

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**PREVENCIÓN DE LA DESERCIÓN DE VACUNAS EN
NIÑOS MENORES DE UN AÑO EN EL CENTRO DE
SALUD CHILCA. HUANCAYO. 2012 - 2016**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**

LIDIA ROSALVA OROYA POMA

**Callao, 2017
PERÚ**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Lidia Rosalva Oroya Poma', is written over a faint, larger version of the same signature.

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA	Presidenta
DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI	Secretaria
DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA	Vocal

ASESOR: DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA

N° DE LIBRO: 005

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 027

Fecha de aprobación de Trabajo Académico: 19/01/2018

Resolución de Decanato N°068-2018-D/FCS de fecha 17 de Enero del 2018 de designación de Jurado Examinador de Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. OROYA POMA LIDIA ROSALVA

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	4
1.2 OBJETIVO	7
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	7
II. MARCO TEÓRICO	9
2.1 ANTECEDENTES.....	9
2.2 MARCO CONCEPTUAL	14
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	45
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	49
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS	49
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	50
3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME	52
IV. RESULTADOS.....	56
V. CONCLUSIONES	63
VI. RECOMENDACIONES.....	64
VII. REFERENCIALES.....	65
ANEXOS.....	70

INTRODUCCIÓN

El presente informe de enfermería refleja las actividades realizadas en el período de experiencia profesional en el ámbito de la salud pública, en el servicio de atención integral del niño del área de inmunizaciones, requisito indispensable para culminar la especialidad en salud Familiar y Comunitaria.

A través de este informe se dará a conocer las experiencias vividas, aportaciones, dificultades, conocimientos adquiridos en la actividades diarias que va enriqueciendo en el día a día del servicio donde se labora, permitiendo así, comparar o confrontar la teoría con la realidad diaria los cuales formaran parte fundamental en el desarrollo de las actividades futuras en mi desempeño como Profesional de Enfermería.

Las experiencias vividas fueron realizadas en el centro de Salud de Chilca del Distrito de Chilca de la Provincia de Huancayo, en el periodo comprendido entre el 2012 al 2016.

En este informe me enfoque en la importancia de la Estrategia Nacional de Inmunizaciones, ya que es un derecho Nacional de todo ciudadano y que a nivel mundial ha logrado de una forma eficaz prevenir las enfermedades que se propagan en las comunidades. En el caso de algunas enfermedades sumamente contagiosas, como el sarampión, basta un número reducido de personas sin vacunar o sin la serie completa

de una vacuna para producir una epidemia, esto sería una amenaza para toda una nación.

Así mismo es fundamental que se reciba en forma oportuna y las dosis correspondientes de las vacunas para garantizar una protección total por lo cual la deserción es un aspecto que unido a los factores económicos, sociales, culturales y geográficos repercuten en el éxito de esta actividad por lo tanto es necesario iniciar estrategias que disminuyan esta deserción lo cual pongo en conocimiento en este informe.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

A comienzos de este siglo, las infecciones transmisibles de la infancia causaban la muerte prematura de miles de niños en la Región de las Américas. Existía una sola vacuna: contra la viruela. En el transcurso del siglo, se han producido una variedad de vacunas y la inmunización ha demostrado ser la medida de salud pública más económica para prevenir la enfermedad y la muerte entre los niños. Hoy en el siglo XXI, el sueño de eliminar del todo estas enfermedades está próximo a hacerse realidad en lo que respecta a algunas de ellas, al igual que ocurrió con la viruela.

En mayo de 1974, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), para poner al alcance de un mayor número de niños los enormes beneficios de la vacunación. El programa se concentró en seis enfermedades y exigió la aplicación de cuatro vacunas diferentes: contra el sarampión; DPT contra la difteria, la pertussis y el tétanos; BCG contra la tuberculosis y la vacuna oral contra la poliomielitis (VOP). En 1977 cuando la Organización Panamericana de la Salud (OPS) lanzó el PAI en las Américas, sólo del 25 a 30% de los niños de la Región recibían estas vacunas. El PAI ofrece apoyo a los servicios nacionales de inmunización a fin de que puedan alcanzar la meta de inmunizar a todos los niños menores de un año.

Debido a condiciones económicas adversas, muchos de los países de la Región experimentaron dificultades para ampliar la cobertura de inmunización en la primera etapa, es decir, para la obtención de las vacunas necesarias. La OPS concibió un medio de asegurar que los países pudieran obtener un suministro permanente de vacunas de alta calidad al costo más bajo posible mediante el fondo rotatorio del PAI, que comenzó a funcionar en 1979. El fondo se capitalizó con dinero procedente del presupuesto de la OPS, grandes donaciones de UNICEF, de los gobiernos de los Países Bajos, de los Estados Unidos de América y aportes de otros gobiernos. La creación del fondo ha evitado las interrupciones en los suministros de vacunas y además ha permitido a los países beneficiarse de los costos reducidos de pedidos al por mayor. (Cuadros, MARC OLIVE, NORIEGA, CANASCO, & CLAUDIO, 1995)

En la actualidad, las enfermedades inmunoprevenibles causan muertes anuales en los países en vías de desarrollo en niños y niñas menores de 5 años alrededor de 1.6 millones. Por ello, se continúa con el desarrollo en los países el Programa Ampliado De Inmunizaciones (PAI) como una acción conjunta de las naciones del mundo y organizaciones internacionales, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) tendiente a lograr una cobertura universal de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de morbilidad y la mortalidad causadas por enfermedades inmunoprevenibles. (Moreno, 13/07/2011)

En la Provincia de Huancayo en los establecimientos de salud de primer nivel la deserción reportada de los diferentes biológicos administrados en los menores de 1 año el año 2012 era alta. A través del Programa Ampliado de Inmunizaciones, se observa un descenso los siguientes años. Sin embargo, aún muchos establecimientos de salud rurales no logran superar por motivos de recursos humanos e infraestructura y de difícil acceso en los cuales se deberá implementar estrategias de acuerdo a su realidad

Es importante rescatar que, quienes se ocupan de la inmunización son las enfermeras, que se encargan además de la formación y supervisión de otros trabajadores de salud. Así pues, es importante que las enfermeras estén bien formadas e informadas acerca de todos los aspectos de la seguridad de las inmunizaciones. Las inmunizaciones son una de las invenciones de salud pública más eficaces y seguras. Gracias al éxito de las inmunizaciones y vacunas, casi se han erradicado por completo enfermedades infantiles discapacitantes, como la poliomielitis, y otras, como la viruela, se han erradicado del todo.

Sin embargo, la inmunización es, en cierta medida, víctima de su éxito. A medida que los programas de inmunización aumentan su eficacia en la lucha contra las enfermedades, el público deja 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.

Por otra parte, los factores culturales y factores sociales, así como las apreciaciones exageradas de los riesgos de las vacunas pueden hacer que aumenten las preocupaciones y los rumores acerca de su seguridad y la renuencia de algunos padres a hacer inmunizar a sus hijos. Esto ha planteado algunos problemas de salud pública en relación con la seguridad de las inmunizaciones vacunas y puede ser un impedimento para mantener niveles de deserción altas. Las enfermeras han de situarse en la vanguardia para conseguir la seguridad de las inmunizaciones y hacer desaparecer los rumores y alegaciones falsos. Así mismo deben estar preparados para impedir los sucesos adversos posteriores a las inmunizaciones, o para resolverlos cuando estos se presenten. (Ruiz, 2010)

1.2 OBJETIVO

Describir la experiencia profesional en la prevención de la deserción de vacunas en niños menores de un año en el centro de salud chilca.

Huancayo. 2012 - 2016

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente informe de experiencia laboral se justifica porque en el Centro de Salud de Chilca se ha podido observar que la deserción de vacunas hasta el año 2011 era alta en los niños menores de 1 año porque no

asistían a la administración de la vacuna en forma oportuna lo cual generaba un importante grupo de niños no protegidos favoreciendo la presentación de casos de enfermedades prevenibles por las vacunas.

Se justifica además porque de la aplicación de las estrategias adecuadas se podrá proponer mecanismos de solución para revertir la situación encontrada.

Y finalmente porque de los resultados expuestos y evidencias demostradas se podrán proponer normas que se generalicen en todos los centros de salud a fin de generalizar y difundir la experiencia laboral expuesta

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

A Nivel Internacional

CASPI Punina, Ana Maribel, Jenny Patricia Lima Changoluiza (2012); elaboraron un estudio titulado **“FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN EL CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DE LA COMUNIDAD DE SANTA FE DEL SUBCENTRO DE SALUD ATAHUALPA DE LA PARROQUIA ATAHUALPA, CANTON AMBATO, PROVINCIA DE TUNGURAHUA DURANTE EL PERIODO DE MAYO DEL 2012 A NOVIEMBRE DEL 2012”**. Con el objetivo de Determinar cuáles son los factores de riesgo que inciden en el cumplimiento del esquema de vacunación de los niños menores de 5 años de la comunidad de Santa Fe del Sub Centro de Salud Atahualpa, de la Parroquia de Atahualpa, Cantón Ambato, Provincia de Tungurahua durante el periodo de mayo del 2012 – Noviembre del 2012. La población o universo considerado corresponde a 49 niños menores de 5 años relacionados con el problema, 44 Madres y padres de familia. El diseño de estudio fue participativo, descriptivo, analítico, y transversal. La técnica utilizada fue encuesta y el instrumento cuestionario. Se llegó a las siguientes conclusiones: En la comunidad de Santa Fe, por las condiciones culturales de la población, no se logra

mantener la confianza de la familia para beneficiarse de programas nacionales y locales de inmunización; la mayor parte de los padres de familia cuentan con un nivel de educación primario y en su mayoría se dedican a tiempo completo a la agricultura. El Sub Centro de Salud de Atahualpa, brinda servicios de vacunación a niños y niñas, beneficio que no es aprovechado por un grupo de madres y padres de familia de la comunidad, debido a diversas circunstancias como: los recursos económicos bajos que limitan el acceso a los medios de transporte necesarios para acudir al SCS (1)

ROMERO Delfino, Manuel - Rolón, María F. -Rudnitzky, Romina Samoluk, Graciela A. - Zabala, Adriana E. (2001): CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACIÓN OBLIGATORIO EN LA POBLACIÓN INFANTIL DE LAS LOCALIDADES DE SANTA ANA Y CORRIENTES CAPITAL – ARGENTINA. Con el objetivo de 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; el diseño del Estudio fue Observacional, descriptivo de tipo transversal, retrospectivo. Según los resultados hallados concluyen que: Hay un mayor cumplimiento en la localidad de Santa Ana que en la de Corrientes Capital, siendo en ambas el porcentaje de incumplimiento un valor considerablemente alto. Las razones del incumplimiento demuestran una barrera de accesibilidad

cultural más importante en la localidad de Santa Ana que en Corrientes Capital; sin embargo, en Corrientes Capital prevalecieron para el incumplimiento las razones personales del tutor, aunque cabe resaltar dentro de este ítem la discordancia horaria entre la actividad laboral y los servicios asistenciales, lo que representa una barrera de accesibilidad organizativa. La distancia al Centro de Atención Primaria de la Salud, a pesar de no ser una de las causas de incumplimiento más frecuente, rebela una barrera de accesibilidad geográfica, más importante para Corrientes Capital que para Santa Ana. Hay un conocimiento aceptable respecto de la utilidad de las vacunas en mayor porcentaje en la localidad de Corrientes Capital que en la localidad de Santa Ana, que coincide con las razones para su incumplimiento (2)

A nivel nacional

VALDIVIA Reyes Karen Miluska. **“CONOCIMIENTO SOBRE INMUNIZACIONES Y SU RELACION CON FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE MADRES CON NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS, C. S. “SAN FRANCISCO” TACNA 2012”**. El objetivo de estudio fue: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre inmunizaciones con factores sociodemográficos de Madres con Niños menores de dos años del Centro de Salud “San Francisco”, 2012. El diseño de estudio fue descriptivo de corte transversal correlacional, la muestra estuvo conformado de 91 madres con niños menores de dos

años. Los resultados obtenidos determinaron que el 41,8% presentó un nivel bajo de conocimiento, 35,2% nivel medio y 23,1% nivel alto; los factores sociodemográficos predominantes, fueron: Edad de 20-34 años, tenencia de 1-2 hijos y estado civil casada/conviviente. Concluyendo que existe relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento sobre inmunizaciones con los factores sociodemográficos de la madre de niños menores de dos años, $P < 0,05$ (3)

GONZALES Sotelo Dina Cirilo. En el 2011 desarrolló un estudio titulado **“FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACIÓN EN LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE UN AÑO EN EL CENTRO DE SALUD DE MALA - Lima”**

Con el objetivo de Determinar los factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación en las madres con niños menores de un año en el Centro de Salud de Mala, 2011. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal, la población estuvo conformado por todas las madres que acudieron a vacunar a sus niños menores de un año al consultorio de Enfermería del Centro de Salud de Mala; la muestra fue obtenida mediante el muestreo probabilístico de proporción para población finita, aleatoria simple conformado por 44 madres. La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo cuestionario con la cual llegó a las siguientes conclusiones: “Los factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación en las madres con niños menores de un

año; en un mayor porcentaje están presentes, referido al ingreso económico, gasto de pasaje para ir a vacunar al niño, la creencia sobre las vacunas, gratuidad de las vacunas, el trato del personal de Enfermería, la información de las citas posteriores y de las reacciones post vacúnales, seguido de un porcentaje considerable de madres que refieren que están ausentes, por la ocupación de la madre, le es difícil llevar a vacunar al niño si gastara pasajes, contraindicación de las vacunas, que la vacuna pentavalente protege contra cinco enfermedades, la accesibilidad al servicio, el tiempo de espera”. En cuanto al factor institucional que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación; el mayor porcentaje de las madres refieren que está presente referido a la recepción de información sobre reacción postvacunal e información sobre citas posteriores y el trato del personal de Enfermería y un porcentaje considerable expresa que lo ausente está dado por la accesibilidad al servicio y el tiempo de espera (4).

MEDINA Valdivia, Giovanna Sulamid, en Lima-Perú, el 2007, realizó un estudio sobre: **“FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES QUE INFLUYEN EN LA ASISTENCIA A LA ESTRATEGIA DE INMUNIZACIÓN DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO EN EL CENTRO DE SALUD “MI PERÚ”**. Ventanilla, con el objetivo de Determinar los Factores socioeconómicos y culturales que influyen en la asistencia a la estrategia de inmunización. El método empleado fue:

Descriptivo de corte transversal. La población fue de 20 madres. La técnica fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo cuestionario. Las conclusiones fueron “Los Factores que influyen en la asistencia a la estrategia de inmunización son los factores socioeconómicos en un 70 % y los Factores culturales se encuentran presentes en un porcentaje de 50%” (5).

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 ASPECTOS GENERALES

La inmunización es una de las intervenciones sanitarias más potentes y eficaces en relación con el costo. Previene enfermedades debilitantes y discapacidades y salva millones de vidas cada año. (OMS)

Las vacunas tienen la capacidad no sólo de salvar vidas, sino también de transformarlas, pues brindan a los niños la oportunidad de crecer sanos, ir a la escuela y mejorar sus perspectivas de futuro. Cuando las vacunas se combinan con otras intervenciones sanitarias, como los suplementos de vitamina A, los medicamentos antihelmínticos y los mosqueteros para prevenir el paludismo, la inmunización se convierte en un instrumento de primera importancia para la supervivencia infantil. (6)

Desde 2000, se han intensificado los esfuerzos para alcanzar no sólo los ODM, sino también los objetivos de la Visión y Estrategia Mundial de

Inmunización (GIVS), elaborada por la OMS y el UNICEF, que apoyan los ODM. Gracias a la asistencia financiera de la Alianza GAVI y otros asociados, hoy en día se está inmunizando a más niños que en ningún otro momento de la historia: más de 100 millones de niños al año en los últimos años. Y cada vez se dispone de más vacunas para proteger a los adolescentes y los adultos. Entre ellas figuran vacunas que protegen contra enfermedades que ponen en peligro la vida, como la gripe, la meningitis y ciertos cánceres que aparecen durante la edad adulta. (7)

2.2.2 ESQUEMA O CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN - ACTIVIDAD REGULAR EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO

El esquema nacional de vacunación, es la representación cronológica y secuencial para la administración de las vacunas aprobadas oficialmente para el país, como parte de la política nacional de inmunizaciones. (8)

- a) Vacuna BCG.-** Es una vacuna liofilizada del Bacilo Calmette y Guerin y protege contra las formas graves de tuberculosis, se administra en una dosis de 0.1 cc al recién nacido dentro de las 24 horas de nacimiento. Teniendo en consideración el peso a partir de 2500 gramos a más; y sin cuadro clínico manifiesto.

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

entre 1 a 4 años, 11 meses, 29 días que no hayan recibido BCG y son contactos de casos de TB pulmonar deben recibir la terapia preventiva con isoniacida (quimioprofilaxis) al término del esquema de administración deberá aplicarse la vacuna BCG. La aplicación de la BCG en hijos de madres con infección por VIH debe seguir lo normado. (8)

b) Vacuna contra la hepatitis B.- Es una vacuna inactivada recombinante, se administra una dosis de 0.5 cc al recién nacido inmediatamente durante las Primeras 12 horas hasta un máximo de 24 horas de nacimiento. Se vacunará a recién nacidos sanos que tengan un peso igual o mayor de 2000 gramos. La vacuna es de presentación monodosis, y se administra por vía intramuscular en el tercio medio del músculo vasto externo del muslo, con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 5/8". (8)

c) Vacuna pentavalente.- Vacuna combinada que contiene 5 antígenos: toxoide diftérico y tetánico, bacterias inactivadas de Bordetella pertussis, polisacárido conjugado de Haemophilus Influenzae tipo b y antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B.

Se administra en tres dosis a los 2, 4 y 6 meses respectivamente, cada dosis comprende la administración de 0.5 cc por vía intramuscular en la cara antero lateral externo del muslo, con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1". Los niños que

no hayan completado su esquema de vacunación en las edades que corresponden, podrán completar el esquema hasta los 4 años, 11 meses y 29 días, con un intervalo de 2 meses entre dosis y dosis. (8)

- d) Vacuna antipolio inactivada inyectable (IPV).**- La vacuna de Poliovirus Inactivados (IPV) es una vacuna inyectable, de presentación multidosis y/o monodosis, se administra a los 2 y 4 meses de edad. Cada dosis de 0.5 cc por vía intramuscular en el tercio medio de la cara antero lateral externo del muslo, con jeringa retractable de 1 cc y aguja 25 G x 1. Aquellos niños que constituyen población en riesgo, por ser portadores del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o nacidos de madres portadoras de VIH. Deberán recibir exclusivamente las 3 dosis de la vacuna IPV (inyectable). (8)
- e) Vacuna antipolio oral (APO).**- La vacuna Antipolio Oral (APO) es una vacuna de virus vivo atenuado de presentación multidosis, se administra tres dosis, a los 6 meses, 18 meses y 4 años de edad. Cada dosis comprende 02 gotas de la vacuna por vía oral. (8)
- f) Vacuna haemophilus influenzae Tipo B {HIB}.**- La vacuna contra Haemophilus tipo b {hib} en el menor de 5 años se administra a los niños que han presentado reacciones adversas a la aplicación de la primera dosis de vacuna pentavalente, se aplica en dos dosis con intervalo de dos meses cada dosis de 0.5cc se administra por vía

intramuscular con jeringa descartable y aguja retráctil de 1cc y aguja 25Gx1.

- g) Vacuna contra sarampión paperas y rubeola {SPR}.**- Esta vacuna contiene virus vivos atenuados se administra dos dosis a los niños menores de 5 años la primera a los doce meses y la segunda a los 18 meses de edad respectivamente, La vacuna es de presentación monodosis y multidosis , se administra 0.5cc por vía subcutánea en el tercio medio de región deltoidea con jeringa descartable y aguja retráctil de 1cc y aguja 25Gx 58.

Los niños que no hayan completado su esquema de vacunación con la vacuna SPR en las edades que corresponden deberán recibir las dosis faltantes hasta los 4 años 11 meses 29 días con intervalo mínimo de 6 meses entre dosis y dosis.

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

La vacuna contra Rotavirus en el menor de 6 meses, se aplica en dos (02) dosis en el 2do y 4to mes, de presentación monodosis, cada dosis de 1.5 cc por vía oral. Cuando la vacunación con rotavirus no se administró con oportunidad, el niño o niña podrá

iniciar la primera dosis hasta los 4 meses con un intervalo mínimo de 1 mes para la aplicación de la segunda dosis. (8)

- i) **Vacuna contra neumococo.**- Vacuna Antineumocócica conformada por los serotipos más comunes causantes de enfermedades graves por neumococo en los niños menores de 2 años, previene las enfermedades respiratorias severas bacterianas como las neumonías y otras como: meningitis, sepsis y otitis media. O Niños hasta los 12 meses, 3 dosis: al 2do mes, 4to mes y 12 meses. Se aplica 0.5 cc, por vía intramuscular en el tercio medio de la cara antero lateral externa del muslo, con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1". O Niños entre 12 y 23 meses y 29 días no vacunados previamente 2 dosis con intervalo de al menos 1 mes entre dosis. Cada dosis de 0.5 cc por vía intramuscular en el tercio medio de la cara antero lateral externa del muslo. o Niños de 2 años a 4 años, con Comorbilidad no vacunados previamente, 1 dosis de 0.5 cc por vía intramuscular en la región deltoides. (8)

2.2.3 FACTORES QUE ALTERAN EL PROCESO DE VACUNACION

Fritz Heider, en su libro de 1958 "la psicología de las relaciones interpersonales", dice que todo comportamiento se considera que será

determinado por factores internos o externos. La teoría de la atribución de Fritz Heider es un método que se puede utilizar para evaluar cómo la gente percibe el comportamiento de sí mismo y de la demás gente. La teoría de la atribución está referida a cómo la gente genera explicaciones causales. (9)

a) Factores Internos:

La causalidad se asigna a un factor, a un agente o a una fuerza interior. Los factores interiores caen dentro de su propio control. Usted puede elegir comportarse de una manera particular o no. Su comportamiento no es influenciado, limitado o totalmente determinado por influencias fuera de su control. Por lo tanto, usted se siente responsable. Un ejemplo típico es su propia inteligencia. También se le conoce como: Atribución Disposicional (9).

- **Edad.**- La edad a la cual las mujeres comienzan su vida reproductiva constituye uno de los factores demográficos determinantes en la fecundidad de una población. La edad mediana al nacimiento del primer hijo, de las mujeres de 25 a 49 y más años de edad, se ha mantenido casi constante, en alrededor de 22 años. Según la ENDES 2012, se estima en 22,3 para las mujeres de 25-29 años, la misma que respecto a la edad mediana de las mujeres de 45 a 49 años de edad (21,9 años) muestra un ligero incremento de 0,4 años (10).

Las mujeres comienzan a tener hijos a edades tempranas. Antes de los 18 años, entre un 14,5 y 16,9 por ciento tuvieron su primer hijo; asimismo, entre un 31,6 y un 36,4 por ciento de las mujeres que procrearon por primera vez antes de los 20 años. Al llegar a los 25 años, más del 63,0 por ciento de las mujeres habían dado a luz (10).

- Los expertos consideran que la mejor edad para ser madre (en términos biológicos) son los 25 años. Las condiciones físicas no son las mismas a los 20 que a los 40 años, está claro. A los 25 años, o extendiendo el margen, entre los 20 y los 30 años se dan en la mujer las condiciones más favorables para concebir engendrar y parir un hijo (10).
- **Ocupación.-** La niñez constituye un período crítico en el ser humano pues se caracteriza por el crecimiento físico, el desarrollo psicomotor, social, y de hábitos que condicionan el bienestar y la calidad de vida del futuro adulto. La madre contribuye con su presencia y no sólo por la alimentación natural que de ella deriva la supervivencia del niño. Su presencia es fundamental para el desarrollo durante los primeros años de vida, constituyéndose como el eje central en la salud de sus hijos.

Estudios realizados a lo largo de la historia han revelado la importancia de la presencia materna en la salud y bienestar de su

hijo. En sociedades antiguas la ausencia de ésta era fundamentalmente a su muerte, en un momento en que la dependencia del niño hacia su madre es muy fuerte, por lo que frecuentemente el padre recurría a un nuevo matrimonio, tan común en éstos contextos históricos, sobre todo para mitigar parte de los efectos negativos de su ausencia. En las sociedades contemporáneas en las que se ha producido una disminución de la mortalidad materna, la ausencia de la madre suele deberse al divorcio, separación o porque trabaja fuera del Hogar. Mientras esta ausencia puede influir en el bienestar del niño y en su crecimiento no es importante para su supervivencia. (12)

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

constante-manantial de esperanza y ricas alternativas o una inevitable fuente de sufrimiento. (13)

El nivel de instrucción de la madre es considerado como un indicador del nivel de vida, ya que a un mayor grado de instrucción, le da la oportunidad de informarse por las diferentes fuentes y adquirir nuevos conocimientos que le permitan tomar conciencia y asumir con responsabilidad su rol dentro del hogar y del cuidado de sus hijos.

- **Nivel educativo.** - El nivel de educación puede moldear tu percepción del mundo y puede contribuir al crecimiento social. Puede llevarte a tener la posibilidad de una mejor remuneración, lo que a su vez contribuye a la calidad de vida. También puede contribuir a los procesos de las tomas de decisiones que serán los caminos que tomarás en la vida.

Las Madres cada vez que escalan los diferentes niveles de escolaridad hasta llegar al nivel superior, entienden y aceptan con mayor grado de información sanitaria, cumplir con más responsabilidad las necesidades pertinentes para el cuidado de la salud del niño. (14)

El nivel de instrucción de los Padres es considerado como un indicador del nivel de vida, ya que a un mayor grado de instrucción, le da la oportunidad de informarse por las diferentes

fuentes y adquirir nuevos conocimientos que le permitan tomar conciencia y asumir con responsabilidad su rol dentro del hogar y del cuidado de sus hijos. No es así, las Madres con un bajo nivel de información en quienes esta condición se constituye en un factor frecuente al cambio, aunado a las características socioculturales, el predominio de tabús, mitos, prejuicios que prevalecen en ellas, lo cual puede convertirse en una barrera fuertemente limitante para comprender la importancia de la adquisición de nuevos conocimientos. (14)

El estado de salud aumenta con el nivel de educación. Entre las evidencias científicas más claras se encuentran los resultados de la Encuesta de Promoción de la Salud de Canadá (1990) en la cual se determinó que a medida que aumenta la educación mejora la autoevaluación del estado de salud, disminuyen las limitaciones de las actividades, disminuyen los días laborales perdidos. La educación contribuye a la salud y prosperidad en la medida que promueve a las personas con conocimientos y aptitudes para solucionar problemas, otorgándoles un sentido de control y dominio en las circunstancias de su vida, aumenta las oportunidades de seguridad en materia laboral y de ingresos, además de la satisfacción en el trabajo. Asimismo, mejora el acceso y manejo de información para mantener una vida saludable (Canadá Health-OPS/OMS, 2000: 18). (15)

b) Factores externos:

La causalidad se asigna a un factor, a un agente o a una fuerza exterior. Los factores externos se salen fuera de control. Usted percibe que no tiene ninguna opción. Entonces su comportamiento está influenciado, limitado o aun totalmente determinado por influencias fuera de su control. Por lo tanto, usted se siente como no responsable por su comportamiento. Un ejemplo genérico es el tiempo. También se le conoce como: Atribución circunstancial. (9)

- **Medios de comunicación.** - Los medios de comunicación son instrumentos utilizados en la sociedad contemporánea para informar y comunicar mensajes en versión textual, sonora, visual o audiovisual. Algunas veces son utilizados para comunicar de forma masiva, para muchos millones de personas, como es el caso de la televisión o los diarios impresos o digitales, y otras, para transmitir información a pequeños grupos sociales, como es el caso de los periódicos locales o institucionales. (16)

Distintos ejemplos dan cuenta del impacto de los medios sobre la salud pública, pero todos en definitiva nos hablan de un vínculo indisoluble entre los grandes medios de comunicación y el mercado. A través de ellos, se imponen medicamentos, enfermedades, tratamientos, se maneja la opinión pública de las

necesidades en salud y hasta se fabrican epidemias. Ejercen de esta manera un efectivo método de control social, generan enormes ganancias. (17)

Los medios de comunicación encabezan la fuente de información más usual durante este episodio de la vacunación, la influencia del médico de familia en la decisión de vacunarse resulta significativa. (18)

Los usuarios percibieron el mensaje de la campaña a través de los medios de comunicación masiva en mayor proporción (56,6%) que por otros medios (locales e institucionales). En cuanto a la influencia de los medios masivos sobre la decisión de los usuarios para llevar a los niños a vacunar, fue de 42,6%. Estos resultados permiten destacar la importancia de dichos medios masivos, sumados a los locales e institucionales para atraer a la gente a llevar a sus hijos a vacunarse. (19)

- **Accesibilidad al servicio.**- Entendiendo el acceso a servicios de salud como el "proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento. (20)

La demanda por servicios de salud está asociada a una decisión secuencial por parte de los individuos: En una primera etapa, se decide si se busca o no los servicios de salud, y en otra, se opta por elegir a un tipo de proveedor. Ambas están asociadas al concepto de demanda de acceso, y permite determinar quiénes son los que acuden a los servicios de salud y quiénes enfrentan barreras de acceso. (20)

Completando esta concepción, Aday y Andersen distinguen tres niveles de acceso que se relacionan a través de determinantes individuales, organizacionales y sociales: 1) Político: acciones planeadas y dirigidas por el Estado para mejorar el acceso a los servicios de salud. Muchas de las barreras que se presentan están asociadas con deficiencias institucionales del sistema, originadas por la falta de recursos, la mala asignación de los mismos, o como consecuencia de la definición del plan de beneficios y los procedimientos establecidos para hacer parte de la lista de beneficiarios; 2) Acceso potencial: Interacción entre las características del sistema de salud y las del individuo, de la cual surgen barreras atribuidas a la oferta o sistema de prestación de servicios, que se presentan en la entrada, después del contacto inicial, y a la salida del sistema. (21)

- **Horario de atención.-** Realizar un viaje a una unidad de salud con un niño sano puede no ser la primera prioridad para personas con muchas cosas importantes que hacer. Para muchos progenitores, particularmente para algunas madres, conseguir y preparar los alimentos de cada día implica trabajar de sol a sol. Otras trabajan en la agricultura, fuera de la casa, o tienen horarios de trabajo inflexibles u otras obligaciones familiares, o no disponen de alguien que cuiden de sus otros hijos menores. Los horarios de atención en los establecimientos de salud deben ser programadas de modo que resulten convenientes para los padres. Los gestores de las unidades de salud deben evaluar los horarios de vacunación al menos una vez al año y modificarlos, si fuera necesario, para responder a las necesidades de las comunidades.

(01)

Trato del personal.- Cuando llegamos a una institución de salud vamos en busca de ayuda, de comprensión, de consuelo, de atención, y desafortunadamente muchos de los que allí acuden no lo consiguen. Los pacientes que llegan a un consultorio, a un hospital o un puesto de salud, no están preparados para afrontar las dificultades de la institución, las cuales se reflejan en la forma como los empleados, profesionales de la medicina, auxiliares, o de servicio enfrentan dicha atención. Todo comienza en la portería, donde se inicia el proceso de la entrada, marcado por las

medidas naturales de la seguridad. Los porteros cumplen con un deber, pero muchas veces se extralimitan y con su comportamiento agreden a las personas. La angustia del ingreso por urgencias o la premura por encontrar la información adecuada para la atención, hace que las personas, pacientes y familiares como el personal de salud adopten actitudes inadecuadas que en muchas oportunidades pueden generar mal trato. (23)

Para el paciente es importante la información recibida por parte del personal de la salud, ésta debe ser suministrada en términos adecuados y comprensibles con el fin de aclarar dudas existentes respecto a su enfermedad. Las enfermeras juzgados como "buenos" dentro del sector de la salud, son aquellos que no sólo responden al perfil del profesional en la habilidad de tratar una enfermedad, sino también porque "prestan atención al paciente y se muestran receptivos a la información que éste ofrece, además de brindar una información inteligible al paciente. (22)

Se busca una atención donde sea reconocido y tratado como persona, ubicada en una determinada familia y sociedad y con necesidades y expectativas concretas. A esto se le suele llamar la Calidad de la atención, pero para lograrla, no basta con simular interés. Una de las características humanas fundamentales es el reconocer la sinceridad y el interés mediante los sutiles

movimientos corporales, particularmente de las zonas peri orbital y bucal, además de la mímica del cuerpo y el para lenguaje. (23)

La calidad en la comunicación entre la enfermera y el paciente es un elemento indispensable en el consultorio de vacunación, principalmente cuando el objetivo es promoverla y protegerla. Dicha labor es la base fundamental de la enfermería en la atención al usuario.

- **Tiempo de espera.** - Es el tiempo promedio transcurrido medido directa o indirectamente, entre el ingreso del usuario al establecimiento de salud y el ingreso al consultorio para la atención respectiva. (24)

Dada la misión de las organizaciones de salud de mejorar las condiciones sanitarias de la población mediante la atención; reduciendo desigualdades, conteniendo costos y satisfaciendo a los usuarios con respeto a su autonomía y valores; el usuario es el personaje principal en los escenarios de la prestación de servicios, sus expectativas es la satisfacción de la atención tanto del prestador de servicios y las de la propia institución. (25)

Dentro de la calidad en servicios de salud, Donabedian considera dos dimensiones: la técnica y la interpersonal Dada la misión de las organizaciones de salud de mejorar las condiciones sanitarias

de la población mediante la atención; reduciendo desigualdades, conteniendo costos y satisfaciendo a los usuarios con respeto a su autonomía y valores; el usuario es el personaje principal en los escenarios de la prestación de servicios, sus expectativas es la satisfacción de la atención tanto del prestador de servicios y las de la propia institución. El tiempo de espera, es considerado como indicador de resultado en cuanto a la importancia de la opinión del usuario. (26)

También algunos autores clásicos lo han propuesto como condicionante de no utilización de servicios cuando es elevado. En un análisis de estudios realizados en diversas instituciones de salud en México, Rúelas encontró que el elevado tiempo de espera es causa de insatisfacción. Dado la gran importancia se ha tratado de determinar cuál sería el tiempo de espera aceptable por un paciente antes de ser atendido en un servicio de salud; estudios realizados encontraron; un promedio de $16,1 \pm 7,9$ minutos, otros estudios demuestran que este no debería de exceder los 30 minutos. La satisfacción del usuario es un componente integral de la calidad de atención en los servicios de salud. Un alto nivel de satisfacción promueve conductas positivas tales como conformidad y continuidad con los proveedores de salud; de esta manera, la evaluación de la satisfacción del usuario puede ayudar a la mejora continua de la calidad de atención. (25)

2.2.4 INFORMACIÓN QUE RECIBE ACERCA DE LAS VACUNAS

Muchas familias carecen de información fidedigna sobre inmunizaciones y servicios de inmunización. Muchas veces no saben que si no acuden a una cita programada de inmunización todavía pueden ser inmunizados; sólo deben acudir lo más pronto posible a vacunarse. Las creencias falsas y los rumores mal intencionados también hacen que las personas dejen de utilizar los servicios de inmunización. Los siguientes son conceptos erróneos comunes:

- Los niños están protegidos contra enfermedades prevenibles por vacuna por un ser religioso o sobrenatural que vela por ellos
- Los niños están completamente protegidos porque ya han recibido algunas inmunizaciones,
- Los niños enfermos no pueden ser vacunados,
- Las inmunizaciones frecuentemente causan esterilización, enfermedad o efectos adversos peligrosos,
- Los padres no saben que el niño puede ser vacunado en cualquier unidad de salud del país, para darle seguimiento,
- Los padres creen que deben pagar las consultas para poder vacunar a sus hijos,

- Los servicios de salud vendrían a su casa o a su comunidad si la vacunación fuera realmente importante, tal como lo hacen durante las campañas.

Los trabajadores de salud local tienen un rol particularmente importante en mejorar el nivel de conciencia de la gente y brindar información a las poblaciones beneficiarias; La información a los padres acerca de las vacunas se debe dar en términos generales: vacunas y enfermedades que previene, calendario de vacunación, importancia, recibirla a tiempo; todo ello en lenguaje adecuado; es una medida eficaz. (4)

2.2.5 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ACTIVIDADES PREVENTIVAS DE INMUNIZACIÓN EN SALUD PÚBLICA

El presente informe se relaciona con la Teorista de enfermería, Leininger que define su teoría de forma distinta a como lo hacen las otras teóricas enfermeras. Según ella, una teoría es una forma sistemática y creativa de descubrir conocimientos acerca de algo o de explicar algunos fenómenos conocidos de forma vaga o limitada. La teoría enfermera debe tener en cuenta las creencias culturales, las conductas del cuidado y los valores de los individuos, familias y grupos para proporcionar cuidados enfermeros efectivos, satisfactorios y coherentes.

La teoría de Leininger procede de la antropología y de la enfermería, de la unión de ambas surge una de las grandes áreas de enfermería. La

enfermería transcultural, esa área que se centra en el cuidado y el análisis comparado de las diferentes culturas y subculturas del mundo, desde el punto de vista de sus valores asistenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad y de los modelos de conducta, siempre con el compromiso de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan una práctica de la atención sanitaria específica de la cultura y universal.

Esta teoría fundamentada en la antropología y la enfermería, desarrolla la aplicación de métodos etnológicos cualitativos, en especial la etno enfermería y resalta la importancia de estudiar a las personas desde el punto de vista de sus conocimientos y experiencias locales, para después contrastarlo con los factores étic (externos), a menudo identificados como prácticas y convicciones de los profesionales de la enfermería, para conformar una aproximación holística al estudio de las conductas culturales en diversos contextos ambientales.

El conocimiento cultural se centra en conocer el punto de vista o visión del mundo del cliente; es decir, la visión étic. Es importante tener conciencia de que las ideas preconcebidas, las racionalizaciones a partir de ideas arbitrarias y la incapacidad para autocriticarse, son causas, en la mayoría de los casos, de etnocentrismo, con el cual cubrimos nuestras carencias y debilidades, lo que nos vuelve despiadados con las carencias y debilidades de los demás.

A raíz de sus trabajos en salud mental infantil, Leininger se da cuenta de que la cultura era aquella base tan importante que faltaba en los servicios de salud y enfermería, ya que las enfermeras a lo largo del tiempo no habían estudiado en lo referente a los factores culturales en la educación y práctica enfermera y por tanto, no podrían ser profesionales eficaces en un mundo inmensamente multicultural.

Etnoenfermería. - Leininger ha sostenido que la asistencia es la esencia de la enfermería y el rasgo predominante, distintivo y unificador de esta disciplina. Dicha asistencia es un dominio complejo, engañoso y, a menudo, integrado de una estructura social y en otros aspectos de culturas. Leininger plantea que existen diferentes formas de expresiones y modelos de asistencia, tan diversos entre sí como, hasta cierto punto universal.

Leininger defiende la aplicación de métodos etnológicos cualitativos, en especial la Etnoenfermería, para estudiar los cuidados. La etnociencia es uno de los métodos etnológicos utilizados en la antropología para obtener conocimiento sobre enfermería. En la década de 1960, Leininger desarrolló métodos de Etnoenfermería concebidos para estudiar de forma específica y sistemática los fenómenos de enfermería transcultural.

La Etnoenfermería se centra en el estudio y la clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia de enfermería, según los conocimientos cognitivos o subjetivos que tiene de

ellos una cultura determinada, a través de las manifestaciones émic locales de las personas, expresadas por el lenguaje, las experiencias, las convicciones y el sistema de valores, sobre fenómenos de enfermería reales o potenciales, como pueda ser la asistencia, la salud y los factores ambientales.

Con la teoría de los cuidados transculturales y el método de Etnoenfermería basado en creencias émic (visión interna), es posible acceder al descubrimiento de cuidados fundados y basados en las personas, ya que se emplean principalmente datos centrados en los informantes y no en las convicciones o prácticas étic (visiones externas) del investigador.

La meta de la teoría es suministrar unos cuidados responsables y coherentes culturalmente, que se ajusten de modo razonable a las necesidades, valores, creencias y los modos de vida de los pacientes. Leininger ha concluido que el concepto de asistencia se corresponde con un fenómeno muy engañoso que con frecuencia se integra en los estilos de vida y los valores culturales. El objetivo de la teoría de los cuidados consiste en suministrar una asistencia coherente con el entorno cultural, la enfermera debe esforzarse para explicar el uso y el sentido de la asistencia, de forma que los cuidados, valores, creencias y modos de vida culturales suministren una base precisa y fiable para la planificación y puesta en marcha eficaz de una asistencia específica de cada cultura y

para la identificación de los rasgos comunes o universales de esta actividad.

Afirma Leininger que existe aún un conjunto de elementos como la ceguera cultural, los choques entre culturas, imposiciones y etnocentrismo, que influyen de forma notablemente negativa en la calidad que prestan los profesionales de enfermería a sus pacientes de otras culturas. Por otra parte los diagnósticos médicos y de enfermería que no tienen en cuenta los factores culturales producen resultados desfavorables, en ocasiones con consecuencias graves.

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

En la Región de las Américas, y particularmente en el Perú, se ha logrado Erradicar la viruela y la poliomielitis, el tétanos neonatal como problema de Salud pública y controlar otras enfermedades inmunoprevenibles (tos ferina, Difteria y tuberculosis en sus formas graves).

La existencia de las inmunizaciones en el Perú fue a través del Programa Nacional de Inmunizaciones desde 1972, en 2001 considerado dentro del Modelo de Atención Integral de Salud por Etapas de vida y como Estrategias Sanitarias Nacionales de Inmunizaciones desde el 27 julio del 2004 con la finalidad de señalar la prioridad política, técnica y

administrativa que el pueblo y Gobierno Peruano reconocen en las inmunizaciones.

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

a) Inmunización

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

El sistema inmunológico ayuda a que su cuerpo luche contra los gérmenes mediante la producción de sustancias para combatirlos. “Una vez que lo hace, el sistema inmunológico “recuerda” el germen y puede luchar contra él nuevamente. Las vacunas contienen gérmenes muertos o debilitados” (VERNE EDUARDO, 2010).

▪ **Clasificación**

- **Inmunización Activa:** Producción de anticuerpos en respuesta a la administración de una vacuna o toxoide, en cuyo caso es artificial. La inmunización natural se adquiere por el padecimiento de la enfermedad y es generalmente permanente.
- **Inmunización Pasiva:** Transferencia de inmunidad temporal mediante la administración de anticuerpos preformados en otros organismos, en cuyo caso es artificial. La inmunización natural es la transferencia de anticuerpos maternos al feto. Es decir, en la inmunidad pasiva no hay una respuesta inmunológica por parte del huésped (2010).

a) Vacunas

Son el mejor desarrollo médico de la humanidad, porque previenen las enfermedades antes de que éstas sucedan, al respecto es primordial destacar que la humanidad, especialmente miles de investigadores

alrededor del mundo, viene desarrollando permanentes esfuerzos para provocar nuevas 16 vacunas contra diversas enfermedades, las mismas que son padecimientos que son auténticos malestares de la salud humana (Organización Mundial de la Salud Unicef, 2010).

Antes de existir las vacunas, las personas solamente podían ser inmunes cuando verdaderamente contraían la enfermedad y sobrevivían a ella. Las inmunizaciones son una manera más fácil y menos riesgosa de hacerse inmune. Dado al avance tecnológico y de las ciencias médicas específicamente, la humanidad cuenta en la actualidad con las oportunidades de mantener un mejor estado de salud, como también, prevenir enfermedades; existen vacunas en diferentes fases de estudio o ya disponibles para enfermedades como: "tuberculosis, malaria, dengue, meningococo, estafilococo aureus metilino resistente, estreptococo grupo B, Helicobacter pylori, influenza aviar, virus sincicial respiratorio, cólera, fiebre tifoidea, paratíficas, E. coli, adenovirus (MEDILINE PLUS)

El resultado de la utilización de las vacunas ha favorecido grandemente a mantener estados de salud, motivo por el cual, en la actualidad se destaca que el futuro de la medicina se está dirigiendo hacia la prevención; puesto que la inmunización es la mejor forma de prevenir enfermedades. El tema de inmunización se relaciona con las vacunas, las aplicaciones de las vacunas pueden presentar ciertas reacciones

secundarias, sin embargo, es necesario tomar conciencia de que las enfermedades que pueden evitar pueden ser mucho más agresivos por lo tanto las vacunas son: Sustancia hecha con los microorganismos vivos atenuados o inactivados que son administrados al individuo sano susceptible con el objeto de inducir inmunidad protectora contra ciertas enfermedades graves (Anexo 6 - calendario de vacunación)

c) Vigilancia epidemiología en enfermedades inmunoprevenibles

La labor en salud pública no finaliza cuando la población está completamente vacunada, sino que es obligado inmunizar a las generaciones siguientes mientras persista la amenaza de la reintroducción de la enfermedad desde algún otro lugar del mundo. Resulta esencial efectuar encuestas constantes e informar de los casos de una enfermedad a los entes correspondiente para estar siempre alerta ante la posibilidad de que aparezcan brotes de enfermedades prevenibles con la vacunación. Todas estas enfermedades son de declaración obligatoria en la actualidad.

Con ellos se pueden detectar los brotes y otras eventualidades y poner en práctica y las estrategias de Prevención y control.

c) Vigilancia epidemiología en enfermedades inmunoprevenibles

Rodríguez D encontró que la falta de conocimientos, el poco interés de las madre, enfermedad del niño, pérdida del carné único de vacunación, el grado de instrucción primaria, falta de recursos económicos, la ocupación de las madres quienes se encargan de los quehaceres domésticos., influyen directamente en el cumplimiento del calendario de vacunación.

Según Ashqui S encontró que el hecho de ser madre adolescente sumado al bajo nivel de educación e idioma (Kechwa) y por tratarse de una población multiétnica y cultural, las creencias sobre las vacunas y la migración influyen directamente en la tasa de abandono del esquema de vacunación de niños menores de un año. (Paraninfo, 2008)

- **Geográfico:** El medio geográfico en donde viven ejerce influencia directa, por ejemplo condiciones de extrema pobreza incrementa la exposición a factores de riesgo como instrucción incompleta, aislamiento de la sociedad, delincuencia etc.

Los habitantes de sectores rurales tienen posibilidades restringidas en relación con lo que ofrecen las grandes ciudades y por ello, se desarrollan más apegados a las costumbres de su comunidad, la ruralidad se puede constituir en factor protector ya que se alejan las dificultades de las grandes urbes como la violencia o delincuencia, sin embargo existen menos posibilidades reales de acceso al

desarrollo educativo, redes de apoyo en salud y en otras áreas, pudiendo tal situación constituirse en un factor de riesgo. (INEI, Población y vivienda. 2010)

- **Educativo:** Según J. Brunner sostiene que el grado de instrucción es el nivel de estudio sistemático escolarizado y constituye el último grado cursado y aprobado por la persona. Se clasifica en:
 - **Primaria:** Es cuando la persona alcanzó educación primaria completa o incompleta.
 - **Secundaria:** Es cuando la persona alcanzó educación secundaria completa o incompleta.
 - **Superior:** Es cuando la persona alcanzó educación superior universitaria y/o técnica completa o incompleta

El nivel de instrucción de los papas es considerado como un indicador del nivel de vida, ya que un mayor grado de instrucción, le da la oportunidad de informarse por las diferentes fuentes y adquirir nuevos conocimientos que le permitan tomar conciencia y asumir con responsabilidad su rol dentro del hogar y del cuidado de sus hijos. Mientras que las madres con un bajo nivel de instrucción en quienes esta condición se constituye en un factor frecuente al cambio, aunado a las características socioculturales, el predominio de tabús, mitos, prejuicios que prevalecen en ellas, lo cual puede convertirse en una barrera fuertemente limitante para comprender la

importancia de la adquisición de nuevos conocimientos. (INEI, Población y vivienda., 2010)

- **Económico:** Es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación, y empleo. Al analizar el nivel socioeconómico de una familia se analizan, los ingresos del hogar, los niveles de educación, y ocupación, como también el ingreso combinado, comparado con el individual, y también son analizados los atributos personales de sus miembros.

Las responsabilidades parentales, su bajo nivel de formación, y su habitualmente escasa o nula experiencia laboral, hacen más fácil que, no encuentre un trabajo o que consecuencia de ello, muchas madres vivan en hogares con reducidos ingresos, incluso por debajo del nivel de pobreza (con el deber diario).

- **Cultural:** Definida como todas aquellas manifestaciones de un pueblo, que determinan su formación y desarrollo humanos. Diversos aspectos conductuales originados en pautas culturales que no son parte del sistema médico tienen gran importancia en la determinación de los problemas de salud específicos que enfrentan los niños, sus familias y los adultos. Por ejemplo: rechazo a las vacunas debido a las reacciones que pueden presentarse,

considerando estas como enfermedad en el niño por lo que provoca que exista el abandono al esquema de inmunizaciones. (N, 2010)

- **Responsabilidad de la madre:** A los padres les corresponde el velar por el máximo beneficio para sus hijos y cuando se trata de prevenir enfermedades se deberá de hacer lo posible por realizar los procedimientos que se requieran para lograr éste propósito, así como el calendario de vacunación. Las vacunas plantean problemas bioéticos que no deben ser ignorados y se deberá de buscar la solución más adecuada para cada problema que se presenta buscando siempre lo que brinde el mayor beneficio al niño ya sea cuando la aplicación de vacunas sea en lo individual o en lo colectivo.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **INMUNIZACIÓN.-** Es un proceso de producción de inmunidad mediante la administración de antígenos. (MINSa)
- **INMUNIDAD.-** Es la capacidad que tiene el organismo para resistir y defenderse de la agresión de agentes extraños. (MINSa)
- **SALUD PÚBLICA.** - La salud pública es la disciplina encargada de la protección y mejora de la salud de la población humana.

Tiene como objetivo mejorar la salud, así como el control y la erradicación de las enfermedades. Es una ciencia de carácter multidisciplinario, ya que utiliza los conocimientos de otras ramas como las ciencias biológicas, conductuales, sanitarias y sociales. Es uno de los pilares en la formación de todo profesional de la salud. (Publica, 2015).

- **Vacunas:** La vacuna es la suspensión de micro organismos vivos {bacterias o virus} inactivos o muertos, fracciones de los mismos o partículas proteicas que al ser administradas inducen en el receptor una respuesta inmune que previene una determinada enfermedad.
- **Vacunación segura:** La vacunación segura es un componente prioritario y esencial de los programas de inmunización y comprende el cumplimiento de un conjunto de procedimientos normalizados estandarizados o protocolizados que se observan desde la formulación de una vacuna , su producción, transporte, almacenamiento y conservación distribución manipulación reconstitución administración{inyección segura} eliminación {bioseguridad} y la vigilancia e investigación de eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización (ESAVI)
- **Estrategia de sectorización:** Es un conjunto de procesos y acciones para la implementación del trabajo en salud extramural

con la finalidad de articular al sector salud con las propias familias y comunidades y los recursos locales disponibles tanto públicos como privados para el cambio de comportamiento de las familias.

- **Esquema de inmunización:** Este esquema es muy recomendado por la Organización Mundial de la Salud mediante el cual se puede prevenir de muchas patologías a los niños desde sus nacimiento, es por eso que este debe llevarse de forma adecuado y consecutiva sin dejar a un lado ninguna de las vacunas.
- **Inmunización:** La inmunización es la administración de un agente a un organismo para generar una respuesta inmune y así prevenir enfermedades, discapacidades y defunciones prevenibles mediante vacunación.
- **Cultural:** Es aquella que permite formar nuestra conducta y comportamientos dentro de la sociedad, así mismo conlleva a tomar una determinada cultura en la salud mediante principios básicos saludables que se los integra al sistema social.
- **Ingreso económico:** Representa la posición socioeconómica de las familias, siendo uno de los factores determinantes e importantes para poder cubrir las necesidades primordiales que

se presenten en el hogar como son; salud, alimentación, educación.

- **Sociedad:** Se forma de grupos de seres humanos que poseen una cultura similar, y que trabajan conjuntamente para lograr el cumplimiento de las necesidades sociales de cada uno de los individuos que la conforman.
- **Nivel educativo:** Este repercute directamente e indirectamente en el estado de salud de los seres humanos, puesto que es considerado como uno de los elementos de ayuda y defensa a lo largo de su vida, y con el cual se podrá tener mejores conocimientos para la selección de los estilos de vida y conductas favorables para la salud.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Para elaborar el presente informe se solicitó información estadística a:

- Dirección Regional de Salud Junín
- Red de Salud Valle del Mantaro
- Jefatura de la Micro Red Chilca.

Así mismo en el Centro de Salud de Chilca del servicio de inmunizaciones se revisaron los siguientes documentos:

- Informes de evaluación de la estrategia sanitaria de inmunizaciones
- Informes operacionales mensuales del programa de inmunizaciones,
- Historia clínica de los niños menores de 1 año,
- Registros de seguimiento de vacunas
- Informe de responsables de cada zona
- Croquis de la jurisdicción del Centro de Salud de Chilca solicitando a la Municipalidad del Distrito de Chilca.
- Nómina de personal de la municipalidad que tenía bajo su responsabilidad grupos de vaso de leche que pertenecían a nuestra jurisdicción

En el E.S.I-4 Centro de Salud de Chilca cuenta con el área de salud del Niño donde se atiende a la población infantil en el servicio de crecimiento

y desarrollo y un ambiente exclusivo de vacunación donde se realiza la Inmunización a los niños según calendario de vacunación en su atención integral.

Existe un área de Atención inmediata del Recién Nacido donde se realiza la atención de integral del recién nacido y se inicia las primeras vacunas del recién nacido.

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

▪ Recuento de la Experiencia Profesional

En mi experiencia como enfermera en el área de la salud pública, inicio en el año 1982 asumiendo diferentes coordinaciones de los programas de enfermería que entonces se denominaba ya posteriormente se considera como estrategias sanitarias.

A partir del año 2010 me hago cargo de la Estrategia de Inmunizaciones encontrando una alta deserción de vacunas especialmente en niños menores de 1 año. Conocedora de esta problemática me propuse iniciar una estrategia que me permita disminuir esta deserción previa coordinación con el jefe del establecimiento y coordinador de la estrategia de inmunizaciones de la Red de Salud Valle del Mantaro

Se elaboró un Plan de Trabajo (Anexo 1) de Sectorización del ámbito de Chilca en el cual se involucra a la totalidad del personal que labora en el Centro de Salud de Chilca que a esa fecha sumaban a 50 trabajadores. También se solicitó el apoyo de las 29 coordinadoras de la estrategia de inmunizaciones cuyos establecimientos dependen de la Micro red Chilca cuya cabecera de micro red es el Centro de Salud de Chilca quienes con toda la experiencia y conocimientos de esta problemática que es similar en sus establecimiento participaron activamente lográndose resultados favorables al culminar todo el proceso de sectorización.

▪ **Descripción del Área Laboral**

Con apoyo de la Municipalidad del Distrito de Chilca quienes nos proporcionaron el plano del distrito de Chilca se elabora un croquis (Anexo 2) demarcando los límites con los establecimientos que limitan con el nuestro estableciendo un total de 5 sectores en forma general a su vez cada sector lo dividimos en zonas haciendo un promedio de 15 a 20 manzanas cada sector en función a las distancias y accesos permitidos.

El Centro de Salud de Chilca tiene asignado como población sujeta a programación de acuerdo al INE un total de 1158 niños menores de 1 año.

Las madres del Distrito de Chilca en su mayoría proceden del departamento de Huancavelica, Ayacucho su principal ocupación son personas que se dedican a negocios ambulatorios por lo cual salen diariamente de sus hogares en muchos casos dejando al cuidado de un familiar a sus menores hijos o también los hermanos mayores cuidan a los menores. Su nivel económico medio nivel educativo tienen estudios de primaria completa y secundaria incompleta y algunos con superior incompleto acuden al establecimiento al control y vacuna de sus niños sin ningún beneficio o apoyo de programas del ministerio de inclusión social.

El recurso humano en nuestro establecimiento es insuficiente por la cantidad de niños que acuden a nuestro establecimiento lo cual hace que el tiempo de espera sea más y en algunos casos no se alcanza cupos de atención por lo cual las madres tienen que regresar al siguiente turno.

3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME

El proceso de sectorización de la jurisdicción del Centro de Salud de Chilca se realiza con un censo general formando 5 sectores y en cada sector de 12 a 15 manzanas en función a la accesibilidad de estos y un promedio de casa a censar con la participación del personal del establecimiento y con el apoyo de personal de los 29 establecimientos

que pertenecen a, la micro red chilca cuya cabecera es el Centro de Salud de Chilca.

A cada trabajador se le asigna de 2 a 4 manzanas respectivamente, como resultado de esta intervención se obtuvo datos reales de número de niños y se pudo clasificar el sector y las manzanas donde Vivían un mayor número de niños menores de 1 año lo que permitió fortalecer el sector y manzanas para la realización de seguimiento en casos de inasistencia a la vacunación.

También permitió obtener datos de captación de gestantes, sintomáticos respiratorios, problemas de violencia, abandono y otros cuyos casos se informó a cada responsable para que tome las medidas correspondientes.

Como datos solicitados al desarrollar el censo también se consideró lugar de procedencia, nivel de estudios , ocupación y especialmente situación de vivienda porque representa un grupo importante que viven en casa alquiladas lo cual les permite que se cambien de domicilio por asuntos de trabajo en su mayoría y problemas de salud de sus familiares cercanos también siendo una de las causas de aparente deserción porque algunos continúan con su calendario de vacunación en el lugar donde residen posteriormente.

Al terminar la realización del censo se realiza la tabulación de datos cuyos resultados se presenta en este informe.

Permitiendo los resultados tomar medidas y acciones que faciliten nuestra labor desarrollada y mejorar las situaciones negativas que eran factores que mantenían la deserción altas de vacunas

Posterior al censo realizado se estableció visitas de seguimiento por cada responsable cada tres meses para actualizar datos de niños menores de 5 años que residen en nuestra jurisdicción y aquellos que se trasladaron de domicilio para lo cual se estableció el marcado de las casa con tiza indicando las siglas establecidas como es la X donde hay niños menores de 5 años y x casa sin niños C casa cerrada R casa que rechaza al personal y no da información A casa abandonada con esta estrategia ya establecida se observó mejoras en los porcentajes de deserción.

Para garantizar una continuidad en la actualización de los datos obtenidos se programó visitas de seguimiento cada tres meses

La condición económica, la cultura y esto sumado a las costumbres y creencias de la mayoría de la población eran limitantes, para poder cumplir con uno de los fines de la prevención primaria, como es la inmunización.

En este aspecto la Teorista en enfermería modelo de este informe nos dice que el objetivo de la teoría de los cuidados consiste en suministrar una asistencia coherente con el entorno cultural, la enfermera debe esforzarse para explicar el uso y el sentido de la asistencia, de forma que los cuidados, valores, creencias y modos de vida culturales suministren

una base precisa y fiable para la planificación y puesta en marcha eficaz de una asistencia específica.

Las visitas domiciliarias que se realizó para poder tener un control de la deserción de la vacunación eran efectivas porque se realizaron por cada responsable de cada zona y manzana respectivamente quienes ya conocían a las familias y se dirigían en horarios y días que si la familia disponía de tiempo y permanecía en su hogar

Es muy importante el tipo de atención.

Para poder tener un mejor control de la deserción de los niños que no llegan a su consulta del niño sano, se realizaron los siguientes aportes:

- Se elaboró libro de registros (ANEXO 3) para llevar un control del número de niños nacidos, para poder llevar junto con el municipio en mantener al día el padrón nominal.
- Se implementó una tarjeta de seguimiento (ANEXO 4) que contiene el número de controles y de vacunas, número de micronutrientes, valor de hemoglobina, para poder realizar visitas domiciliarias integrales.
- Se realizaron rotafolios de sesiones (ANEXO 5) educativas en inmunizaciones para poder sensibilizar en la importancia de la vacunación.

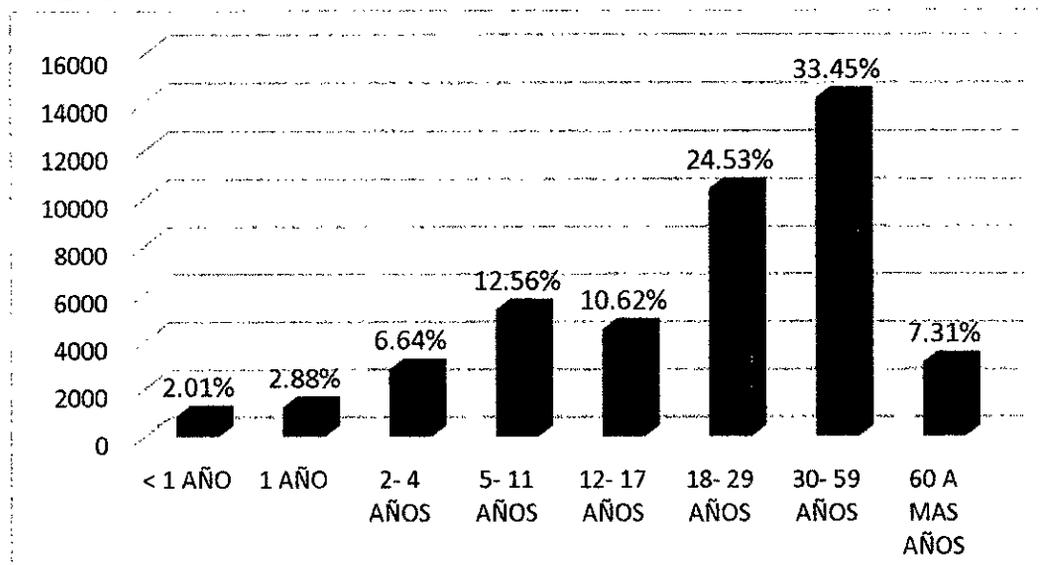
IV. RESULTADOS

CUADRO 4.1
RESULTADOS OBTENIDOS DEL CENSO REALIZADO ENERO 2012

POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDAD		
Grupo etáreo	N°	%
< 1 año	852	2.01
1 año	1220	2.88
2- 4 años	2811	6.64
5- 11 años	5320	12.56
12- 17 años	4495	10.62
18- 29 años	10389	24.53
30- 59 años	14163	33.45
60 a más años	3094	7.31
población total	42344	100

Fuente: Censo realizado por el personal de salud Enero 2012

GRÁFICO 4.1
RESULTADOS OBTENIDOS DEL CENSO REALIZADO ENERO 2012



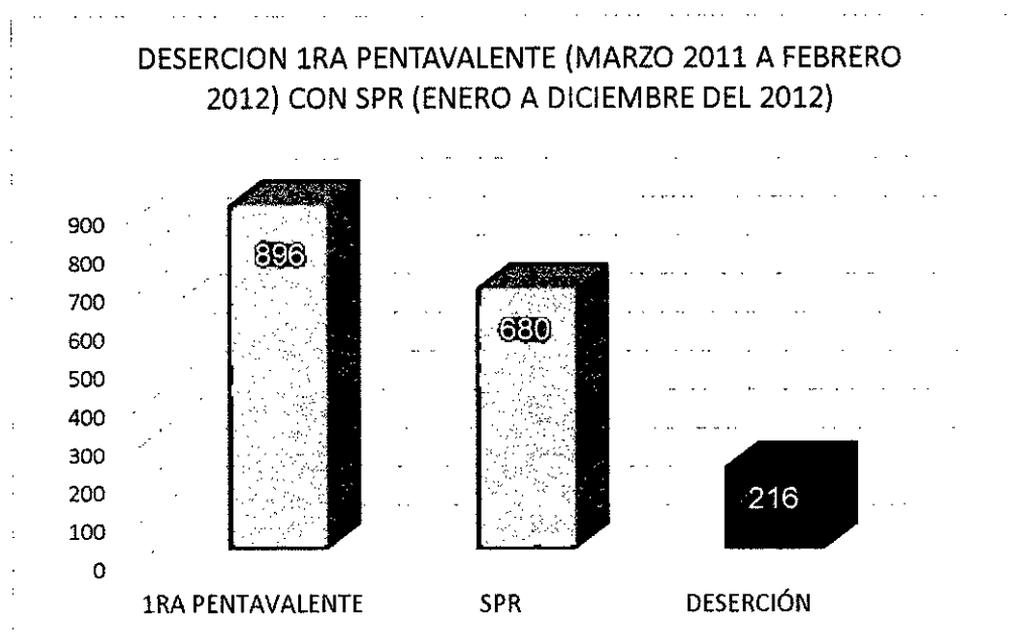
Interpretación: De acuerdo al cuadro y gráfico N°1 se observa el porcentaje de cada grupo etáreo de la población que atiende el Centro de Salud de Chilca, siendo el 2.01% la población menor de un año al cual va dirigido la estrategia de Inmunizaciones.

CUADRO 4.2
DESERCION 1RA PENTAVALENTE (MARZO 2011 A FEBRERO 2012)
CON SPR (ENERO A DICIEMBRE DEL 2012)

N°	1ra Pentavalente	SPR	Deserción
N° de Vacunados	896	680	216

FUENTE: Informe operacional de Inmunizaciones C.S. Chilca Mar 2011 a Dic 2012

GRÁFICO 4.2
DESERCION 1RA PENTAVALENTE (MARZO 2011 A FEBRERO 2012)
CON SPR (ENERO A DICIEMBRE DEL 2012)



Interpretación:

De acuerdo al cuadro y gráfico N°2 se observa que 896 niños inician con la 1ra dosis de pentavalente y solo se vacunan con SPR 680, existiendo la diferencia de 216, que representan el 24% de deserción.

CUADRO 4.3

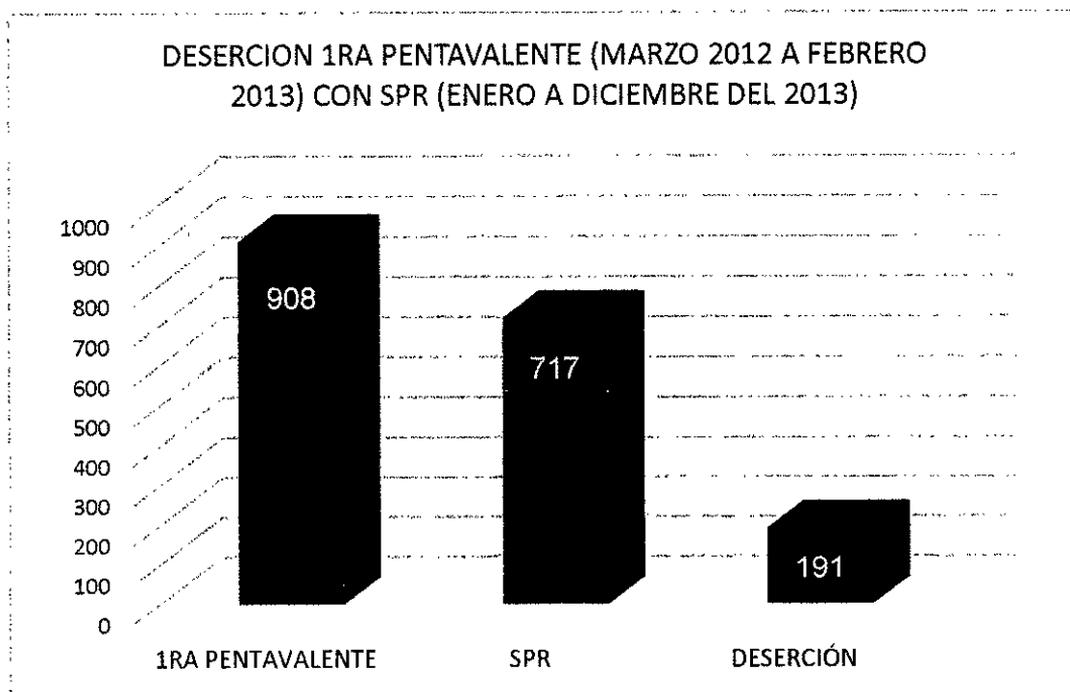
DESERCION 1RA PENTAVALENTE (MARZO 2012 A FEBRERO 2013) CON SPR (ENERO A DICIEMBRE DEL 2013)

N°	1ra Pentavalente	SPR	Deserción
N° de Vacunados	904	717	191

FUENTE: Informe operacional de Inmunizaciones C.S. Chilca Mar 2012 a Dic 2013

GRÁFICO 4.3

DESERCION 1RA PENTAVALENTE (MARZO 2012 A FEBRERO 2013) CON SPR (ENERO A DICIEMBRE DEL 2013)



Interpretación: De acuerdo al cuadro y gráfico N°3 se observa que 908 niños inician con la 1ra dosis de pentavalente y solo se vacunan con SPR 717, existiendo la diferencia de 191, que representan el 21% de deserción.

CUADRO 4.4

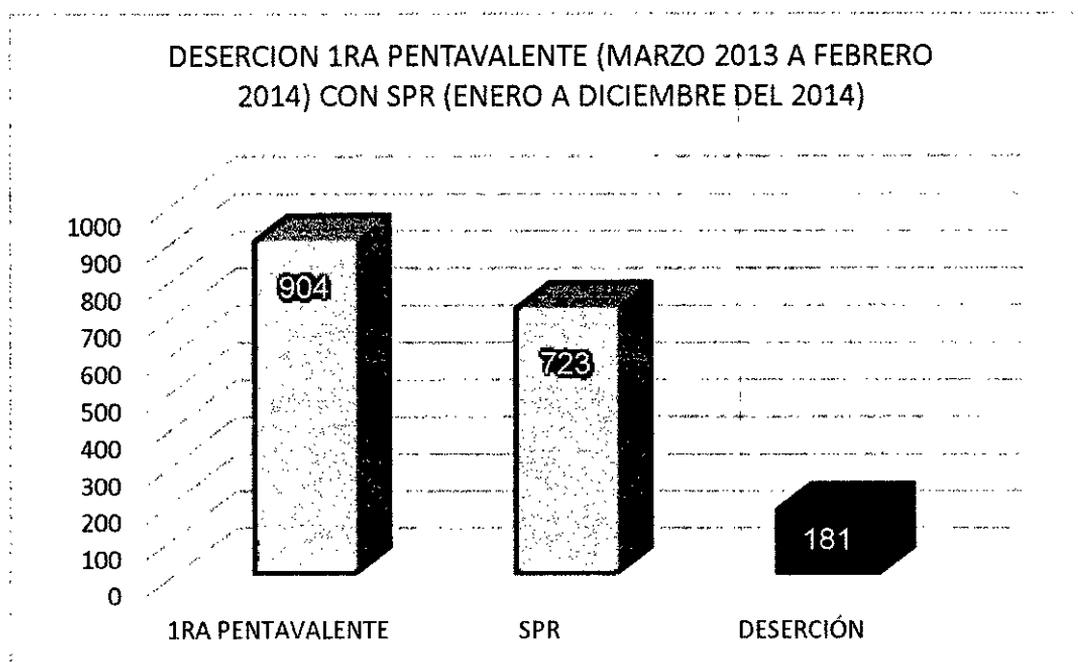
DESERCION 1RA PENTAVALENTE (MARZO 2012 A FEBRERO 2013) CON SPR (ENERO A DICIEMBRE DEL 2014)

N°	1ra Pentavalente	SPR	Deserción
N° de Vacunados	904	723	181

FUENTE: Informe operacional de Inmunizaciones C.S. Chilca Mar 2013 a Dic 2014

GRÁFICO 4.4

DESERCION 1RA PENTAVALENTE (MARZO 2013 A FEBRERO 2014) CON SPR (ENERO A DICIEMBRE DEL 2014)



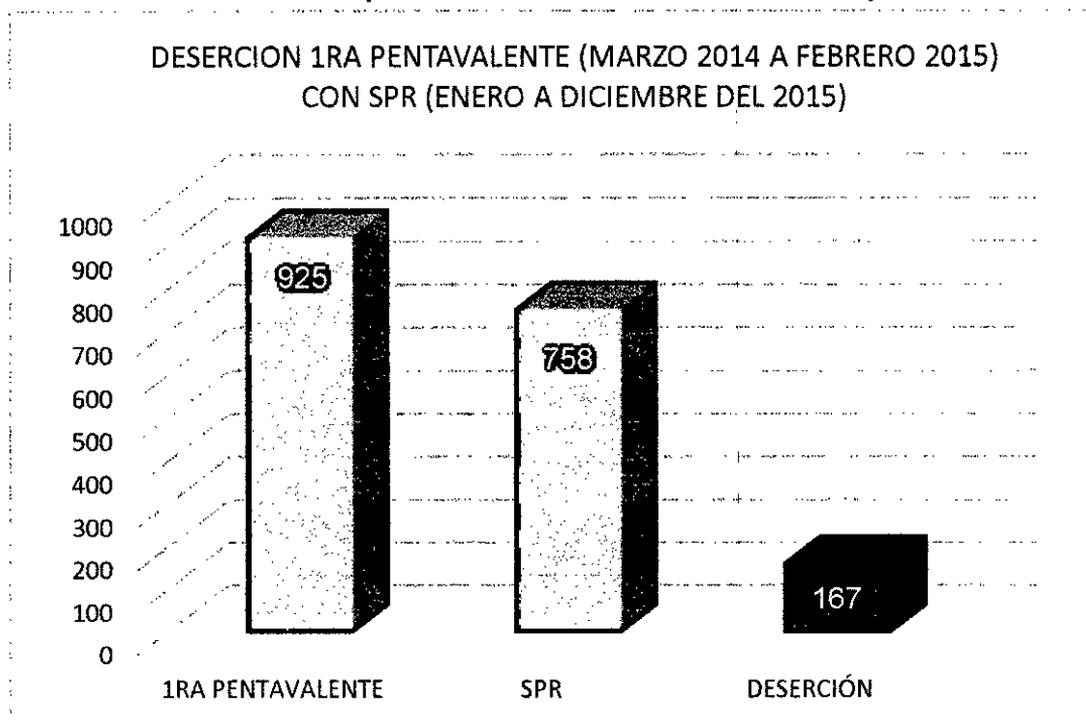
Interpretación: De acuerdo al cuadro y gráfico N°4 se observa que 904 niños inician con la 1ra dosis de pentavalente y solo se vacunan con SPR 723, existiendo la diferencia de 181, que representan el 20% de deserción.

CUADRO N° 4.5
DESERCION 1RA PENTAVALENTE (MARZO 2014 A FEBRERO 2015)
CON SPR (ENERO A DICIEMBRE DEL 2015)

N°	1ra Pentavalente	SPR	Deserción
N° de Vacunados	925	758	167

FUENTE: Informe operacional de Inmunizaciones C.S. Chilca Mar 2014 a Dic 2015

GRÁFICO N° 4.5
DESERCION 1RA PENTAVALENTE (MARZO 2014 A FEBRERO 2015)
CON SPR (ENERO A DICIEMBRE DEL 2015)



Interpretación: De acuerdo al cuadro y gráfico N°5 se observa que 925 niños inician con la 1ra dosis de pentavalente y solo se vacunan con SPR 758, existiendo la diferencia de 167, que representan el 18% de deserción.

CUADRO N°4.6

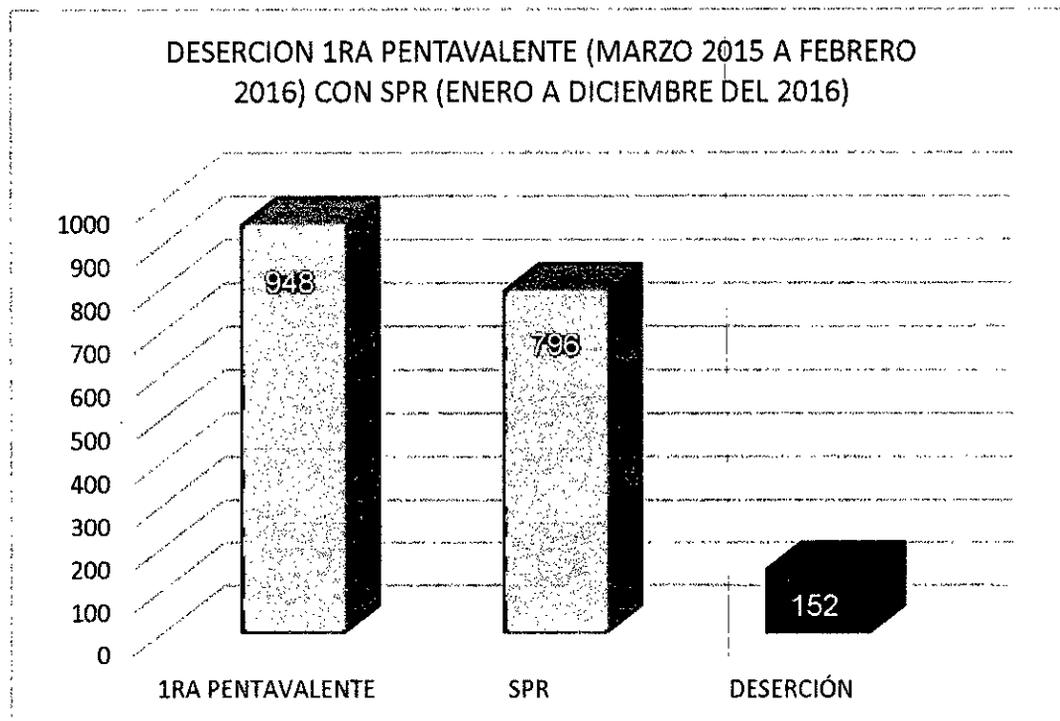
DESERCION 1RA PENTAVALENTE (MARZO 2015 A FEBRERO 2016) CON SPR (ENERO A DICIEMBRE DEL 2016)

N°	1ra Pentavalente	SPR	Deserción
N° de Vacunados	948	796	152

FUENTE: Informe operacional de Inmunizaciones C.S. Chilca Mar 2015 a Dic 2016

GRÁFICO N°4.6

DESERCION 1RA PENTAVALENTE (MARZO 2015 A FEBRERO 2016) CON SPR (ENERO A DICIEMBRE DEL 2016)



Interpretación: De acuerdo al cuadro y gráfico N°6 se observa que 948 niños inician con la 1ra dosis de pentavalente y solo se vacunan con SPR 796, existiendo la diferencia de 152, que representan el 16% de deserción

CUADRO N° 4.7

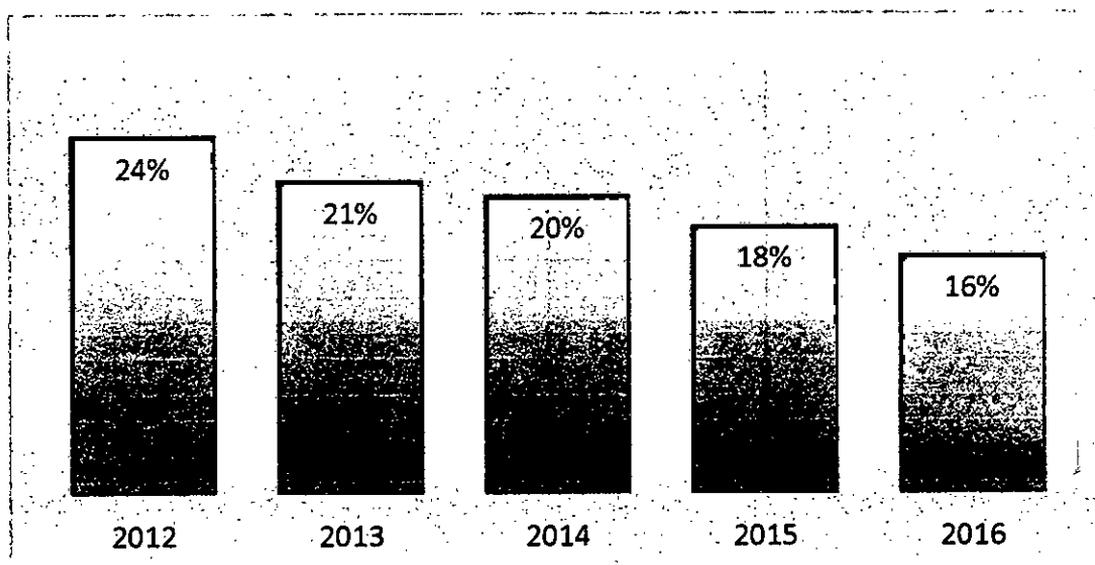
DESERCIÓN 1RA PENTAVALENTE (MARZO 2011 A FEBRERO 2016), CON SPR (ENERO 2012 A DICIEMBRE 2016)

Año	1ra Penta	SPR	Deserción
2012	896	680	216
2013	908	717	191
2014	904	723	181
2015	925	758	167
2016	948	796	152

FUENTE: Informe operacional de Inmunizaciones C.S. Chilca Mar 2011 a Dic 2016

GRÁFICO N° 4.7

DESERCIÓN 1RA PENTAVALENTE (MARZO 2011 A FEBRERO 2016), CON SPR (ENERO 2012 A DICIEMBRE 2016)



Interpretación: De acuerdo al cuadro y gráfico N°7 se observa que la deserción de 24% correspondiente al 2012, ha disminuido un 16 % el año 2016, demostrando que sectorización realizada, constituye un factor importante para reducir estos índices.

V. CONCLUSIONES

- a) La sectorización realizada en nuestra jurisdicción permitió conocer la realidad de la población determinando las zonas de riesgo para adecuar estrategias de vacunación para garantizar el cumplimiento del esquema de vacunación.
- b) Las madres de familia y o responsables de los niños se dedican en un buen porcentaje a trabajos eventuales y ambulatorios lo que no permite una asistencia regular y oportuna para el cumplimiento del esquema de vacunación.
- c) El personal de enfermería del Centro d Salud de Chilca brinda la atención e información necesaria a las madres de familia y cuidadores del niño referente al seguimiento del esquema de vacunación
- d) Es muy importante adecuar el horario y días de atención en el servicio de vacunación para facilitar el acceso y oportunidad de recibir las dosis de vacunas de acuerdo al esquema de vacunación a nuestra población.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Como la sectorización realizada permite que cada trabajador asuma con responsabilidad el seguimiento a sus niños de su zona en relación al cumplimiento de las vacunaciones. Control de CRED y otros lo cual debe continuar programando las salidas cada 4 meses.
- b) Se debe programar reuniones de sensibilización para el personal de reciente ingreso para que se comprometa a esta modalidad de trabajo.
- c) Concientizar a las madres de familia sobre el compromiso del cumplimiento del esquema de vacunación para prevenir enfermedades que pueden generar una discapacidad y defunción.
- d) Se debe entregar folletos o trípticos sobre el esquema de vacunación al momento que las madres acuden a las citas para que tengan presente los beneficios que recibe su hijo en cada vacuna.

VII. REFERENCIALES

1. Ana Maribel Caspi Punina, Jenny Patricia Lima Changoluiza (2012). "Factores de riesgo que inciden en el cumplimiento del esquema de vacunación de los niños menores de cinco años de la comunidad de santa fe del Subcentro de salud atahualpa de la Parroquia Atahualpa, Canton Ambato, provincia de Tungurahua durante el periodo de mayo del 2012 a noviembre del 2012". (Tesis para optar título profesional de Lic. Enfermería). Universidad Estatal De Bolívar - Ecuador.
2. Romero Delfino, Manuel - Rolón, María F. -Rudnitzky, Romina Samoluk, Graciela A. - Zabala, Adriana E. (2001). "Cumplimiento del calendario de vacunación obligatorio en la población infantil de las localidades de Santa Ana y corrientes capital – argentina". Universidad Nacional del Nordeste.
3. Karen Miluska Valdivia Reyes. (2012) "conocimiento sobre inmunizaciones y su relación con factores sociodemográficos de madres con niños menores de dos años, c. s. san francisco". (Tesis para optar título profesional de Lic. Enfermería). Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna.
4. Dina Cirilo Gonzales Sotelo. (2011). "factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación en las madres con niños menores de un año en el centro de salud de mala - Lima". (Tesis para optar el Título de Especialista en Enfermería Pediátrica). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú.
5. Medina Valdivia, Giovanna Sulamid. (2007). "Factores Socioeconómicos y culturales que influyen en la asistencia a la estrategia de inmunización de las madres de niños menores de un

- año en el centro de salud "mi Perú". (Tesis para optar grado de Magister). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú.
6. Berdasquera Corcho D, Cruz Martínez G y Suárez Larreinaga C. (2000) La vacunación: Antecedentes Históricos en el mundo. Rev. Cubana. [Acceso 10 de Octubre 2015]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_4_00/mgi12400.pdf
 7. Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo para la infancia de las Naciones Unidas (UNICEF), Banco Mundial. (2010). Vacunas e inmunización: Situación Mundial. Ginebra: Tercera edición.
 8. Ministerio de Salud (MINSA). (2013) Normatécnica de salud que establece el esquema nacional de vacunación, NTS N° 080 - MINSA/DGSP V.03, 503 – 2013.
 9. Eduardo Crespo Suárez "LOS PROCESOS DE ATRIBUCIÓN CAUSAL" Universidad Complutense de Madrid. Estudios de psicología N° 12 – 1982.
 10. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2012) Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. [Acceso el 12 de Noviembre 2015]. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/Libro.pdf>
 11. Reproducción Asistida ORG. BARCELONA IVF. [Acceso el 12 de Noviembre 2015]. <http://www.reproduccionasistida.org/la-edad-para-ser-madre/>
 12. Duran Rojas, Blanca Fabiola (2009). La Ocupación de la madre como factor determinante del estado nutricional de niños menores de 7 años de ciudad Juárez. (Tesis para optar grado de Maestría). Universidad Autónoma de Ciudad de Juárez - México. Disponible en: <http://www.uacj.mx/ICB/redcib/Publicaciones/>

Tesis%20Licenciatura/Nutrici%C3%B3n/La%20ocupaci%C3%B3n%20de%20la%20madre%20como%20factor%20determinante%20del%20estado%20nutricio%20de%20ni%C3%B1os%20menores%20de%207%20a%C3%B1os%20de%20Ciudad%20Ju% C3%A1rez.pdf

13. Perú. Ministerio de Salud (MINSA) – Dirección General de Salud de las Personas. (2007 - 2011). Análisis de Situación de Salud. Pág. 52. [Acceso el 11 de Octubre 2015]. <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>
14. Boscan M, Salinas B, Trestini M, Tomat M. (2012). Actitud de las madres en el cumplimiento del calendario de vacunación de niños menores de 6 años. Scielo. Salus vol.16 no.1. Hospital de Niños "Dr. Jorge Lizarraga", Valencia, Edo. Carabobo, Venezuela. [Acceso el 11 de Setiembre 2015]. Disponible en: http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382012000100006.
15. Meza de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. (2013). ALERTA, Situación de la Vacunación a los menores de 3 años. [Acceso 10 de Julio 2015]. Disponible en: http://www.unicef.org/peru/spanish/ALERTA_Vacunas.pdf
16. Subgerencia Cultural del Banco de la República. (2015) ¿Qué son los medios de comunicación?. Disponible en: <http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/ayudadetareas/periodismo/losmediosdecomunicacion.htm>
17. Marcos A. Ordóñez, Laura Saiz VOCES EN EL FENIX. Disponible en: <http://www.vocesenelfenix.com/content/medios-de-comunicaci%C3%B3n-y-salud>
18. Tuells J, Caballero P, Nolasco A, Montagud E. (2012). Factores asociados a la predisposición a vacunarse contra la gripe pandémica

A/H1N1 en población adulta del Departamento de Salud de Elche. Scielo - Anales Sis San Navarra vol.35 no.2 España. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113766272012000200007

19. Pabón Lasso, Hipólito y col. (1986). Influencia de los medios de comunicación masiva en la cobertura de una campaña de vacunación. España. disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=35514&indexSearch=ID>
20. Perú. Ministerio de Salud (MINSa) (2013) - Dirección General de Epidemiología. Análisis de situación de salud del Perú. <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>.
21. Gómez, María Angélica (s.a). (2004). Contexto del Sistema de Salud - Determinantes de la Salud. OMS/OPS. Puerto Rico. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/documents/events/puertorico05/8-magomez-determsalud-pur05.pdf?ua=1>
22. Rubio Herrero R, Cabezas Casado JL, Aleixandre Rico M y Fernández Jiménez C (1998). Un modelo de satisfacción vital basado en la comunicación tripartita: profesional de la salud, paciente y familiares. index de enfermería, 23:22-25 – Revista scielo. España. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s113212962004000200006&script=sci_arttext
23. Vargas L, Casillas L. Servicios de salud con calidad intercultural en pueblos Latinoamericanos. La atención del personal de salud hacia el paciente en situaciones interculturales: de la teoría a la práctica – México. Disponible en: <http://bvs.per.paho.org/texcom/cd048358/atencion.pdf>

24. MINSA - IGESS - Hospital Cayetano Heredia. (2014) Resolución directoral "disposiciones para mejorar la accesibilidad y la calidad de la atención de los usuarios externos en el proceso de consulta externa del hospital Cayetano Heredia" -Lima. Disponible en: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/rd/rd2014ii/rd_081_2014.pdf
25. Maldonado Islas G, Fragoso Bernal J, Orrico Torres S. (2002) Tiempo de espera en el primer nivel para la población asegurada por el IMSS. Rev Med IMSS. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2002/im025j.pdf>
26. Ortiz Espinosa R, Muñoz Juárez S, Torres Carreño E. (2004). Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México. Rev Esp Salud Pública. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v78n4/original5.pdf>

ANEXOS

ANEXO 01

PLAN DE TRABAJO PARA LA SECTORIZACIÓN DISTRITO DE CHILCA MICRO- RED CHILCA, 2012

1. JUSTIFICACIÓN

En esta nueva década y siguiendo los lineamientos de política de salud vigentes al 2014, con el objetivo de consolidar las actividades preventivo promocionales en el primer nivel de atención de salud; el Centro de Salud de Chilca ha diseñado el siguiente plan de trabajo para realizar la sectorización el ámbito de nuestro establecimiento con la finalidad de disminuir los altos porcentajes de deserción a las vacunas. Constituyendo la forma de disminuir las enfermedades inmunoprevenibles y especialmente dirigido a niños menores de 5 años que no se encuentren protegidos, con el propósito de proteger a nuestra población contra estas enfermedades.

2. OBJETIVOS

- Conocer la situación real de existencia de niños en cada zona.
- Determinar las zonas de riesgo.
- Establecer los límites con los establecimientos que se encuentran ubicados alrededor nuestro para evitar duplicidad de trabajo.
- Garantizar la cobertura de vacunación en los niños menores de 5 años de edad.

3. ESTRATEGIAS

Se realizará un censo general de la población con la participación del personal en general del Centro de Salud de Chilca con apoyo de los 29 establecimientos que pertenecen a la Micro Red Chilca.

El trabajo se realizará en forma extramural.

Durante toda la jornada el personal participara activamente.

La Micro Red Chilca cuenta con 29 establecimientos de salud, agrupados en 9 distritos de la Provincia de Huancayo que son:

- Chilca
- Huancán
- Huayucachi
- Huacrapuquio
- Cullhuas
- Chupuro
- Viques
- Sapallanga
- Pucara

4. META

Garantizar realizar el censo en general de todas las familias que pertenecen al ámbito jurisdiccional del Centro de Salud de Chilca, considerando las 5 zonas y el sector de Auray.

Se adjunta al presente la relación de responsables de cada zona.

C.S CHILCA

ZONAS	RESPONSABLES DE ZONAS
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS
1	Lic. Luz Artica Camarena
2	Tap. Alberto Lima Kulsman
3	Ruben Calcina Colqui
4	Tap. Vilma Salazar Carhuamaca
5	Obst. Juan Martinez Taboada
6	Lic. Sonia Maravi Ruizz
7	Tap. Carlos Espinoza Daviran
8	Obst. Norfa Castillo Gutierrez
9	Tap. Luis Capcha Montañez

10	Lic. Marilu Tomas Aduato
11	Tap. Gloria León Cardenas
12	Tap. Anibal Gonzáles
13	Tap. Gloria Meza Limache
14	Obst. Susy Huaman
15	Lic. Vilma Untiveros Olivera
16	CD. Miguel Canahualpa Martinez
17	Nancy Gomez
18	Elizabeth Vilcahuaman Dolorier
19	Lic. Gladys Alderete Quispe
20	Tap. Abelardo Aparco
21	Lic. Marisol Gutierrez Belsuzarri
22	Tap. Carlos Mohena
23	Tap. Hilda Balbín Carbajal
24	Lic. Graciela Huari Palacios
25	Paulo Camac Fernández -
26	Obst. Ruth Valle
27	Tap. Antonio Terrazos Guerra
28	Obst. Julia Sulca Cahuana
29	Carmen Vilcamichi Lactahuaman
30	Lic. Epifania Estrada Espinoza
31	Tap. Jorge Cuadrado Vilchez
32	Lic. Mary Luz Martínez Baldeon
33	Tap. Raúl Palacios Carhuallanqui
34	Julia Villavicencio Zuñiga
35	Tap. Maria Blancas Valero
36	M.C. Gerardo Matos
37	Tap. Doris Sánchez
38	Obst. Irma Ramírez Poma
39	Amador Sánchez Granados
40	Tap. Margarita Aliaga Perez
41	Q.F. Emilio Ascencio
42	Arturo Córdova
43	Lic. Lidia Oroya Poma
44	Obst. Lili Salas Palacios
45	Lic. Irene Ricci Valverde
46	Tap. Juana Gutierrez Torpoco
47	Obst. Melodia Poma Baca
48	Tap. Rodolfo Palomino Gutarra

49	A.S. Angelica Panez Vila
50	Yeny Romani
51	Consuelo Palacios Carhuamaca

5. RECURSOS HUMANOS

Para la realización del presente censo se tendrá la participación del personal en general del Centro de Salud de Chilca y personal responsable de la estrategia de inmunizaciones de los 29 establecimientos que pertenecen a la Micro Red Chilca

Como equipo técnico:

Coordinador General: Medico Paul León Untiveros

Coordinadora ESNI: Lic. Lidia Oroya Poma

Coordinadora VEA: Lic. Vilma Untiveros Olivera

Promoción-IEC: Lic. Mariluz Martínez Baldeón

Estadística: TAP Ruben Calcina Colqui

Logística: TAP. Ricardo Veliz Cristóbal

6. MATERIALES Y FINANCIEROS

Tizas

Formatos de censo

Tableros

Croquis de cada zona

Lápiz

Hojas boom

Serán otorgados por la Red de Salud **VALLE DEL MANTARO - DIRESA JUNÍN**

7. EVALUACIÓN

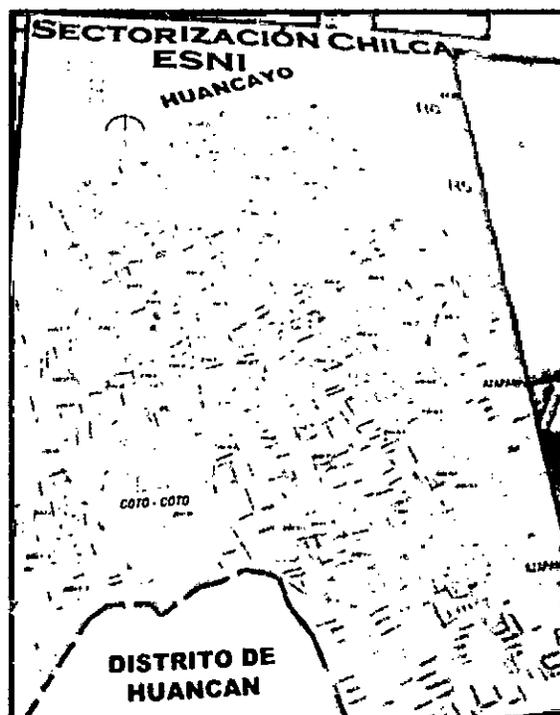
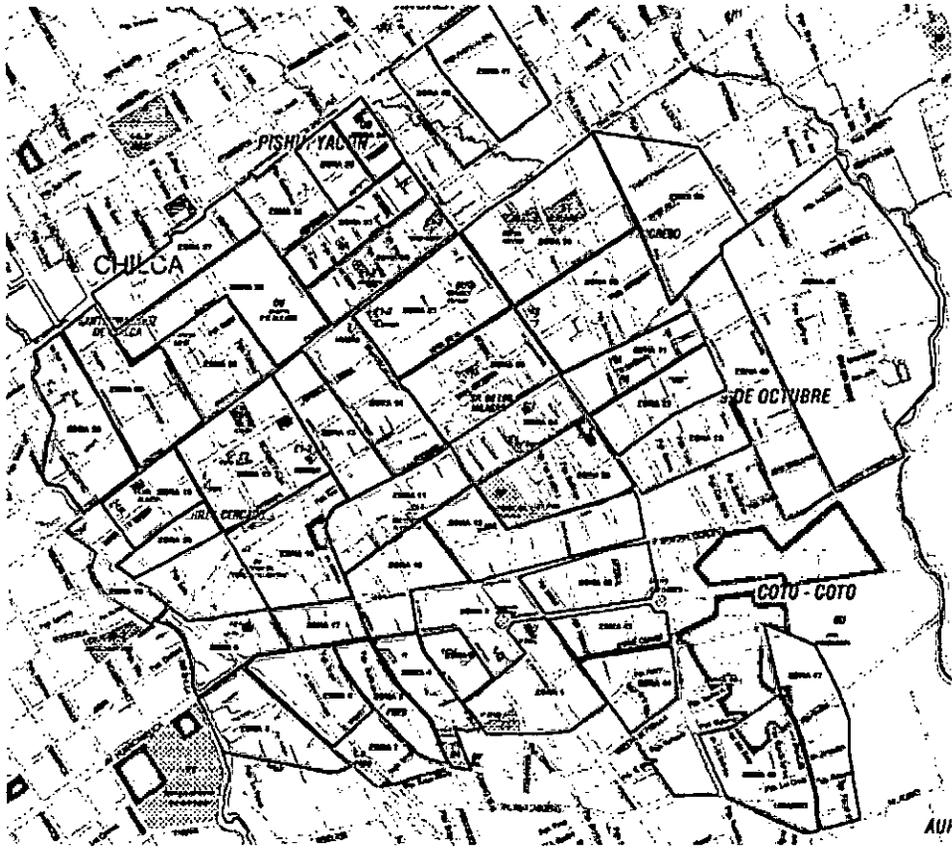
La evaluación de este trabajo se realizara a la culminación del mismo cuyo resultado será comunicado al coordinador de Inmunizaciones de la Red de salud Valle del Mantaro y Jefe del establecimiento.

8. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FECHA	ACTIVIDAD	LUGAR	RESPONSABLE
02 Enero 2012	Reunión Técnica con responsables ESNI de la Micro Red Chilca	Auditórium C.S. Chilca	Coordinadora ESNI de la Micro Red Chilca
03 Enero 2012	Elaboración Plan de sectorización	Auditórium C.S. Chilca	Responsables de ESNI de cada Establecimiento de la Micro Red Chilca
4 Enero 2012	Solicitar a logística materiales para censo.	Establecimiento de Salud C.S. Chilca logística	Enfermeras responsables ESNI de la Micro Red Chilca
15 Enero 2012	Capacitación al personal	Auditórium Centro de Salud Chilca	Enfermeras Responsables de ESNI micro red Chilca
16 Enero 2012	Entrega de materiales y croquis a cada responsable	Logistica del Centro de Salud de Chilca	Responsable de Logistica C.S. Chilca
18 Enero 2012	Realización del censo 6 a.m. a 4p.m.	Distrito de Chilca	Personal del C.S. Chilca y Coordinadores ESNI M.R. Chilca
20 al 22 Enero 2012	Recojo y tabulación de los formatos del censo	Servicio de Estadística	Personal del servicio de estadística del C.S. Chilca
25 Enero 2012	Entrega del informe general	Jefatura C.S. Chilca Red de Salud Valle del Mantaro Diresa ESNI	Coordinadora Estrategia de Inmunizaciones

ANEXO 02

PLANO DE SECTORIZACION



ANEXO 04

TARJETA DE SEGUIMIENTO

FACTORES DE RIESGO NEONATAL	SI	NO
ANTECEDENTES DE ÓBITO Y/O RN FALLECIDO	+	-
PARTO DOMICILIARIO	+	-
NO RESPIRO Y/O NECESITO REANIMACIÓN AL NACER	+	-
ENCEFALOPATIA NEONATAL	+	-
BAJO PESO AL NACER	+	-
HOSPITALIZACIÓN PREVIA	+	-

SIGNOS DE ENFERMEDAD NEONATAL SEVERA	1ª SEMANA		2ª SEMANA		3ª SEMANA		4ª SEMANA	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
NO SUCCIONA O SUCCION DÉBIL	+	-	+	-	+	-	+	-
CONVULSIONES	+	-	+	-	+	-	+	-
MOVIMIENTOS SOLO AL ESTÍMULO	+	-	+	-	+	-	+	-
FRECUENCIA RESPIRATORIA > 60/MIN	+	-	+	-	+	-	+	-
TRAJE INTERCOSTAL SEVERO	+	-	+	-	+	-	+	-
TEMPERATURA 35.5°	+	-	+	-	+	-	+	-
TEMPERATURA 37.5°	+	-	+	-	+	-	+	-

TAMIZAJE NEONATAL	TOMA DE MUESTRA	ENTREGA DE RESULTADOS
	FECHA	FECHA RESULTADO
HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO		
FENILCETONURIA		
HIPERPLASIA SUPRARENAL		
FIBROSIS QUÍSTICA		
HIPOCALCAEMIA		
CATARATA CONGENITA		



CARNET DE CRECIMIENTO NEONATAL - NIÑO

E.S.: _____ N° H.C.L.: _____

NOMBRE DEL NIÑO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ APGAR: 1' _____ 5' _____

PESO AL NACER: _____ TALLA: _____ PC: _____ EG: _____

BCG: _____ HVB: _____

Corte de Cordón Umbilical a los 3 minutos

Contacto Piel a piel NO () SI () Tiempo: _____

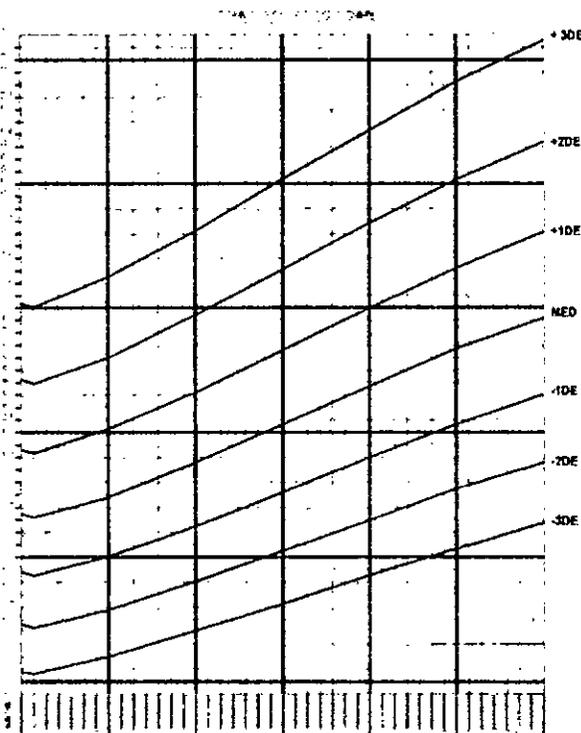
Lactancia Materna en la primera hora de vida: NO () SI ()

DNI: NO () SI () Nro.: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____

DOMICILIO: _____

COMUNIDAD/SECTOR: _____



TENDENCIA DE LA CURVA DE PESO - NIÑO

ADECUADA	INADECUADA
CONTROLES	
1ª SEMANA: FECHA: / /	
EDAD (DIAS): _____ PESO(g): _____ TEMP: _____	
LA TRAJÓ SU MAMÁ: SI () NO ()	
LME: SI () NO ()	
GANANCIA DE PESO: ADECUADA () INADECUADA ()	
CITA: _____	
2ª SEMANA: FECHA: / /	
EDAD (DIAS): _____ PESO(g): _____ TEMP: _____	
LA TRAJÓ SU MAMÁ: SI () NO ()	
LME: SI () NO ()	
GANANCIA DE PESO: ADECUADA () INADECUADA ()	
CITA: _____	
3ª SEMANA: FECHA: / /	
EDAD (DIAS): _____ PESO(g): _____ TEMP: _____	
LA TRAJÓ SU MAMÁ: SI () NO ()	
LME: SI () NO ()	
GANANCIA DE PESO: ADECUADA () INADECUADA ()	
CITA: _____	
4ª SEMANA: FECHA: / /	
EDAD (DIAS): _____ PESO(g): _____ TEMP: _____	
LA TRAJÓ SU MAMÁ: SI () NO ()	
LME: SI () NO ()	
GANANCIA DE PESO: ADECUADA () INADECUADA ()	
CITA: _____	

ANEXO 05

ROTAFOLIOS DE SESIONES

Esquema de vacunación del niño menor de 5 años

GRUPO OBJETIVO	EDAD	VACUNA
Niños menores de un año	Recién nacido	BCG
	Recién nacido	HVB
	2 meses	1ra dosis Pentavalente; 1ra dosis Antipolio inyectable (IPV) 1ra dosis Vacuna contra rotavirus 1ra dosis Antineumocócica
	4 meses	2da dosis Pentavalente 2da dosis Antipolio inyectable (IPV) 2da dosis Vacuna contra rotavirus 2da dosis Antineumocócica
	6 meses	3ra dosis Pentavalente 3ra dosis Antipolio oral (APO)
	7 meses	1ra dosis Influenza
	8 meses	2da dosis Influenza
Niños de un año	12 meses	1ra dosis SPR 3ra dosis Antineumocócica Una dosis Influenza
	15 meses de edad	Una dosis de Vac. Antiamarílica
	18 meses de edad	1er Refuerzo de vacuna DPT 1er Refuerzo Antipolio APO; 2da dosis de SPR
	De 12 a 23 meses	Una dosis Influenza
Niños de 2 años	De 24 a 35 meses	Una dosis Influenza
Niños de 3 años	De 36 a 47 meses	Una dosis Influenza
Niños de 4 años	De 48 a 59 meses	2do Refuerzo DPT; 2do Refuerzo Antipolio oral Una dosis Influenza



EN CASO DE NIÑOS CON VIH O HIJOS DE MADRES CON VIH/SIDA, NO DEBEN RECIBIR VACUNAS DE VIRUS VIVOS ATENUADOS, ESQUEMA ESPECIAL

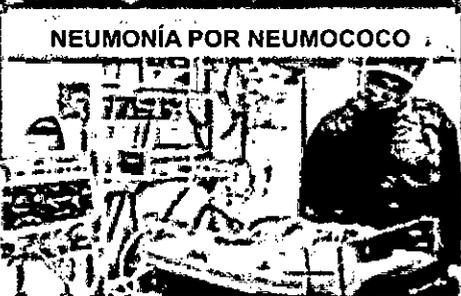
Esquema de vacunación del mayor de 5 años

GRUPO OBJETIVO	EDAD	VACUNA
Niñas del 5to grado a nivel nacional	Primer contacto con el establecimiento de salud	1ra dosis VPH
	A 6 meses de la 1ra dosis	2da dosis VPH
Niñas, adolescentes y Mujeres en edad reproductiva (MER), de 10 a 49 años.	Primer contacto con el establecimiento de salud	1ra dosis dT
	A 2 meses de la 1ra dosis	2da dosis dT
	A 4 meses de la 2da dosis	3ra dosis dT
Varones de 15 años mas que pueden enfermar con difteria y tétanos	Al primer contacto con el establecimiento de salud	1ra dosis dT
	A 2 meses de la 1ra dosis	2da dosis dT
	A 4 meses de la 2da dosis	3ra dosis dT
Población en riesgo, que pueden enfermar con fiebre amarilla o que iajan a la selva central	Al primer contacto con el establecimiento de salud	Una dosis Antiamarilica
Personas de 5 a 59 años y Trabajadores Sexuales, Hombres que tienen sexo con hombres, Miembros de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional.	Al primer contacto con el establecimiento de salud	1ra dosis HvB
	Al 1 mes de la 1ra dosis	2da dosis HvB
	Al 1 mes de la 2da dosis	3ra dosis HvB
Gestantes, Puérperas, Adultos > 60 años, personal de salud, Persona con comorbilidad, Estudiantes de salud, FF. AA., FF. PP., Cruz roja, Bomberos y defensa civil, Población Priv. de su libertad, CC. Nativas, Población cautiva y hacinada, Centro de rehabilitación, casa de reposos y albergues, zonas de friaje	Al primer contacto con el establecimiento de salud	Una dosis de Influenza



TODAS LAS VACUNAS SON COMPLETAMENTE GRATUITAS EN CUALQUIER ESTABLECIMIENTO DE SALUD. ACUDÉ CON TU TARIETA DE VACUNAS Y DNI

ENFERMEDADES QUE SE PREVIENEN CON LAS VACUNAS



LA VACUNACION ES LA ACTIVIDAD DE SALUD PUBLICA QUE HA DEMOSTRADO SER LA DE MAYOR COSTO BENEFICIO Y COSTO EFECTIVIDAD EN LOS ÚLTIMOS DOS SIGLOS. EL CUAL CONSTITUYE LA INTERVENCIÓN MÁS SEGURA EN SALUD.

ANEXO 06

ESQUEMA O CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN

GRUPO OBJETIVO	EDAD	VACUNA
Niños menores de un año	Recién nacido	BCG (*)
	Recién nacido	HVB Monodosis (*)
	2 meses	1ra dosis Pentavalente 1ra dosis Antipolio inactivada inyectable(IPV) 1ra dosis Vacuna contra rotavirus** 1ra dosis Antineumocócica
	4 meses	2da dosis Pentavalente 2da dosis Antipolio inactivada inyectable(IPV) 2da dosis Vacuna contra rotavirus** 2da dosis Antineumocócica
	6 meses	3ra dosis Pentavalente Dosis única Antipolio APO
Niños desde los 7 a 23 meses	A partir de los 7 meses	1ra. Dosis influenza
	Al mes de la 1ra dosis de influenza	2da. Dosis influenza
Niños de un año	12 meses	1ra.dosis SPR 3ra. Dosis Antineumocócica
Niños de un año	De 1 a 1año 11 meses 29 días que no fue vacunado previamente	Dos dosis Antineumocócica
Niños de 15 meses	15 meses de edad	Una dosis Vac. Antiamarilica
Niños de 18 meses	18 meses de edad	Primer refuerzo de vacuna DPT 1er. Refuerzo Antipolio APO Segunda dosis de SPR
Niños de 2, 3 y 4 años con Comorbilidad	2,3,4 años 11 meses y 29 días	Una dosis Influenza (***) Una dosis Antineumocócica (***)
Niños de 4 años	4 años hasta 4 años	2do. Refuerzo DPT
	11 meses 29 días	2do. Refuerzo Antipolio oral.

(*) La vacuna contra la Tuberculosis (BCG) y Hepatitis B en el recién nacido debe darse dentro de las 24 horas del nacimiento.

(**) Es importante tener en consideración que para la vacuna Rotavirus este margen de intervalo no puede sobrepasar los 6 meses de edad.

(***) Solo para el 5% de niños de esta edad que tienen factores de co-morbilidad.

Fuente: NTS N°080-MINSA/DGSPV.02-2011

ANEXO 07
EVIDENCIAS DE LA REALIZACIÓN DEL CENSO



ANEXO 08
VISITAS DOMICILIARIAS



ANEXO 09
AFICHES DE VACUNACIÓN

