



“FACULTAD DE CIENCIA EXACTAS Y NATURALES”.

“UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PAMPA”.

**Tesina presentada para obtener el grado académico de
LICENCIADO EN ENFERMERIA**

**BAJA COBERTURA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS/AS DE 0 A 24 MESES DE
EDAD, PERIODO 2007-2009 EN LA POBLACIÓN HOSPITALARIA DE TOAY.
UNA APROXIMACIÓN A LAS POSIBLES CAUSAS.**

LARREGUI, MONICA SUSANA

SANTA ROSA (LA PAMPA)

ARGENTINA

2010

PREFACIO

Esta Tesina es presentada como parte de los requisitos para optar al grado Académico de Licenciado en Enfermería de la Universidad Nacional de La Pampa y no ha sido presentada previamente para la obtención de otro título en esta Universidad ni en otra Institución Académica. Se llevó a cabo con la población hospitalaria de vacunación del Hospital “Dr. Segundo Taladriz, durante el período comprendido entre el 26 de Marzo y el 10 de Diciembre de 2010, bajo la dirección de la Licenciada en Trabajo social Soto Blanca; y la codirección del Dr. Sosa Alberto, a quienes les doy mil gracias, ya que sin ellos me hubiera sido difícil de llevarlo a cabo.

Agradezco profundamente a Dios, sin él no hubiera sido posible estar en esta instancia, a la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales y a cada uno de mis profesores que hicieron posible mi formación académica.

Gracias a las madres y/o padres que me abrieron las puertas de sus casas y permitieron ser encuestada/os.

Gracias a mis compañeras de trabajo por el apoyo incondicional que prestaron a lo largo de mi carrera, a si mismo le doy gracias al ex -director del Hospital “Dr. Segundo Taladriz”, Dr. Antonio Gianni quien dio su apoyo humano y autorización a realizar mi investigación con total libertad.

Gracias a todos mis compañeros de estudio por su compañía permanente en especial a la Licenciada en Enfermería Alejandra Malsam, Carmen Lucero , María Elena Brilz a la Enfermera Marcela Pacheco y un gracias especial para la Licenciada Adela Romero y Enfermera Fernanda Carrizo por toda la fuerza y apoyo en la terminación de esta investigación.

Un especial agradecimiento a mi familia que me apoyaron y acompañaron, por estar siempre a lo largo de esta carrera, que supieron soportar las largas horas fuera del mi hogar.

Diciembre de 2010

Mónica Larregui

Hospital “Dr. Segundo Taladriz”
“FACULTAD DE CIENCIAS EXACTAS Y NATURALES”
“UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PAMPA”

RESUMEN:

La investigación en Salud tiene una función importante para ayudar a que las enfermeras establezcan fundamentos científicos en el ejercicio de su profesión y uno de los campos es la inmunización por vacunas. La inmunización es una tarea de salud considerada de protección específica, ya que cada vacuna protege particularmente contra una enfermedad determinada y es una de las actividades preventivas de mayor impacto sanitario.

El trabajo tuvo por objeto investigar las posibles causas de baja coberturas de vacunación, en niños/as de 0 a 24 meses de edad, periodo 2007-2009 de la población hospitalaria de la ciudad Toay. Se realizó un estudio de tipo descriptivo, mediante la aplicación de una entrevista semiestructurada a 142 madres y/o padres. Los padres mostraron un alto nivel de desinformación sobre las vacunas que deben ser aplicadas según calendario a sus hijo/as. Además sobre la protección que las vacunas dan contra las enfermedades, el número de dosis, la edad en que deben ser colocadas, que son las vacunas, el tiempo en que se esta protegido, aunque saben con certeza las contraindicaciones sobre colocación de las vacunas, no se pudo diferenciar por género los conocimientos sobre vacunación.

Por lo tanto las causas pueden estar asociadas a esta falta información, no son causas la distancia al centro de salud, ni tampoco que sean familias numerosas, si, cuando los padres son adolescentes y cuando tienen hijos menores de un año.

Otro factor a considerar es la falta de acciones periódicas y permanentes de todo el equipo de salud para con las inmunizaciones.

Palabras claves: bajas coberturas -vacunas – inmunización - conocimiento

ABSTRACT

Health research has a role in helping to establish science-based nurses in the exercise of their profession and one of the fields is immunization by vaccines. Immunization is a health task considered of particular protection, since each particular vaccine protects against a specific disease and is one of the preventive activities of greater health impact. The study aimed to investigate the possible causes of low vaccination coverage in children 0 to 24 months of age, period 2007-2009 the population of the city hospital Toay. We conducted a descriptive study, by applying a semistructured interview of 142 mothers and / or parents. The parents showed a high level of misinformation about vaccines that should be implemented according to schedule or your children. Besides the protection that vaccines provide against disease, the number of doses, the age should be placed, which are the vaccines, as long as it is protected, although they know for sure about placement contraindications of vaccines could not differentiate by gender knowledge about vaccination.

Therefore the causes may be associated with this lack of information, not causes the distance to the health center, or that families are numerous, when parents are young and when they have children under one year. Another factor to consider is the lack of regular and ongoing activities throughout the healthcare team to immunizations.

Keywords: low coverage, vaccine - immunization - knowledge

INDICE:

INTRODUCCION	1
MARCO TEORICO	
* <i>Salud</i>	7
* <i>Promoción de la inmunización</i>	8
* <i>Historia de las vacunas</i>	10
* <i>Generalidades sobre las vacunas</i>	12
* <i>Condiciones para una buena inmunización</i>	23
* <i>Seguridad en vacunas</i>	25
OBJETO DE LA TESINA	
* <i>Problema</i>	27
* <i>Objetivo General</i>	27
* <i>Objetivo Especifico</i>	27
* <i>Preguntas de Investigación</i>	27
* <i>Hipótesis</i>	28
* <i>Propósito</i>	28
MATERIALES Y METODOS	29
RESULTADOS	
* <u>Tabla I</u>	
- <i>QUE SON LAS VACUNAS?</i>	30
* <u>Grafico I</u>	
- <i>QUE SON LAS VACUNAS?</i>	31
* <u>Tabla y Grafico II</u>	
- <i>QUE PREVIENE LA BCG</i>	32
* <u>Tabla y Grafico III</u>	
- <i>_TIEMPO QUE PROTEGEN LAS VACUNA</i>	33
* <u>Tabla y Grafico IV</u>	
- <i>QUE PREVIENE LA VACUNA TRIPLE VIRAL</i>	34

* <u>Tabla y Grafico V</u>	
- <i>EDAD DE COLOCACION DE LA VACUNA HEP. A</i>	35
* <u>Tabla y Grafico VI</u>	
- <i>NUMEROS DE DOSIS DE LAS VACUNAS</i>	36
* <u>Tabla y Grafico VII</u>	
- <i>CONOCIMIENTO DEL CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACION</i>	37
* <u>Tabla y Grafico VIII</u>	
- <i>CONTRADICACIONES SOBRE COLOCACIONES DE LAS VACUNAS</i>	38
* <u>Tabla y Grafico IX</u>	
- <i>SEXO DE LOS/LAS ENCUESTADOS/AS</i>	39
* <u>Tabla X</u>	
- <i>CANTIDAD DE MIEMBROS INTEGRANTES DE LOS GRUPOS FAMILIARES Y ESQUEMAS DE VACUNACIÓN.</i>	40
* <u>Grafico X</u>	
- <i>CANTIDAD DE MIEMBROS INTEGRANTES DE LOS GRUPOS FAMILIARES Y ESQUEMAS DE VACUNACIÓN</i>	41
* <u>Tabla y Grafico XI</u>	
- <i>ASISTENCIA A CONSULTORIO DE NIÑO SANO</i>	42
* <u>Tabla y Grafico XII</u>	
- <i>RELACIÓN EDADES DE LOS PADRES Y ESQUEMAS DE VACUNACIÓN</i>	44
* <u>Tabla y Grafico XIII</u>	
- <i>FAMILIAS CON HIJOS MENORES DE 1 AÑO Y ESQUEMA DE VACUNACIÓN</i>	46
* <u>Tabla y Grafico XIV</u>	
- <i>TRABAJO DE LOS PADRES/MADRES ENCUESTADOS Y ESQUEMAS DE VACUNACIÓN</i>	47

<u>*Tabla y Grafico XV</u>	
<i>-DISTANCIA EN CUADRAS ENTRE EL HOGAR DE LOS ENCUESTADOS/AS Y EL HOSPITAL</i>	48
<u>*Tabla XVI</u>	
<i>- EDUCACION DE LOS ENTREVISTADOS</i>	49
<u>*Grafico XVI</u>	
<i>- EDUCACION DE LOS ENTREVISTADOS</i>	50
<u>*Tabla y Grafico XVII</u>	
<i>- CONTROL DEL CARNET DE VACUNAS EN EL HOSPITAL</i>	51
<u>*Tabla y Grafico XVIII</u>	
<i>- INFORMACION RECIBIDA DESDE EL HOSPITAL</i>	52
<u>*Tabla y Grafico IXX</u>	
<i>- MENSAJES SOBRE VACUNACION</i>	53
CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES	58
BIBLIOGRAFIA	61
APENDICE	65
<i>Apéndice “A”-</i>	66
<i>Apéndice “B”</i>	67
<i>Apéndice “C”</i>	68
<i>Apéndice “D”</i>	72

INTRODUCCIÓN:

La atención primaria de la salud se apoya en la Declaración de Alma Ata de los años 70: “SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000”. En su visión integra a la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud, la rehabilitación y la reinserción.

La Atención Primaria de la Salud (APS) es pensada como puerta de entrada, como primer nivel de un sistema de salud que debe estar orientado a otros niveles conectados entre sí¹

Las inmunizaciones están incluidas como uno de los servicios que debe brindar la atención primaria de la salud. El desarrollo de los servicios de atención primaria (CAPS, agentes sanitarios) ha permitido mejorar notablemente las coberturas de inmunización

La inmunización ayuda a salvar tres millones de vida por año y es la intervención sanitaria más efectiva en términos de costo-beneficio conocido por el ser humano²

Las ventajas de la vacunación masiva para la prevención de enfermedades, son bien valoradas ya que “las vacunas y la provisión de agua potable son probablemente las dos medidas de salud pública que más han colaborado con salvar vidas”, afirman los médicos H. Bedford y D. Elliman del Departamento de Salud Infantil del Hospital St. Georges de Londres en un artículo publicado en el portal de la SAP (Sociedad Argentina de Pediatría)”(2006)³

La vacunación es esencial para proteger las vidas infantiles, asimismo, es un medio económico para proteger a la comunidad y para reducir la pobreza. Persiguiendo ese objetivo, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se encuentra a la cabeza en el suministro internacional de vacunas, alcanzando al 40% de la población infantil mundial. La inmunización representa la parte esencial del compromiso de los trabajadores de salud y especialmente de los enfermeros para proteger a los niños y niñas más vulnerables del mundo.

¹ Curso de Capacitación de Multiplicadores, Programa de Educación para la salud en la Escuela. Ministerio de Cultura y Educación y Ministerio de Salud y Acción Social. Buenos Aires. Julio de 1997. Editorial Eductrade. S.A.

² http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752005000100014

³ Florencia Gilardón. Especial para Clarin.com en Sección Salud y Prevención. www.clarin.com/diario/2005/02/25/conexiones/t-928470.htm.

Se puede evidenciar que las vacunas son sinónimo de prevención, y su eficacia es elevada, alcanza entre el 90 y 95 % de protección para enfermedades como hepatitis B, poliomiélitis, difteria, tétanos, sarampión, rubéola y paperas entre otras. En muchos casos, gracias a ellas, se ha logrado erradicar o disminuir en forma muy importante ciertas enfermedades.

“A partir de la segunda mitad del Siglo XX las vacunas están disponibles para la mayoría de la gente y la reducción significativa de enfermedades está demostrada” afirma el Dr. Alejandro Ellis, Premio Sociedad Argentina de Pediatría 2005⁴. La aplicación de la vacuna antivariólica logró extinguir la viruela del mundo en 1979, en tanto, la vacuna antipoliomielítica (Sabín oral) también está por cumplir su objetivo, visto que a partir de 1994 se ha certificado libre de poliomiélitis a la Región de las Américas (América del Sur, América Central y América del Norte).

El desarrollo de las vacunas ha sufrido un cambio enfático en los últimos tiempos; no cabe duda del avance experimentado en la medicina curativa y en la preventiva. Sin embargo, la medicina preventiva debe luchar con cierta apatía por parte de la sociedad, y especialmente por parte del individuo, que desatiende las medidas que se toman para evitar enfermedades y/o disminuir los riesgos de éstas. Todos los servicios que se encuentran involucrados en la prevención saben que transmitir la idea del autocuidado es una tarea difícil y ardua, que requiere paciencia y sobre todo tiempo, dificultades éstas que nunca deben conducir al desánimo.

En muchos lugares del mundo, quienes se ocupan de la inmunización son casi siempre las enfermeras, que se encargan además de la formación y supervisión de otros trabajadores de salud.

Las enfermeras y demás integrantes del equipo de atención de salud han de situarse en el desafío de conseguir la mayor seguridad en las inmunizaciones y limitar los rumores y pretextos falsos.

Así mismo, han de cooperar con otros profesionales para abordar estos problemas y lograr aumento en la confianza hacia los programas de inmunización. Además promover la disposición positiva de los padres para hacer inmunizar o vacunar a sus hijos.

⁴Florencia Gilardón. Especial para Clarin.com en Sección Salud y Prevención. www.clarin.com/diario/2005/02/25/conexiones/t-928470.htm.

La finalidad última que se persigue es aumentar el número de niños inmunizados contra las grandes enfermedades de la niñez.

A medida que los programas de inmunización aumentan su eficacia en la lucha contra las enfermedades, los padres dejan de preocuparse de ciertas enfermedades infecciosas de la infancia, lo que algunas veces lleva a los padres a preguntarse por qué tienen que vacunar a sus hijos.

Esto ha planteado algunos problemas de salud pública y puede ser un impedimento para mantener niveles de cobertura recomendados por la OMS.⁵

Considerando que el niño/a, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, surgieron algunas leyes universales como es la que se celebró durante la reunión del 20 de noviembre de 1959 en la Asamblea General de las Naciones Unidas, donde se crearon los Derechos de los Niños, con la finalidad de que puedan gozar de una infancia feliz y bienestar pleno y estar sanos les permite a los niños poder jugar, saltar, bailar, andar en bicicleta y lograr que se cumplan todos sus sueños.

Es obligación del Estado tomar las medidas necesarias, orientadas a la abolición de las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud del niño.

Los niños tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud y a tener acceso a servicios médicos y de rehabilitación, con especial énfasis en aquellos relacionados con la atención primaria de salud, los cuidados preventivos y la disminución de la mortalidad infantil⁶

Se tomó como antecedentes trabajos realizados en Argentina, España, Venezuela y Ecuador, los que investigan sobre inmunización

Los trabajos de investigación relacionado con el tema realizado en la Argentina, encontrado en la búsqueda fue: “Cumplimiento del calendario de vacunación obligatorio en la población infantil de las localidades de Santa Ana y Corrientes Capital” de Romero Delfino, Manuel; Rolón, María F.; Rudnitzky, Romina; Samoluk, Graciela A.; Zabala, Adriana E. los objetivos fueron determinar el estado de inmunización de dos localidades de la provincia de Corrientes y los factores involucrados en el no cumplimiento en forma completa del calendario de vacunación obligatorio vigente; comparar los resultados de ambas poblaciones; y descubrir el grado de conocimiento de los tutores encuestados sobre

⁵ [http:// www.oposiciones.net/enews5.php?var=59](http://www.oposiciones.net/enews5.php?var=59)

⁶ <http://www.manosporhermanos.org/derechos.htm>

los beneficios de la vacunación de sus hijos. Es un estudio observacional, descriptivo de tipo transversal, retrospectivo se utilizó una encuesta elaborada, se incluyeron todos los niños menores de 6 años que disponían del carnet sanitario. Sobre un total de 288 encuestas, 191 cumplían el calendario de vacunación, como causa del incumplimiento en Corrientes fue “no quiso ir, se olvidó, no tuvo tiempo”, en un 11%; y en Santa Ana fue “falta de conocimiento” en un 16,5%. Para evaluar el conocimiento con respecto a las vacunas y su utilidad, se realizó una pregunta abierta al tutor, se englobaron las respuestas en cuatro ítems: 1. Sirven para que el niño no se enferme. 2. Sirven para que tenga más defensas cuando se enferma. 3. Sirven para curar las enfermedades 4. No saben para qué sirven. Se clasificó el conocimiento en: -aceptable (ítems 1 y 2), escaso (ítem 3), nulo (ítem 4). En Corrientes Capital se halla un conocimiento aceptable en un 90%, conocimiento escaso en el 3.5% y un conocimiento nulo en el 5.6%. En la localidad de Santa Ana los resultados fueron del 63%, 23% y 13%, respectivamente.

En la provincia de La Pampa se toma como antecedentes a dos investigaciones sobre conocimiento, interés y cumplimiento sobre calendario nacional de vacunación y oportunidades perdidas de vacunación en el vacunatorio del Centro Sanitario de Santa Rosa, realizados por las Lic. En Enfermería Romero Adela y Brilz María Elena.

La primera autora refiere que sólo el 21% (25) de las madres entrevistadas presentaron interés previo en conocer sobre las vacunas; la información que poseen proviene en un 38% (62) de médicos y en un 10 % (16) de enfermeras.

Las madres mostraron poco o ningún conocimiento sobre las vacunas que demandan para sus hijos o hijas, sobre las enfermedades contra las que protegen las vacunas y sobre los efectos posvacunales y contraindicaciones; no ocurriendo lo mismo con el esquema de vacunación, al que conoce el 55 % (66) de las madres participantes en la investigación

En su trabajo la Lic Brilz revela que el 22,87% de los niño/as, presentan atraso en los esquemas de vacunación y el motivo mas frecuente del mismo es el olvido de los padres.

En cuanto a la tasa de riesgo de enfermar por patologías prevenibles por vacunas oscila entre 0,00 al 0,67 % en tanto que el Odds (razón de probabilidades) se observó una exposición de entre el 0,00 al 2,00 para los no vacunados

El trabajo de investigación, “Knowledge of Spanish Parents About Their Children’s Vaccinations During the Decade 1993–2003”, de Pilar Carrasco-Garrido y Col.

de la Unidad de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid; este estudio tuvo como objetivo analizar el conocimiento de los padres españoles acerca de la vacunación oficial recomendada para sus hijos. Se analizaron 3.653 cuestionarios de las Encuestas Nacional de Salud para los años 1993 y 2003. Se utilizó como variable dependiente la pregunta "¿Para cuál de las siguientes enfermedades cree usted que la vacunación es recomendada oficialmente?" Como variables independientes, hemos utilizado datos sociodemográficos y de salud del niño. El conocimiento de cinco de las siete vacunas recomendadas se redujo durante el decenio de estudio. Al analizar el resultado global de las vacunas recomendadas durante la década, podemos ver que, en 2003, los padres tienen menos conocimientos sobre las vacunas (OR: 0,54, IC 95%: 0.40-0.73) que en 1993. Este desconocimiento contrasta con el elevado grado de cobertura de vacunación. También destacan los investigadores que a lo largo del período analizado los padres con mayor nivel educativo eran los que menos conocían el calendario vacunal; y los padres desocupados eran los más informados sobre este tema. La condición social y laboral fueron los únicos factores sociodemográficos que influyeron en que los padres tuviesen mejor o peor conocimiento sobre los 'pinchazos' que debían recibir sus hijos.

La investigación realizada por Randon Nava, Marilú y Alvarado, Hellen (Tutor Académico). “Cobertura de vacunación de los niños del pre-escolar "El Muchachito" del Hospital Central Universitario " Dr. Antonio María Pineda" y nivel de conocimiento de sus representantes sobre el esquema ideal de vacunación” de la Biblioteca de Medicina “Dr. Argimiro Bracamonte- UCLA de Venezuela, es un estudio descriptivo transversal, se compara el PAI (Programa Ampliado de Inmunización) y el esquema sugerido por la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría (SVPP), se tomaron 148 niños entre 2 y 6 años, y sus representantes que fueron 97. La cobertura para PAI fue entre 72 y 100%, mientras que en el esquema de SVPP algunas vacunas como Hepatitis A, Neumococo y Varicela son muy bajas; en cuanto al nivel de conocimiento de las vacunas y su esquema ideal al relacionarlo con el grado de instrucción, el nivel universitario técnico y bachiller fue de regular a bueno. Concluyendo que a mayor conocimiento de los representantes mejor cobertura. La utilidad encontrada en este trabajo para el proyecto es que si bien las edades en estudio son distintas, la conclusión es la finalidad de este proyecto.

Otro estudio que sirvió como antecedente: “Factors affecting completion of childhood immunizations in rural Ecuador: an observation study” de Holland J; Donoso JJ; Graeff JE de Johns Hopkins Bloomberg.School of Public Health. El estudio se realiza para

identificar por que los padres pueden fallar en completar el esquema de vacunación, en el estudio se observa la interacción de las madres con el personal de salud y como la transferencia de información sobre las inmunizaciones pudieran afectar la colocación de las vacunas para cumplir con todo el calendario. Lo que se observó es que entre las causas estaba el conocimiento equivocado sobre las vacunas y el niño enfermo y del calendario del personal de salud.

Continuando con la presentación del presente trabajo de investigación cabe señalar que si bien se ha reconocido el incremento en las acciones de vacunación en la población hospitalaria de Toay se puede observar que las coberturas se mantienen bajas por lo que se decidió indagar las posibles causas de dicha cobertura en vacunación y los factores que influyen en esto.

Se cree necesario que desde el hospital se debe promocionar la vacunación, la educación a los padres; para que sean responsables de su propio bienestar y que adquieran los conocimientos para cuidar de si mismo y de sus niños.

Los datos obtenidos al 31 de Marzo de 2009, la cobertura de vacunación es del 68% en el año 2007 lo que significa que esta por debajo de las metas que se propone la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y nuestro país que es de 95%.

Se cree que una vacuna es sólo un pinchacito que duele un poco y ya está... Pues no... ¡Una vacuna es mucho más que eso! El temido momento del pinchazo ha sido protagonista de miles de pesadillas. Pero este temor es injustificado, ya que las vacunas casi no duelen, es un gran aliado en el mundo de hoy, ya que con él se previenen muchas enfermedades. El pinchazo duele.... ¡Pero las enfermedades que logran evitar pueden doler mucho más ⁷

⁷ <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/immunization.html>

MARCO TÉORICO

Salud

La salud es considerado en todas las culturas como un bien cuya conservación y recuperación aparece como una de las más importantes necesidades, tanto desde la perspectiva de los individuos como de la sociedad misma.

Sin embargo, no existe el mismo tipo de consenso a la hora de definir que se entiende por salud, dado que en ello intervienen conocimientos, creencias, normas, tradiciones y valores. De hecho, la salud, no es un concepto univoco sino una construcción sociocultural relativa a cada momento histórico.

Con independencia de la época en que se generaron, en la actualidad estas concepciones conviven contradictoriamente, orientado a toda la gama de prácticas sociales, sanitarias y de los equipos de salud.

La estrategia para lograr éxito en el terreno de la salud debe basarse en la atención primaria, asignatura pendiente de correcta aplicación que configura promoción, prevención y asistencia a la enfermedad como actividades simultáneas, comprometiendo la participación de todos los estratos.⁸

La organización mundial de la salud (OMS) en su constitución de 1946, define salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. Por ello el concepto de salud humana y su significado e implementación, deben ser de extrema importancia en cualquier sociedad. El acceso a la salud es un derecho propio del ser humano y su violación debería, ser en la práctica, fuertemente repudiado.

La salud de la población hace de su esencia, a la ética, a la calidad de vida, al grado de desarrollo y a la viabilidad de esa población.

⁸ Posgrado en Salud Social y Comunitaria- Programa Médicos Comunitarios- Ministerio de Salud –Presidencia de la Nación

El estado de la salud individual y colectiva en una sociedad condiciona de manera profunda e inevitable su desarrollo intelectual, económico, productivo y social.

El estado de la salud es un importante indicador del nivel de satisfacción de las necesidades básicas, representado por el estado/calidad de: la alimentación, la cobertura médica, la vivienda, el trabajo, la educación y el ambiente.

El concepto de salud, debe ser visto desde la óptica de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento oportuno, recuperación, rehabilitación y readaptación laboral, todo ello inmerso dentro del desarrollo social y humano sostenible.⁹

Promoción de la inmunización

Definir la promoción de inmunización podría ser: Cualquier esfuerzo que influya a aquello que toman decisiones y elaboran políticas para luchar por el cambio social, transformar actitudes y percepciones públicas, modificar comportamientos, o movilizar recursos humanos y financieros. En sus esfuerzos para mejorar la inmunización y la salud infantil.

Muchas de las actividades de promoción son usuales en casi todo trabajo en salud y servicios públicos: reunirse con el líder de una comunidad, reunirse con su jefe, hablar con los padres de familia y niños, capacitar a trabajadores en salud.

Las metas para inmunización que establecen OMS, OPS y nuestro país a lograr son:

- *Reducir la tasa de mortalidad infantil
- *Reducir la tasa de mortalidad de menores de 5 años
- *Mantener la cobertura de vacunación por encima del 90 %
- *Reducir el número de provincia en las que la cobertura de vacunación es inferior al promedio nacional.
- *Mantener libre del virus de polio en América Latina
- *Incorporar nuevas vacunas al calendario nacional

La inmunización ayuda a salvar tres millones de vida por año. En 1974, únicamente el 5% de los niños en el mundo fue vacunado contra enfermedades infantiles prevenibles por medio de la vacunación (polio, difteria, tos ferina, sarampión, tétanos y

⁹ <http://www.cricyt.edu.ar/enciclopedia/terminos/Salud.htm>

tuberculosis). En 1998, cerca de un 74 % de los niños alrededor del mundo fueron vacunados contra esas enfermedades, éstas mejoras en la cobertura de la inmunización ha sido el logro más importante en salud pública en todo los tiempos.¹⁰

Cuando los países pueden proveer exitosamente vacunas a sus niños, ya están logrando un gran beneficio en la salud de sus ciudadanos. Pero la inmunización no es suficiente en todas las áreas en salud merecen ser atendidas y contar con recursos. Un programa exitoso puede contribuir a consolidar la salud en general, proveyendo una base estructural para los sistemas nacionales de salud.

Sacando provecho al apoyo que rutinariamente se ofrece a través de los programas de inmunización, y a la introducción de nuevas vacunas, los gobiernos pueden hacer uso de los modelos de inmunización para mejorar la administración, planificación, pronóstico, evaluación, control de inventario, sistema de cadena de frío, alcance comunitario, capacitación a los proveedores y comunicación con los pacientes.

Estas herramientas de manejo y entrenamiento pueden causar un impacto en los servicios generales de salud, y habilitar recursos disponibles para otras áreas en la atención de la salud.

A partir de 1977 se crea el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) en OPS/OMS, constituyéndose la vacunación y la vigilancia en las estrategias fundamentales del Programa.

Desde entonces se han logrado avances significativos en el control, eliminación y erradicación de enfermedades prevenibles por vacunas

En Argentina, desde 1995, las tasas de cobertura de inmunización son superiores al 90%, con grandes variaciones entre las distintas provincias o regiones. Con excepción de la tos ferina, prácticamente todas las enfermedades inmunoprevenibles muestran un marcado descenso en los últimos 10 años (1996-2005).

El porcentaje de cobertura en niños menores de 1 año, para la vacuna DPT (difteria, Bordetella pertusis, tétano), antipoliomielítica oral y sarampión fue de 94%, 94% y 97% respectivamente, según los Indicadores Básicos (2008) de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud.

¹⁰ <http://www.path.org/vaccineresources/files/GAVI-AdvocacyHandbook-Spanish.pdf>

El nivel de cobertura de la vacuna triple bacteriana es considerado uno de los mejores indicadores para medir el rendimiento y la calidad de un sistema de salud.

La tasa de cobertura antisarampionosa, por su parte, es un indicador de progreso hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio, establecidos para el 2015 en la reunión del 25 de septiembre de 2008 en la sede de las Naciones Unidas.¹¹

Conocer la tasa de cobertura en vacunación tiene como propósito: monitorear la calidad de un servicio de inmunizaciones, guiar iniciativas de control de enfermedades, establecer y mantener programas de vigilancia y poder realizar consideraciones cuando se decide introducir nuevas vacunas o desarrollar campañas de vacunación.

-Historia de las vacunas

El impacto global mas importante en el mundo estuvo representado por la erradicación de la viruela. En Estados Unidos para otras enfermedades como sarampión, paperas, rubéola, difteria, coqueluche, se ha reportado una reducción del 90 %.

La historia de las inmunizaciones tiene sus comienzos en 1796 con Jenner, quien descubre las propiedades de las vacunas como medida preventiva al utilizar la variolización a partir de una enfermedad pustulosa de los vacunos. En 1896 Wright emplea por primera vez una vacuna antitifoidea con bacilos muertos.

En la década del 60 se logran producir las vacunas contra el sarampión, rubéola y parotiditis. A pesar de los avances que se produjeron recientemente, aún estamos lejos de poder controlar todas las enfermedades infecciosas por medio de las vacunas. El importante desarrollo biotecnológico de las últimas década permitió grandes logros y fundamentalmente abrió grandes caminos para el desarrollo de nuevas vacunas.

Por consiguiente, uno de los retos para los encargados de formular las políticas sanitarias ha sido de que manera se introducirán estas vacunas recientemente desarrolladas en los programa. Éste, es un tema particularmente importante porque las vacunas nuevas ya disponibles y las que están en desarrollo ciertamente costarán mucho más que las tradicionales que ya están en uso. Un buen ejemplo de esto ha sido la introducción de las vacunas contra la hepatitis B y *Haemophilus influenzae tipo b*, que fueron desarrolladas hace más de 20 y 10 años atrás, respectivamente, y que solo hace muy poco comenzaron a

¹¹ <http://www.cilad.com/conexionpediatrica.org/index.php/conexion/article/.../147/165>

ser introducidas en los países menos desarrollados. Los países latinoamericanos y del Caribe han iniciado la rápida introducción de estas vacunas gracias al elevado compromiso político de los gobiernos y a los mecanismos financieros establecidos por el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la OPS, creado en 1979, con el objeto de garantizar la provisión de vacunas para todos los países. Este fondo esta formado por aportes de UNICEF, de los gobiernos de los Países Bajos, de los EEUU y otros gobiernos. Estos aportes son los que evitan interrupciones en los suministros de vacunas y hacen que los países se beneficien al comprar en grandes cantidades a costos muy reducidos y en moneda nacional.¹²

A pesar de los adelantos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, son las acciones de prevención las más efectivas para conseguir una vida sana y digna. Entre estas actividades se destaca el gran tema de inmunizaciones que interesa por igual a la población general, a las autoridades, médicos y enfermera/os, a los científicos de laboratorios, todos unidos con el mismo objetivo: lograr la meta propuesta por OMS, OPS.

En 1993, Argentina se incorpora junto con los países de las Américas al desafío de lograr el control y posterior eliminación del sarampión a través de campañas masiva de vacunación para interrumpir el virus salvaje y de vigilancia epidemiológica (PAI “Curso de Gerencia sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación”. Guía del Participante. 2006).

Nuestro continente presento su último caso de poliomielitis causada por un poliovirus salvaje, en el año 1991, y fue certificado como libre de polio en el año 1994 con ello la erradicación mundial de la poliomielitis está en marcha y la transmisión autóctona del virus salvaje de la polio está en vía de ser controlada en Argentina utilizando la vacuna Sabín oral.

En nuestro país por medio de *la Ley Nacional N° 22909* en setiembre de 1983, se establece la vacunación en todo el territorio de la República Argentina a efectos de la protección contra las enfermedades prevenibles por ese medio, en la misma se establece que la autoridad sanitaria mantendrá actualizada la lista de estas enfermedades de acuerdo al conocimiento científico y/o a la situación epidemiológica del país. Por otro lado cada jurisdicción implementará los programas de acuerdo a la realidad de cada región. Los

¹² Evaluación Multidisciplinaria del Programa Nacional de Inmunizaciones. Ministerio de salud, Organización Panamericana de la Salud. Buenos Aires- Argentina, Abril- 2000

programas aludidos deben asegurar la oportuna y suficiente cantidad de vacunas, así como del personal y elementos necesarios para su aplicación, hasta en los más alejados núcleos de población. En esta ley se establecen también las pautas administrativas como el Registro de estas vacunas, y las condiciones en que los lugares públicos y privados deben colocar estas vacunas.

Luego algunas resoluciones ministeriales fueron agregando y modificando el Calendario Nacional de Vacunaciones tal como lo preveía la *Ley Nacional N° 22909*; *Resolución 107/97*: incorpora la Vacuna Triple Viral (antisarampionosa, Antiparotídica y Antirubeólica) con carácter obligatorio al Calendario Nacional de Vacunaciones.

Resolución 108/98: Incorpora la Vacuna Cuádruple Bacteriana (DPT-Hib) para todos los niños del país de dos, cuatro, seis y dieciocho meses con carácter gratuito y obligatorio. De esta manera comienza a aplicarse una sola forma farmacéutica para la vacuna contra Difteria, Pertusis, tétanos y *Haemophilus influenzae tipo b*.

Resolución 174/2003: incorpora la vacuna doble viral y triple viral al Calendario Nacional de Vacunaciones, la doble viral (sarampión-rubéola) en el puerperio o aborto inmediato y la triple viral (sarampión-rubéola-paperas) en los preadolescentes.

Resolución 175/2003: incorpora al Calendario Nacional de Inmunizaciones la vacunación contra la Hepatitis B en preadolescentes.

Resolución 653/2005: se incorpora al Programa Nacional de Inmunizaciones una dosis contra la Hepatitis A, integrándose al Calendario Nacional de Vacunación, considerando que la Hepatitis fulminante en niños en nuestro país es producida por el virus de la Hepatitis A.

Generalidades sobre las vacunas

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. Los calendarios de vacunaciones sistemáticas no son estáticos, sino que se van modificando en función de la disponibilidad de nuevas vacunas y de la evolución de la situación epidemiológica de las diferentes enfermedades prevenibles mediante vacunación (J.J. Picazo-2002).

En la Argentina, como parte de las políticas sustantivas del Ministerio de Salud de la Nación, orientadas a la prevención de las enfermedades inmunoprevenibles, periódicamente profesionales de distintos organismos del ámbito oficial, autoridades científicas y expertos

se reúnen para revisar, actualizar y redactar las Normas Nacionales de Vacunación. La última edición fue publicada en el año 2010 y significó la sexta actualización en Argentina

La vacuna (del latín *vaccinus-a-um*, 'vacuno'; de *vacca-ae*, 'vaca') “es una suspensión de microorganismos vivos, inactivos o muertos, fracciones de los mismos o partículas proteicas, que al ser administrados inducen una respuesta inmune que previene la enfermedad contra la que está dirigida”¹³

Según las Normas Nacionales de Vacunación de la República Argentina, Edición 2008, las vacunas pueden clasificarse

Según su composición: pueden ser de microorganismos enteros o de sus fracciones.

*El tipo de respuesta inmune inducida: pueden inducir preferentemente una respuesta inmune humoral (fracciones) o celular (virus vivos atenuados), o con participación de ambos, dependiendo del tipo de vacuna.

*Sus objetivos: pueden ser terapéuticas o preventivas, como ocurre con las vacunas que previenen las enfermedades infecciosas, y que se encuentran dentro del Calendario Nacional de Vacunación.

*La tecnología de producción empleada: se dividen en clásicas o modernas, entre las primeras incluimos bacterias o virus vivos atenuados, o inactivados, así como sus fracciones naturales. Las tecnologías modernas abarcan la conjugación de polisacáridos bacterianos con proteínas portadoras para una respuesta timodependiente, así como la obtención de inmunógenos por recombinación genética y síntesis química, entre otros.

Características de las vacunas son:

Vacuna Anti-Hepatitis B

Es una vacuna obtenida por ingeniería genética, utilizando la técnica de ADN recombinante, que contiene el antígeno de superficie (HBsAg) depurado del virus de la Hepatitis B.

Indicaciones y edad para la vacunación

Recién Nacidos y lactantes: por Resolución 940/00 del Ministerio de Salud la primera dosis debe aplicarse antes de las 12 horas de nacido, la segunda a los 2 meses, junto con las otras vacunas del calendario y la 3° dosis a los 6 meses de edad.

¹³ “Curso de Gerencia sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación”. Guía del Participante. OPS Ministerio de Salud y ambiente de la Nación. Dirección de epidemiología – PAI. Año 2006.

Preadolescentes: (11 años) en el marco del programa de Salud Escolar a partir del 2003 por Resolución 175/03.

Trabajadores de Salud: es obligatoria.

Recomendada en poblaciones de riesgo: sin necesidad de hacer serología previa.

Dosis y vía de aplicación

En recién nacido: si es mayor de 2000 gr se coloca la primera dosis antes de las 12 horas de vida, si la madre tiene HBsAg positivo debe además recibir inmunoglobulina junto con la vacuna, las siguientes dosis se colocan a los dos meses y a los 6 meses de vida. Si el recién nacido pesa menos de 2000 gr también se coloca a las 12 horas de nacido y tres dosis más, a los 2, 4 y 6 meses de vida. Si pesa menos de 1500gr, hay que estudiar a la madre, si es positiva se coloca la vacuna a las 12 hs con la inmunoglobulina específica, sino a los 2, 4 y 6 meses. Si por algún motivo no se colocó dentro de las 12 hs posteriores al nacimiento, se coloca con el esquema habitual a los 2, 4 y 6 meses.

En otras edades: 3 dosis: las primeras dos con diferencias de 1 mes y la tercera se aplica a los 6 meses de la primera.

Vía y lugar de aplicación:

Intramuscular, en los menores de 12 meses en la región anterolateral del muslo, y a partir del año en el brazo, en músculo deltoides.

Efectos post vacunales

Locales: se produce en un 3 a 9 % de los vacunados, más frecuente en adultos. Las reacciones más comunes son dolor, eritema e induración.

Generales: leves y transitorios: cefalea, fatiga, e irritabilidad, en un 8 a 18 %; fiebre de más de 37,7°C en 0,4 a 8 %; shock anafiláctico raro en niños y adolescentes.

Contraindicaciones

Reacción alérgica severa posterior a una dosis previa o conocida a los componentes de la vacuna (ej. timerosal).

Vacuna BCG

Es una vacuna de acción individual. Actúan evitando la diseminación hematógona – bacteriemia – que se produce en la primoinfección natural por el bacilo de Koch, cuya expresión clínica son las formas miliar y extrapulmonares – meníngea, ósea y sepsis -. Por ello es imprescindible su aplicación antes del egreso del recién nacido de la maternidad.

El diagnóstico oportuno y el tratamiento supervisado, conjuntamente con la vacuna BCG, es la triada indispensable para el control de la tuberculosis.

Indicación y edad para la vacunación

Debe aplicarse en el recién nacido, antes del egreso de la maternidad. En el niño nacido de término, cualquiera sea su peso y en el niño pretermino con 2 Kg. de peso o más, para prevenir la bacteriemia producida por la primoinfección natural con el bacilo de Koch. Los niños no vacunados en la maternidad con esquemas atrasados recibirán una dosis hasta la edad de 6 años, 11 meses, 29 días.

Dosis y vía de administración

Para reconstruir la vacuna, inyectar en el frasco o ampolla el diluyente en forma suave por la pared y girar lentamente el frasco varias veces, al fin de lograr una mezcla uniforme. Antes de cargar cada dosis, volver a girar nuevamente el frasco o ampolla para homogeneizar el contenido; recién entonces aspirar la dosis correspondiente.

-*Dosis:* en nuestro país, de acuerdo con estudios operativos controlados, la dosis a aplicar es de 0,1 ml.

- *Vía:* intradérmica estricta
- *Lugar de aplicación:* en la inserción inferior de músculo deltoides del brazo derecho
- *Evolución de la lesión vaccinal:* la inyección intradérmica produce una elevación de la piel que desaparece en media hora. Puede observarse también un nódulo plano eritematoso de 3 Mm a las 24-48 Hs.

El nódulo puede desaparecer o persistir hasta la 2º o 3º semana, en que aumenta el tamaño, se eleva y adquiere un tono rojizo de mayor intensidad. A los 30 días se produce una pequeña ulceración con salida de material seropurulento; luego se seca, se cubre con una costra que cae dejando una cicatriz característica, deprimida, en sacabocado, del tamaño de una lenteja, primero de color rojizo y luego acrónica. El proceso evoluciona en el lapso de 4 a 8 semanas, es indoloro y no requiere tratamiento alguno.

Se debe advertir a los padres sobre la evolución normal de la vacunación y que no debe aplicarse antisépticos, ni apósitos, ni realizarse curaciones locales que entorpezcan la evolución normal de la vacuna.

Efectos post-vacúnales

El riesgo de reacciones postvacunal esta asociado a la cepa utilizada por el fabricante, el exceso en la dosis, la edad del niño, la técnica de aplicación y la destreza del vacunador, y en algunos casos a alteraciones de la inmunidad, pueden presentarse:

-Reacciones locales:

* Ulceración prolongada

* Formación de abscesos

* Adenopatías locales de gran tamaño o supurada, con o sin fistulización (puede considerarse normal la presencia de una pequeña adenopatía axilar)

* Formación lupoides (excepcional)

Se trata de reacciones leves o moderadas que curan espontáneamente, aunque la evolución sea prolongada.

Ninguna de estas complicaciones requiere de tratamiento medicamentoso local, general o quirúrgico.

-Reacciones generales:

90-95% de reacciones locales (dolor, tumefacción, enrojecimiento).

Las *complicaciones* mas serias por las vacunas son:

-Infección diseminada por BCG (aparece entre 1-12 meses postvacunación): 2/1.000.000 de dosis aplicadas.

-Osteítis por BCG (aparece entre 1-12 meses postvacunación): 1-700 por millón de dosis aplicadas. Estas complicaciones se han visto sobre todo en parientes con sida o con otro compromiso inmunológico. Si el riesgo de efectos severos supera a los beneficios de la vacunación, los niños no deben vacunarse.

Cuádruple bacteriana (DPT-Hib)

Triple bacteriana:

“Es una asociación de toxoide diftérico y tetánico purificados, a partir de los cultivos de *Clostridium tetani* y *Corynebacterium diphtheriae* adsorbidos en hidróxido o fosfato de aluminio y una suspensión de cultivos de microorganismos en fase I de *Bordetella pertussis* inactivada por formalina o por calor”.¹⁴

¹⁴ “Normas Nacionales de Vacunación” 2008 – Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación- Organización Panamericana de la Salud – Representación OPS/OMS de la Argentina. Edición 2008. Pag. 75

Indicaciones y edad de vacunación

Todos los niños menores de 7 años están en riesgo por ello deben vacunarse aún cuando han estado expuestos o padecido difteria, tos convulsa o tétanos a partir de los dos meses de edad. En los niños que han tenido alguna reacción severa por la vacuna debe considerarse colocar la vacuna del tipo acelular.

Dosis y vía de aplicación

Esquema regular: a partir de los dos meses y con diferencia de 4 a 8 semanas se colocan las 3 primeras dosis (2, 4 y 6 meses) la 4° dosis que es un refuerzo se coloca al año de la 3° dosis (18 meses) y el segundo refuerzo se coloca al ingreso escolar (5 ó 6 años) .

Esquema incompleto: cuando se interrumpe debe completarse lo más pronto seguido y con el menor tiempo entre dosis, cuando no se ha colocada ninguna la 4° dosis puede ser colocada entre 6 y 12 meses de la 3° dosis, si el primer refuerzo a sido colocado entre los 4 y 6 años no se realiza la de ingreso escolar.

Revacunación: se coloca luego del refuerzo escolar a los diez años una dosis de dT (doble adultos) y luego un refuerzo de esta cada diez años durante toda la vida.

Vía y lugar de aplicación:

Intramuscular, en los menores de 12 meses en la región anterolateral del muslo, el resto en brazo, en músculo deltoides.

Efectos post vacunales

Existe una relación directa entre la edad y el número de dosis aplicadas.

Locales: pueden ser tumefacción y dolor, rara vez abscesos estériles o quistes, que pueden durar semanas o meses pero no necesitan otros tratamientos.

Generales: fiebre entre 38 y 40°C, malestar, anorexia, llanto persistente (más de 3 hs de duración), vómitos., estos efectos se dan dentro de las 48 hs de colocadas las vacunas, se tratan con analgésico y antitérmicos y no contraindican la colocación de las siguientes dosis. Estas reacciones generalmente son producidas por el componente pertussis, la vacuna acelular es menos reactogénica.

Complicaciones:

Son muy poco frecuentes: somnolencia excesiva, llanto prolongado y persistente agudo de más de 3 hs, temperatura de más de 40°C, convulsiones, episodio de hipotonía, hiporreactividad, encefalopatía, anafilaxia.

Contraindicaciones

Reacción anafiláctica

Encefalopatía no atribuible a otra causa dentro de los 7 días de vacunación

Enfermedad neurológica progresiva, como síndrome de West, epilepsia no controlada, encefalopatía progresiva.

Precauciones: en fiebre de más de 40,5°C, colapso o síndrome de hipotonía o hiporespuesta, llanto persistente de más de 3 hs, convulsión afebril o febril, enfermedad aguda moderada o severa con o sin fiebre.

Haemophilus influenzae tipo b

Actualmente hay vacunas conjugadas por tener una proteína transportadora adherida al polisacárido capsular del *Haemophilus influenzae b*

Indicaciones y edad de vacunación

“Todos los niños menores de 5 años se hallan expuestos y deben ser vacunados a partir de los 2 meses de edad. En niños prematuros se tendrá en cuenta su edad cronológica posnatal”.¹⁵

Dosis y vía de aplicación

Esquema: Se aplican 4 dosis las tres primeras separadas por 4 a 8 semanas comenzando a los 2 meses y la 4° o refuerzo al año de la 3°.

Vía y lugar de aplicación:

Intramuscular, en los menores de 12 meses en la región anterolateral del muslo, el resto en brazo, en músculo deltoides.

Efectos post vacunales

Locales: dolor, eritema e induración menor a 1 cm.

Generales: fiebre 38°C, irritabilidad, somnolencia.

Contraindicaciones

Reacción alérgica severa en alguna dosis previa o a los componentes de la vacuna.

¹⁵ “Normas Nacionales de Vacunación” 2008 – Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación- Organización Panamericana de la Salud – Representación OPS/OMS de la Argentina. Edición 2008. Pag. 86

Sabín (antipoliomelítica oral trivalente)

Es una suspensión acuosa de virus poliomelíticos vivos y atenuados de los tipos I, II, III logrados en cultivos de tejido de riñón de monos o de células diploides humanas.

Indicación y edad de vacunación

Programa regular: todos los niños a partir de los dos meses de vida, sin límite máximo de edad, pero por epidemiología se fija como límite los 18 años de edad

Programa de erradicación: comprende una alta cobertura de vacunación y un sistema de vigilancia de parálisis flácida apoyado por una red regional de laboratorios.

Dosis y vía de aplicación

Esquema: cinco dosis, las 3 primeras con un intervalo de 6 a 8 semanas a partir de los dos meses, el 1° refuerzo al año de la 3° dosis y el 2° refuerzo a los 6 años con el ingreso escolar. Si el esquema se interrumpe se debe completar con dosis faltantes, si nunca se colocó una dosis entre 1 y 18 años se colocan 3 dosis con el mínimo intervalo entre dosis de 4 semanas. Si el niño vomita o regurgita entre 5 y 10 minutos repetir la dosis.

Vía y dosis:

Oral, 2 gotas.

Efectos post vacunales:

Fiebre, diarrea, cefalea y mialgias (menos de 1%)

Parálisis Asociada a Vacuna en el vacunado y en personas que han estado en contacto con ellos. Se produce por la inestabilidad de la cepa, especialmente el tipo III, y el riesgo es mayor con la primera dosis (1 caso cada 1.400.000- 3.400.000 dosis)

Contraindicaciones

Vómitos, diarrea moderada a severa

Inmunocomprometidos, enfermedades febriles con compromiso del estado general, convalecencia inmediata de cirugías orofaríngeas o digestivas, internados en Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal.

Reacción anafiláctica a alguno de los componentes de la vacuna

Embarazo

Triple Viral

Agente inmunizante

Es una suspensión liofilizada de una combinación de cepas de virus vivos atenuados de sarampión y parotiditis (cultivadas en embrión de pollo) y rubéola (cultivada en células diploides humanas).

Existen a la fecha diferentes vacunas comerciales que varían en las capas incluidas.

Para sarampión, las capas son Schwarz o Edmonston Zagreb; para rubéola todas tienen la cepa Wistar RA27/3; y para parotiditis se reconocen las Jery Lynn, Urabe, Rit 4385, Leningrad-3 y L-Zagreb.

Indicación y edad para la vacunación

Programa regular:

-Todos los niños se vacunarán a los 12 meses de edad y al ingreso escolar, 5-6 años.

-Preadolescentes (11 años) que no tengan 2 dosis de triple viral previas (o 1 dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral) deben recibir 1 dosis de triple viral.

Dosis y vía de administración

-*Esquema:* se aplicaran dos dosis de 0,5 ml cada una; la primera a los 12 meses de edad y la 2da dosis o refuerzo a los 5-6 años (ingreso escolar). Los preadolescentes (11 años) recibirán 1 dosis de triple viral cuando no tengan las 2 dosis previas de estas vacunas o de doble viral administradas a partir del año de vida.

Cuando se interrumpa el esquema de vacunación debe completarse con la dosis faltante sin interesar el tiempo transcurrido desde la última dosis. *Se recomienda la convivencia de no demorar su cumplimiento.* El intervalo mínimo entre las dosis es de 1 mes.

-*Dosis:* 0.5 ml

-*Vía:* subcutánea

-*Lugar de aplicación:* región antero lateral del muslo o parte superior del brazo, formado un pliegue con la piel y el tejido celular subcutáneo e insertando la aguja.

Efectos post-vacúnales

Se deberá informar a los padres acerca de la escasa importancia de la mayoría de estas reacciones (excluye púrpura trombocitopénica y meningoencefalitis) en el estado general de niño.

La frecuencia de las convulsiones febriles asociadas a la vacuna ha sido estimada en 333/1.000.000 dosis aplicadas y ocurren entre los 5-12 días postvacunación. No han sido asociadas con efectos a largo plazo.

Se han comunicado también la presentación de ataxia cerebelosa con una frecuencia de 8/100.000 dosis en niños de 15 meses.

La anafilaxia posvacunación (tasa de 1-50/1.000.000 de dosis aplicadas) se puede presentar en la primera hora posvacunación.

Vacuna Anti Hepatiti “A”

Agente inmunizante

La vacuna antihepatitis A (antiHAV) es una vacuna a virus inactivado.

Indicación y edad para la vacunación

La decisión de la utilización de la vacuna antiHAV en una población depende de las prioridades de ese país, del costo-beneficio, de la percepción de la severidad del problema y de la importancia, del mismo.

Nuestro país es considerado de endemicidad intermedia, con áreas de alta endemicidad con relación a la infección por este virus.

En Argentina todos los niños nacidos a partir del 1° de enero de 2004 deben recibir una dosis de vacuna HA al año de edad según la Resolución Ministerial 653/05, con fecha junio del año 2005. Esta propuesta se sustenta en que:

-Una sola dosis genera una respuesta inmune protectora en el 95-99 % de los vacunados a los 30 días post-vacunación.

-Existe amplia experiencia en el uso de una dosis de vacuna para controlar brotes epidémicos bloqueando la transmisión.

-La amplia circulación del HAV, en nuestro medio, favorece la exposición al virus actuando como “refuerzo” natural en los vacunados.

-En nuestro país, los niños menores de un año están protegidos por los anticuerpos maternos. A partir del primer año de edad, la infección produce un gran número de formas asintomáticas, estos niños constituyen el reservorio del virus, favoreciéndose así la transmisión en otros grupos de edad.

-Como a los 12 meses el niño, en cumplimiento de calendario nacional de vacunación, concurre para la aplicación de la vacuna triple viral (sarampión, rubéola y parotiditis), y no existiendo contraindicaciones para el uso de ambas vacunas en forma

simultánea, se propuso su administración en esta oportunidad. De esta manera se simplifican los aspectos de logística para su aplicación.

Esquema y vía de administración

Se utiliza la vía intramuscular (región deltoidea) en niños a partir del año de vida y en adultos. En el caso de que se administren un esquema de dos dosis, es preferible el uso de la misma marca de vacuna. Sin embargo es aceptable utilizar vacuna de distintos fabricantes; el esquema con dos dosis puede completarse sin interesar el tiempo transcurrido desde la aplicación de la primera dosis.

Efectos post-vacúnales

Por ser vacunas a virus inactivos, son vacunas seguras que generalmente presentan efectos post-vacúnales leves y de corta duración.

-Locales:

Los efectos locales se reportan en un 21% de los niños y aproximadamente en el 56% de los adultos vacunados (dolor, tumefacción en el sitio de inyección). Son leves y de corta duración.

-Generales:

La cefalea es el efecto post-vacunal mas frecuente. Fiebre, dolor abdominal (epigastria), náuseas, vómitos y mareos en menor grado, los cuales se resuelven espontáneamente en pocos días (1-10%).

Hallazgos de laboratorios: se informaron muy pocas anormalidades en los exámenes de laboratorios, que incluyeron informes aislados sobre aumento de transaminasas, hiperbilirrubinemia, eosinofilia y proteinuria.

Contraindicaciones

-Reacción alérgica severa posterior a una dosis previa o a componentes de la vacuna (Ej.: aluminio, fenoxietanol)

Precauciones

-Enfermedad aguda moderada o severa con o sin fiebre.

-Embarazo. No hay datos de seguridad en las embarazadas, pero se considera que el riesgo es bajo o nulo porque es una vacuna a virus inactivos.¹⁶

¹⁶ “Normas Nacionales de Vacunación” 2008 – Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación- Organización Panamericana de la Salud – Representación OPS/OMS de la Argentina. Edición 2008.

Los vacunatorios o servicios de inmunizaciones deben responder a las necesidades de los usuarios y deben ser además un lugar de educación sobre las vacunas. En las áreas urbanas éstos deberían estar abiertos durante 8 horas como mínimo, en centros menos poblados o en zonas rurales pueden ser horarios más reducidos y aún estipular días y horarios que deben permanecer sin ser modificados, para evitar desechar dosis en el caso de vacunas presentadas en envases multidosis. Además se debe prever la posibilidad, en circunstancias especiales, epidemias y/o campañas la posibilidad de ser abierto en horarios especiales y aún días no laborables (Randon Nava, Marilú- 2008).

-Condiciones para una buena inmunización

El acto físico de aplicar una vacuna se denomina vacunación y se dice que un individuo está vacunado cuando recibe la dosis de antígeno correspondiente a la enfermedad.

La inmunidad es un estado de resistencia del organismo frente a determinadas sustancia o seres vivos que lo agreden. La inmunización es el acto de proveer o inducir a desarrollar inmunidad contra una enfermedad.

La primera exposición a un antígeno estimula una reacción primaria. Después de la inyección del antígeno hay un breve período de latencia, durante el cual aquel es identificado y los linfocitos apropiados comienzan a formar clonas. Luego ocurre una fase durante la cual la concentración del anticuerpo se eleva en forma logarítmica por varios días hasta alcanzar un nivel máximo. Por último se inicia la fase de declinación durante la cual la fase de anticuerpos disminuye hasta alcanzar un nivel bajo. Una segunda inyección del mismo antígeno, incluso años después de la primera, evoca una reacción secundaria, debido a la presencia de células de memoria, esta reacción suele ser mucho más rápida, con periodo de latencia más corto y una acelerada formación de anticuerpos y linfocitos T. Durante la reacción secundaria se producen más anticuerpos que en la primera, y la fase de declinación es más lenta. En una reacción secundaria el anticuerpo predominante es la IgG en vez de la IgM. Los refuerzos de las vacunas se administran con el objeto de provocar una reacción secundaria, reforzando la memoria inmunitaria de los antígenos patógenos. (Solomon, 1992).

Los inmunobiológicos: son los productos que tienen efecto sobre el sistema inmunológico, con capacidad de generar alguna respuesta por el organismo contra un agente específico, incluye vacunas toxoide y preparados que tengan anticuerpos de origen humanos o animal, tales como inmunoglobulinas y antitoxinas.

Vacuna: es una suspensión de microorganismos vivos o muertos, fracciones de los mismos o partículas proteicas, que al ser administrado inducen una respuesta inmune que previene la enfermedad contra lo que esta dirigido.

Inmunoglobulinas: son macromoléculas generadas por el sistema inmune con respuesta a la presencia de un antígeno o elemento extraño.

Se clasifican las vacunas en: vacunas vivas atenuadas son las derivadas directamente del agente que causa la enfermedad, virus o bacterias. Estos son debilitados en el laboratorio generalmente por cultivos repetidos. Entre estas vacunas se encuentran: virales (sarampión, rubeola, papera, polio) y las bacterianas (BCG).

Las vacunas inactivadas: son productos por el crecimiento de la bacteria o del virus en un medio de cultivo, luego se inactivan con calor o productos químicos. En general las vacunas inactivas en uso pueden ser inactivas a partir de todo el virus o a partir de subunidades o partes del antígeno (hep. Inmunización: es el proceso de inducir o transferir inmunidad mediante la administración de un inmunobiológico. La inmunización puede ser activa o pasiva.

Inmunización activa: se refiere a la producción de anticuerpo en respuesta a la administración de una vacuna o toxoide, en cuyo caso es artificial. La inmunidad comunitaria es el fenómeno epidemiológico por el cual un grupo poblacional está en situación de inmunidad como consecuencia de epidemias o de vacunaciones masivas.

Cada país tiene establecido un calendario de vacunación donde se especifican el tipo de vacunas obligatorias, las dosis y la edad en que éstas deben ser administradas.

Según el calendario de vacunación y la edad del individuo, es posible diferenciar entre:

Vacunación completa: cuando el niño o adulto ha recibido todas las dosis según el esquema obligatorio de vacunación a la edad correspondiente

Vacunación incompleta: cuando el niño o adulto no ha recibido todas las dosis según el esquema obligatorio de vacunación a la edad correspondiente.

El carnet de vacunas es un documento personal es muy importante valorarlo, cuidarlo y es el instrumento fundamental para la evaluación y seguimiento del programa de vacunación.

Las vías de administración de las vacunas inyectables deben administrarse en un sitio de bajo riesgo, dada la posibilidad de injuria nerviosa, vascular o tisular. Las zonas preferidas son la zona antero lateral y superior del muslo y el área deltoides superior.

Se distinguen cinco eslabones en la cadena de frío:

*Nivel central: a nivel central del país debe existir una cámara refrigerada a distinta temperatura para la conservación de las vacunas o varias cámaras repartidas en las cabeceras de las grandes regiones del país.

*Nivel regional: debe contar con heladeras de distinta temperatura para conservar las vacunas

*Transporte desde el nivel regional al nivel local: debe realizarse en vehículos comunes pero con cabinas protegida del calor y conservadores especiales.

De acuerdo a un estudio realizado por la OMS, las anatoxinas tetánicas y diftéricas son las mas estables, seguida por la vacuna pertussis asociada a la diftérica –tetánica luego por la vacuna poliomielítica inactivada, la BCG liofilizada, la vacuna antisarampionosa, y la poliomielítica a virus vivo.

La exposición repetida a temperaturas elevadas de una vacuna ejerce un efecto nefasto acumulativo sobre su actividad. Así las vacunas más sensibles al calor serán ubicadas en la parte más fría del refrigerador.

Respecto de la provisión regular de las vacunas por parte del Estado, se identifica una distribución vertical, que consiste en que una vez realizada la compra por el nivel central, los laboratorios distribuyen las vacunas a los centros de distribución regional.

Sin embargo, es frecuente el movimiento de vacunas entre centros del mismo nivel, o sea, una distribución horizontal irregular. Cada uno de los centros de distribución deben registrar las dosis recibidas, las desechadas, las enviadas y en los centros de vacunación, además, las vacunas administradas.

Seguridad en vacunas

La evaluación del riesgo beneficio en la aplicación de vacunas permite afirmar que las vacunas disponibles son seguras, aún admitiendo que la vacunación riesgo “0” y/o la efectividad 100 % no han sido alcanzadas en todos los casos.

Los datos de seguridad de una vacuna son estudiados a lo largo de su desarrollo de investigación y son parte de los requisitos para obtener la autorización de ventas.

La seguridad de las vacunas y la vacunación abarca tanto las características de los productos como su forma de aplicación. La calidad de las vacunas esta supervisada por las autoridades sanitarias, quienes controlan las prácticas de fabricación, los antecedentes clínicos y efectúan el control de calidad de cada lote. Los prospectos incluyen información sobre la composición detallada, origen y tipo de vacuna, precauciones, contraindicación y advertencias.

El número de eventos observados está directamente relacionados con el número de dosis administradas, por lo que durante las campañas u otras actividades de vacunación intensiva es probable que se reporten mas eventos, pero su frecuencia o porcentaje (número de evento / número de dosis) debe permanecer invariable.

En esta situación, debe intensificarse la atención y vigilancia de los ESAVI, ante la posibilidad de las siguientes circunstancias:

Aumento aparente de los eventos, por: incremento en el número absoluto de dosis aplicadas; el personal de salud, el público (y con frecuencia los medios de comunicación) están mas atentos a la presencia de eventos indeseables; la cantidad y velocidad de difusión de rumores es mayor; activación de grupos anti-vacunas; vacunación en grupos de edad más amplios.

La aplicación de la vacuna en el marco de los programas de inmunización ha llevado a los expertos a denominar a estos eventos como efectos adversos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización (ESAVI).

Un sistema de vigilancia en vacunas requiere de una fluida comunicación entre los programas de vacunación, los servicios de salud donde se aplican las vacunas, los profesionales que habitualmente están relacionados al tema y la autoridad regulatoria en este caso la Administración Nacional de Alimentos, Medicamentos y Tecnología (ANMAT).

Los casos de reacciones post-vacunales deben ser notificados simultáneamente al Programa Nacional de Inmunizaciones y a la Administración Nacional de Medicamentos y tecnología.

OBJETO DE LA PRESENTE TESINA:

Problema

Si bien la tarea de vacunación es de rutina en el hospital “Dr. Segundo Taladriz”, se desconoce las causas de la baja cobertura en vacunación.

Se ha observado que los padres vacunan a sus hijos porque lo establece el calendario o en la mayoría de los casos porque se lo indica su médico o enfermera de confianza, pero desconocen muchos aspectos propios a las vacunas; saben que es de gran beneficio para el niño y esto es suficiente para solicitar la vacunación de sus hijos o hijas.

OBJETIVO GENERAL:

* Investigar las posibles causas de la baja cobertura de vacunación en la población hospitalaria de Toay comprendidos entre las edades de 0 y 24 meses.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

* Indagar el nivel de conocimiento de los adultos responsables de los niños/as con respecto a las vacunas.

* Registrar los errores y aciertos conceptuales.

* Diferenciar por género los conocimientos sobre vacunación.

* Determinar la relación existente entre la cobertura en vacunación y el nivel de conocimiento.

PREGUNTAS DE INVESTIGACION:

* ¿La información que poseen los padres y madres sobre vacunación es condicionante para tener esquema completa en vacunación?

* ¿Las bajas coberturas se producen porque hay insuficiente información y no acuden las madres Y/o padres con los niños al consultorio de niño sano?

HIPOTESIS:

“A mayor conocimientos sobre vacunación por parte de los padres mayor será la cobertura completa de vacunación en los niños/as”

“Si existe relación en la baja calidad de información y la baja cobertura en vacunación.”

PROPOSITO:

El propósito de esta investigación esta dado por la importancia de la inmunización en la población hospitalaria de Toay, que a pesar del incremento de las acciones de vacunación las coberturas se mantienen bajas, por lo que se decidió describir las posibles causas de la baja cobertura en vacunación y analizar los factores que influyen.

MATERIALES Y MÉTODOS:

El estudio se llevó a cabo durante los meses de enero, febrero, marzo, y abril de 2010 y se utilizó un diseño de estudio observacional descriptivo.

El estudio se realizó en la población de Toay. El universo fue de 179 niños y niñas con ficha de vacunación del Hospital “Dr. Segundo Taladriz”, de los cuales 121 correspondieron a esquemas completos y 58 sin esquema completo.

De allí, se extrajo una muestra representativa de este universo poblacional, con el sistema de STATS TM, con un error máximo estimado del 5%, con un 50% muestral y un 95 de nivel de confiabilidad. Lo que determinó que sean 92 casos para niños con esquema completo y 50 casos para niños con esquema incompleto.

Se diseñó una encuesta que incluía datos sobre los padres o responsables del niño, como número de convivientes del grupo familiar, cantidad de hijos menores de edad, comprendidos en la franja etárea del estudio, ocupado laboralmente o sin ocupación de los padres, distancia de su domicilio al hospital, grado de instrucción alcanzado, conocimientos sobre vacunación, calidad en la atención hospitalaria referida a vacunación, impacto registrado sobre vacunación normatizada a partir de los medios de comunicación social.

Para definir y tomar la decisión sobre la metodología de investigación acorde al objeto planteado (en la investigación) se tomó como esquema, en tanto los paradigmas más importantes, a aquellos que hacen referencia al trabajo con datos de carácter subjetivo y social, como son los saberes que poseen los padres a la hora de vacunar a sus hijos. Por ello, el sustento dado por el conocimiento interactivo, producto del vínculo entre el investigador y los participantes, brinda la posibilidad del descubrimiento o encuentro con los hallazgos de la investigación.

RESULTADOS

INFORMACION QUE SE TIENE DE LOS ENCUESTADOS/AS DE QUE SON LAS VACUNAS?

Tabla 1

QUE SON LAS VACUNAS?	ESQUEMAS COMPLETOS	%	ESQUEMAS INCOMPLETOS	%
INYECCIONES PARA CURAR ENFERMEDAD	2	2,17	4	8,00
INYECCIONES QUE NOS PROTEGE CONTRA TODAS LAS ENFERMEDADES	66	71,73	38	76,00
PREPARADOS BIOLÓGICOS QUE PRODUCE INMUNIDAD FRENTE A ORGANISMOS INFECCIOSOS	24	26,08	7	14,00
NO SABE	0	0	1	2,00
TOTALES	92	99,98	50	100

Grafico 1



Que son las vacunas en los esquemas completos y en los incompletos hay un alta respuestas que son inyecciones que curan enfermedad en los completos con 66 (71,73%) y en los incompletos con 38 (76%) respuestas. Tan solo con 24 (26,08%) y 7 (7%) respondieron que son preparados biológicos que producen inmunidad frente a organismos infecciosos; y que son inyecciones para curar enfermedad respondieron en los esquemas completos 2 (2,17%) y en los esquemas incompletos 4 (8%).

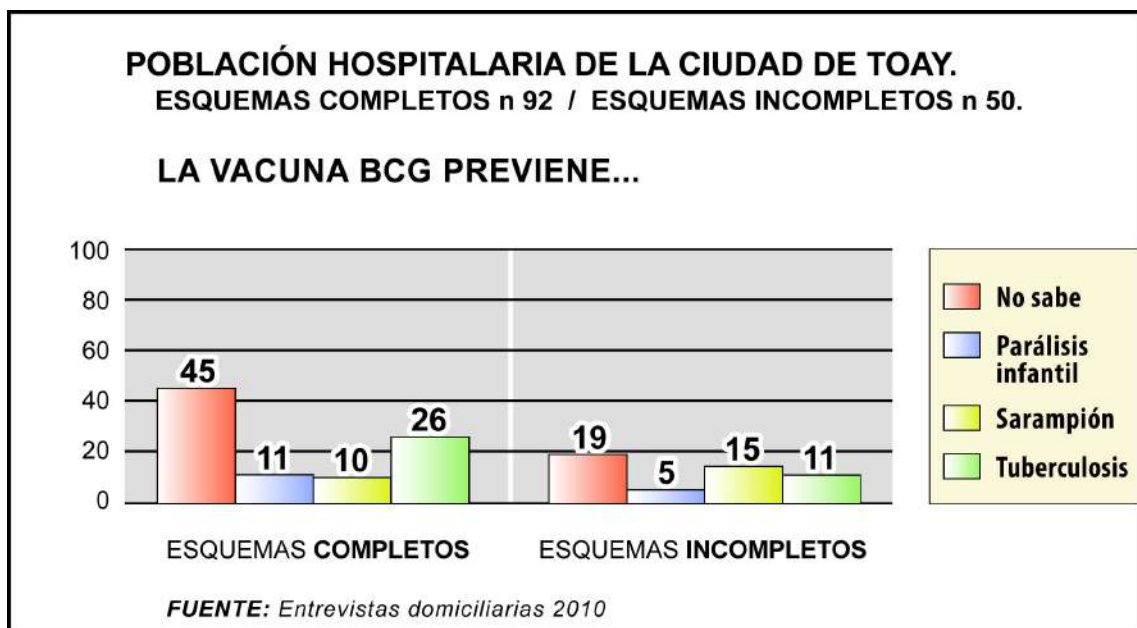
El error observado acerca de lo que son las vacunas está presente en los dos grupos, podría inferirse que habría insuficiente información precisa, acerca de este concepto. Una de las propuestas es que se debe informar desde el rol de enfermería en el vacunatorio.

INFORMACION SOBRE QUE PREVIENE LA BCG

Tabla 2

LA VACUNA BCG PREVIENE	ESQUEMAS COMPLETOS	%	ESQUEMAS INCOMPLETOS	%
NO SABE	45	48,91	19	38
PARALISIS INFANTIL	11	11,95	5	10
SARAMPION	10	10,86	15	30
TUBERCULOSIS	26	28,26	11	22
TOTALES	92	99,98	50	100

Grafico 2



De 66 personas encuestadas que representa el 71,77 % no sabían lo que previene la vacuna BCG, 26 persona entrevistada que es el 28,26 % saben correctamente contra que previene esta vacuna, es llamativo que todas estas encuestada/os tienen esquemas completos.

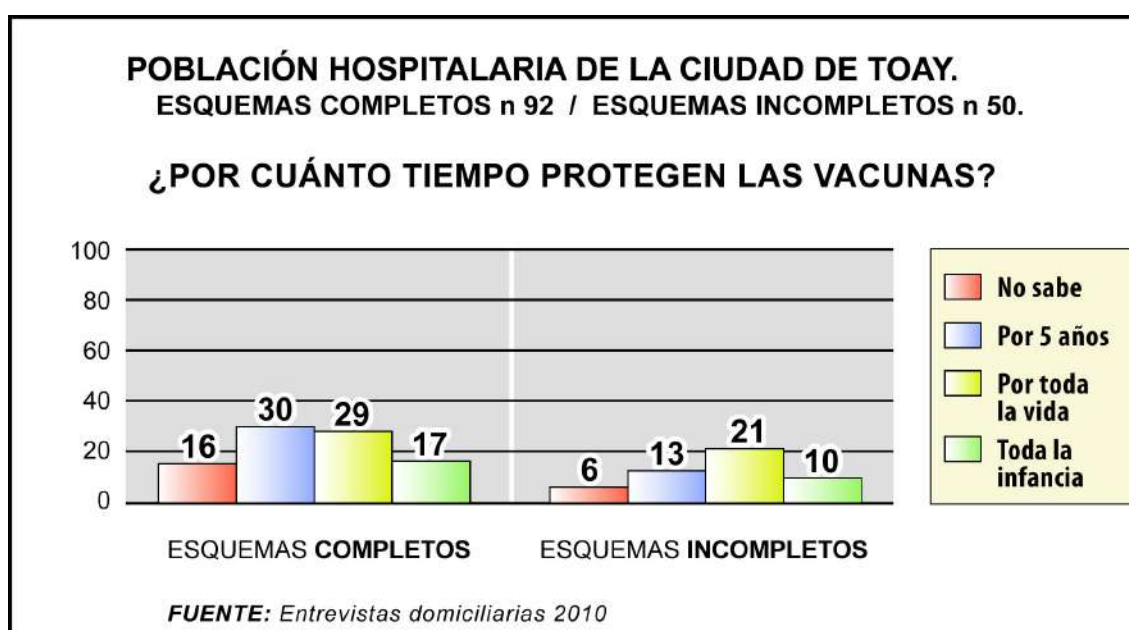
En los esquemas incompletos se obtuvo que el 78 % no refirieron contra que protegía esta vacuna y solo el 22 % sabían contra que estaban siendo protegido sus hija/os

TIEMPO QUE PROTEGEN LAS VACUNAS

Tabla 3

POR CUANTO TIEMPO ESTAN PROTEGIDO POR LAS VACUNAS	ESQUEMAS COMPLETOS	%	ESQUEMAS INCOMPLETOS	%
NO SABE	16	17,39	6	12
POR 5 AÑOS	30	32,60	13	26
POR TODA LA VIDA	29	31,52	21	42
TODA INFANCIA	17	18,47	10	20
TOTALES	92	99,98	50	100

Grafico 3



Por cuanto tiempo están protegido por las vacunas de las 92 madres o padres entrevistados del grupo de esquema completo el 67,38% no sabían el tiempo que están siendo protegidos sus hijo/as de acuerdo a la edad cronológica y un 32,60 % sabían el período de protección de las vacunas.

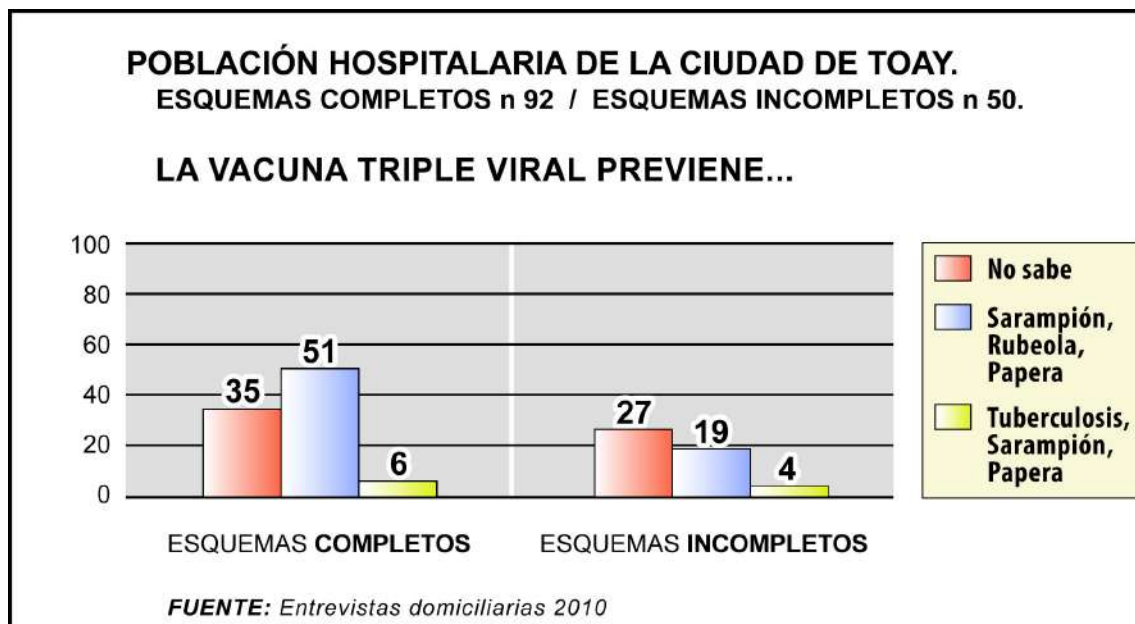
En los esquemas incompletos el 74 % no conocían el tiempo de defensa que obtiene el organismo a través de las vacunas y el resto que representan un 26 % conocían el periodo de inmunidad.

QUE PREVIENE LA VACUNA TRIPLE VIRAL

Tabla 4

LA VACUNA TRIPLE VIRAL PREVIENE	ESQUEMAS COMPLETOS	%	ESQUEMAS INCOMPLETOS	%
NO SABE	35	38,04	27	54
SARAMPION, RUBEOLA, PAPERERA	51	55,43	19	38
TUBERCULOSIS, SARAMPION, PAPERERA	6	6,52	4	8
TOTALES	92	99,99	50	100

Grafico 4



De 41 personas encuestadas que representa el 44,56 % no sabían lo que previene la vacuna triple viral 51 persona entrevistada que es el 55,43 % saben correctamente contra que previene esta vacuna, se creería que obtuvieron información a las campañas de años anteriores que se han realizado, todas estas encuestada/os tienen esquemas completos.

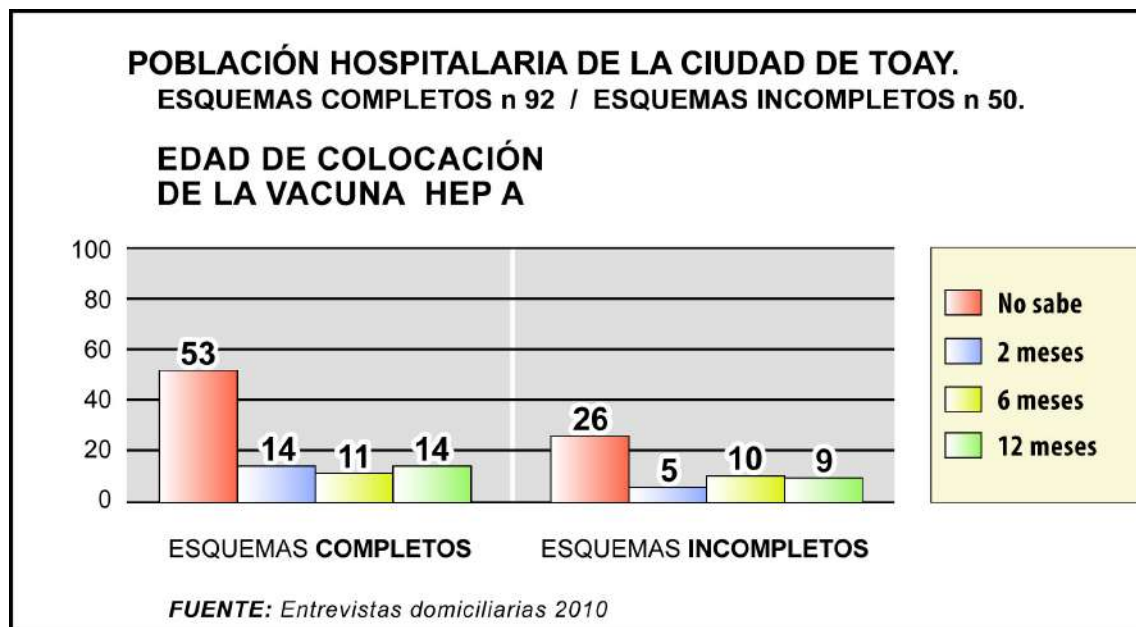
En los esquemas incompletos se obtuvo que el 62 % no refirieron contra que protegía esta vacuna y solo el 38 % sabían contra que estaban siendo protegido sus hija/os

EDAD DE COLOCACION DE LA VACUNA HEP. A

Tabla 5

EDAD DE COLOCACION DE LA VACUNA HEP A	ESQUEMAS COMPLETOS	%	ESQUEMAS INCOMPLETOS	%
NO SABE	53	57,60	26	52
2 MESES	14	15,21	5	10
6 MESES	11	11,95	10	20
12 MESES	14	15,21	9	18
TOTALES	92	99,97	50	100

Grafico 5



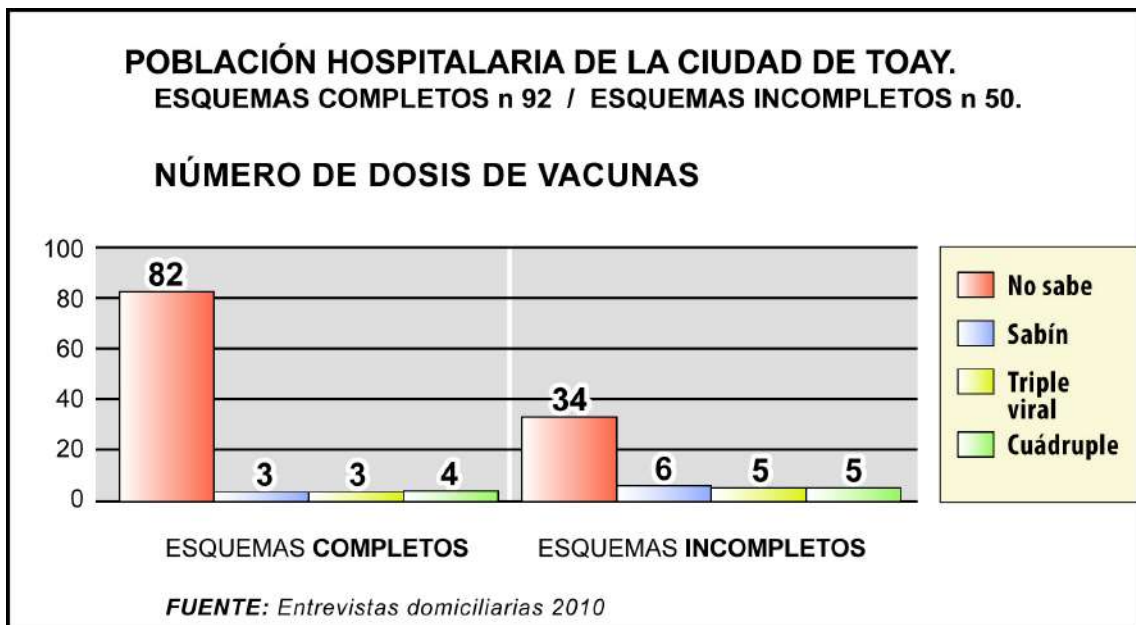
Edad de colocación de la vacuna HEP A. El 84,76 % de los esquemas completos y el 82 % de los esquemas incompletos respondieron equivocadamente y solo el 15,21% de los esquema completo y el 18 % de los esquema incompleto sabían la edad de la colocación de la vacuna hep”A” con respecto al calendario nacional de vacunación.

INFORMACION QUE SE TIENE DEL NUMEROS DE DOSIS DE LAS VACUNAS

Tabla 6

NÚMERO DE DOSIS DE VACUNAS	ESQUEMAS COMPLETOS	%	ESQUEMAS INCOMPLETOS	%
NO SABE	82	89,13	34	68
SABIN	3	3,26	6	12
TRIPLE VIRAL	3	3,26	5	10
CUADRUPLA	4	4,34	5	10
TOTALES	92	99,99	50	100

Grafico 6



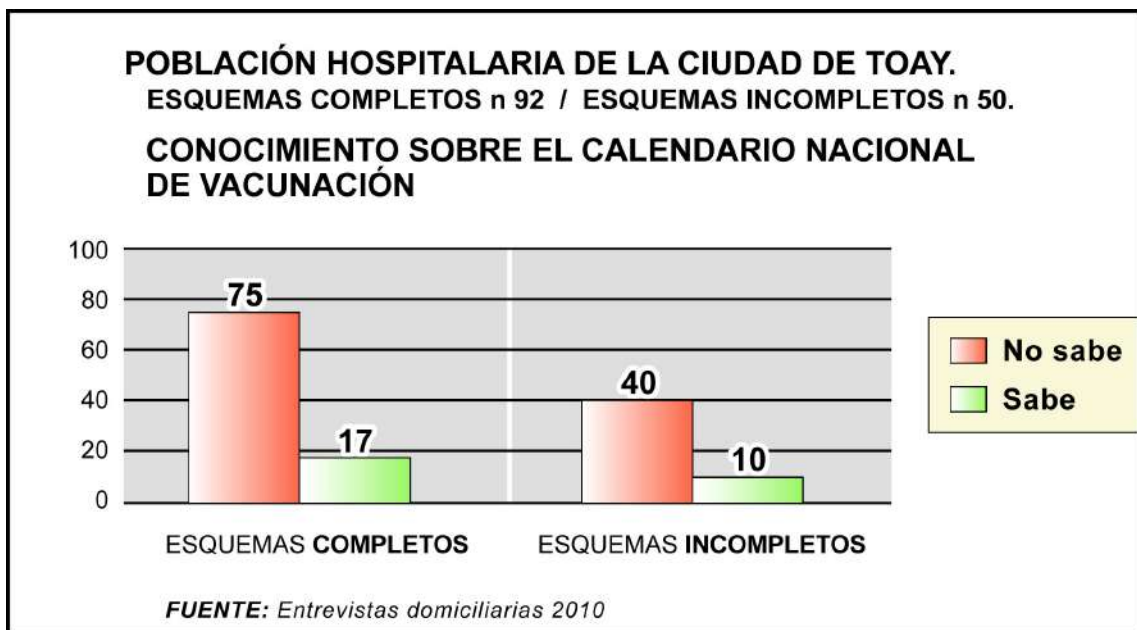
Numero de dosis de vacunas. En el grupo de los esquemas completos el 89,13 % respondieron que no saben y tan solo un 10,86 % respondieron con precisión. Es altamente significativo que sabiendo un 32 % el número de dosis que corresponden según esquema tiene a sus hijos con esquemas incompletos.

INFORMACION SOBRE EL CONOCIMIENTO DEL CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACION

Tabla 7

CONOCIMIENTO SOBRE EL CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACION	ESQUEMAS COMPLETOS	%	ESQUEMAS INCOMPLETOS	%
NO SABE	75	81,52	40	80
SABE	17	18,47	10	20
TOTALES	92	99,99	50	100

Grafico 7



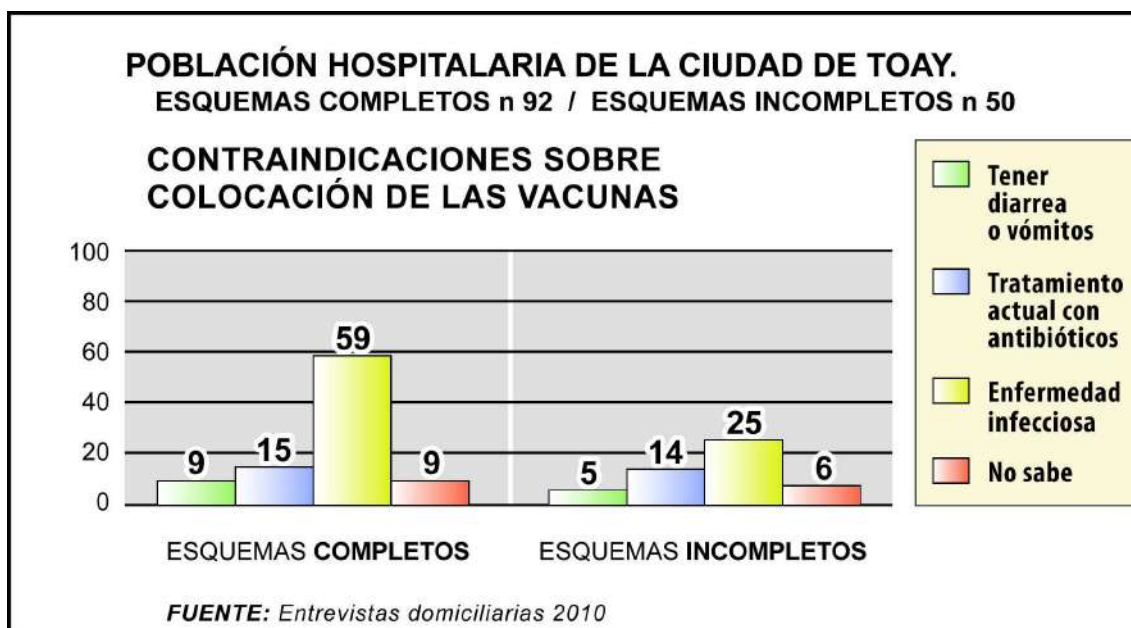
El desconocimiento que se tiene del calendario nacional de vacunación en los dos grupos es muy elevado (80%). Se deberá trabajar desde el equipo de salud del hospital “Dr. Segundo Taladriz” a través de acciones de promoción de la importancia que tiene completar el esquema de vacunación de acuerdo a la edad cronológica del niño/a.

CONTRAINDICACIONES SOBRE COLOCACIONES DE LAS VACUNAS

Tabla 8

CONTRAINDICACIONES SOBRE COLOCACION DE LAS VACUNAS	ESQUEMAS COMPLETOS	%	ESQUEMAS INCOMPLETOS	%
TENER DIARREA O VÓMITOS	9	9,78	5	10
TRATAMIENTO ACTUAL CON ANTIBIÓTICOS	15	16,30	14	28
ENFERMEDAD INFECCIOSA	59	64,13	25	50
NO SABE	9	9,78	6	12
TOTALES	92	99,99	50	100

Grafico 8



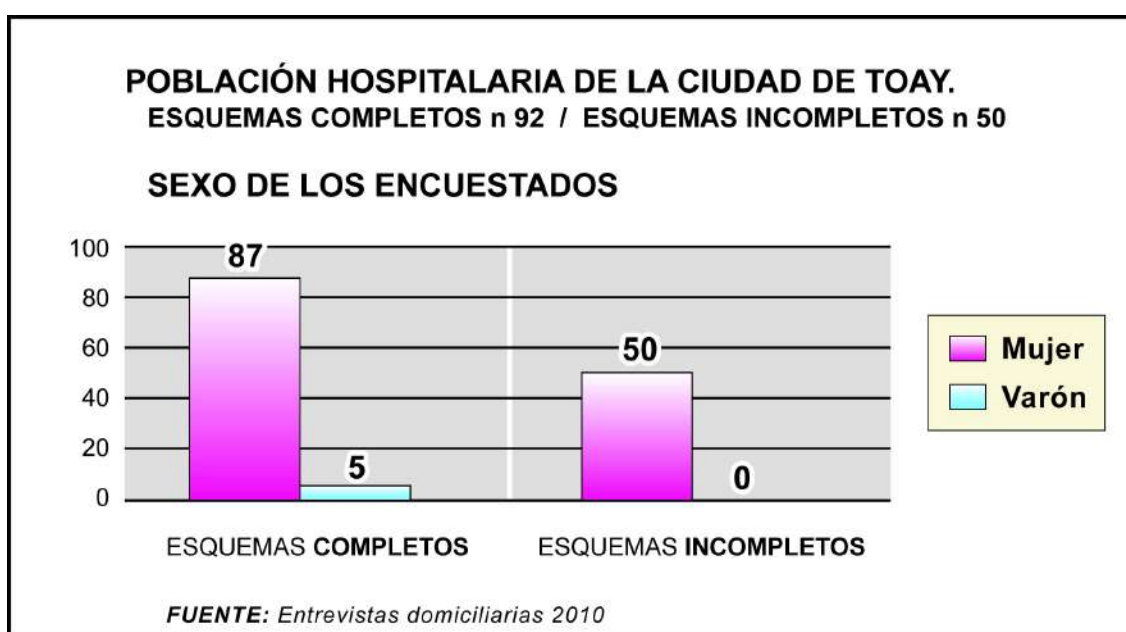
Contraindicaciones sobre colocación de las vacunas respondieron que cuando se cursa una enfermedad infecciosa 59 (64,13%) en los completos y en los incompletos 25 (50%). Aquí han respondido correctamente sobre las contraindicaciones para ser vacunados.

SEXO DE LOS/LAS ENCUESTADOS/AS:

Tabla 9

SEXO DE LOS ENCUESTADOS	ESQUEMAS COMPLETO	%	ESQUEMAS INCOMPLETO	%
Mujer	87	94,56	50	100
Varón	5	5,43	0	
Totales	92	99,99	50	100

Grafico 9



En el sexo de los encuestados se ve claramente que la mujer es la protagonista de las encuesta, en el grupo de los esquemas completos se tiene 87 mujeres (94,56 %) y 5 varones (5,43 %). En el grupo de los esquemas incompletos respondieron 50 mujeres (100 %).

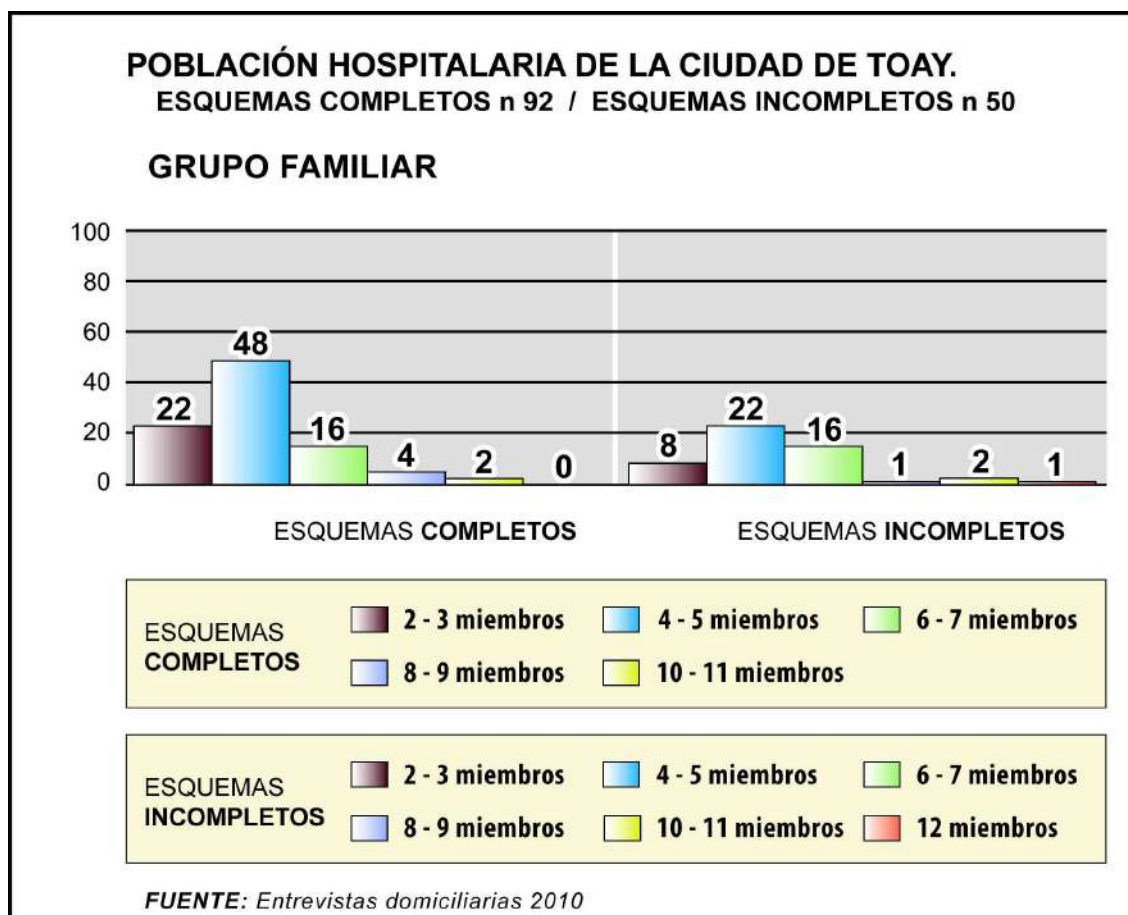
La mujer es fundamental en la formación y desarrollo de un niño como nuevo ciudadano. Son las principales proveedoras de atención dentro de la familia y sobre ellas recae el cuidado y educación de los hijos. Son las gestoras de la salud de la familia, principalmente de los hijos.

RELACIÓN CANTIDAD DE MIEMBROS INTEGRANTES DE LOS GRUPOS
FAMILIARES Y ESQUEMAS DE VACUNACIÓN.

Tabla 10

GRUPO FAMILIAR	ESQUEMAS COMPLETO	%	ESQUEMAS INCOMPLETO	%
2-3	22	23,91	8	16,00
4-5	48	52,17	22	44,00
6-7	16	17,39	16	32,00
8-9	4	4,34	1	2,00
10-11	2	2,17	2	4,00
12	0	0	1	2,00
Totales	92	99,98	50	100

Grafico 10



En el grupo familiar se concentra con 4 a 5 integrantes con 48 familias (52,17 %) en el grupo de los esquemas completos, con un promedio de 4,6; una media de 4,08; una mediana de 4; un modo de 4; un desvío estándar de 1,77.

También en los esquemas incompletos se concentran en los 4 a 5 integrantes con 22 familias (44 %), a este grupo se le aproxima el de 6 a 7 integrantes (32 %), con un promedio de 5,2; una media de 4,48; una mediana de 5; un modo de 4; un desvío estándar de 2,2.

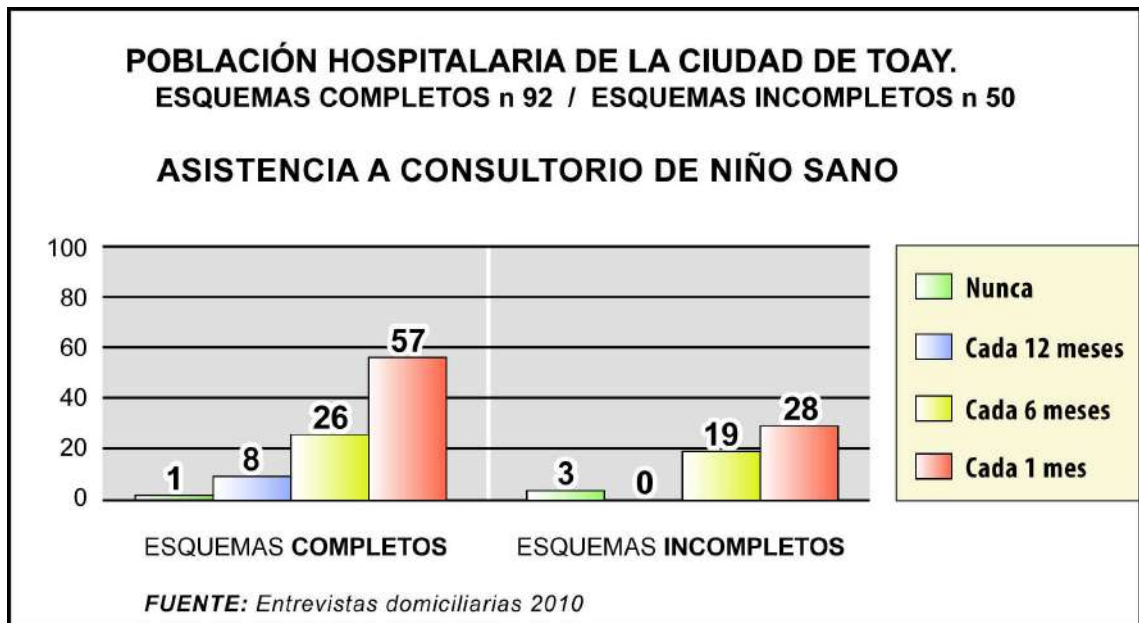
El equipo de salud debería prestar mayor atención en este grupo para el cumplimiento de las vacunas.

ASISTENCIA A CONSULTORIO DE NIÑO SANO

Tabla 11

ASISTENCIA A CONSULTORIO DE NIÑO SANO	ESQUEMAS COMPLETOS	%	ESQUEMAS INCOMPLETOS	%
NUNCA	1	1,08	3	6,00
CADA 12 MESES	8	8,68	0	0
CADA 6 MESES	26	28,26	19	38,00
CADA 1 MESES	57	61,91	28	56,00
TOTALES	92	99,93	50	100

Grafico 11



La asistencia a consultorio de niño sano en lo esquemas completos cada 1 mes con 57 (61,91%) padres asisten, cada 6 meses 26 (28,29%), cada 12 meses 8 (8,68%) y 1 (1%) que nunca asisten. En los de los esquemas incompletos asisten cada 1 mes 28 (56%), cada 6 meses 19 (38%), nunca 3 (6%).

El control de la salud es una actividad central del quehacer pediátrico. Su principal objetivo es alcanzar el estado de bienestar físico, psíquico y social de cada

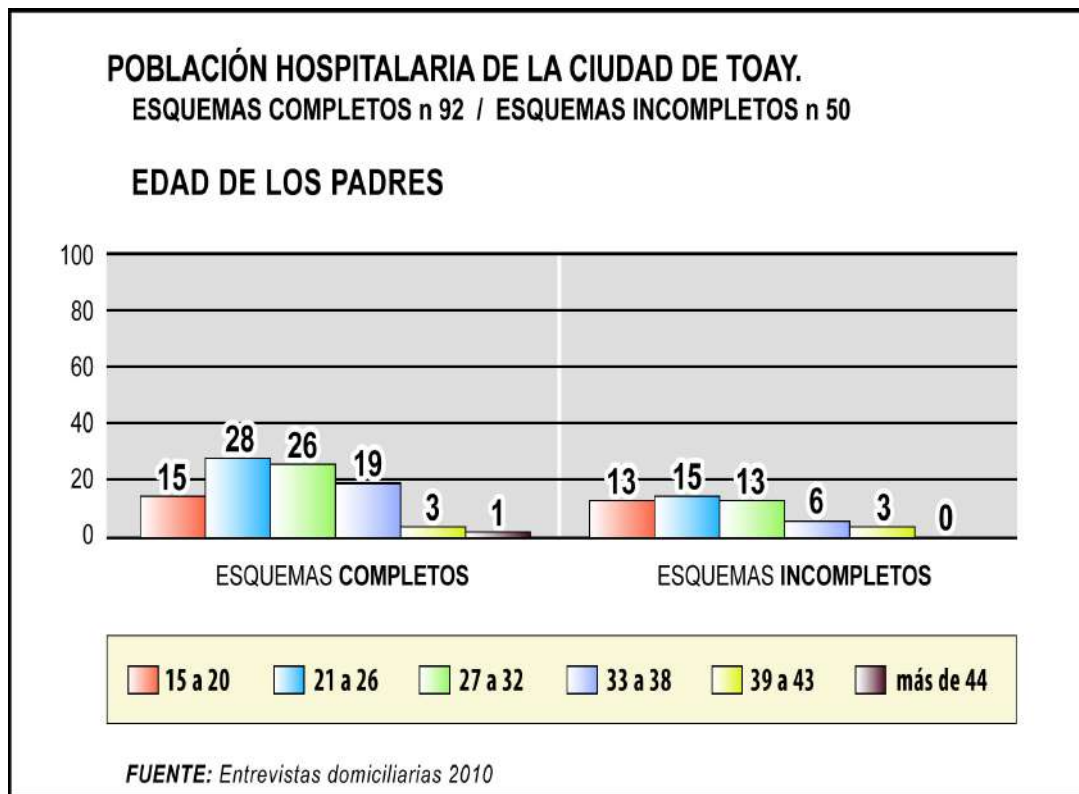
niño para que puedan optimizar su funcionalidad en los distintos aspectos de la vida cotidianas un proceso longitudinal que se fundamenta en una atención medica que considera a la familia y su entorno.

RELACIÓN EDADES DE LOS PADRES Y ESQUEMAS DE VACUNACIÓN

Tabla 12

EDADES DE LOS PADRES	ESQUEMAS COMPLETO	%	ESQUEMAS INCOMPLETO	%
15 a 20	15	16,30	13	26,00
21 a 26	28	30,43	15	30,00
27 a 32	26	28,26	13	26,00
33 a 38	19	20,65	6	12,00
39 a 43	3	3,26	3	6,00
44 +	1	1,08	0	0
Totales	92	99,98	50	100,00

Grafico 12



Las edades de los padres van desde los 15 a 44 años.

En el grupo de padres con esquemas completos tienen entre 21 a 26 años, es decir un 30,43 %, con un promedio de 27,78, una media de 26,59, una mediana de 27,5, un modo de 23 y un desvío estándar de 5,84.

En el grupo de los esquemas incompletos las edades de los padres se encuentran en el grupo etáreo de 21 a 26 con 15 padres, con un promedio de 26,7, una media de

25,11, una mediana de 26,7, un modo de 29 y un desvío estándar de 6,78. No hay grandes diferencia entre los 2 grupos.

Hay diferencia cuando se trata de padres que tienen entre 15 a 20 años de edad, ya que un 26 % de hijos con esquema incompletos, respecto a los que lo tienen completo.

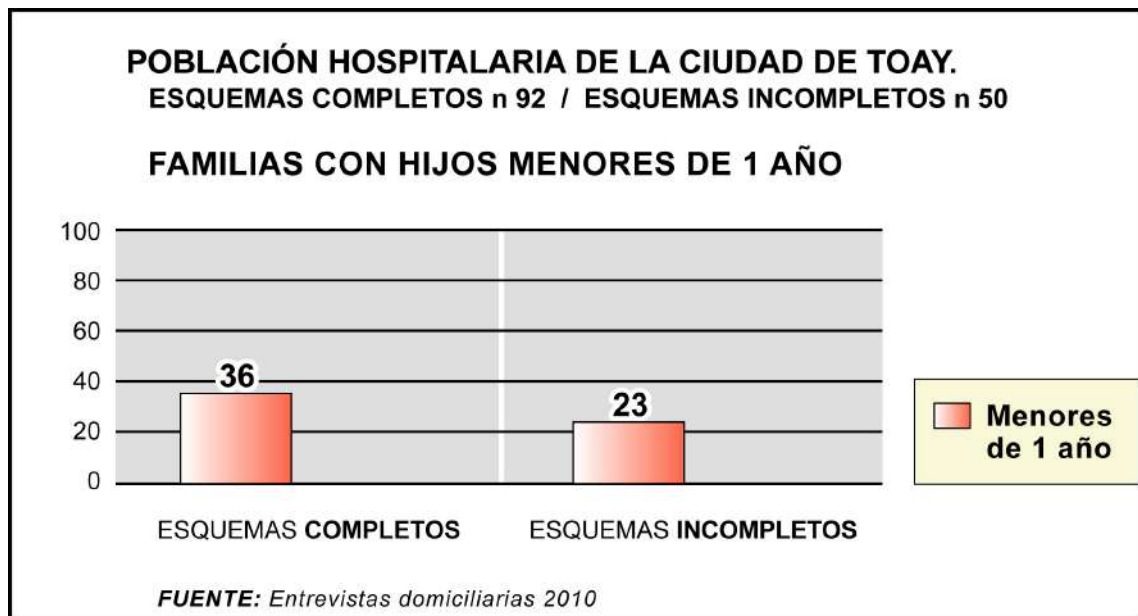
Se debiera tener en cuenta a padres comprendidos entre estas edades como población objetivo para el trabajo de prevención y promoción de las inmunizaciones, ya sea en espacios sociales o institucionales, donde se encuentren padres y madres adolescentes.

FAMILIAS CON HIJOS MENORES DE 1 AÑO Y ESQUEMA DE VACUNACIÓN

Tabla 13

FLIA CON HIJOS MENORES DE 1AÑO	ESQUEMAS COMPLETO	%	ESQUEMAS INCOMPLETO	%
Menores de 1 año	36	39,13	23	46

Grafico 13



Las familias con hijos menores de 1 año en los esquemas completos son de 36 (39,13 %) familias y en los esquemas incompletos es de 23 (46 %).

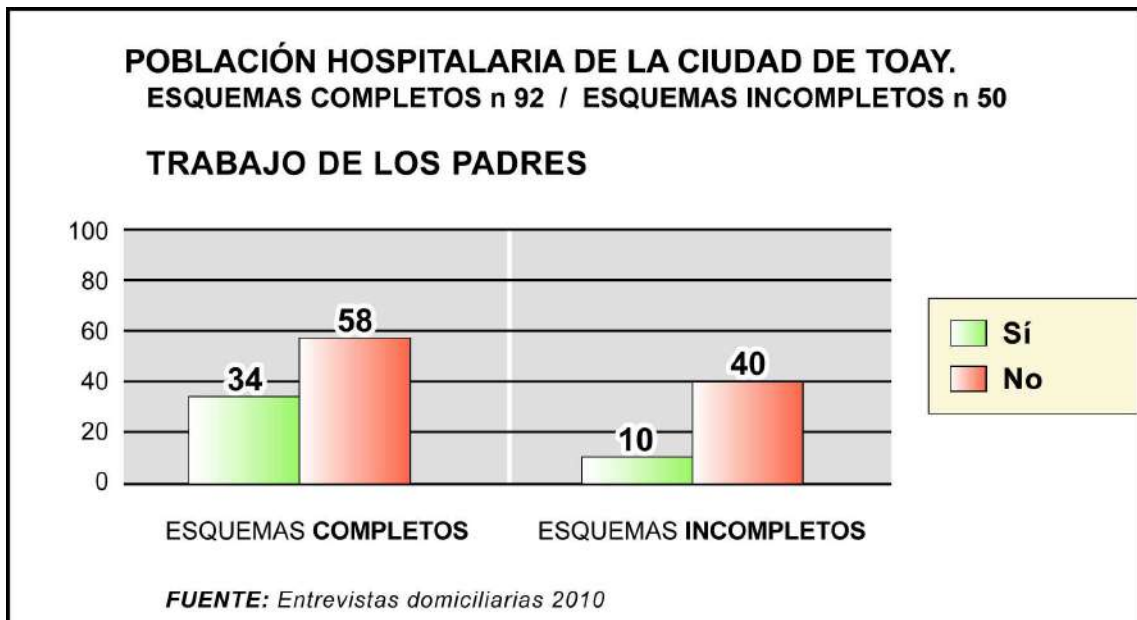
Las familias con hijos menores de un año, se debe tratar de procurar una mayor atención en la promoción de la inmunización, porque se tiene un elevado porcentaje de esquemas incompletos de vacunación, respecto a los menores de un año, que tienen su esquema completo de vacunación.

RELACIÓN TRABAJO DE LOS PADRES/MADRES ENCUESTADOS Y ESQUEMAS DE VACUNACIÓN

Tabla 14

TRABAJO DE LOS PADRES	ESQUEMAS COMPLETO	%	ESQUEMAS INCOMPLETO	%
SI	34	36,95	10	20
NO	58	63,04	40	80
TOTALES	92	99,99	50	100

Grafico14



El 69% de la población total encuestada no trabaja. Si, lo hace el 30%.

. Trabajo de los padres en los esquemas completos respondieron 58 (63,04%) que no y por el si 34 (36,95%), en los de esquemas incompletos respondieron no 40 (80%) y si respondieron 10 (20%).

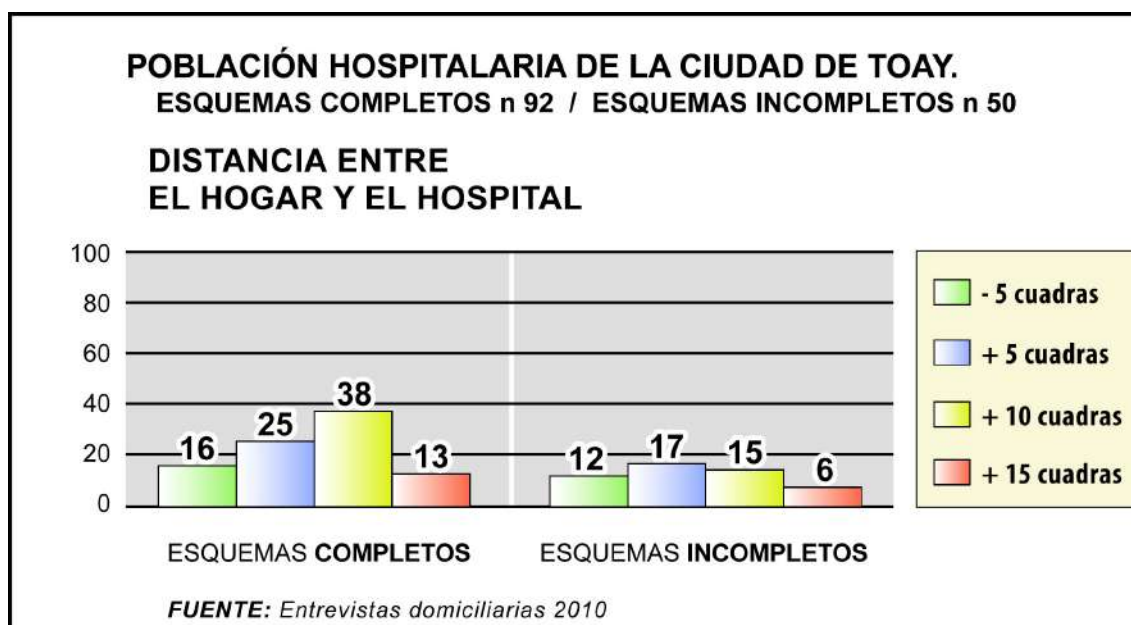
Los datos sobre la relación entre padres que no trabajan y esquemas incompletos son altamente significativos ya que un 80%, tienen a sus hijos con esquemas incompletos

DISTANCIA EN CUADRAS ENTRE EL HOGAR DE LOS ENCUESTADOS/AS Y EL HOSPITAL

Tabla 15

DISTANCIA ENTRE EL HOGAR Y HOSPITAL	ESQUEMAS COMPLETOS	ESQUEMAS INCOMPLETOS
- 5 CUADRAS	16	12
+ 5 CUADRAS	25	17
+10 CUADRAS	38	15
+15 CUADRAS	13	6

Grafico 15



La distancia entre el hogar y el hospital en los esquemas completos se agrupan en que viven a mas de 10 cuadras con 38 (41,30%) familias. En los de los esquemas incompletos en los que viven a mas de 5 cuadras con 17 (34 %) familias.

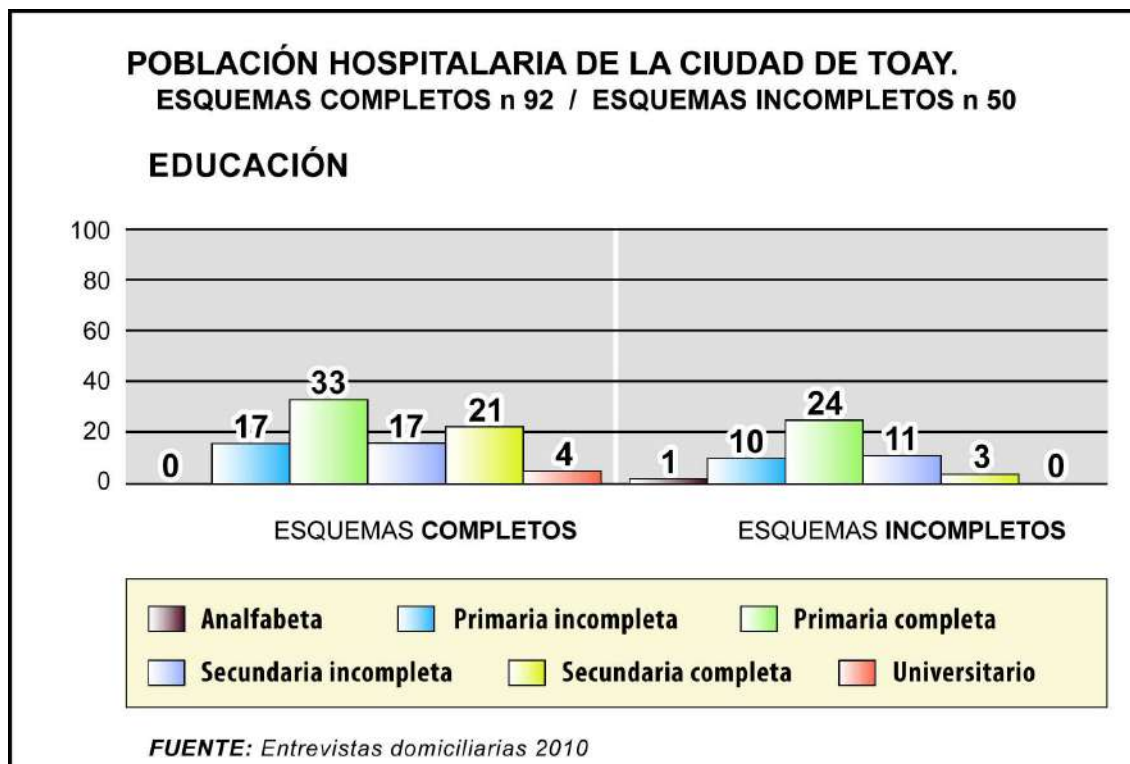
La distancia no es un impedimento para vacunar a sus hijos, ya que los que viven a menos de 5 cuadras tienen un 24 % a sus hijos con esquemas incompletos y cuando se vive a más de 10 cuadras tienen un 41 % a sus hijos con esquemas incompletos.

EDUCACION DE LOS ENTREVISTADOS

Tabla 16

EDUCACION	ESQUEMAS COMPLETOS	%	ESQUEMAS INCOMPLETOS	%
ANALFABETA	0	0	1	2,00
PRIMARIA INCOMPLETA	17	18,47	10	20,00
PRIMARIA COMPLETA	33	35,86	25	50,00
SECUNDARIA INCOMPLETA	17	18,47	11	22,00
SECUNDARIA COMPLETA	21	22,82	3	6,00
UNIVERSITARIO	4	4,34	0	0
TOTALES	92	99,96	50	100

Grafico16



La educación de los padres en los esquemas completos se encuentran con Primaria Completa con 33 (35,86%), la sigue la Secundaria Completa con 21 (22,82%) padres, Primaria y Secundaria Incompleta con 17 (18,47%) padres y tan solo con 4 (4,34%) con Universitario, no se tiene Analfabeto.

En los de los esquemas incompletos se ve con Primaria Completa con 25 (50%), con 11 (22%) Secundaria Completa, con 10 (20%) Primaria Incompleta, hay 1 (2%) Analfabeto y no se tiene universitario.

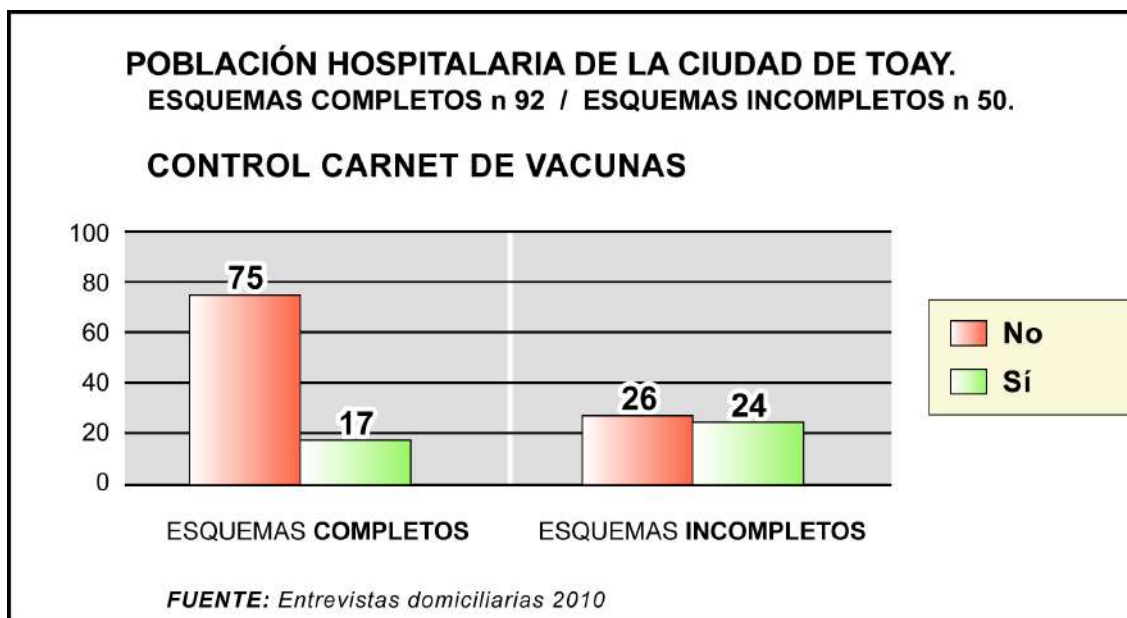
No hay diferencia entre los dos grupos ya que se concentran en primaria completa, pareciera que la educación formal no estaría directamente relacionada con las bajas coberturas de vacunación. Pero, cuando nos detenemos en el análisis de la primaria incompleta y los esquemas incompletos, habría un 4%, de casos con respecto a los que tienen esquemas completos. Lo mismo se presenta cuando analizamos los casos que tienen secundario incompleto

CONTROL DEL CARNET DE VACUNAS EN EL HOSPITAL

Tabla 17

CONTROL CARNET DE VACUNAS	ESQUEMAS COMPLETOS	%	ESQUEMAS INCOMPLETOS	%
NO	75	81,52	26	52
SI	17	18,47	24	48
TOTALES	92	99,99	50	100

Grafico 17



El control del carnet de vacunas en una población de 142 encuestados el 71,1 % contestaron que no les fueron revisados. Desde los esquemas incompletos el 48 % respondieron que si le revisaron el carnet la ultima vez que fueron al hospital.

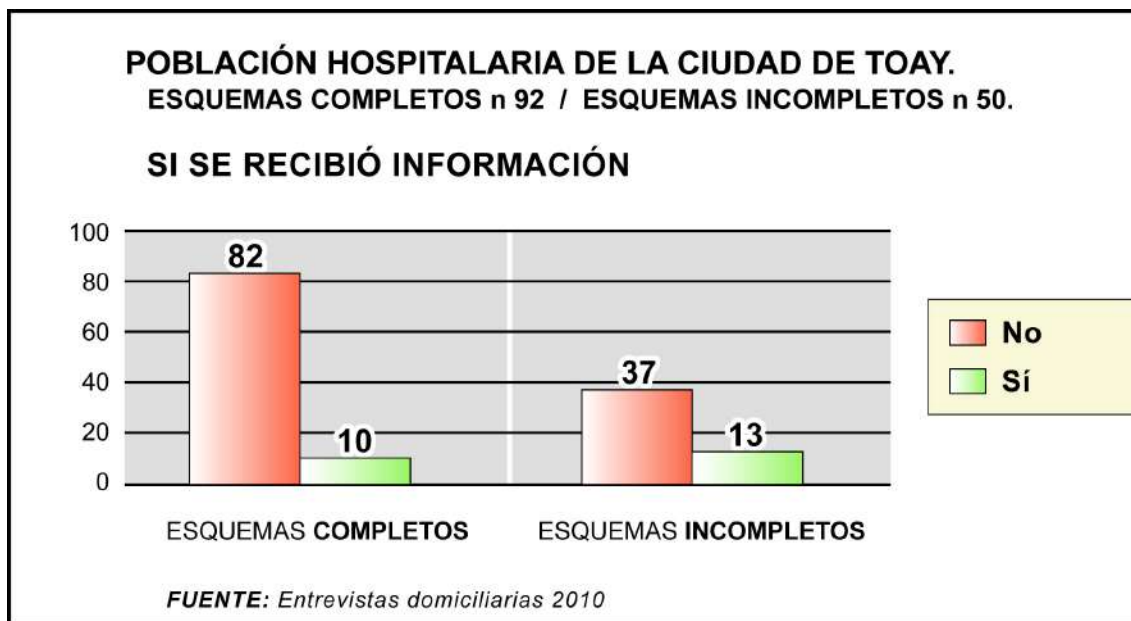
Podría decirse que en el hospital no se tiene como rutina el control del carnet. Se debe trabajar para que en todos los servicios sea una práctica hecha de manera periódica, permanente y continua, para hacer acciones preventivas desde la atención primaria de la salud.

INFORMACION RECIBIDA DESDE EL HOSPITAL

Tabla 18

SI SE RECIBIO INFORMACION	ESQUEMAS COMPLETOS	%	ESQUEMAS INCOMPLETOS	
NO	82	89,13	37	74
SI	10	11,11	13	26
TOTALES	92	100,24	50	100

Grafico 18



Si se recibió información en los completos respondieron que no 82 (89,13%) y en los incompletos respondieron que no 37 (74%). En el total de 142 de los encuestados respondieron que no recibieron información un 83,9 % y tan solo un 16,1 % que si recibieron información.

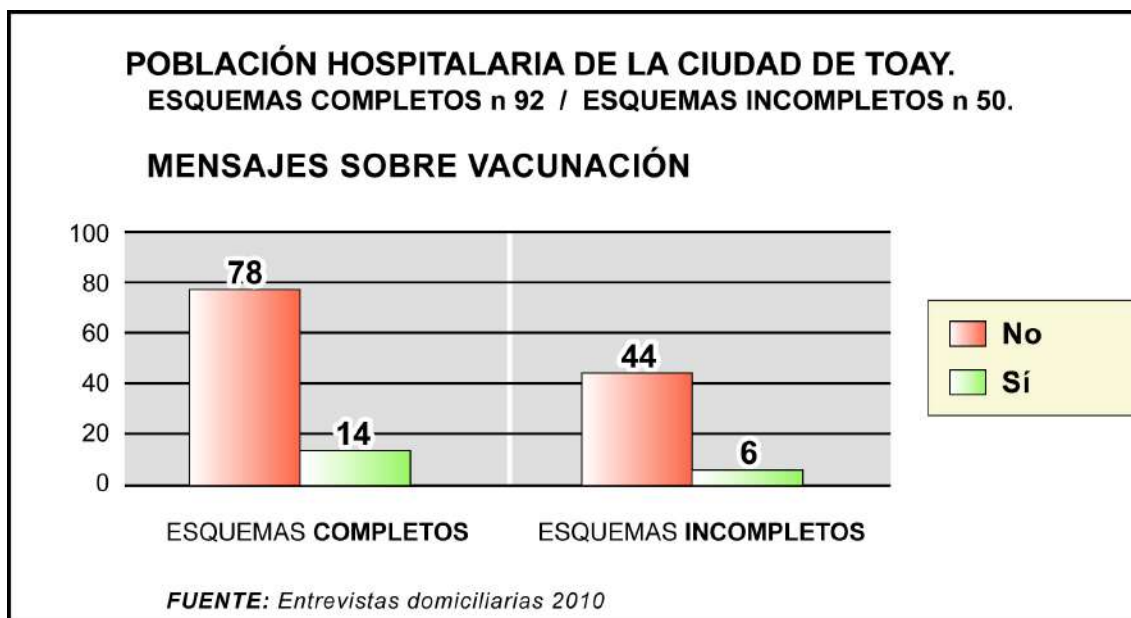
Aquí también se debe trabajar desde el hospital para brindar una mayor información sobre la inmunización.

MENSAJES SOBRE VACUNACION

Tabla 19

MENSAJES SOBRE VACUNACION	ESQUEMAS COMPLETOS	%	ESQUEMAS INCOMPLETO	%
NO	78	84,78	44	88
SI	14	15,21	6	12
TOTALES	92	99,99	50	100

Grafico 19



Mensajes sobre vacunación respondieron que no han visto ni escuchado publicidad masiva en los que presentan esquemas completos fueron 78 encuestados que representan un (84,78%), la información la adquirieron a través del calendario de vacunación o de su pediatra y en los esquemas incompletos 44 encuestados (88%) no obtuvieron información alguna.

Frente a esta pregunta, sobre los mensajes recibidos, no hay que presentarlos como “publicidad”, sino, que se deben hacer desde un programa de educación para salud, con idénticas características a cuando hablamos del control de carnet de vacunas.

CONCLUSIONES

Se analizaron las encuestas que se les efectuaron a 142 madres y padres, éstas se realizaron con unas entrevistas domiciliarias, en horario de tarde.

En el análisis de las tablas podemos observar que aun hoy,

Hay un gran desconocimiento de que son las vacunas, solo un bajo porcentaje respondieron que son preparados biológicos que producen inmunidad frente a organismos infecciosos, tanto en padres con hijos con esquemas completos e incompletos.

Expresaron que eran “inyecciones”, al no saber que son las vacunas, estas quedan reducidas en cuanto a significación de su importancia, al dispositivo de aplicación y no a lo que verdaderamente son, y su importancia para la vida de los niños.

De la muestra trabajada en esta investigación se pudo constatar que un altísimo porcentaje **no sabían que enfermedad prevenía la vacuna BCG. Por lo tanto sino se sabe de que previene, ¿para que se va a vacunar?, ¿de que se lo va a proteger al niño?**

En cuanto al **tiempo que están protegido por las vacunas** no conocían el tiempo de defensa que obtiene el organismo a través de las vacunas de acuerdo a la edad cronológica del niño/a.

Que previene la vacuna triple viral en el total de las personas encuestadas, un mínimo porcentaje supieron responder correctamente contra que enfermedades previene esta vacuna, como es el Sarampión, Rubéola, Papera. Se cree que la información que se tiene proviene de las campañas de vacunación realizadas años anteriores.

Edad de colocación de la vacuna hep “A” existe un alto porcentaje de informantes que no tienen la certeza ni el conocimiento a que edad corresponde la colocación de la vacuna hep”A” según el calendario nacional de vacunación.

Numero de dosis de vacunas es muy elevado los errores de las madres sobre esta pregunta. Como pueden llevar a sus niños a vacunar si no se sabe el numero de dosis de vacunas que se le colocan a sus hijos? Esto nos indicaría que gran parte de la población acude a vacunarlos a sus hijos “mandada” por los profesionales de la salud.

Se registró en los dos grupos, sobre **el calendario nacional de vacunación**; baja calidad en su conocimiento. No saben que vacunas se les colocan a sus hijos o hijas. Es muy dificultoso promover destrezas en las madres para que asuman el rol de interlocutoras comunitarias de inmunizaciones reafirmado por estos desconocimientos.

En cuanto a las **contraindicaciones sobre colocación de las vacunas** respondieron correctamente y con precisión cuando no colocar las vacunas.

Esto podría interpretarse que la representación de la “vacuna” como negativa, tiene mayor adhesión, que en sus ventajas positivas, tendría una imagen construida “negativa”, mas que “positiva”, y por ello las dificultades para tener esquemas completos de vacunación.

En esta investigación no se pudo diferenciar por **género los conocimientos sobre vacunación** ya que se ve claramente que la mujer es la protagonista de las encuestas. Son ellas las principales proveedoras de atención dentro de la familia y sobre ellas recae el cuidado y educación de los hijos.

En el grupo familiar se concentra con 6 a 7 miembros, vivir en el seno de una familia numerosa puede resultar una tarea complicada con serias consecuencias, especialmente para las mujeres. Son ellas quienes, por lo general y más allá de los cambios producidos en las organizaciones familiares en los últimos tiempos, son responsables no sólo de organizar las actividades de los hijos, sino también de luchar con las demás obligaciones.

La asistencia a consultorio de niño sano todos los meses en el primer año de vida persigue el diagnosticar SALUD, el pediatra utiliza estrategia que tiendan a incrementarla y a prevenir su perdida .Este control tiene un impacto trascendental en la salud de los niños, sino que también influye considerablemente en el nivel de salud de todo un país.

Las edades de los padres van desde los 15 a 44 años. Se observo que hay diferencia cuando se trata de padres que tienen entre 15 a 20_años de edad, ya que un 4% tienen de hijos con esquema incompletos, respecto a los que lo tienen completo.

Aquí se deberá tener en cuenta esta población ya que es vulnerable para enfermar y comprometerla para trabajar en la prevención y promoción de las inmunizaciones

En cuanto a las **familias con hijos menores de 1 año** se debe tratar de procurar una mayor atención en este grupo porque se tiene un elevado porcentaje de esquemas incompletos, pareciera que al tener hijos menores relegaran la atención del niño mayor.

En relación al **trabajo de los padres** los datos revelan que la relación entre padres que no trabajan y esquemas incompletos son altamente significativos. Aquí no hay sobrecarga laboral que influya negativamente en la salud de sus hijos.

Distancia entre el hogar y el hospital se observa que la distancia no es un impedimento para llevar a vacunar a sus hijos. Se debiera conocer lo que condicionan las barreras geográficas que podrían ser la falta de vías de comunicación adecuada y o la práctica del servicio de vacunación.

La educación de los padres no hay diferencia entre los dos grupos ya que se concentran en primaria completa.

Pareciera que todo el proceso educativo que favorece a elaborar su propio proyecto de vida no estaría directamente relacionado con las bajas coberturas de vacunación.

En cuanto al control del carnet de vacunas, mensajes de vacunación se observo en los datos de que no se controla el carnet de vacunación y tampoco se da mensajes sobre vacunación.

Considerando al hospital como una de las instituciones sociales más visibles, se debe trabajar para que en todos los servicios sea una práctica hecha de manera periódica, permanente y continua, el control del carnet y proporcionar mensajes de vacunación para realizar acciones preventivas desde la atención primaria de la salud.

A medida que los programas de inmunización aumentan su eficacia en la lucha contra las enfermedades, los padres dejan de preocuparse de ciertas enfermedades infecciosas de la infancia, lo que algunas veces lleva a los padres a preguntarse por qué tienen que vacunar a sus hijos.

Es muy importante recordarles permanentemente a los padres que deben colocarles las vacunas a los niños, que las vacunas son gratis y que siempre se esta latente de algún brote de alguna enfermedad infecto contagiosa que son prevenible con las vacunas.

Asimismo aun hoy hay un gran desconocimiento sobre las inmunizaciones. La evaluación que se tuvo fue que a pesar que hace más de un siglo que se comenzó a vacunar y desde hace más de 60 años se hace de forma constante, aun hoy existe un porcentaje de los encuestados no tienen el conocimiento y esto también puede ser causante que les haya quitado interés de completar el calendario nacional de vacunación contra qué están siendo protegidos sus hijos, números de dosis, el tiempo que se esta protegido, etc.

Manteniendo una adecuada cobertura de vacunas permitirá el control de las enfermedades inmunoprevenibles.

RECOMEDACIONES.

La comunicación ha jugado un papel importante en los procesos de vacunación pero no ha sido lo suficientemente sistemática, ya que cada año se hace una promoción diferente de la vacunación y, en consecuencia, no hay continuidad.

Se deben establecer las verdaderas barreras a la vacunación en Toay. Identificarlas es clave para poder plantear soluciones a las bajas coberturas, pero tampoco significa que hasta que no se tenga ese diagnóstico no se haga promoción de la vacunación. En todo caso es necesario contar con esa información para que la promoción de la vacunación vaya dirigida a quienes debe ser. Una campaña permanente en ese sentido sería lo más indicado.

Trabajar intensamente en la simbolización de la vacunación y para ello es necesaria la construcción de nuevas subjetividades para modificar conductas, que luego se transformen en acciones efectivas, tal como es lograr el objetivo de esquemas completos de vacunación en toda la población.

Crear mensajes precisos como:

- La inmunización es la intervención sanitaria de mayor costo-beneficio en el mundo. Previene la muerte y discapacidad producidas por enfermedades infecciosas a una fracción del costo del tratamiento.
- Todo niño debe ser vacunado con todas las vacunas que él o ella necesita.
- La inmunización ayuda a paliar la pobreza.

Desarrollo de material educativo

La base de la comunicación moderna son el vídeo, la radio y el material impreso. Puesto que usualmente son compartidos con otras personas, un buen material proporciona el medio para transmitir información estándar a diversas audiencias o públicos. Asimismo, refuerzan los mensajes transmitidos y proveen un fácil acceso a la información detallada.

Fotos: Reunir fotos, especialmente aquellas de niños y familias que muestran cómo han mejorado sus vidas gracias a la inmunización. Las fotos proporcionan una cara humana al tema y ofrecen al lector algo con qué relacionarse.

Ejemplos concretos: Cada vez que sea posible, permitir a la audiencia experimentar por sí misma el tema que se esté discutiendo. Por ejemplo, llevar una vacuna en ampolla, una jeringa desechable, o una muestra de una “caja de refrigeración” que se usa para transportar vacunas y mantenerlas frías; visitar a centro de vacunación, o llevar a personas a una sala pediátrica de algún hospital local.

Historias exitosas de inmunización: Escribir historias cortas, de media página, que ilustren el éxito de los programas de inmunización, o la pérdida que resulta de una pobre cobertura en vacunación.

Información sobre enfermedades y brotes: Proporcionar una idea general sobre enfermedades prevenibles por vacunación, y ejemplos de brotes ocasionados por una pobre cobertura en vacunación.

Mucha gente no sabe cómo son estas enfermedades ni cómo se propagan.

Folletos: desarrollar folletos que permita a las personas entender rápidamente la meta del esfuerzo, quién o quiénes están detrás del mismo, y cómo será implementado.

Presentaciones: Preparar una presentación en vídeo, diapositivas, PowerPoint o con transparencias, que le ayude a explicar los objetivos de su promoción activa durante reuniones, eventos o asambleas.

Recortes de periódicos y noticias: Reunir reportajes de periódicos, radio y televisión sobre inmunización o brotes de enfermedades. Cuando la gente ve el interés de los medios de comunicación en un tema determinado, sienten que éste es importante.

Afiches y material promocional: Confeccionar afiches, prendedores, cuadros, calcomanías, gorros y otro material de apoyo que ayude a las audiencias más amplias a recordar sus mensajes.

Anuncios de servicio público: Crear anuncios para la televisión y la radio que lo ayuden a comunicar al público en general el valor de mejorar la inmunización.

Programas de vídeo y radio: Crear programa corto de vídeo o radio que hable y discuta temas sobre inmunización. Si la audiencia está compuesta por gente que toma decisiones y hace políticas, el programa podría, entonces, invitar a investigadores o profesionales en salud que proporcionen información estadística sobre la necesidad de mejores servicios de inmunización. Si está dirigido a un público general, el programa podría ser una dramatización entre dos padres de familia hablando sobre los beneficios de la inmunización.

Finalmente, con respecto a el propósito planteado inicialmente en la presente investigación cual era explorar las posibles causas de las bajas cobertura de vacunación y analizar los factores que influyen, se puede mencionar como todos, a aquellos que se encuentran en la baja calidad de información que poseen los padres o cuidadores, pero también al escaso impacto de las campañas de promoción que debieran ser todas las acciones periódicas, presentes y continuas, como lo sugiere la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Carrasco Garrido P., de Miguel AG, Barrera VH, Jiménez-García R. “Knowledge of Spanish Parents About Their Children’s Vaccinations During the Decade 1993–2003” *Human Vaccines* 3:5, 212-216, September/October 2007. - Recuperada 19/11/09 de www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17786036
2. Cobertura de vacunación de los niños del Pre-escolar “El Muchachito” del Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pinedo” y Nivel de Conocimiento de sus representantes sobre esquema ideal de vacunación. Recuperado 05/05/2009, de http://bibmed.ucla.edu.ve/cgi-win/be_alex.exe?../0....
3. “Conocimiento e interés de las madres de los niños y niñas que concurren a colocar las primeras dosis de sus vacunas. Centro Sanitario Santa Rosa La Pampa- Enero- Marzo 2009” Licenciada en Enfermería Romero Adela Aída – Diciembre de 2009
4. Curso de Capacitación de Multiplicadores, Programa de Educación para la salud en la Escuela. Ministerio de Cultura y Educación y Ministerio de Salud y Acción Social. Buenos Aires. Julio de 1997. Editorial Eductrade. S.A.
5. Contraindications for Childhood Immunizations *Pediatrics* Vol. 111 No. 5 May 2003, Recuperada 19/11/0 de <http://www.paho.org/Spanish/>
6. Derecho de los niños- Recuperada 10/10/2009 de <http://www.manosporhermanos.org/derechos.htm>

7. E Bernaola Iturbe a, F Giménez Sánchez a, M Baca Cots a, F de Juan Martín a, J Díez Domingo a, M Garcés Sánchez a, A Gómez-Campderá a, F Martínón Torres a, JJ Picazo a, V Pineda Solás “*Criterios de inclusión de vacunas en el calendario de la Asociación Española de Pediatría*”. Anales de Pediatría Vol.68 Núm. 01 España-2007. Recuperada 11-02-09 de www.elsevier.es
8. Evaluación Multidisciplinaria del Programa Nacional de Inmunizaciones. Ministerio de salud, Organización Panamericana de la Salud. Buenos Aires- Argentina, Abril- 2000
9. Florencia Gilardón. Especial para Clarin.com en Sección Salud y Prevención.-Recuperada-10/02/2010 de www.clarin.com/diario/2005/02/25/conexiones/t-928470.htm.-
10. Guía del Participante. OPS Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Dirección de Epidemiología - PAI “Curso de Gerencia sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación”. Argentina- 2006
11. “Guía Práctica de Vacunaciones”- Recuperada 12/12/09 de www.vacunas.net/guia2002 -
12. Inmunización o vacunación **Recuperada 19/10/2009** de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/immunization.html>-
13. Ingrid Andrés, Ivana Tonetto, Gabriela González Capdevila, José Luis Rodríguez, José Marco del Pont y Leonardo Garfi- Sistema de vigilancia para mejorar el grado de cobertura en vacunación- Conexión Pediátrica, Artículos originales. Vol. 1:5- Verano 2009. - Recuperado 15/10/2009 de <http://www.cilad.com/conexionpediatrica.org/index.php/conexion/article/..../147/16>

- 14.**La seguridad de las inmunizaciones. Función esencial de Enfermería.
Recuperado 15/02/2009, de <http://www.oposiciones.net/enews5.php?var=59>.
- 15.**Las vacunas y la salud pública- Recuperado 15/02/2010 de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752005000100014.
- 16.**Ley 22.909. Buenos Aires 13 de setiembre de 1983, Boletín Oficial, 15 de setiembre de 1983. Argentina
- 17.**MedlinePlus Enciclopedia Médica: Información general sobre vacunas.
Actualizada 09/09/08. Recuperada 21/10/09 de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish> -
- 18.**Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud. “Normas Nacionales de Vacunación” Argentina- Edición 2008
- 19.**Ministerio de Salud de la Nación- Presidencia de la Nación- Recuperada 16/10/09 de www.msal.gov.ar
- 20.**Normas Nacionales de vacunación 2008. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. Organización Panamericana de la salud.
- 21.**Organización Panamericana de la Salud “Vacunación segura: Módulos de capacitación Módulo VII: Creación de alianzas con los medios de comunicación”. Washington, D.C.: OPS, © 2007.
- 22.**“Oportunidades perdidas de vacunación en el vacunatorio del Centro Sanitario Santa Rosa La Pampa”- Licenciada en Enfermería Brilz María Elena –Diciembre 2009

- 23.** Promoción activa para la inmunización - Recuperada 10/08/09 de <http://www.path.org/vaccineresources/files/GAVI-AdvocacyHandbookSpanish.pdf> -
- 24.** Posgrado en Salud Social y Comunitaria- Programa Médicos Comunitarios- Ministerio de Salud –Presidencia de la Nación- 2010
- 25.** Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado, Pilar Baptista Lucio “Metodología De La Investigación” .Cuarta edición –Editorial Mc Graw Hill Interamericana- Año 2006
- 26.** Romero Delfino, Manuel; Rolón, María F.; Rudnitzky, Romina; Samoluk, Graciela A.; Zabala, Adriana E. “Cumplimiento del calendario de vacunación obligatorio en la población infantil de las localidades de Santa Ana y Corrientes Capital”- Recuperada 08/12/09 de www1.unne.edu.ar/cyt/2002/03-Medicas/m-085.pdf
- 27.** D. Melendi- Salud- Recuperada 20/10/09 de <http://www.cricyt.edu.ar/enciclopedia/terminos/Salud.htm> -
- 28.** Sociedad Argentina de Pediatría- *PRONAP* (Programa Nacional de Actualizaciones Pediátrica) Argentina-1993

APENDICE

APENDICE “A”



Hospital "Dr. Segundo Taladriz"

APENDICE “B”

Calendario Nacional de Vacunación de la República Argentina
 -vigente a partir del 2º semestre de 2009-
 (Consultar al médico acerca de las vacunas que deben recibir los niños que comenzaron su
 vacunación según el calendario anterior)

Edad	BCG (1)	Hepatitis B (HB) (2)	Pentavalente DTP-Hib-HB (3)	Cuádruple (DTP - Hib) (4)	Sabin (OPV) (5)	Triple viral (SRP) (6)	Hepatitis A (HA) (7)	Triple bacteriana Celular (DPT) (8)	Triple bacteriana Acelular (dTap) (9)	Doble bacteriana (dT) (10)	Doble viral (SR) (11)	Fiebre Amarilla (FA) (12)	Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA) (13)
Recién nacido	Única dosis	1ª dosis											
2 meses			1ª dosis		1ª dosis								
4 meses			2ª dosis		2ª dosis								
6 meses			3ª dosis		3ª dosis								
12 meses						1ª dosis	Única dosis					Única dosis	
18 meses				1º Refuerzo	4ª dosis								
6 años (Ingreso escolar)					Refuerzo	2ª dosis		2º Refuerzo					
11 años		Iniciar o completar esquema				Iniciar o completar esquema			Refuerzo				
A partir de los 15 años													Única dosis
16 años										Refuerzo			
Cada 10 años										Refuerzo		Refuerzo	
Puerperio o post-aborto inmediato											Única dosis		

APENDICE “C”

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE
LOS DATOS

Presentación y solicitud para recabar los
datos de fuente primaria.

Mi nombre es Larregui, Mónica Susana, estoy realizando un trabajo de investigación para realizar mi tesis para obtener el título de Licenciada en Enfermería que se dicta en la Universidad Nacional de La Pampa, y mi trabajo es describir las posibles causas que condicionan baja cobertura de vacunación en la población hospitalaria que recurre a nuestra institución.

Los resultados servirán para diseñar programas para mejorar el nivel de cobertura de vacunación, y por consiguiente mejorar la salud de la población de Toay. Los datos que se me brinden los utilizaré exclusivamente para esta investigación.

Orden....

Edad.....

Sexo: Varón..... Mujer.....

Nº Grupo Familiar Conviviente.....

Hijos de 0 a 12 meses de edad.....

Hijos de 13 a 24 meses de edad.....

1) Usted trabaja?

Si..... NO..... En que horario.....

2) Donde vive?

(-) de 5 cuadras..... +de 5 cuadras.....+10cuadras.....+ de 15cuadras.....

3) Grado de instrucción

() Primaria Completa () Primaria Incompleta

() Secundaria Completa () Secundaria Incompleta

() Universitario () Analfabeta

4) ¿Asiste a Consultorio de Niño Sano?

Cada 1 mes.... Cada 6 meses.....Cada un año....Nunca.....

5) Las vacunas son:

Inyecciones para curar enfermedad?

Inyecciones que nos protege contra todas las enfermedades?

Preparados biológicos que produce inmunidad frente a organismo infecciosos?

No sabe.

6) ¿La última vez que llevo a su niño para vacunarlo al establecimiento de salud, lo vacunaron?

SI LO VACUNARON	NO LO VACUNARON
Tuvo que esperar mucho?	Porque...
SI.....	No había vacunas/jeringas.....
Cuanto tiempo? Horasminutos.....	No era el día de vacunación.....
	No atendía ese día.....

NO.....	Estaba enfermo.....
---------	---------------------

7) ¿La última vez que fue con su niño al establecimiento de salud y no iba para vacunarlos?

Revisaron el carnet de vacunación SI..... NO.....

Le hablaron de las vacunas SI..... NO.....

Lo vacunaron SI..... NO.....

8) ¿Ha escuchado o visto mensajes sobre la vacunación en el último mes? SI..... NO..... ¿Dónde?

Radio..... Televisión..... Hospital..... Diario..... Otros.....

9) ¿Tiene carnet de vacunación su hijo? SI.....

NO.....

10) ¿Esta el esquema de vacunación completo para la edad? SI.....

NO.....

11) ¿Para que sirve el carnet?

.....

12) Es contraindicación para colocar las vacunas

- a) Tener diarrea o vómitos
- b) Tratamiento actual con antibióticos
- c) Enfermedad infecciosa.
- d) No sabe.

13) ¿Qué vacunas se encuentran en el Calendario Nacional de Vacunación?

1. Sabin, Cuádruple, Hepatitis B, Hepatitis A, Triple Viral, Triple Bacteriana, BCG, Doble Viral.

2. Sabin, Cuádruple, Hepatitis B, Hepatitis A, Triple Viral, Triple Bacteriana, BCG, Varicela.

3. No sabe.

14) La vacuna de BCG protege contra.

- a) Tuberculosis.
- b) Sarampión
- c) Parálisis Infantil
- d) No sabe.

15) Un niño que ha recibido todas las vacunas estará protegido de la enfermedad.

1. Por cinco años.
2. Por toda la vida.
3. Por toda la infancia.
4. No sabe.

16) La vacuna Triple Viral protege contra

- Sarampión, Rubéola, Paperas
- Tuberculosis, Sarampión, Paperas
- No sabe

17) La vacuna Hepatitis A se coloca a los:

- 2 meses....6 meses...1 año.....
- No sabe

18) Con respecto a las siguientes vacunas, conteste el número total de dosis que se deben colocar.

- a) Sabin..... b) Triple Viral..... c) Cuádruple.....

19) ¿Esperaría para vacunar a su hijo en jornadas de vacunación o campaña?

SI..... NO.....

20) ¿Dónde vacuna a su niño?

Hospital de Toay..... En otro lugar.....

21) ¿Recibió información sobre las vacunas?

SI..... NO.....

22) ¿Le explicaron sobre las reacciones esperadas que la vacuna puede producir? SI..... NO.....

23) ¿Quedo contenta con la atención recibida?

SI..... NO.....No sabe.....

APENDICE “D”

Legislación

Ley 22909 –

BUENOS AIRES, 13 DE SETIEMBRE DE 1983

BOLETIN OFICIAL, 15 DE SETIEMBRE DE 1983

En uso de las atribuciones conferidas por el Artículo 5 del Estatuto del Proceso de Reorganización Nacional. EL PRESIDENTE DE LA NACION ARGENTINA SANCIONA Y PROMULGA CON FUERZA DE LEY:

OBSERVACIONES GENERALES

CANTIDAD DE ARTICULOS QUE COMPONEN LA NORMA 26

TEMA:ENFERMEDADES-PROFILAXIS-VACUNACION OBLIGATORIA

Artículo 1

ARTICULO 1. - La vacunación de los habitantes del país a efectos de su protección contra las enfermedades prevenibles por ese medio, se realizará en toda la República de acuerdo a las disposiciones de esta ley, que el Poder Ejecutivo reglamentará para todo el territorio de la República. La autoridad sanitaria nacional determinará la nómina de las enfermedades a que alude el párrafo anterior y la mantendrá actualizada de acuerdo a la evolución del conocimiento científico sobre la materia y a las condiciones epidemiológicas de todo o parte del país.

Artículo2

ARTICULO 2. - Las normas de esta ley y sus disposiciones reglamentarias se cumplirán y harán cumplir en toda la República por las autoridades sanitarias de cada jurisdicción. La autoridad sanitaria nacional podrá concurrir en cualquier parte del país para contribuir al cumplimiento de dichas normas y disposiciones y velar por su observancia.

Artículo3

ARTICULO 3. - Las autoridades sanitarias de todo el país formularán y ejecutarán en sus respectivas jurisdicciones los programas de vacunación necesarios para la permanente cobertura de la población. Dichos programas se ajustarán a las normas técnicas que deberá establecer la autoridad sanitaria nacional mediante el correspondiente acto administrativo. El alcance de los programas aludidos debe asegurar la oportuna y suficiente cantidad de vacunas, así como del personal y elementos necesarios para su aplicación, hasta en los más alejados núcleos de población. La autoridad sanitaria nacional concertará acuerdos con las de aquellas jurisdicciones del país que soliciten su colaboración a efectos de proporcionarles asesoramiento técnico o recursos para el mejor cumplimiento de esta ley.

Artículo 4

ARTICULO 4. - Los programas a que se refiere el Artículo 3, deberán corresponder a la documentación específicamente preparada para cada uno de ellos por la autoridad sanitaria

de la jurisdicción en que se hayan de llevar a cabo. Tal documentación contendrá información concreta y suficientemente ilustrativa sobre los puntos que determine la autoridad sanitaria nacional, sin perjuicio de las referencias adicionales que en cada jurisdicción se estime convenientemente consignar. De la documentación de referencia deberá ser oportunamente informada la autoridad sanitaria nacional a efectos de que exprese las consideraciones de orden técnico que correspondiera formular.

Artículo 5

ARTICULO 5. - Sólo podrán utilizarse en cumplimiento de esta ley, aquellas vacunas expresamente aprobadas por la autoridad sanitaria nacional de acuerdo a las correspondientes normas legales en vigencia sobre elaboración, importación y comercialización de drogas y medicamentos de uso humano.

Artículo 6

ARTICULO 6. - Las autoridades sanitarias de cada jurisdicción deberán llevar un registro actualizado de las vacunaciones que sean efectuadas en cumplimiento de esta ley. Dichos registros consignarán las referencias que determine la autoridad sanitaria nacional, a las que podrán agregarse aquellas que en cada jurisdicción se estime conveniente. Los datos de tales registros se comunicarán en períodos regulares que fijará la autoridad sanitaria nacional, la que en base a ellos deberá llevar el registro de todo el país.

Artículo 7

ARTICULO 7. - Las autoridades sanitarias de todo el país divulgarán por todos los medios disponibles las referencias necesarias para proporcionar a la población información y asesoramiento suficiente y oportuno sobre las acciones que se propongan llevar a cabo en cumplimiento de esta ley, indicando clase de vacuna, grupos de población a cubrir, así como lugares y fechas en que se realizarán las vacunaciones. Dichas autoridades desarrollarán también campañas permanentes de educación sanitaria para proporcionar a la población adecuado conocimiento del riesgo que representa la no prevención de las enfermedades evitables mediante vacunación oportuna, así como sobre el deber social de someterse a ese medio de inmunización.

Artículo 8

ARTICULO 8. - Las autoridades sanitarias podrán concertar acuerdos con obras sociales y entidades privadas de bien público sin fines de lucro, a efectos de su participación en programas y campañas de vacunación. En todos los casos las autoridades sanitarias deberán ejercer estricta supervisión para asegurar el cumplimiento de las normas de esta ley.

Artículo 9

ARTICULO 9. - Las vacunas que apliquen y los actos de vacunación que lleven a cabo las dependencias sanitarias oficiales o las entidades a que se refiere el Artículo 8, serán

absolutamente gratuitas para la población. Las vacunas de que dispongan las autoridades sanitarias, sus dependencias o las entidades a que se refiere el Artículo 8, no podrán ser transferidas a ningún título a los establecimientos mencionados en el Artículo 10.

Artículo 10

ARTICULO 10. - Será admisible la vacunación en farmacias y otros establecimientos asistenciales privados legalmente autorizados para ello. La vacuna responderá en todos los casos a prescripción médica formulada bajo receta, en la que se consignará la vacuna indicada y sus dosis, el apellido y nombre del receptor, su edad y domicilio. La farmacia o establecimiento asistencial que aplique la vacuna, dejará constancia de las referencias que permitan identificar al vacunado, y establecer la clase y origen de la vacuna utilizada.

Artículo 11

ARTICULO 11. - Las vacunaciones a que se refiere esta ley son obligatorias para todos los habitantes del país, los que deben someterse a las mismas de acuerdo a lo que determine la autoridad sanitaria nacional con respecto a cada una de ellas. Los padres, tutores, curadores y guardadores de menores o incapaces son responsables, con respecto a las personas a su cargo, del cumplimiento de lo dispuesto en el párrafo anterior.

Artículo 12

ARTICULO 12. - Toda persona vacunada de acuerdo a las disposiciones de esta ley, deberá ser provista, por quien haya aplicado la vacuna, del correspondiente certificado que lo acredite. Los certificados se confeccionarán en formularios establecidos al efecto por la autoridad sanitaria nacional.

Artículo 13

ARTICULO 13. - Toda persona que concurra en la debida oportunidad a la dependencia sanitaria oficial más próxima a su domicilio o lugar de residencia temporaria para someterse a alguna de las vacunaciones obligatorias según esta ley, y no fuera vacunada por razones ajenas a su voluntad, deberá ser provista de una constancia en que se exprese la causa de la no vacunación y se formulen las indicaciones a seguir.

Artículo 14

ARTICULO 14. - La autoridad sanitaria nacional establecerá las ocasiones en que será regularmente exigible la presentación de los certificados o de las constancias a que se refieren los Artículos 12 y 13. Sin perjuicio de ello y cuando medien especiales circunstancias epidemiológicas, las autoridades sanitarias de cada jurisdicción podrán establecer temporariamente la exigibilidad adicional de su presentación en otras ocasiones. De no cumplirse con tales presentaciones los obligados a exigirlos conforme lo determine la reglamentación, deberán comunicarlo en la forma y tiempo que disponga la misma, a la dependencia de la autoridad sanitaria jurisdiccional más próxima para que, en base a los antecedentes de cada caso, determine si corresponde extender un duplicado del certificado o proceder a la vacunación o revacunación.

Artículo 15

ARTICULO 15. - En caso de peligro para la población, las autoridades sanitarias competentes podrán declarar en estado de emergencia epidemiológica determinadas zonas del país. En tal circunstancia, los organismos oficiales, las entidades privadas y las personas de existencia visible deberán prestar la colaboración que dichas autoridades soliciten para el mejor cumplimiento de las disposiciones de esta ley.

Artículo 16

ARTICULO 16. - Todas las personas procedentes de áreas endémicas o epidémicas de Fiebre Amarilla, deberán a su ingreso al país acreditar estar vacunadas contra esta enfermedad antes de los DIEZ (10) días de iniciado el viaje. En caso de tratarse de pasajeros argentinos que viajen hacia esas áreas, la vacunación también será obligatoria debiendo mediar igual lapso al dispuesto en el párrafo anterior entre la vacunación y su viaje. La autoridad sanitaria nacional queda facultada para disponer las medidas que estime necesarias en los casos de que las personas procedentes de las áreas mencionadas en el primer párrafo no acrediten mediante el certificado correspondiente haber sido vacunadas contra la Fiebre Amarilla.

Artículo 17

ARTICULO 17. - Los actos u omisiones que impliquen transgresiones a las normas de esta ley y/o de sus disposiciones reglamentarias serán sancionados con multa de CINCUENTA PESOS ARGENTINOS (\$a.50) a CINCO MIL PESOS ARGENTINOS (\$a.5.000) sin perjuicio de cualquier otra responsabilidad civil o penal en que pudieran incurrir. En el caso del Artículo 10, además de la sanción de multa que correspondiere, se procederá a cancelar la autorización concedida para aplicar las vacunas a que se refiere esta ley.

Artículo 18

ARTICULO 18. - La falta de vacunación oportuna en que incurran los obligados por el Artículo 11 determinará su emplazamiento, en término perentorio para someterse y/o someter a las personas a su cargo, a la vacunación que en cada caso corresponda aplicar, sin perjuicio, en caso de incumplimiento, de ser sometidos los obligados o las personas a su cargo a la vacunación en forma compulsiva.

Artículo 19

ARTICULO 19. - Facúltase al Poder Ejecutivo Nacional a actualizar por intermedio del Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente, los montos de las sanciones de multas, tomando como base del cálculo la variación semestral registrada al 1 de enero y al 1 de julio de cada año en el Índice de Precios al por mayor-Nivel General- que elabore el Instituto Nacional de Estadística y Censos, o el organismo que lo reemplazare.

Artículo 20

ARTICULO 20. - La autoridad sanitaria nacional y la de cada jurisdicción establecerán y mantendrán actualizado un registro de infractores a las disposiciones de esta ley, a cuyo efecto se intercambiarán la pertinente información.

Artículo 21

ARTICULO 21. - El producto de las multas que aplique la autoridad sanitaria nacional ingresará a la Cuenta Especial "Fondo Nacional de la Salud", dentro de la cual se contabilizará por separado y se aplicará exclusivamente en erogaciones destinadas al mejor cumplimiento de esta ley. El producto de las multas que apliquen las autoridades sanitarias del resto del país, ingresará de acuerdo con lo que al respecto se disponga en cada jurisdicción propendiendo a los fines de esta ley.

Artículo 22

ARTICULO 22. - La falta de pago de las multas hará exigible su cobro por ejecución fiscal, constituyendo suficiente título ejecutivo el testimonio autenticado de la resolución condenatoria firme.

Artículo 23

ARTICULO 23. - Las infracciones a esta ley y/o a sus disposiciones reglamentarias serán sancionadas por la autoridad sanitaria competente, previo sumario que asegure el derecho de defensa. Las constancias del acta labrada en forma al tiempo de verificada la infracción y en cuanto no sean enervadas por otros elementos de juicio podrán ser consideradas como plena prueba de la responsabilidad de los imputados.

Artículo 24

Artículo 25

ARTICULO 25. - La presente ley será reglamentada dentro de los NOVENTA (90) días de su promulgación, a cuyo término quedarán derogados el Decreto Ley N. 15.039/44, ratificado por Ley N. 12.912, y las Leyes números 12.670; 13.218; 14.022; 14.837; 15.010; 19.218 y 19.968.

Artículo 26

ARTICULO 26. - Comuníquese; publíquese; dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

FIRMANTES

BIGNONE - RESTON - LENNON - RODRIGUEZ CASTELLS - LICCIARDO

“BAJA COBERTURA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS/AS DE 0 A 24 MESES DE EDAD, PERIODO 2007-2009 EN LA POBLACIÓN HOSPITALARIA DE TOAY. UNA APROXIMACIÓN A LAS POSIBLES CAUSAS”.

LARREGUI, MONICA SUSANA