

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



**PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES PREVENTIBLES
POR INMUNIZACIONES EN EL NIÑO MENOR DE 36 MESES DE EDAD
EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD JUZGARA DURANTE EL AÑO
2018**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CRECIMIENTO,
DESARROLLO DEL NIÑO Y ESTIMULACION DE LA PRIMERA
INFANCIA**

GLADIZ FACUNDO HUAMÁN

Callao - 2019
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DR. FELIX ALFREDO GUERRERO ROLDAN PRESIDENTE
- LIC. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO SECRETARIA
- DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA VOCAL

ASESORA: DRA. TOMASA VERONICA CAJAS BRAVO

Nº de Libro: 03

Nº de Acta: 10-2019

Fecha de Aprobación de la tesis: 22 de Junio del 2019

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, de Jurado Evaluador de la Tesis para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

INDICE

INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I: DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	6
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	9
2.1. ANTECEDENTES	9
2.2. MARCO CONCEPTUAL	12
2.2.1. ANEMIA	14
2.3. TEORIA RELACIONADAS AL TEMA	18
2.3.1. TEORIA DEL MODELO DE PROMOCION DE LA SALUD DE NOLA PENDER	21
CAPITULO III: PLAN DE INTERVENCION	25
3.1 JUSTIFICACION	25
3.2 OBJETIVOS	26
3.3. META	27
3.4 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	28
3.5. RECURSOS	31
3.6. EJECUCION	32
3.7. EVALUACION	34
CONCLUSIONES	35
RECOMENDACIONES	36
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	37
ANEXOS	41

INTRODUCCIÓN

Inmunización es acción de conferir inmunidad mediante la administración de antígenos (inmunización activa) o mediante la administración de anticuerpos específicos (inmunización pasiva), La naturaleza específica y los contenidos de las vacunas, difieren entre sí, dependiendo de la casa productora. El inmunobiológico contra la misma enfermedad puede variar en su composición por el uso de diferentes cepas o por la cantidad de unidades viables. Estas preparaciones antigénicas son capaces de producir anticuerpos frente a un agente infeccioso, o una toxina producida por el agente, de tal forma que inducen una respuesta inmunitaria pero no provocan la enfermedad infecciosa. La vacunación por lo tanto, consiste en la inducción y producción de una respuesta inmunitaria específica protectora mediante la administración de una vacuna. La inmunización permite al organismo defenderse contra las enfermedades causadas por bacterias o virus. Puede producirla el organismo de forma natural (cuando las personas están expuestas a bacterias o virus) o pueden proporcionarla los profesionales mediante la vacunación. Las personas que están inmunizadas contra una enfermedad, no suelen contraerla, o bien contraerán una forma leve. Sin embargo, como ninguna vacuna es 100% eficaz, algunos niños que han sido inmunizadas todavía pueden contraer la enfermedad. (7)

En las comunidades de Piura en los que las vacunas se utilizan de forma generalizada, muchas enfermedades que antes eran frecuentes y/o mortales (como la poliomielitis, el sarampión y la difteria) ahora son raras o están bajo control, en donde constituye uno de los avances más importantes de la medicina, sin embargo, creencias en la comunidad como falsas afirmaciones sobre las vacunas generan que padres expongan a sus hijos a enfermedades que podrían prevenirse. Seguir las recomendaciones para la vacunación es muy importante para la propia salud de la persona, familia y de los miembros de su comunidad. Muchas

de las enfermedades evitadas por las vacunas aún están presentes y siguen siendo frecuentes en otras partes del mundo. Estas enfermedades se diseminan rápidamente entre los niños no vacunados, quienes, debido a la facilidad actual para viajar, están expuestos aunque vivan en áreas donde la enfermedad no sea frecuente.

El objetivo del trabajo académico consiste en lograr coberturas universales de vacunación con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles y consta de tres capítulos, capítulo I descripción de la situación problema, capítulo II marco teórico, capítulo III plan de intervención.

CAPITULO I: DESCRIPCION DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El MINSA y diversos Gobiernos Regionales han venido desplegando esfuerzos para incrementar la cobertura de vacunación de nuestros niños y niñas menores de 3 años, así como también actores de la sociedad civil y la cooperación se ha movilizó para contribuir a visibilizar la importancia y el valor que representan las vacunas para la protección de la niñez. Los datos oficiales del INEI-ENDES PPR 2016 indicaron que la cobertura continuó recuperándose entre los años 2015 y 2016. En el 2014, de una cobertura de vacunación estimada en 61.1% de los niños menores de 36 meses, subió a 69.4% en el 2015 y continuó incrementándose, a un 70.3% en el primer semestre 2016 y a un 71.4% al cierre del año 2016, con lo cual se recuperó los niveles alcanzados del año 2011. Al primer semestre del año 2017 se tiene una cobertura de 73.5%. Según ENDES 2018 las coberturas en niño menor de 36 meses con vacuna completa para su edad 71,4%, menor de 12 meses con vacuna completa para su edad 81,4%, menor de 24 meses con vacuna neumococo 81,1% menor de 24 meses con vacuna rotavirus 81,2%.(12)

En la región de Piura, En el primer semestre 2018 el 26,7% de menores de 36 meses recibieron vacunas básicas completas para su edad, el 81,1% de menores de 12 meses recibieron vacunas básicas completas para su edad, 82,9% de niñas y niños menores de 24 meses recibieron inmunización contra el neumococo y rotavirus. Cabe resaltar que en nuestra región, Actualmente tiene una descobertura de vacunas del orden del **9 al 12** por ciento.

Particularmente en el centro de salud juzgara, establecimiento del primer nivel de atención, ubicado en el distrito de Huancabamba, se realiza la inmunización donde constituye uno de los avances más importantes de la medicina, sin embargo, falsas afirmaciones sobre las vacunas generan que padres expongan a sus hijos a enfermedades que

podrían prevenirse , factores entre ellos los sociales y culturales que hacen referencia a la, procedencia, tradiciones, costumbres, creencias y la falta de conocimiento de las madres de familia a esto se suma madres adolescentes, analfabetas, multíparas y por lo tanto, no cumplen con las vacunas que les corresponden a sus niños en la fecha correspondiente, también hay casos que no llevan a sus niños a vacunar por motivo de enfermedad del niño.

Es por ello que el propósito de este informe fue describir la experiencia laboral en la prevención de enfermedades prevenibles por inmunizaciones en niños menores de 3 años en el distrito Huancabamba establecimiento de salud I - 2 JUZGARA durante el año 2018 a fin que los resultados sirvan para conocer la situación actual en cobertura de vacunas, ya que se tiene que llegar al 95 % de coberturas en cada una de las vacunas en los diferentes grupos así podríamos tener menos casos de neumonía y de enfermedades diarreicas agudas.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1.- teoría de enfermería

En enfermería desde la perspectiva del presente estudio se aborda a Madeleine Leninger con su teoría enfermería transcultural y a Nola Pender con su teoría modelo de la promoción de la salud.(1)

A lo largo del tiempo la enfermería ha cambiado, ha evolucionado de ser una mera aplicación de técnicas determinadas, ha abierto su campo de acción a otros ámbitos, como el de la prevalencia y el del desarrollo. No obstante, al igual que otras disciplinas, como la antropología social, cuyo objeto de estudio es el hombre, es a partir de la II guerra mundial cuando se inicia la profunda transformación de la enfermería, comenzando el proceso que la ha llevado de estar al servicio de la medicina a tener una identidad independiente.

2.1.1. TEORÍA MADELEINE LENINGER

La teoría de cuidados culturales de Madeleine Leninger ⁽¹⁾, plantea que el conocimiento de la estructura cultural y social de una comunidad, grupo o individuo puede definir el logro de objetivos en las prácticas asistenciales de enfermería. En el presente estudio se aplica esta teoría en la medida que indaga las creencias, costumbres y hábitos de las personas que preceden de diversas familias y de diferentes contextos.

2.1.2.- TORIA NOLA J. PNDER

La Doctora Nola Pender, en su modelo de promoción de la salud claramente hace referencia a la salud como el estado altamente positivo, no simplemente como la ausencia de la enfermedad. También define la persona como el individuo y centro de la teoría. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo- perceptual y sus factores variables, además dice

que el entorno, no se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo – perceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de la salud ⁽¹⁾.

Para el presente estudio se postula que entre otros, los factores socioculturales se relacionan en el control de enfermedades prevenibles por inmunizaciones por lo que los profesionales de la salud y particularmente las enfermeras, como agentes líderes en la comunidad, deberán abordar integralmente al niño y su contexto con actividades preventivo promocionales.

Así mismo, si bien no se puede intervenir directamente para modificar todos los factores si es posible concertar esfuerzos con los distintos sectores sociales a fin de mejorar las condiciones del contexto social, favoreciendo el desarrollo humano sostenible.

2.2.- ANTECEDENTES

Donayde A y Tupacyupanqui E (2), llevaron a cabo un estudio titulado: “factores maternos e institucionales relacionados a la deserción del calendario de inmunizaciones pentavalente y antipoliomielítica en niños menores de un año del centro de salud chilca 2015” Con el objetivo de determinar la relación entre los factores maternos e institucionales y la deserción al calendario de inmunizaciones pentavalente y antipoliomielítica, en niños menores de un año .fue de tipo explicativo, con diseño correlacional, la población de 150 menores desertores de vacunas, la muestra fue proporcional con un 95% de nivel de confianza legando a 108 menores, los datos fueron recolectados mediante guía de análisis de contenido, observación y encuesta. Los resultados descriptivos fueron una tasa de deserción de 21.3%, se halló un nivel de conocimientos bajo en el 40.7%, medio en 33.3% y alto en 25.9%; los actores institucionales en general fueron calificados como inadecuados en

el 53.7% y adecuados en 46.3%. la edad, grado de instrucción, lugar de procedencia, ocupación y nivel de conocimiento sobre vacunas fueron factores maternos relacionados significativamente con la deserción a las vacunas Pentavalente y Antipoliomielítica en niños menores de un año en el Centro de Salud Chilca ($p < 0.01$). la calidad de atención, tiempo de espera, oportunidad de seguimiento y abastecimiento con biológicos fueron factores organizacionales relacionados con la deserción a las vacunas Pentavalente y Antipoliomielítica en niños menores de un año en el Centro de Salud Chilca ($p < 0.01$).

Romano M y Bravo ⁽³⁾, llevaron a cabo un estudio titulado: “conocimientos sobre inmunizaciones en madres de niños menores de dos años y cumplimiento del calendario de vacunas de junio 2016 a junio 2017, puesto de salud de pariahuanca, carhuaz, 2017” Con el objetivo de determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos sobre inmunizaciones en madres de niños menores de dos años y el cumplimiento del calendario de vacunas. El tipo de estudio fue cuantitativo relacional y el diseño fue no experimental de corte transversal. La población estuvo conformada por 100 madres de niños menores de dos años que acuden al Puesto de Salud de Pariahuanca Se encontró Los resultados fueron los siguientes: de 32 madres que equivalen el 100%, indican que el 50% de las madres de niños menores de dos años tienen un nivel conocimientos medio sobre inmunizaciones, el 40.6% de las madres tienen nivel de conocimiento alto y solamente el 9.4% tienen un nivel de conocimiento bajo. En cuanto al cumplimiento el 81.3% si cumplen el calendario de vacunas y el 18.7% no cumplen con el correcto calendario de vacunas durante sus dos primeros años de vida. En conclusión. Sí hay relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento de las madres de niños menores de dos años y el cumplimiento del calendario de vacunas.

Florencio M ⁽⁴⁾, llevo a cabo un estudio titulado: “Actitud frente a la inmunización según las características socio demográficas de las madres de niños menores de 5 años. Lurín, 2017” Con el objetivo de determinar la actitud frente a la inmunización que presentaban las madres de niños según algunas características socio demográficas que presentaban las madres de niños menores de cinco años en el distrito de Lurín, durante el año 2017. Los resultados encontrados en la investigación permitieron determinar que más del 50% de las madres no presenta actitudes favorables respecto a la inmunización de sus hijos y que estas actitudes variaban en función de la edad y la ocupación, encontrándose que un mayor porcentaje de madres adolescentes presentaban actitudes de indiferencia (62%), mientras que el 50% de las madres adultas jóvenes evidenciaron actitudes favorables frente a la inmunización, no encontrándose diferencias en las actitudes según el número de hijos o grado de instrucción de las madres.

Arizala P y Rodríguez M ⁽⁵⁾, llevaron a cabo un estudio titulado: “Factores Influyen en la Incidencia de Atrasos del Esquema de Vacunación en niños menores de 0 a 23 meses de edad que acuden al Centro de Salud N°11 de la ciudad de Guayaquil” Con el objetivo Determinar los factores influyen en la incidencia de atrasos del esquema de vacunación en niños menores de 0 a 23 meses de edad que acuden al Centro de Salud N° 11 de la ciudad de Guayaquil. Se empleó un enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal, aplicado a 56 madres de niños menores de 2 años de edad, las cuales se les formuló 17 preguntas a fin de conocer sus criterios y perspectivas concernientes a la vacunación. Teniendo como resultado 50% de madres con edad de 21 a 25 años, en unión libre, el 69% de madres ha cursado solo hasta la sección secundaria, no poseen trabajo estable, finalmente el 65% de las madres refieren no acudir a vacunar a sus hijos a causa del descuido. Los factores estudiados inciden sobre el conocimiento, a más de los factores personales.

Ocampo k ⁽⁶⁾, llevo a cabo un estudio titulado: “INCUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNAS EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 24 MESES EN EL CENTRO DE SALUD DE CHONTACRUZ”” Con el objetivo Identificar los factores pediátricos, señalar los factores institucionales y establecer los factores maternos, que influyen en el incumplimiento del esquema de vacunas de los niños menores de 24 meses. Identificar los factores pediátricos, señalar los factores institucionales y establecer los factores maternos, que influyen en el incumplimiento del esquema de vacunas de los niños menores de 24 meses. Los resultados revelan que los niños con retraso o abandono del esquema de vacunas se encuentran en edades entre 13 a 24 meses; la mitad de los niños no fueron vacunados por las reacciones post vacuna y porque estaban enfermos el día de la vacuna.; más de la mitad de las madres refieren que siempre encuentran las vacunas que necesita, en menos porcentaje que las citan para otra fecha; así mismo refieren que el trato solo a veces es amable. Entre los factores pediátricos el mayor porcentaje de niños con esquemas de vacunación incompletos son de edades entre 13 a 24 meses. Entre los factores institucionales más de la mitad de las madres refieren que siempre encuentran las vacunas que necesitan, en menores porcentajes expresan que las citan para otra fecha. En relación a los factores maternos, son madres jóvenes entre las edades de 20 a 24 años, con un nivel de instrucción entre primaria y secundaria.

MARCO CONCEPTUAL

2.3.- ENFERMEDADES PREVENIBLES CON INMUNIZACIONES

Son aquellas enfermedades que se pueden prevenir mediante el uso de las vacunas , entre ellas: la Difteria, Tos ferina, Tétanos, Hepatitis A, Hepatitis B, Influenza, Poliomieltis, Sarampión, Rubeola, Parotiditis, Varicela, Tuberculosis, Meningitis, Fiebre Amarilla, Neumonías, diarreas por Rotavirus, cáncer de cuello uterino por VPH, entre otras; de aquí la importancia de realizar la vacunación en forma oportuna según el esquema de vacunación establecido por el Ministerio de Salud.

2.3.1.- INMUNIZACIONES

Son actividades que realiza el sector salud, considerando en la atención integral de las personas (niños, adolescente, adulto, y adulto mayor), para garantizar la protección de enfermedades prevenibles por vacunas

2.3.2.- TIPOS DE INMUNIZACIONES

INMUNIDAD CONGÉNITA

Los niños pueden nacer con inmunidad contra algunas enfermedades contagiosas si la madre ha tenido la enfermedad. Estas defensas o sustancias especiales (anticuerpos) pasan de la madre al niño por medio de la sangre. Duran de 4 a 6 meses. No duran toda la vida. Esta defensa se llama inmunidad congénita.

INMUNIDAD NATURAL

El cuerpo obtiene defensas al tener algunas enfermedades como el sarampión. La tosferina, las paperas, etc. Esta inmunidad dura toda la vida.

Hay otras enfermedades, como por ejemplo: la gripe, que son defensas que duran poco tiempo no más. Estas defensas se llaman inmunidad natural

INMUNIDAD ACTIVA

Hay vacunas contra ciertas enfermedades contagiosas. La vacuna tiene microbios débiles o muertos de la enfermedad y cuando se inyecta o se toma, el cuerpo fabrica sus propias defensas contra los microbios y produce resistencia contra la enfermedad. Esta defensa se llama inmunidad activa.

INMUNIDAD PASIVA

Se puede inmunizar con sueros especiales contra ciertas enfermedades o venenos. Los sueros se hacen de sangre de otras personas o animales que han sufrido la enfermedad y por tienen defensas en su sangre. Los sueros, como el antiofídico, el antitetánico, el antirrábico, etc. Etc., dan inmunidad por muy corto tiempo. Esta defensa se llama inmunidad pasiva.

2.3.3.- VACUNAS

Es la expresión de microorganismos vivos (bacterias o virus) inactivados o muertos, fraccionarlos inducen en el receptor una proteicas, que al administrarse inducen en el receptor una respuesta inmune que previene una enfermedad.

2.3.4.- ADMINISTRACION DE LAS VACUNAS

Es la ruta que se utiliza para suministrar y/o aplicar las vacunas a la población. Las vías de administración utilizadas son: vía oral y parenteral.

Tipo de vía	Técnicas de aplicación
<p>Vía oral:</p> <p>Es la ruta de aplicación por la boca, y se utiliza para la vacuna de polio oral - Sabin y Rotavirus</p> 	<p>Explíquese a la madre el tipo de vacuna a aplicar; número de dosis y el sitio de aplicación.</p> <p>En niños menores de un año la posición recomendada es semi-sentada en brazos de la madre, debiendo el vacunador fijar la mandíbula inferior del lactante para asegurar la administración correcta</p> <p>Vacuna de polio oral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quitar el protector del gotero. • Dejar caer dos gotas en la boca del

	<p>niño,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar que el gotero toque la boca del Niño, a fin de evitar la contaminación. • Asegurarse que el niño no rechace, regurgite o vomite la vacuna, dentro de 5 minutos; de lo contrario REPITA la aplicación.
	<p>Vacuna Rotavirus:</p> <p>Coloque al niño en los brazos de su madre en posición de sentado con la cabeza inclinada hacia atrás. Aplique lentamente el contenido de la vacuna por vía oral en la parte interna de la mejilla del niño, para evitar que la rechace. Si el niño escupe o regurgita o vomita la Vacuna, NO SE DEBE administrar otra dosis, explicar que la absorción es inmediata a través de la mucosa oral. En caso de no administrarse inmediatamente, la jeringa que contiene la vacuna reconstituida debe agitarse otra vez antes de la administración por vía oral.</p>

Vía parenteral:

Intradérmica, subcutánea,
intramuscular

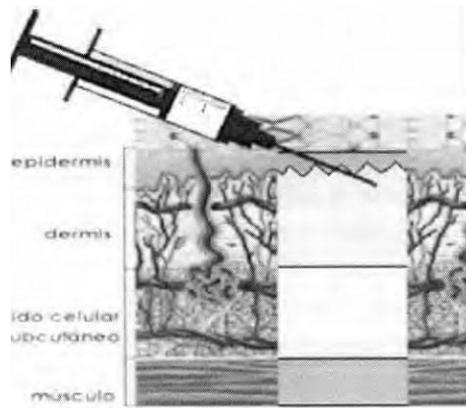


Figura 1.- Vía intradérmica

Intradérmica (ID)

Se usa para la aplicación de la vacuna BCG. La inyección ID consiste en aplicación de la



vacuna en la capa superior de la piel (dermis), que, por las características del tejido, por una poca distribución de vasos sanguíneos y capacidad de absorción lenta, la vacuna se absorbe poco a poco.

Explique a la madre sobre el tipo de vacuna y el sitio de aplicación (brazo derecho).

Pedirle a la madre que coloque al niño en la camilla y que descubra el brazo derecho y que sujete el antebrazo del recién nacido.

Preparar la vacuna BCG, combinando el diluyente con la solución liofilizada así:

- Proteja la ampolla del diluyente con un algodón, para quebrar el cuello de la ampolla.
- El mismo procedimiento realice con la ampolla liofilizado,
- Registre la hora de apertura de la vacuna en el frasco de la vacuna
- Utilizando una jeringa desechable, aspire el diluyente y mezcle con el liofilizado, evite rozar la aguja con el borde de la ampolla y elimine la jeringa utilizada, en la caja de bioseguridad
- Utilizando una jeringa retráctil descartable de lcc con aguja calibre 27GX 1/2" extraiga la dosis de 0.05 cc del frasco según corresponda de acuerdo al inserto del laboratorio productor.

Aplique la vacuna en el tercio superior de la región deltoidea del brazo derecho,

Limpia el sitio de aplicación de la inyección, utilizando algodón con clorhexidina al 2%, en forma circular del centro hacia fuera en 5 cm de diámetro.

- Sostener la piel con el dedo índice y pulgar con una mano, estirando bien la piel, dejando el dedo medio y anular bajo el brazo, para que fácilmente pueda introducirse la aguja en la dermis.
- Colocar la aguja, con un ángulo de 15° de manera que quede casi paralela a la superficie de la piel y con el bisel hacia arriba.
- Introducir la aguja presionando contra la piel cuidadosa y lentamente.
- Si el bisel de la aguja está en el tejido intradérmico cuando empieza a introducir el líquido se siente ligera resistencia.

	<ul style="list-style-type: none"> • Avanzar unos 3 mm, inyectar suavemente, verificando que se forme una pequeña pápula de 5 mm de diámetro con el aspecto de piel de naranja.
	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando no hay resistencia significa que la aplicación se está realizando muy al fondo del tejido intradérmico. • Retirar la aguja sin realizar masaje en el lugar donde se aplicó la vacuna; explicándole a la madre que no presione, ni haga masaje en el sitio de la inyección. • Observar cuidadosamente el sitio de aplicación y al paciente, para verificar alguna reacción alérgica. <p>Explicar a la madre las reacciones de la vacuna BCGf la formación de la pápula y el proceso de cicatrización que no requiere de ningún tratamiento especial,</p> <p>Una vez finalizado el procedimiento, desechar la jeringa en la caja de bioseguridad.</p>

Vía subcutánea (SC)

Es la administración de la vacuna por debajo de la piel, en el interior del tejido subcutáneo se aplica en la parte superior externa del brazo a nivel del músculo deltoides. Por esta vía se aplican las vacunas SRP, SR, Varicela y Fiebre Amarilla.



Figura 2.- Vía subcutánea o a

Explicarle a la madre sobre el tipo de vacuna, la dosis y la técnica de aplicación.

Pedirle a la madre que se siente y abrace al niño, sosteniendo el brazo izquierdo,

Preparar la vacuna combinando el diluyente con el liofilizado utilizando una jeringa de 1 cc con aguja 25 G x 5/8 para diluir.

- Retire el sello de protección del frasco, sin retirar el anillo metálico, ni el tapón de goma.
- Romper la ampolla del diluyente por el cuello; llene la jeringa con el diluyente agitando la solución.
- Rotular la hora de apertura en el frasco de vacuna en caso de multidosis.
- Llene la jeringa con la solución, evitando rozar la aguja con el borde del frasco.

Limpiar el sitio de aplicación de la inyección, utilizando con clorhexidina al 2% en forma circular del centro

	<p>hacia fuera, en 5 cm, de diámetro.</p> <ul style="list-style-type: none">• Levantar la piel del músculo deltoides
--	--

	<p>para calcular el grosor del tejido celular subcutáneo en la zona elegida.</p>
	<p>Introducir la aguja de la jeringa de 0.5cc; en tercio superior externo de la zona del músculo deltoides, de manera que la solución de la vacuna se sitúe exactamente en el tejido celular subcutáneo en un ángulo de 45º</p> <ul style="list-style-type: none"> • Después de introducir la aguja, aspirar, observar si no hay salida de sangre. Si observa combinación de la vacuna con sangre retire y repita el procedimiento desde el inicio. • Aplicar lentamente la vacuna. • Al terminar de introducir la vacuna retire la aguja siguiendo el ángulo de introducción; ya que esto evita daño al tejido. <p>No de masaje y aconseje a la madre no dar masaje, ni colocar ninguna substancia en el sitio de aplicación, explíquese las reacciones que puede</p>

	<p>presentar el niño por causa de la vacuna.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deséchela en la caja de bioseguridad.
<p>Vía intramuscular (IM)</p> <p>La vía Intramuscular se realiza en el tejido muscular, el cual tiene mayor circulación sanguínea que el tejido celular subcutáneo, por esta razón absorbe la vacuna más rápido y de manera segura.</p> <p>En el tejido muscular se administran las vacunas: Pentavalente, Neumococo, DPT, HvB, HvA, Influenza, Dengue, Meningococo, Antirrábica y Td. Para aplicación de la vacuna se utilizan dos sitios de acuerdo a la edad.</p>	<p>Explíquelo a la madre sobre la técnica de aplicación y el tipo de vacuna a aplicar.</p> <p>Coloque al niño sobre la mesa o en las piernas de la madre, en posición supina o lateral con la punta de los dedos del pie hacia adentro, con esta posición se observa bien el lado exterior de la pierna.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para identificar el sitio de la inyección se coloca la mano en el trocánter y el cóndilo inferior del fémur, esta área se divide en tres partes y la parte del centro (tercio medio) es el sitio ideal

<ul style="list-style-type: none">• Menores de un año: musculo Vasto externo del muslo,• Mayores de un año: musculo Deltoides del brazo. <p>Músculo Vasto externo: en el tercio medio de la cara antero lateral del muslo. Esta vía de aplicación se utiliza en población menor de UN año, debido a que en este lugar no existen nervios, ni vasos sanguíneos importantes.</p>	<p>para aplicar la inyección.</p> <ul style="list-style-type: none">• Se coloca una mano al lado de la rodilla y la otra al lado del trocánter, generalmente el espacio que queda libre puede ser seleccionado para la inyección.
---	---

2.3.6.- CLASIFICACION DE INMUNOBIOLOGICOS

2.3.6. 1.- VIVAS ATENUADAS

Vacunas vivas atenuadas.- Vacunas compuestas por microorganismos infecciosos vivos (bacterias o virus) que muestran bajos niveles de virulencia. Conservan la capacidad inmunogénica y estimulan la inmunidad protectora, pero han perdido el poder patógeno y muy rara vez son capaces de causar formas graves de enfermedad, por ejemplo, la vacuna contra la fiebre amarilla y la antipoliomielítica, Se obtienen seleccionando mutantes a virulentas o de virulencia atenuada mediante pases sucesivos en diferentes huéspedes animales y/o medios de cultivos.

2.3.6.2.- INACTIVADAS O MURTAS

Vacunas inactivadas.- Vacunas compuestas por gérmenes muertos que han perdido su capacidad patogénica, pero conservan la capacidad inmunogénica. Se obtienen tratando los antígenos vivos mediante procedimientos físicos (calor) o químicos (formaldehído) que destruyen su infectividad sin afectar la inmunogenicidad.

2.3.7.- CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES,

Una contraindicación es una situación en la que no debe administrarse, bajo ninguna circunstancia, un medicamento, en este caso una vacuna, por el elevado riesgo de que pueda tener lugar una reacción adversa grave o incluso fatal. En el caso de una precaución el riesgo de una reacción adversa es menor y se puede considerar la administración en función del posible beneficio, sopesando las previsibles ventajas e inconvenientes.

El adecuado conocimiento de las verdaderas contraindicaciones o precauciones ayuda a que no se pierdan oportunidades de vacunación. Las falsas contraindicaciones no solamente conllevan retrasos

innecesarios para la adecuada protección, sino que además favorecen la propagación en la sociedad de creencias erróneas con relación a las situaciones en las que se puede o no se puede vacunar. ⁽¹¹⁾

2.3.7.1.- CONTRAINDICACIONES PERMANENTES

1.- Reacción adversa grave a una dosis previa de misma vacuna. Se consideran como tales la reacción alérgica grave (anafiláctica) a una dosis previa de vacuna o a alguno de sus componentes o por ejemplo, en el caso de la tosferina, si se describe una encefalopatía aguda en los 7 días siguientes a la vacunación (no se podrá administrar el componente de la tosferina, aunque sea una vacuna acelular).

2.- Hipersensibilidad o reacción alérgica grave a algún componente de la vacuna. Una reacción anafiláctica a algún componente de la vacuna contraindica la administración de nuevas dosis, o nuevas vacunas, que contengan dicho componente. Los productos más alergénicos son los antibióticos (neomicina y estreptomina), las proteínas del huevo, las gelatinas (triple vírica y varicela) y, en menos ocasiones, la levadura (hepatitis B).

2.3.7.2.- CONTRAINDICACIONES TEMPORALES

1.- Edad de administración. La edad de administración puede considerarse una contraindicación. La vacuna triple vírica no se aconseja administrarla antes de los 12 meses de vida, porque puede interferir con los anticuerpos maternos y no producir una respuesta inmunológica completa, aunque en situaciones epidémicas se puede administrar a partir de los 6 meses de edad, si bien posteriormente deberá recibir dos dosis a partir de que cumpla los 12 meses de edad. Igualmente, la vacuna frente a la hepatitis A se administra a partir de los 12 meses de edad, la

antigripal a partir de los 6 meses y los componentes de alta carga antigénica de difteria y tosferina (D y P) solo se pueden aplicar hasta los 7 años de edad.

2.- **Embarazo.** Están contraindicadas todas las vacunas de virus vivos por el riesgo potencial de provocar lesiones del desarrollo del feto. Las únicas vacunas de virus vivos que podrían administrarse durante el embarazo, en situaciones especiales y siempre que el riesgo sea grande, son la de la polio y la antitifoidea orales y la de la fiebre amarilla. En general, las vacunas inactivadas se podrían aplicar durante el embarazo, aunque en algunas de ellas no existen estudios que ratifiquen su seguridad. Siempre hay que valorar si el beneficio es mayor que el riesgo, siendo de aplicación frecuente durante el embarazo, por estar indicadas, la vacuna antigripal, que debe administrarse en cuanto empiece la campaña de cada año, independientemente de las semanas de gestación, y la vacuna frente a la difteria, tétanos y tosferina, que se pone a final del embarazo y que busca prevenir la tosferina en el recién nacido.

3.- **Inmunodeficiencias.** Las vacunas con gérmenes vivos (triple vírica, varicela y fiebre amarilla fundamentalmente) están en términos generales contraindicadas, ya que en los niños con inmunodeficiencias pueden provocar la enfermedad de forma grave. Hay ciertas situaciones de inmunodeficiencia, como en la de niños con sida que, según los niveles de linfocitos que tengan, se les podría administrar o no la vacuna triple vírica y la de la varicela. El resto de vacunas pueden administrarse, pero suelen provocar escaso estímulo de la respuesta inmunológica, por lo que podrían necesitar más dosis que una persona sana. En nuestro país, los niños sanos que conviven con personas inmunodeprimidas pueden y deben recibir todas las vacunas de calendario que les correspondan por su edad, incluidas las de virus vivos como triple vírica (sarampión, rubeola o parotiditis), varicela y rotavirus, asimismo han de vacunarse anualmente frente a la gripe si tienen, al menos, 6 meses de edad.

4.- **Enfermedad aguda.** Por un principio de precaución, las vacunas no deben administrarse en el curso de infecciones agudas moderadas y graves, pero solo mientras dure esa situación. Igualmente, en los casos de enfermedad aguda, como fiebre muy elevada, crisis asmática, cardiopatía o nefropatía descompensadas, estarán contraindicadas mientras dure la situación aguda.

2.3.8.- ESQUEMA DE VACUNACION

El Esquema Nacional de Vacunación incluye las siguientes vacunas:

VACUNA BCG.

VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B (HvB)

VACUNA PENTAVALENTE

VACUNA TOXOIDE DIFTOTÉTANO PEDIÁTRICO (Dt)

VACUNA CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B (Hib)

VACUNA CONTRA LA POLIOMIELITIS: Inyectable y Oral (IPV- bAP0)

VACUNA CONTRA ROTAVIRUS

VACUNA ANTINEUMOCÓCICA

VACUNA CONTRA SARAMPIÓN, PAPERAS Y RUBÉOLA (SPR)

VACUNA CONTRA SARAMPIÓN Y RUBEOLA (SR)

VACUNA CONTRA VARICELA

VACUNA ANTIAMARILICA (AMA)

VACUNA CONTRA LA DIFTERIA, PERTUSIS Y TÉTANOS (DPT)

dTADULT

VACUNA COMBINADA dTpa (gestantes)

VACUNA CONTRA EL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO (VPH)

VACUNA CONTRA LA INFLUENZA

Nº

POBLACION		
EDAD		VACUNA
OBJETIVO		
Recién nacido		1 dosis de BCG 1 dosis de VHB
2 meses		1da dosis Vacuna Pentavalente 1da dosis Vacuna Antipolio inactivada inyectable (IPV) 1da dosis Vacuna contra Rotavirus 1da dosis Vacuna Neumococo
4 meses		2da dosis Vacuna Pentavalente 2da dosis Vacuna Antipolio inactivada inyectable (IPV) 2da dosis Vacuna contra Rotavirus 2da dosis Vacuna Neumococo
6 meses		3ra dosis Vacuna Pentavalente Ira dosis Vacuna Antipolio Oral (APO) Ira dosis Vacuna Influenza Pediátrica (*)
Al mes de la primera dosis de influenza		2da dosis Vacuna influenza Pediátrica
Un año	12mes	Ira dosis vacuna SPR 3ra dosis vacuna neumococo

Dosis vacuna contra la varicela

1 dosis Vacuna Influenza

Pediátrica

15 meses	1 dosis de Vacuna Antiamarilica (dosis única)
----------	---

18 meses	1er Refuerzo de Vacuna DPT 1er Refuerzo Vacuna Antipolio oral APO 2da dosis de Vacuna SPR
----------	---

	1 dosis Vacuna Influenza Pediátrica
2 años, 11 meses, 29 días.	1 dosis Vacuna contra la Varicela (**)

3 años, 11 meses, 29 días.

De 3 y 4 años	4 años, 11 meses, 29 días	1 dosis vacuna influenza adulto
De 2, 3 y 4 años	(hasta 4 años 11 meses, 29 días)	1 dosis vacuna antiamarilica (solo aquellos que no acrediten vacuna anterior)
De 4 años	4 años	2do. Refuerzo DPT
	(Hasta 4 años 11 meses, 29 días)	2do Refuerzo Antipolio oral (APO)

ESQUEMA DE VACUNACIÓN ESPECIAL

Niñas y niños portadores de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o nacidos de madres portadoras del VIH

POBLACION OBJETIVO	EDAD	VACUNA
Menor de un año	Recién nacido 12 horas	una dosis de BCG
	Recién nacido 12 horas	Una dosis de HvB monodosis
	2 meses	1 ^{ra} , dosis: Pentavalente, Polio inactivada (IPV) , Neumococo y Rotavirus
	4 meses	2 ^{da} dosis Pentavalente, Polio inactivada (IPV) , Neumococo Conjugada y rotavirus
	6 meses	3 ^{ra} dosis Pentavalente y Polio inactivada (IPV)
	7 meses	1 ^{era} dosis Influenza Estacional
	8 meses	2 ^{da} dosis Influenza estacional
	1 año	12 meses
15 meses		2 ^{da} dosis Varicela
18 meses		1 ^{er} refuerzo de vacuna DPT, 2 ^{da} dosis de SPR e IPV.
20 a 23 meses		1 dosis Influenza Estacional,
4 años	4 años hasta 4 años 11 meses 29 días	2 ^{do} Refuerzo: DPT e PV

Vacunas de virus vivo atenuado: Se aplicarán previa evaluación riesgo beneficio, considerando que la niña y niño no se encuentre en estadio SIDA o con inmunodeficiencia severa (Evaluar recuento linfocitario de CD4Z400),

Vacunación para Adultos con Infección VIH/Sida

Vacuna	Dosis	Refuerzo
Anti difto-tétano (dt)	0.5 ml IM, 3 dosis 0, 2, 6 meses	Cada 10 años
Hepatitis B	40 ug/2mL IM, 3 dosis 0,1 , 2 meses	Se deberá solicitar dosaje de anti-HBs Ag a los 30 días de culminada la vacunación, si anti-HBs Ag es < 10 UI, aplica una dosis adicional, se ún criterio médico.

POBLACIÓN OBJETIVO	EDAD	VACUNA	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN
	prematuro / Bajo peso al nacer	BCG	0.05/0,1 ml Intradérmica 0.5 ml Intramuscular
Contacto de TB pulmonar	años, 11 meses, 29 días	BCG	0. lcc. vía intradérmica
Menores de 5 años con co-	De 2 a 4 años 11	Neumococo	1 dosis de 0.5cc, vía Intramuscular

morbilidad crónica	meses 29 días		
Pacientes con Hemodiálisis y enfermedad crónica renal	De acuerdo a edad		<p>Deben recibir dosis doble de antígeno vacunal según edad (3,5, 13):</p> <p style="text-align: center;">< 1 año 10 ug 1-20 años : 20 ug A partir de 20 años . 40 ug</p> <p>Esquemas acelerados: 0, 7 y 21 días; 0, 10 y 21 días; 0, 1, 2 y 12 meses.</p> <p>Si el título de anticuerpos es < 10 mUI/ml luego de completar el primer esquema de vacunación se administrará una nueva serie de 3 dosis con el doble de antígeno vacunal en cada dosis. Si después de este segundo esquema no se obtiene respuesta adecuada se considerará como no respondedor.</p> <p>En los pacientes en diálisis y trasplantados renales se debe medir niveles de anticuerpos anualmente y darse dosis de refuerzo si los niveles caen</p>

			debajo del nivel de protección.
Paciente con VIH Sida	De acuerdo a edad	Neumococ o Hepatitis B Influenza	Según prescripción médica
Personas que conviven con pacientes inmunodeprimidos	De acuerdo a edad	Con esquema completo	Según prescripción médica Contraindicadas las Vacuna Anti polio Oral
Pacientes esplénicos y oncohematológicos con trasplante de órgano sólido y precursores hematopoyéticos	Todas las edades	Neumococo	Una dosis de 0.5cc, vía Intramuscular según prescripción médica
		Hib	
		Influenza	
		Hepatitis B	

2.4.- DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Antígeno: Sustancia o grupo de sustancias que son capaces de estimular la producción de una respuesta inmune, específicamente de anticuerpos.

Anticuerpo: Son moléculas de la inmunidad humoral específica cuya principal función es la defensa contra microorganismos y toxinas producidas por los distintos agentes microbianos.

Esquema de Vacunación: Es la representación cronológica y secuencial para la administración de las vacunas aprobadas oficialmente para el país.

Enfermedades prevenibles: Son aquellas enfermedades que se pueden prevenir mediante el uso de las vacunas.

Inmunidad: Es la capacidad que tienen los organismos para resistir y defenderse de la agresión de agentes extraños.

Vacuna.: Es la suspensión de microorganismos virales, bacterianos vivos, inactivados o sus fracciones, sub unidades o partículas proteicas.

Vacunas inactivadas.: Vacunas compuestas por gérmenes muertos que han perdido su capacidad patogénica, pero conservan la capacidad inmunogénica.

Vacunas vivas atenuadas: Vacunas compuestas por microorganismos infecciosos vivos (bacterias o virus) que muestran bajos niveles de virulencia.

CAPITULO III: PLAN DE INTERVENCIÓN

3.1 JUSTIFICACION

El presente trabajo académico cobra relevancia y justifica su ejecución, porque brindara información sobre el estado de vacunación para el año 2014 a 2018 en la población menor de 36 meses del centro de salud juzgara. Valorará las estrategias implementadas para identificar aciertos y fallos en el sistema y dará información del trabajo realizado por el equipo de salud en la comunidad.

El PAI es importante para prevenir infecciones transmisibles potencialmente graves en la población infantil con un producto biológico de comprobada eficacia. Estos productos biológicos, las vacunas, tienen que ser administradas individualmente a la mayor cantidad de niños posibles para conseguir una inmunidad individual que, ayudará a conseguir una inmunidad global.

Piura ocupa el noveno lugar entre las regiones que tienen la más baja cobertura de vacunas lo cual pone en riesgo la primera infancia en la región, Conseguir cobertura por encima del 95% no es fácil, aun teniendo todos los medios técnicos y humanos al alcance. Conseguirlo en condiciones de precariedad económica y en terrenos de difícil acceso es aún más complicado, pero las consecuencias de no conseguirlo son graves, por lo que se deben poner todos los medios posibles para mejorarlo

El trabajo académico es viable y factible para su realización, donde se encuentran varios sectores sociales involucrados ya que es necesaria la participación social activa, es decir, que los protagonistas sean los ciudadanos, educar a los niños en la idea de que la vacunación es un derecho y deben conocer cuáles son necesarias ya que si se tuviera una

adecuada cobertura de vacunas, podríamos tener menos casos de neumonía y de enfermedades diarreicas agudas.

A partir de sus resultados se fortalecerán las intervenciones por parte de las profesionales de enfermería, enfatizando la mejora de las coberturas vacúnales de la población, centrándose en su eficiencia y efectividad.

3.2 OBJETIVOS (GENERAL Y ESPECIFICOS)

Lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles y compromiso de erradicar y controlar las mismas en niños menores de 36 meses de edad del establecimiento de salud juzgara año 2018.

3.2.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Coordinar con el equipo multidisciplinario del establecimiento de salud juzgara, con madres líderes, promotores de salud y familias de la comunidad de niños menores de 36 meses para realizar actividades de inmunización.
- Capacitar al personal de salud y Sensibilizar a la población de los caseríos de la jurisdicción del puesto de salud juzgara sobre la importancia de las vacunas en la salud de los niños.
- Identificar los caseríos con número de niños menor de 36 meses no inmunizados y realizar campañas de vacunación en coordinación con los actores sociales en los caseríos de jurisdicción al puesto de salud.

- Garantizar el envío de información veraz oportuna y de calidad para la toma de decisiones en indicadores de seguimiento y cobertura.

3.3 METAS:

Cobertura 95% en población menor de 36 meses.

PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META
Coordinar con el equipo multidisciplinario del establecimiento de salud juzgara, con madres líderes, promotores de salud y familias de la comunidad de niños menores de 36 meses para realizar actividades de inmunización.	Documento	Elaborar un plan de trabajo	200 madres de niños menor de 36 meses
Capacitar al personal de salud y Sensibilizar a la población de los caseríos de la jurisdicción del puesto de salud juzgara sobre la importancia de las vacunas en la salud de los niños.	Número de Personal de salud y Población de los caseríos capacitados.	Personal de salud Población de los caseríos capacitados	Capacitar al 100% del personal de salud y población.
Identificar los caseríos con número de niños menor de 36 meses no	Población	Cobertura de	Cobertura 95%

inmunizados y realizar campañas de vacunación en coordinación con los actores sociales en los caseríos de jurisdicción al puesto de salud.	menor de 36 meses	vacuna BCGc, 3 de penta, 3 de APO , 2 de rotavirus. 3 de neumococo, 2 SPR.	
Garantizar el envío de información veraz oportuna y de calidad para la toma de decisiones en indicadores de seguimiento y cobertura.	REGISTROS HIS	Cobertura de vacuna BCGc, 3 de penta, 3 de APO 2 de rotavirus. 3 de neumococo, 2 SPR.	Cobertura 95%

3.4. RECURSOS:

Recursos humanos.

Carolay Escobar Alvares	Medico
Antonia Arroyo Bustamante	OSTETRA
Gladiz Facundo Huamán	Enfermera
Fernando Pintado Naira	Tec: Enfermería

3.5. MATERIALES:

DESCRIPCION	CANTIDAD
Algodón	6 paquetes
Jeringa	2500 unidades
Biológico	400 biológicos
Jabón liquido	20 l

Termo trasportador de biológicos	4
Caja de biopack para desecho de frascos y jeringas	20
Historia clínica	400
Papel bond	10 .U
Mapa de sectorización	01
Cartulina blanca	10.U
Papel lustre de colores	10.U
Plumones gruesos de colores	6. U
Cinta de embalaje	6. U
Dípticos	400

3.6. EJECUCION

Se realizó el plan en un periodo de 2 años del año 2016 al año 2018

VACUNA/AÑO	2016	2017	2018
BCG	102%	102%	67%
HVB	93%	77%	41%
ROTAVIRUS	80%	106%	102%
IPV	93%	106%	102%
PENTAVALENTE 3	104%	106%	98%
APO 3	104%	106%	98%
INFLUENZA 2	84%	113%	72%
SPR 1	103%	132%	93%
NEUMOCOCO 3	103%	132%	93%
DPT 1AÑO	105%	125%	102%

Fuente: Base de datos del Centro de Salud "I-2 juzgara" HBBA.

3.7. EVALUACION

Se ejecutó el plan y se logró coberturas en el 2017 al 100% en todas las vacunas del niño menor de tres años, en el 2018 por falta de biológico se obtiene una cobertura inferior al 95% en vacuna influenza y se presentan partos menores a lo programado donde se obtiene cobertura para vacuna BCG A UN 67%.

CONCLUSIONES

- El plan de intervención se llevó a cabo en la población de familias con niños menor de 36 meses de los caseríos de jurisdicción del establecimiento de salud juzgara. Huancabamba.
- Respecto a las coberturas logradas en vacuna en el año 2017 se logra obtener el 100% de niños inmunizados en todas las vacunas de esquema nacional. A diferencia del año 2016 que se logra el 100% en algunas vacunas donde en hepatitis pediátrica, rotavirus, IPV, influenza, se obtiene menor al 95% por falta de biológico.
- En cuanto a las coberturas en el año 2018 se logra inmunizar al 100% vacuna rotavirus, PIV, DPT y pentavalente, APO, neumococo, SPR en 98%, coberturando inferior al 95% en vacuna BCG, hepatitis pediátrica, influenza.

RECOMENDACIONES

- Realizar programación anual de biológico, de acuerdo a las necesidades, para evitar la escasez de vacuna ya que el personal de salud no puede evitar esta situación, porque es un problema a nivel nacional.
- Continuar realizando capacitaciones al equipo de salud que labora en la estrategia de inmunizaciones sobre la importancia de las vacunas en la salud de los niños y la aplicación del calendario de vacunación, para lograr una mayor aceptación del mismo y brindar una educación correcta a la madre logrando que acepten que se aplique las vacunas a sus niños.
- Elaborar un plan de comunicación y promoción social para incrementar la demanda consiente a las vacunas, Brindando información a las madres, con el objetivo de concientizar sobre la importancia que tiene el cumplimiento del calendario de vacunación en la edad correspondiente del niño.
- Contar con registro nominal de vacunación y monitoreo mensual, permite al profesional de salud, obtener información útil para la realización y análisis de coberturas.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Marriner T, y Alligos M. Modelos y teorías en enfermería. 3ªed. Madrid: Mosby, 2001.
2. Donayde A y Tupacyupanqui E. Factores maternos e institucionales relacionados a la deserción del calendario de inmunizaciones pentavalente y anti poliomielítica en niños menores de un año del centro de salud chilca [tesis]: Huancayo- Perú; universidad peruana los andes facultad de enfermería. 2016
3. Alcántara D y Bravo Y. Conocimientos sobre inmunizaciones en madres de niños menores de dos años y cumplimiento del calendario de vacunas de junio 2016 a junio 2017. [Tesis]: Huaraz – Perú; universidad nacional Santiago Antúnez de Mayolo facultad de enfermería. 2017.
4. Florencio M. Actitud frente a la inmunización según las características socio demográficas de las madres de niños menores de 5 años. [Tesis posgrado]: Lurín – lima; universidad cesar vallejo. 2017.
5. Arizala P y Rodríguez M. Factores Influyen en la Incidencia de Atrasos del Esquema de Vacunación en niños menores de 0 a 23 meses de edad que acuden al Centro de Salud N°11 de la ciudad de Guayaquil. [Tesis]: Guayaquil- Ecuador; Universidad de Guayaquil facultad de enfermería. 2018.
6. Ocampo k. Incumplimiento del esquema de vacunas en niños y niñas menores de 24 meses en el centro de salud de chontacruz. [Tesis]: Loja; universidad nacional de Loja facultad de enfermería. 2018.
7. Ricarte Tapia Vitón. Inmunizaciones. [Monografía en Internet].

Disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos90/inmunizacion-o-vacunas/inmunizacion-o-vacunas.shtml>.

8. Resolución Ministerial. 719-2018, MINSA, norma técnica de salud que establece el esquema nacional de vacunación. (01 – Agosto - 2018).

9. Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación. 3era Reunión ad hoc, Washington DC, 19 de marzo del 2018.

10. Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación. 3era Reunión ad hoc, Washington DC, 19 de marzo del 2018.

11. Francisco José Álvarez García. Contraindicaciones de vacunas. [Monografía en Internet].2018. Disponible en:<https://vacunasaep.org/familias/contraindicaciones-de-las-vacunas>.

12. Instituto nacional de estadística. ENDES. Indicadores de resultados de los programas presupuestales lima. Julio 2018.

ANEXOS

HISTORICO PAI E - S JUZGARA 2016- 2018

VACUNA/AÑO	2016	2017	2018
BCG	102%	102%	67%
HVB	93%	77%	41%
ROTAVIRUS	80%	106%	102%
IPV	93%	106%	102%
PENTAVALENTE 3	104%	106%	98%
APO 3	104%	106%	98%
INFLUENZA 2	84%	113%	72%
SPR 1	103%	132%	93%
NEUMOCOCO 3	103%	132%	93%
DPT 1AÑO	105%	125%	102%

Fuente: Base de datos del Centro de Salud "I-2 juzgara" HBBA.

Equipo multidisciplinario del establecimiento de salud juzgara en coordinación con personal de salud RED HBBBA. Para sectorizar los caseríos de la jurisdicción y capacitación del personal .



Sensibilizando a la población de los caseríos de la jurisdicción del puesto de salud juzgara sobre la importancia de las vacunas en la salud de los niños.



Identificando los caseríos con número de niños menor de 36 meses no inmunizados y realizando campañas de vacunación en coordinación con los actores sociales en los caseríos de jurisdicción al puesto de



Realizando campañas de vacunación en coordinación con los actores sociales en el establecimiento de salud.

