (2011) Factores relacionados con la deserción a las vacunas antipoliomielítica y pentavalente en niños

menores de cinco años. Distrito de Pacaycasa. Ayacucho-2010” (tesis de licenciatura). Ayacucho: Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga

ANEXO

ANEXO 01

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE VACUNACIÓN EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO DEL PUESTO DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE QUINRAPA. AYACUCHO- 2015.

PREGUNTA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE(S)	METÓDICA
General	General	General	Independiente	
¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre el vacunación de niños menores de un año del puesto de salud de la comunidad de Quinrapa. Ayacucho- 2015?	Determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre vacunación en niños menores de un año del puesto de salud de la comunidad de Quinrapa. Ayacucho- 2015.	La presente investigación prescindirá de la formación de hipótesis, debido a su naturaleza descriptiva. Al respecto, Hernández, Fernández y Baptista (2010) consideran que las investigaciones descriptivas pueden llevar hipótesis o prescindir de éstas.	nivel de conocimiento de las madres sobre vacunación Variable interviniente	<ul style="list-style-type: none"> o De Tipo cuantitativo: Es de tipo cuantitativo ya que es medible y cuantificable. o Nivel descriptivo: Es descriptivo porque va describir la realidad de los hechos, en este caso describir el nivel de conocimiento de las madres sobre el calendario de vacunación o De corte: Porque se dará en un determinado tiempo. <p>Población 22 madres de niños menores de un año de la comunidad de Quinrapa.</p> <p>Muestra Se trabajara con toda la población.</p>

Específicas	Específicos	Específicas		
<p>a) ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre cuántas y cuáles son las vacunas que deben de recibir los niños menores de un año del puesto de salud de la comunidad de Quinrapa. Ayacucho- 2015?</p> <p>b) ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre las enfermedades infantiles más importantes que se pueden evitar con las vacunas en niños menores de un año del puesto de salud de la comunidad de Quinrapa. Ayacucho- 2015?</p> <p>c) ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre las reacciones post vacunales de niños menores de un año del puesto de salud de la comunidad de Quinrapa. Ayacucho- 2015?</p> <p>d) ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre el cuidado post vacunal de niños menores de un año del puesto de salud de la comunidad de Quinrapa. Ayacucho- 2015?</p>	<p>a) Identificar el nivel de conocimiento de las madres sobre cuántas y cuáles son las vacunas que deben de recibir los niños menores de un año del puesto de salud de la comunidad de Quinrapa. Ayacucho- 2015</p> <p>b) Identificar el nivel de conocimiento de las madres sobre las enfermedades infantiles más importantes que se pueden evitar con las vacunas en niños menores de un año del puesto de salud de la comunidad de Quinrapa. Ayacucho- 2015</p> <p>c) Identificar el nivel de conocimiento de las madres sobre las reacciones post vacunales de niños menores de un año de la comunidad de Quinrapa. Ayacucho, 2014</p> <p>d) Identificar el nivel de conocimiento de las madres sobre el cuidado post vacunal en niños menores de un año de la comunidad de Quinrapa. Ayacucho, 2014</p>		<p>x. Características socio demográficas</p> <p>Y1. Edad</p> <p>Y2. Nivel de Instrucción</p> <p>Y3.Ocupación</p>	

Anexo 02

PRUEBA COGNITIVA SOBRE EL CALENDARIO DE VACUNACIÓN

INSTRUCCIONES GENERALES Y VALORACIÓN

Estructura de la prueba. La prueba se compone de nueve bloques, cada uno de los cuales consta de preguntas que, a su vez, comprende preguntas. Encierre en un círculo la letra de la alternativa que considera correcta y si el caso lo amerita marque con un aspa (x) en el espacio que corresponda a “Verdadero” o “Falso”. En caso de no seguir estrictamente estas instrucciones las repuestas serán calificadas con 0 puntos.

Puntuación. La calificación máxima total será de 20 puntos, estando indicada en cada bloque su puntuación parcial.

Tiempo. 30 minutos.

Fecha:...../...../....

Ficha N°.....

I. DATOS GENERALES

1. a. ¿Cuál es su edad? _____ Años

1. b. ¿Cuál es su nivel de instrucción?

a) Ilustrada ()

b) primaria ()

c) Secundaria ()

d) Superior ()

()

1. c. ¿Cuál es su ocupación?

- a) Su casa ()
- b) Agricultora ()
- c) Pequeña comerciante ()
- d) Pastora ()
- e) Otro: _____

II. DATOS ESPECÍFICOS

El calendario de vacunación, es el ordenamiento secuencial y cronológico de aplicación mínima de vacunas.

CUÁNTAS Y CUÁLES SON LAS VACUNAS

BLOQUE I: TIPO DE VACUNA (puntos)

1.1. ¿Qué tipo de vacuna incluye el calendario de vacunación?

- | | V | F |
|------------------------------------|----------|----------|
| a) Anti-tuberculosis | () | () |
| b) Anti-hepatitis | () | () |
| c) Antipolio | () | () |
| d) Pentavalente | () | () |
| e) Antineumocócica | () | () |
| f) Anti-rotavirus | () | () |
| g) Anti-influenza | () | () |
| h) Anti sarampionosa | () | () |
| i) Antiamarílica | () | () |
| j) Diftotetánica | () | () |
| k) Virus del Papiloma Humano (VPH) | () | () |

BLOQUE III: VIA DE ADMINISTRACIÓN (puntos)

2.1. ¿Cuál es la vía de administración de la vacuna Anti tuberculosis (BCG)?

- a) En la boca ()
- b) En el brazo ()
- c) En el muslo ()

2.2. ¿Cuál es la vía de administración de la vacuna Anti hepatitis B (HVB)?

- a) En la boca ()
- b) En el brazo ()
- c) En el muslo ()

2.3. ¿Cuál es la vía de administración de la vacuna Anti polio (IPV)?

- a) En la boca ()
- b) En el brazo ()
- c) En el muslo ()

2.4. ¿Cuál es la vía de administración de la vacuna Pentavalente?

- a) En la boca ()
- b) En el brazo ()
- c) En el muslo ()

2.5. ¿Cuál es la vía de administración de la vacuna Antineumocócica?

- a) En la boca ()
- b) En el brazo ()
- c) En el muslo ()

2.6. ¿Cuál es la vía de administración de la vacuna Anti-rotavirus?

- a) En la boca ()
- b) En el brazo ()
- c) En el muslo ()

2.7. ¿Cuál es la vía de administración de la vacuna Anti-influenza?

- a) En la boca ()
- b) En el brazo ()
- c) En el muslo ()

2.8. ¿Cuál es la vía de administración de la vacuna Antisarampionosa?

- a) En la boca ()
- b) En el brazo ()
- c) En el muslo ()

BLOQUE IV: EDAD DE ADMINISTRACIÓN (puntos)

3.1. ¿Cuál es la edad ideal para la administración de la vacuna contra la Tuberculosis (BCG) y Hepatitis B (HVB)?

- a) Al nacer, ()
- b) Al mes ()
- c) A los 2 meses ()

3.2. ¿Cuál es la edad ideal para la administración de la vacuna contra la Poliomielitis (IPV)?

- a) A los 2 y 4 meses ()
- b) A los 6 y 7 meses ()
- c) A los 8 y 9 meses ()

3.3. ¿Cuál es la edad ideal para la administración de la vacuna Pentavalente?

- a) A los 2,4 y 6 meses ()
- b) A los 2,3 y 5 meses ()
- c) A los 6,7 y 8 meses ()

3.4. ¿Cuál es la edad ideal para la administración de la vacuna contra Neumococo?

- a) A los 2,4 y 12 meses ()
- b) A los 2,3 y 12 meses ()
- c) Al 1,2 y 15 meses)

3.5. ¿Cuál es la edad ideal para la administración de la vacuna contra el Rotavirus?

- a) A los 2 y 4 meses ()
- b) Al 1y 3 meses ()
- c) A los 5 y 6 meses ()

3.6. ¿Cuál es la edad ideal para la administración de la vacuna contra la Influenza?

- a) A los 2,7y 12 meses ()
- b) A los 7 y 8 meses ()
- c) A los 6 y 7 meses ()

3.7. ¿Cuál es la edad ideal para la administración de la vacuna contra el Sarampión?

- a) A los 12 meses ()
- b) A los 7 y 12 meses ()
- c) A los 6 y 7 meses ()

BLOQUE V: INTERVALO DE VACUNA (puntos)

4.1. ¿Cada qué tiempo se administra la vacuna contra la Poliomielitis (IPV)?

- a) Cada 1 mes ()
- b) Cada 2 meses ()
- c) Cada 4 meses ()

4.2. ¿Cada qué tiempo se administra la vacuna contra la tuberculosis (BCG)?

- a) Cada 1 mes ()
- b) Cada 2 meses ()
- c) Cada 3 meses ()

4.3. ¿Cada qué tiempo se administra la vacuna contra la Hepatitis B?

- a) Cada 1 mes ()
- b) Cada 2 mes ()
- c) Cada 3 meses ()

4.4. ¿Cada qué tiempo se administra la vacuna Pentavalente?

- a) Cada 2 meses ()
- b) Cada 4 meses ()
- c) Cada 6 meses ()

4.5. ¿Cada qué tiempo se administra la vacuna contra Neumococo?

- a) Cada 1 ()
- b) Cada 2 meses ()
- c) Cada 3 meses ()

4.6. ¿Cada qué tiempo se administra la vacuna contra Rotavirus?

- a) Cada 1 mes ()
- b) Cada 2 meses ()
- c) Cada 3 meses ()

4.7. ¿Cada qué tiempo se administra la vacuna contra Influenza?

- a) Cada 1 mes ()
- b) Cada 2 meses ()
- c) Cada 3 meses ()

4.8. ¿Cada qué tiempo se administra la vacuna contra Sarampión?

- a) Cada 6 meses ()
- b) Cada 12 meses ()

BLOQUE VI: DOSIS DE VACUNA (puntos)

5.1. ¿Cuántas dosis se administran la vacuna contra la Tuberculosis (BCG)?

a) 1 dosis ()

b) 2 dosis ()

5.2. ¿Cuántas dosis se administran la vacuna contra Hepatitis B?

a) 1 dosis ()

b) 2 dosis ()

5.3. ¿Cuántas dosis se administran la vacuna contra la Poliomielitis (IPV)?

a) 1 dosis ()

b) 2 dosis ()

5.4. ¿Cuántas dosis se administran la vacuna contra el Rotavirus?

a) 2 dosis ()

b) 3 dosis ()

5.5. ¿Cuántas dosis se administran la vacuna contra la Influenza?

a) 2 dosis ()

b) 3 dosis ()

5.6. ¿Cuántas dosis se administran la vacuna Pentavalente?

a) 2 dosis ()

b) 3 dosis ()

5.7. ¿Cuántas dosis se administran la vacuna contra Neumococo?

a) 2 dosis ()

b) 3 dosis ()

5.8. ¿Cuántas dosis se administran la vacuna contra el Sarampión?

- a) 1 dosis ()
- b) 2 dosis ()

BLOQUE VII: REACCIONES POST VACUNALES (PUNTOS)

6.1. ¿Cuáles son las reacciones que ocasionan las vacunas?

- a) Fiebre ()
- b) Dolor ()
- c) Malestar general ()
- d) Irritabilidad ()
- e) Convulsiones ()
- f) No presenta ninguna reacción ()
- g) Otros _____

BLOQUE VIII: CUIDADOS POST VACUNACION (puntos)

7.1. ¿Cuáles son los cuidados después de la aplicación de la Vacuna?

- a) Control de la fiebre por medios físicos ()
- b) Control de la fiebre con medicamentos (antipirético) ()
- c) Aplicación de medios físicos en el sitio de la inyección ()
- d) Ninguno ()
- e) Otros: _____

BLOQUE IX: CUMPLIMIENTO DE CITA (puntos)

7.1. ¿A qué edad el niño debe retornar para la siguiente vacunación BCG (tuberculosis) y HVB (Hepatitis B)?

- a) Al mes de la primera dosis ()
- b) A los 2 meses de la primera dosis ()
- c) A los 3 meses de la primera dosis ()
- d) Ninguno ()

7.2. ¿A qué edad el niño debe retornar para la revacunación contra la Poliomielitis (IPV)?

- a) Al mes de la primera dosis ()
- b) A los 2 meses de la primera dosis ()
- c) A los 3 meses de la primera dosis ()
- d) A los 4 meses de la primera dosis ()

7.3. ¿A qué edad el niño debe retornar para la revacunación Pentavalente?

- a) Al mes de la primera dosis ()
- b) A los 2 meses de la primera dosis ()
- c) A los 3 meses de la primera dosis ()
- d) A los 4 meses de la primera dosis ()

7.4. ¿A qué edad el niño debe retornar para la revacunación contra el Neumococo?

- a) Al mes de la primera dosis ()
- b) A los 2 meses de la primera dosis ()
- c) A los 3 meses de la primera dosis ()
- d) A los 4 meses de la primera dosis ()

7.5. ¿A qué edad el niño debe retornar para la revacunación contra el Rotavirus?

- Al mes de la primera dosis ()
- b) A los 2 meses de la primera dosis ()
- c) A los 3 meses de la primera dosis ()
- d) A los 4 meses de la primera dosis ()

7.6. ¿A qué edad el niño debe retornar para la revacunación contra la Influenza?

- a) Al mes de la primera dosis ()
- b) A los 2 meses de la primera dosis ()
- c) A los 3 meses de la primera dosis ()
- d) A los 4 meses de la primera dosis ()

7.7. ¿A qué edad el niño debe retornar para la revacunación contra el Sarampión?

- a) Al mes de la primera dosis ()
- b) A los 3 meses de la primera dosis ()
- c) A los 6 meses de la primera dosis ()