

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



**FACTORES RELACIONADAS AL INCUMPLIMIENTO DEL
ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN EN MADRES CON NIÑOS
MENORES DE DOS AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN AL CENTRO
DE SALUD DE CCOCHACCASA – 2017**

**SUSTENTACION DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL - ESPECIALISTA:
EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**

AUTORES:

**ANGELICA AYUQUE ARAUJO
NORMA CURASMA POMA
EDISON LAURA RAMOS**

Callao, 2017

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. ROSARIO MIRAVAL CONTRERAS PRESIDENTA
- DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA SECRETARIA
- MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO VOCAL

ASESORA: LIC. ESP. IRENE ZENAIDA BLAS SANCHO

Nº de Libro: 02

Nº de Acta: 180-2017

Fecha de Aprobación de tesis: 27 de Octubre del 2017

Resolución de Decanato N° 2664-2017-D/FCS de fecha 23 de Octubre del 2017, donde se designa jurado examinador de tesis para la obtención del título de segunda especialidad profesional.

DEDICATORIA

A nuestros padres y hermanos, por su apoyo incondicional; quienes nos apoyaron para culminar nuestra especialidad en el presente trabajo de investigaciones.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	03
ABSTRACT	04
I. PLANTEAMIENTO INICIAL DE LA INVESTIGACION:	
1.1. Identificación del problema	05
1.2. Formulación de problemas	08
1.3. Objetivos de la investigación	09
1.4. Justificación	10
II. MARCO TEORICO:	
2.1. Antecedentes del estudio	11
2.2. Marco Teórico	24
2.3. Marco Conceptual	27
III. VARIABLES E HIPÓTESIS	
3.1 Definición de las variables	52
3.2 Operacionalización de variables	51
3.3 Hipótesis general e hipótesis específicas	58
IV. METODOLOGIA	
4.1. Tipo de investigación	59
4.2. Diseño de la investigación	59
4.3. Población y muestra	59
4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	61
4.5. Procedimientos de recolección de datos	61
4.6. Procesamiento estadístico y análisis de datos	62
V. RESULTADOS	63
VI. DISCUSION DE RESULTADOS	69
6.1. Contratación de hipótesis con los resultados	
VII. CONCLUSIONES	72
VIII. RECOMENDACIONES	73
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
ANEXOS	76
Matriz de Consistencia	
Otros anexos	

ÍNDICE DE TABLAS

	PÁG.
TABLA 5.1: FACTORES SOCIOECONÓMICOS DE INCUMPLIMIENTO AL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN EN MADRES CON NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS, EN EL CENTRO DE SALUD CCOCHACCASA – HUANCVELICA 2017.	64
TABLA 5.2: FACTORES BARRERA CULTURALES DE INCUMPLIMIENTO AL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN EN MADRES CON NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS, EN EL CENTRO DE SALUD CCOCHACCASA – HUANCVELICA 2017.	66
TABLA 5.3: FACTORES INSTITUCIONALES DE INCUMPLIMIENTO AL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN EN MADRES CON NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS, EN EL CENTRO DE SALUD CCOCHACCASA – HUANCVELICA 2017.	67

RESUMEN

La investigación se realizó con el objetivo de determinar los factores de incumplimiento al esquema nacional de vacunación en niños menores de 2 años, en el Centro de salud de Ccochaccasa – Huancavelica 2017 , el diseño adecuado para esta investigación es de tipo básico, porque busca ampliar y profundizar el causal de conocimientos científicos existentes a cerca de la realidad, el nivel que abordo la investigación es el descriptivo, puesto que se dio a conocer las características de la variable, los métodos que se emplearon fueron: método deductivo, inductivo, estadístico y bibliográfico ; el diseño fue no experimental, de corte transversal ; cuyos resultados fueron : En cuanto a los factores socioeconómicos de incumplimiento se evidencia que el intervalo de edades de mayor frecuencia es de 21 a 30 años 52.4 % (43) y la de menor frecuencia es las madres mayores de 40 años 6.1% (05); con relación a procedencia el 72% (59) son de Ccochaccasa y 28% (23), son de otro lugar, En grado de instrucción se evidencia el de mayor frecuencia a secundaria incompleta con 31,7%(26) En relación a ingreso económico la de mayor frecuencia es las madres que ganan menos de S/.850.00 nuevos soles haciendo un 89% (73) y la de menor frecuencia las madres con ingresos menores a S/.850.00 nuevos soles con un 11% (09). En cuanto a los factores barreras culturales de incumplimiento se evidencia que las madres consideran que las vacunas son buenas un 68.3% (56) y las que no un 31.7% (26), así mismo se evidencia que el valor de mayor frecuencia son las que no asisten puntualmente haciendo un 73.2%(60) y las que si asisten puntualmente son un 26.8% (22). En cuanto a los factores institucionales de incumplimiento Se evidencia que el valor de mayor frecuencia en relación a los factores institucionales es el tiempo de espera mayor a 30 minutos para ser atendido, teniendo un 86.6%(71) y la de menor frecuencia las madres que recibieron maltrato por parte del personal de salud, haciendo un 15.9% (13); concluyendo que en el factor socioeconómico la que predispone para el incumplimiento son la procedencia y el nivel educativo , en cuanto los factores de barreras culturales predomina la inasistencia a los controles o citas y en cuanto a los factores institucionales es el tiempo de espera que ocasiona este el problema.

Palabra calve: Factores de incumplimiento al esquema nacional de vacunación

ABSTRACT

The research was carried out with the objective of determining factors of noncompliance with the national vaccination scheme in children under 2 years of age, at the Ccochaccasa Health Center - 2017, the appropriate design for this research is of a basic type, because it seeks to expand and to deepen the causal of existing scientific knowledge about reality, the level that I embark on the research is descriptive, since it was made known the characteristics of the variable, the methods used were: deductive, inductive, statistical and bibliographic method ; the design was non-experimental, cross-sectional; whose results were: In relation to the socioeconomic factors of non-compliance it is evident that the most frequent age range is from 21 to 30 years 52.4% (43) and the lowest frequency is mothers older than 40 years 6.1% (05) ; with respect to provenance, 72% (59) are from Ccochaccasa and 28% (23), they are from another place. In terms of education, the most frequent to incomplete secondary school with 31.7% is evident. (26) In relation to income the most frequent mothers are those who earn less than S / .850.00 nuevos soles making 89% (73) and the less frequently mothers with incomes lower than S / .850.00 nuevos soles with 11% (09). Regarding cultural barriers to noncompliance, it is evident that mothers consider that vaccines are good 68.3% (56) and those that are not 31.7% (26), it is also evident that the value of higher frequency are those that do not attend on time making 73.2% (60) and those who attend promptly are 26.8% (22). Regarding the institutional factors of non-compliance It is evident that the most frequent value in relation to institutional factors is the waiting time greater than 30 minutes to be attended, with 86.6% (71) and the less frequent mothers received maltreatment by health personnel, making a 15.9% (13); concluding that in the socioeconomic factor that predisposes to non-compliance are the provenance and educational level, inasmuch as factors of cultural barriers predominate the absence of controls or appointments and institutional factors is the waiting time caused by this the problem.

Word clave: Factors of non-compliance with the national vaccination scheme

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En los últimos años los programas de vacunación han logrado avances globales significativos en la mejora de la salud infantil, previniendo cada año alrededor de 3 millones de muertes en la infancia mediante los programas de vacunación contra sarampión, tétanos neonatal, tosferina y poliomielitis. Las estadísticas mundiales de inmunizaciones publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF por sus siglas en inglés) reflejan un incremento de las coberturas de vacunación, y cada vez más países sumándose a la introducción de nuevas vacunas, pero también se presenta aun altas tasas de personas que no asisten puntualmente a los controles de sus hijos, las cuales generan que no reciban puntualmente sus vacunas y produciendo una sensibilidad de los niños a ser propensos a las distintas enfermedades.⁸

Al realizar la filtración de datos encontrados en el cuaderno de seguimiento y HIS report de los años 2015 y 2016 del centro de salud de Ccochaccasa, existe una mayor deserción de niños en la vacuna de la pentavalente y la Antipoliomielítica por los efectos secundarios de estas vacunas las madres de familia tienen desconfianza para que se los aplique a sus niños, en porcentajes de todas la vacunas para niños <2 años encontramos una deserción en PENTAVALENTE DEL 59%, INFLUENZA DEL 10%, NEUMOCOCO DEL 8,08% ANTIPOLIOMIELITICA 28,57%. (Cuaderno de seguimiento y HIS report 2015-2016)¹²

En la Encuesta realizada por el elaborador del proyecto el día 10 de junio del 2016 para saber sobre el cumplimiento del calendario de vacunación a las madres de familia de la localidad de Ccochaccasa. La encuesta fue aplicada a madres de niños menores de 2 años de edad, para saber si ellos asistieron puntualmente y si cumplieron con el esquema de vacunación vigente. Fueron 20 las madres quienes participaron como unidades de análisis. De las cuales se tuvieron los siguientes resultados: del 100% de las madres solo el 30% cumplieron con su esquema de vacunación en los días en las que estaban programados sus citas de control, y el 70 % de las madres no cumplieron adecuadamente con el esquema de vacunación. (Entrevista 2016)

En la publicación del programa radial RPP sobre la Campaña de nutrición infantil, menciona que En algunas zonas rurales y periféricas de nuestro país, se presentan aún dificultades para conseguir una mayor cobertura y un mayor cumplimiento en la aplicación de todas las dosis correspondientes a las vacunas dentro del primer año. Una investigación realizada en el 2016 en las 17 regiones de nuestro país, da a conocer qué tanto saben o desconocen los peruanos sobre las vacunas infantiles. “Las madres peruanas no saben realmente para qué sirven las vacunas, saben que es para que sus hijos no se enfermen pero piensan que es también para curar enfermedades, la vacunación es un acto muy rápido y por ello el personal de salud no puede brindar toda la información que los padres necesitan”, indicó la antropóloga Rosario Bartolini del Instituto de Investigación Nutricional. Por falta de información, las madres no regresan con sus hijos y no cumplen el calendario de vacunación: “El 30% de madres peruanas no regresan con sus hijos al centro de salud por falta de información. Si el niño fue sano y luego tuvo fiebre, las madres piensan que es porque las vacunas tienen solo efectos negativos y no saben que si no regresan a cumplir el calendario de vacunación sus hijos estarán

más expuestos a enfermarse”, puntualizó Bartolini que los principales hallazgos fueron: La población solicita mayor información y orientación sobre la naturaleza, consecuencias, cumplimiento de dosis y beneficios de las vacunas, en alguna medida se sobrevalora el alcance de las vacunas al pensarse que puede actuar sobre todas las enfermedades. O se confunde con medicina inyectable con valores curativos, se presenta una aceptación de la vacuna reducida a razones morales. Por ende, se vacuna porque se es buena madre, se es responsable. O que no se vacuna porque se carece de preocupación y afecto por los niños. No se tiene un conocimiento sólido sobre la necesidad y la forma de funcionamiento de la vacuna en el organismo del niño y existe una suerte de vacío informativo respecto a las vacunas. El personal de salud se limita a enfatizar la necesidad de vacunar y cumplir con las dosis.⁹

De igual manera la UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS de la FACULTAD DE MEDICINA HUMANA manifiesto que es de vital importancia que cada niño reciba el esquema completo de vacunas, según edades ya que si por cualquier motivo no se le ha administrado las vacunas antes de cumplir el primer año de vida, es posible que pueda adquirir algunas de estas enfermedades tales como: Tuberculosis meningea, hepatitis “B”, Difteria, Pertussis, tétano, enfermedades invasivas provocadas por Haemophilus Influenza de tipo b, poliomielitis, diarrea severa causado por rotavirus, neumonía, meningitis, septicemia causado por estreptococo Pneumoniae, influenza o gripe. En el año 2013 quedaron sin inmunizar contra: la difteria, Pertussis y tétanos 27 millones de niños en todo el mundo, de ellos 9,9 millones en Asia meridional y 9,6 millones en el África. En general, las personas que quedan al margen de los programas de vacunación sistemática son las que viven en lugares aislados, barriadas pobres de las ciudades y zonas fronterizas; También incluyen a grupos indígenas, personas sin acceso a la vacunación a

causa de distintas barreras sociales, personas que carecen de información o de motivación y personas que se niegan a vacunarse. En el Perú, ENDES 2009 señala dos aspectos importantes, en los cuales el gobierno peruano ha venido fortaleciendo; lo cual está dada por: la vacunación oportuna y el monitoreo regular de los niños y niñas, especialmente en la primera infancia; orientadas a crear una cultura de salud preventiva. Los resultados en la vacunación oportuna son poco alentadores a nivel nacional, el 52% de los niños y niñas menores de 3 años han recibido todas las vacunas programadas para su edad , lo que implica que un 48% se encuentra vulnerable ante enfermedades inmunoprevenibles; Sin embargo, en las zonas de difícil acceso, de la Selva y Sierra peruana, las coberturas tienden a ser menores que el promedio nacional, siendo esta situación una preocupación y motivo para la extensión de la oferta de servicios.⁵

Según la UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA de la Facultad de Ciencias y Humanidades menciona que los datos reportados por la OMS en noviembre de 2013, indican que el porcentaje de lactantes completamente vacunados contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP) en sus terceras dosis, se ha mantenido estable al 83% en los últimos tres años; no obstante, se estima que 22,6 millones de lactantes de todo el mundo aun no reciben las vacunas básicas.¹¹

1.2.FORMULACIÓN DE PROBLEMAS

1.2.1 Problema general

¿Cuáles son los factores relacionados al incumplimiento del esquema nacional de vacunación en madres con niños menores de 2 años de edad en el Centro de Salud Ccochaccasa 2017?

1.2.2 Problemas específicas

- ¿Cuáles son los factores socioeconómicos relacionados al incumplimiento del esquema nacional de vacunación en madres con niños menores de 2 años de edad en el Centro de Salud Ccochaccasa - Huancavelica 2017?
- ¿Cuáles son las barreras culturales y cognitivas relacionados al incumplimiento del esquema nacional de vacunación en madres con niños menores de 2 años de edad en el Centro de Salud Ccochaccasa - Huancavelica 2017?
- ¿Cuáles son los factores institucionales relacionados al incumplimiento del esquema nacional de vacunación en madres con niños menores de 2 años de edad en el Centro de Salud Ccochaccasa - Huancavelica 2017?

1.3.OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.3.1 Objetivo general

Determinar los factores relacionados al incumplimiento del esquema nacional de vacunación en madres con niños menores de 2 años de edad en el Centro de Salud Ccochaccasa - Huancavelica 2017.

1.3.2 Objetivos específicos

- Conocer los factores socioeconómicos relacionados al incumplimiento del esquema nacional de vacunación en madres con niños menores de 2 años de edad en el Centro de Salud Ccochaccasa - Huancavelica 2017.
- Identificar las barreras culturales y cognitivas relacionados al incumplimiento del esquema nacional de vacunación en madres con niños menores de 2 años de edad en el Centro de Salud Ccochaccasa - Huancavelica 2017.

- Reconocer los factores institucionales relacionados al incumplimiento del esquema nacional de vacunación en madres con niños menores de 2 años de edad en el Centro de Salud Ccochaccasa- Huancavelica 2017.

1.4.JUSTIFICACIÓN

La determinación de las bajas coberturas en inmunización; constituye un problema de salud pública ya que ello puede conllevar a incrementar la incidencia y/o prevalencia de algunas de las enfermedades inmuno prevenibles que pueda comprometer la salud integral del niño o niña menor de 2 años, y también así afectar en toda su vida futura. Por lo que las Enfermeras que laboran en el servicio de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones debe identificar precozmente los factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación; tanto por parte de las madres o por la institución que presta el servicio; de tal modo que a partir de sus resultados le permita desarrollar acciones que conlleven a mejorar; contribuyendo a incrementar la cobertura y disminuir el riesgo a enfermar en los niños. De igual manera con este trabajo de investigación se dará a conocer como se están presentando y manifestando los factores relacionados al incumplimiento del esquema de vacunación en madres con niños menores de 2 años de edad, y los datos estadísticos que se obtengan ayudaran a elegir estrategias para poder cumplir y manejar adecuadamente las coberturas en el sistema de inmunización. Así el instrumento desarrollado para la recolección de los datos podrá servir además, para el apoyo de estudios futuros que tomen en cuenta a este sector de la masa trabajadora y que quieran desarrollar elementos puntuales que puedan estar afectando.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.

La Licenciada en enfermería Rodríguez Santos Dora Nelly (la libertad –ecuador 2013) en su proyecto titulado “factores que influyen en el cumplimiento del programa ampliado de inmunizaciones en niños menores de 5 años comuna Juan Montalvo. Santa Elena 2012-2013” en la cual planteo como objetivo identificar los factores que influyen en el cumplimiento del programa ampliado de inmunización en niños menores de cinco años comuna Juan Montalvo provincia de santa Elena. La investigación es descriptiva porque nos permite tener un diagnostico real y potencial sobre el cumplimiento e inmunización en los niños de dicha comunidad. La presente investigación es de tipo cuantitativa, descriptiva y transversal; es de tipo cuantitativa porque se utilizó la modalidad de cuantificar la variable independiente y la dependiente en estudio, se medió numéricamente a través de los indicadores que dieron las madres de los niños menores de cinco años de la comuna Juan Montalvo, se llama descriptiva porque nos permitió dar un diagnóstico de factores que influyen en el cumplimiento de las madres para vacunar a los niños menores de cinco años de la comuna Juan Montalvo del cantón Santa Elena, es transversal porque se realizó en un tiempo determinado de seis meses consecutivo. El instrumento que se utilizó para la obtención de datos: se realizó mediante encuesta sobre el programa ampliado de inmunización y el conocimiento que tienen las madres sobre la aplicación del (PAI).Mediante observación directa y comunicación a la población en estudio. La población investigada en este trabajo fueron los padres de los 89 niños menores de 5 años de la comuna

Juan Montalvo Santa Elena. El siguiente estudio fue realizado mediante encuesta a los padres de familia de la comunidad antes mencionada donde se pudo comprobar que la vacuna BCG y HB se aplicaron 86% menores de 28 días y mayores de 28 días BCG y HB 14%, Pentavalente la OPV y la SR se aplicaron el 70% e incompleta el 30% con respecto al Rotarix y la neumococo se aplicaron el 52% e incompletas el 48% la SRP y varicela el 61% se aplicó y el 39% y la fa el 53%, y el 47% incumplidas la DPT Y OPV refuerzos de aplicaron 58% e incumplieron el 42% por tales resultados la propuesta tiene como finalidad proyecto educativo de concientización a los padres sobre la importancia de la vacunación a los niños de la comuna Juan Montalvo.

Los resultados fueron: en donde se señala que la importancia que tienen las vacunas para los padres, en donde el 40% de las madres de familia conocen que las vacunas son necesarias para la preservación de la salud de los niños, en cambio 10% dice que no son necesarias y el 50% desconoce en absoluto la importancia de la vacunación por no tener un grado de instrucción y una cultura que le permita identificar los beneficios al recibir un esquema completo, esta es la razón que solo se aplicaron las primeras dosis y no las subsecuentes. Las percepciones expresadas por las familias, son una demostración de que entre el 40% a 50% de las madres no tienen interés para que sus hijos mantengan un esquema de vacunación completo, lo que convierten a un grupo de niños de alto riesgo para el padecimiento de enfermedades, con un agravante respecto al estilo de vida que carece de adecuadas condiciones de alimentación e higiene. Situaciones que demuestran la gravedad del problema, y que requiere ser tomado en cuenta para mejorar las posibilidades del niño, para que sea quien reciba las vacunas según los períodos correspondientes. Los niños sujetos de investigación se encontraron que el 100% cumple con la Vacunación de BCG y HB

debido a que existe la norma que todo niño sano que nace en las instituciones de salud debe vacunárselos a las 24 horas de nacido y los que no se pudieron vacunar deben realizarlo antes de la inscripción en el Registro Civil, caso contrario no se registra la inscripción de los recién nacidos, estas dos vacunas se las aplica en forma conjunta y las mismas protegen de la tuberculosis y hepatitis, en lo que se relaciona con Pentavalente, Neumococo, OPV, SR y Rotarix el 68% de los niños cumple con el esquema de vacunación en su totalidad y el 32% incumple muchas veces solo administrándose la primera dosis que no logra la inmunización en el niño. Según el marco teórico la pentavalente protege de cinco enfermedades que son hepatitis b difteria, tétano, tosferina y la neumonía. La OPV protege al niño de la poliomielitis o parálisis infantil, SRP, FA y Varicela. SRP protege Sarampión Rubiola y Paperas, FA de la fiebre amarilla se aplicaron 64% y que 36% incumplieron con el esquema con respecto a los refuerzos que se administra a un año 6 meses que inmuniza de difteria tétanos y tosferina refuerzo de OPV protege de la parálisis flácida estas cifras nos revelan un número muy alto donde los niños está expuesto a contraer o sufrir alguna enfermedad inmunoprevenible que en algunas ocasiones le deja con secuelas para toda la vida con estos resultados comprobamos que la falta de conocimientos hace que las madres le den poca importancia a la vacunación, motivo por el cual se comprueba el incumplimiento. Las causas para el cumplimiento de la vacunación, indica que la mayor causa fue la falta de conocimientos con un 32% y la segunda causa para que no se cumpla con la vacunación completa es el poco interés de las madres con un 18%, enfermedad del niño 17% factor olvido 13 % pérdida del carné único de vacunación 10%, por lo cual es necesario mayor información y promoción para de la importancia concientización de la vacuna en la salud de sus hijos. El marco teórico hace referencia

que Ecuador ha participado activamente en la erradicación de algunas enfermedades inmunoprevenibles, garantizando el acceso gratuito a los servicios de inmunización de todos los Ecuatorianos Contribuyendo a reducir la morbimortalidad infantil. Determinar el nivel de cumplimiento, de la vacunación de acuerdo al grado de instrucción y nivel socio económico, nos demuestra que el nivel de escolaridad de la familia influye en la predisposición para cumplir con el esquema de Vacunación y erradicar el desconocimiento de las mismas. La mayor parte de las madres poseen instrucción primaria lo que corresponde al 47 %, no tienen ningún tipo de instrucción el 8 %, siendo el total de ellas el 55%, por lo que deducimos y evidenciamos que es un grupo muy alto el que desconoce la importancia y beneficios que brindan la vacunación, como medida de prevención de enfermedades, razón por lo cual, se hace necesario motivar a este porcentaje de personas, mediante un programa de educación, en el que se debe hacer énfasis en la importancia y beneficios de las mismas. También podemos evidenciar con una comparación en el salario percibido por los padres, que el incumplimiento del programa ampliado de inmunizaciones, se da por la falta de recursos económicos, podemos apreciar que solo un 15% recibe salario Mayor al mínimo unificado, 12% recibe salario básico y un 73% percibe sueldo menor al básico unificado, esto es debido al bajo nivel de escolaridad, lo que no les permite acceder a un mejor nivel económico. En cuanto a la ocupación tenemos que el 52 % son las madres quienes se encargan de los quehaceres domésticos, el 21% aun estudia, y ejercen otras actividades el 27%. La Conclusión fue : Se realizó análisis exhaustivos, a las madres de niños menores de cinco años sobre cumplimiento de inmunización para fortalecer los conocimientos aplicados en el centro de salud de la comuna Juan Montalvo de la ciudad de Santa Elena, en base a la información recolectada a través de la encuesta realizada. Que los resultados

obtenidos en los factores que influyen en el cumplimiento del programa ampliado de inmunizaciones las madres de niños menores de cinco años no cumplen las normas del programa. Que los porcentajes arrojados en esta investigación nos revelan la falta de conocimientos sobre el programa Ampliado de Inmunizaciones ya que más de la mitad de las madres de niños menores de cinco años, desconocen de los beneficios de las vacunas. El grado de instrucción, procedencia y nivel de ingreso económico. Son variables que se presentan relación estadísticamente significativa con el nivel de conocimiento de los padres sobre inmunizaciones.¹

Lic. En enfermería Sánchez Sampén Julissa Edith y Vera Santa Cruz Lucy Ivonne (Chiclayo- Perú 20 junio 2014) en su proyecto titulado "NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE INMUNIZACIONES EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DE LOS CENTROS DE SALUD JOSÉ OLAYA Y TÚPAC AMARU, CHICLAYO 2013" en el cual el objetivo general fue determinar el nivel de conocimiento de las madres adolescentes sobre inmunizaciones en niños menores de 1 año de los centros de salud José Olaya y Túpac Amaru, Chiclayo. La muestra estuvo conformada por 40 madres adolescentes que tiene niños nacidos entre los meses de junio del año 2012 a junio del presente año 2013, de las cuales 20 de estas madres asisten al centro de salud José Olaya y 20 asisten al centro de salud de Túpac Amaru. El presente estudio de investigación cuantitativa de tipo descriptivo simple. El instrumento que se utilizó fue un cuestionario, validado por tres expertos en la materia y tuvo una confiabilidad de 0,819; la cual se determinó mediante el método de Alpha de Cronbach, siendo el resultado totalmente confiable. Luego se aplicó dicho cuestionario y se recopiló la información necesaria, la cual fue tabulada y procesada, presentándola en tablas y gráficos; con lo cual se llegó a

la conclusión que el mayor porcentaje de las madres adolescentes del Centro de Salud de Túpac Amaru tienen un nivel de conocimiento deficiente con un 85%, seguido del regular con un 10% y bueno con un 5%. Por otro lado el mayor porcentaje de las madres adolescentes del Centro de Salud José Olaya tienen nivel de conocimiento deficiente con un 50%, nivel regular 25%, nivel bueno 20% y en el nivel de excelente con un 5%. Los resultados fueron: Se pudo observar que el nivel de conocimiento sobre inmunizaciones es en el caso de las madres adolescentes del Centro de Salud de José Olaya es más alto que el nivel de conocimiento de las madres del centro de salud de Túpac Amaru. Esto considerando que el porcentaje más bajo es el nivel Bueno con 5% luego regular con 10% y un porcentaje alto en el nivel deficiente 85%. En el caso de las madres del Centro de Salud José Olaya se tiene un porcentaje bajo en el nivel de excelente con un 5%; en tanto que el nivel bueno es de 20%, el nivel regular es de 25% y en el nivel deficiente 50%. Se puede observar que el nivel de conocimiento sobre vacunas en el caso de las madres adolescentes del Centro de Salud de José Olaya es más alto que el nivel de conocimiento de las madres del centro de salud de Túpac Amaru. Considerando las madres pertenecientes al Centro de Salud de Túpac Amaru se tiene que el porcentaje más bajo es el nivel bueno con un 5%; el nivel regular es de 10% y el nivel deficiente es de 85% siendo este un porcentaje muy elevado. En el caso de las madres del Centro de Salud José Olaya se presentó lo siguiente: El 5% de ellas tuvo un nivel excelente siendo además este un porcentaje bajo, el 20% de ellas obtuvieron niveles de conocimiento bueno y regular respectivamente en tanto que el 55% obtuvo un nivel bajo siendo además este un porcentaje menor en comparación con el otro centro de salud. Se puede observar que el nivel de conocimiento sobre reacciones adversas en el caso de las madres adolescentes del Centro de Salud de José Olaya es más alto

que el nivel de conocimiento de las madres del centro de salud de Túpac Amaru. Esto se puede observar como sigue: En el centro de salud de José Olaya; se tiene que en nivel excelente hay un 15% siendo este el porcentaje más bajo; en el nivel bueno se tiene un 25% al igual que el nivel regular que también presenta un 25%. Pero el nivel deficiente presenta un 35% que es el más alto en este lugar. En el centro de Salud Túpac Amaru se tiene que el nivel bueno es del 5%, siendo este el porcentaje más bajo en el nivel regular se tiene 20% y el nivel deficiente es del 75% siendo este el porcentaje más alto en este centro de salud y también en comparación con el centro de Salud de José Olaya. La conclusiones a la que se llego fue: Con los resultados expuestos anteriormente se concluyó que respecto al nivel de conocimiento sobre inmunizaciones en el Centro de Salud de Túpac Amaru, el porcentaje más elevado es el nivel deficiente 85%, seguido de regular con 10% y nivel Bueno con 5%. En el caso de las madres adolescentes del Centro de Salud José Olaya se tiene un porcentaje elevado en el nivel deficiente 50%, seguido del nivel regular con 25%, nivel bueno es de 20% y nivel excelente con un 5%. Por lo tanto se puede observar que el nivel de conocimiento sobre inmunizaciones, en el caso de las madres adolescentes del Centro de Salud de José Olaya es más alto que el nivel de conocimiento de las madres del centro de salud de Túpac Amaru. Respecto al nivel de conocimientos de las madres adolescentes respecto a las vacunas consideradas en el programa ampliado de inmunizaciones en el Centro de Salud de Túpac Amaru se tiene que el porcentaje más elevado es el nivel deficiente es de 85% , seguido del nivel regular es de 10% y nivel bueno con un 5%. En el caso de las madres del Centro de Salud José Olaya se presentó el porcentaje más elevado en el deficiente con 55%, seguido del nivel bueno y nivel regular con un 20%, nivel excelente con 5%. Por lo tanto se puede observar que el nivel de conocimiento

sobre programa ampliado de inmunizaciones, en el caso de las madres adolescentes del Centro de Salud de José Olaya es más alto que el nivel de conocimiento de las madres del centro de salud de Túpac Amaru. Se concluye que respecto al nivel conocimientos de las madres adolescentes sobre reacciones adversas de las inmunizaciones, en el centro de salud de Túpac Amaru se tiene que el nivel más elevado es el nivel deficiente con el 75% , seguido del nivel regular con 20%, nivel bueno es del 5%. En el centro de salud de José Olaya, el nivel más elevado es el nivel deficiente con 35%, seguido del nivel bueno y nivel regular con un 25%, 15% nivel excelente. Por lo tanto se puede observar que el nivel de conocimiento sobre reacciones adversas de las inmunizaciones, en el caso de las madres adolescentes del Centro de Salud de José Olaya es más alto que el nivel de conocimiento de las madres del centro de salud de Túpac Amaru.²

El doctor Gabriel Gerardo Ugalde Rojas (Guatemala2014) en su proyecto titulado “Coberturas de vacunación en niños menores de 2 años y factores relacionados con incumplimientos en el esquema vacunación. Cantón de Puntarenas, Costa Rica, 2012 -2013” en la cual presento como objetivo cual es la cobertura de vacunación en niños menores de 2 años y cuál es el factores predominante relacionado con incumplimientos en el esquema vacunación. Cantón de Puntarenas, Costa Rica. El tipo de investigación es el descriptivo. Se realizó una encuesta a 729 niños. Los resultados fueron: 55% hombres. El 97,5% contaba con tarjeta de vacunas, 84,4% presentó cicatriz vacunar de BCG, 99,3% acceso al sistema de inmunizaciones. La CV con esquema básico fue 97,5% y 81,8% con esquema completo. No hay diferencias estadísticamente significativas en CV por sexo, tipo de vacuna o área de salud. Existen diferencias significativas en la mediana de edad de

aplicación de Pentavalente terceras dosis entre quienes tienen esquemas completos e incompletos. Los rangos y medianas de edad de aplicación de las vacunas se ajustan al esquema oficial. La deserción en esquema básico es 0,6% y para esquema completo >10%. Más del 98% de las vacunaciones se realizan en establecimientos públicos. Razones de no vacunación indicadas por padres o encargados. Un total de 133 niños (18,2%) de los 729 consultados presentaron un estado final de vacunación incompleto. Las razones de incumplimiento de esquemas citadas más frecuentemente por los encuestados fueron: Los desabastecimientos de vacunas al momento de la intención de vacunar y la condición de enfermedad del niño. La conclusión fue: En el recuento de las razones de no vacunación, los desabastecimientos de vacunas figuran como la principal causa de atrasos en los esquemas, aunque esta circunstancia puede no ser de resorte de los niveles locales, debe considerarse en los ejercicios de presupuesto de vacunas y analizar la posibilidad de patrones de tiempo, localizando si las fechas de desabastecimiento coinciden con periodos específicos de compra de dosis o gestiones administrativas; y si es así tomar provisiones para que en estos periodos las unidades puedan tener reservas de biológico para hacer frente a la demanda.³

Los médicos Camilo Ferreira Ramos, José Gabriel Miranda da Paixão, Filipe Cunha de Sousa Donza, Anthony Mark Paiva da Silva, Danillo Feitosa Caçador, Víctor Danilo Vale Días, Évila Fernanda La meira de Melo Sodré (Belém-Pará-Brasil 2010) en la publicación titulada "Cumplimiento del calendario de vacunación infantil en una unidad de salud de la familia", en la cual planteo como objetivo analizar el cumplimiento del calendario de vacunación infantil por usuarios de la Unidad de Salud de la Familia. El método de estudio fue prospectivo, transversal y cualitativo, realizado a partir

de visitas a las residencias de los niños en investigación, la población fue constituida por 108 personas, número obtenido a través del registro presente en las fichas de familia observadas se incluyeron niños de ambos sexos, analizándose la franja etaria de 0 a 2 años de edad. Los resultados fueron: Un 87,97% de los niños está con la vacunación actualizada, siendo que 13,89% de ellos tiene historial de atrasos. Un factor atribuido a estos buenos índices ha sido la constante actuación de los agentes comunitarios de salud. Entre los que presentaron atraso o no recibieron las vacunas, la falta de la vacuna contra el rotavirus fue lo más observado, en un 22,46% de los casos. Se analizaron factores que podrían contribuir con el índice de atraso, como escolaridad y ocupación de los padres. Ninguno de ellos fue estadísticamente significativo. La conclusión a la que se llegó fue que resultados encontrados son comparables a ambulatorios de centros de referencia latinoamericanos, lo que indica la efectividad de la actuación del Programa Salud Familiar en dicha comunidad. Sin embargo, la vacunación tiene un fuerte apelo para la salud de la población, y merece iniciativas de refuerzo de las acciones, con el fin de disminuir y evitar la reaparición de enfermedades.⁴

La doctora Dina Cirila Gonzales Sotelo (LIMA – PERÚ2012) en su proyecto 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, 2011” en el cual tuvo como objetivo determinar los factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación en las madres con niños menores de un año. 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,

durante el mes asisten un promedio de 80 madres con niños menores de un año. 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. Los resultados fueron: Del 100% (44); 59% (26) de las madres refieren que los factores están presente y 41% (18) ausentes. La mayor parte de las madres manifiestan que con regularidad atiende el esquema de vacunas, que se fija según la ficha de inmunizaciones que tiene la madre de familia, costumbre que es cumplida por el 60% de progenitoras; el 32% manifiesta que cada dos meses se preocupa sobre la vacuna que corresponda; el 3% dice que cada 4 meses y una población igual cada seis meses, y el 2% no está interesada por cumplir el esquema de vacunación de los niños. Los factores que influyen en la asistencia a la estrategia de inmunización son los factores socioeconómicos en un 70 %. Las creencias populares que tienen las madres sobre las reacciones de las vacunas son más fuertes que la enfermedad ; si tienen alguna reacción desfavorables pudiera no continuar el esquema de vacunación ; el 20% creen que no es necesario vacunarlos cuando reciben lactancia materna exclusiva; estas madres manejan ciertas creencias que si los niños reciben lactancia materna exclusiva no hay necesidad de vacunarlos, dado que reciben anticuerpos que protegen de enfermedades, sin embargo existen enfermedades que solo son prevenibles a través de la vacunación ; el 32% de las madres considera la fiebre como contraindicación para no vacunar seguido de la Gripe, Diarrea y durante el uso de medicamentos. De los cuales las conclusiones fueron: 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.⁵

Romero Delfino, Manuel - Rolón, María F. -Rudnitzky, Romina Samoluk, Graciela A. - Zabala, Adriana E. (ARGENTINA 2010) en su publicación titulada "Cumplimiento del calendario de vacunación obligatorio en la población infantil de las localidades de Santa Ana y Corrientes Capital" el presente trabajo tiene como objetivos determinar el estado de inmunización de dos localidades de la provincia de Corrientes y los factores involucrados en el no cumplimiento en forma completa del calendario de vacunación obligatorio vigente; comparar los resultados de ambas poblaciones; y descubrir el grado de conocimiento de los tutores encuestados sobre los beneficios de la vacunación de sus hijos. El tipo de estudio fue: Observacional, descriptivo de tipo transversal, retrospectivo. Para la recolección de los datos se utilizó una encuesta elaborada por el grupo de trabajo. Se recolectaron un total de 288 encuestas, 197 en Corrientes Capital y 91 en Santa Ana. De las cuales 191 cumplían el calendario de vacunación representando un 66.3% del total. Al discriminar los resultados de ambas poblaciones se halló un cumplimiento del 64% en Corrientes Capital y del 71.5% en Santa Ana. Se considera incumplimiento a la falta de una o más dosis de cualquier vacuna incluida en el calendario de vacunación nacional. Al detectar un incumplimiento, el encuestador preguntaba su causa ofreciendo opciones como respuesta: La opción más frecuente en

Corrientes Capital fue “no quiso ir, se olvidó, no tuvo tiempo”, representando un 11% (del 36% que no cumplieron); le siguen “falta de conocimiento” 9%, “distancia al Centro de Atención Primaria de la Salud” 7.6%; “por enfermedad” 8%. En la localidad de Santa Ana la opción más frecuente resultó “falta de conocimiento” representando un 16.5% del total del incumplimiento (28.5%), le siguen en frecuencia “no quiso ir, no tuvo tiempo, se olvidó” 7.7%, “distancia al Centro de Atención Primaria de la Salud” 3.3%; “por enfermedad” 1.9%. Según los resultados hallados concluimos 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.⁶

SUCONOTA PINTADO, MONICA (UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA 2010) en la publicación titulada “FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INCUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL CANTÓN EL GUABO EN LOS MESES DE ABRIL A JUNIO DEL

2009” que tiene como objetivo determinar los factores que influyen en el incumplimiento del esquema de vacunación en los niños menores de 5 años del Hospital María Lorena Serrano Aguilar del Cantón El Guabo, Provincia de El Oro. Las técnicas utilizadas fueron: observación directa y entrevista, la muestra fue 50 madres de familia que acuden a vacunar a sus hijos. Los resultados son: madres no llevan a vacunar a sus hijos por presentar enfermedad diarreica 16%, la estrategia de vacunación es la búsqueda activa 58%, el nivel de conocimiento sobre vacunas es insuficiente, enfermedades no prevenibles es anemia 40%. Dentro de la intervención el 84% indican que el ambiente donde se dio la capacitación si fue el adecuado, el 78% expresan que los contenidos fueron claros, 68% indican que el expositor se dio a entender, el 80% indican que los temas fueron claros. ⁷

2.2. MARCO TEÓRICO

DOROTEA OREM

Teoría del Autocuidado: En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

- a) **Requisitos de autocuidado del desarrollo:** promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.
- b) **Teoría del déficit de autocuidado:** En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.
- c) **Teoría de los sistemas de enfermería:** En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:
- Sistemas de enfermería totalmente compensadores:** La enfermera sule al individuo.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores:** El personal de enfermería proporciona autocuidados.
- Sistemas de enfermería de apoyo-educación:** la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.
- Orem define el objetivo de la enfermería como:** " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

El concepto de auto cuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo. La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizados en cuanto a la higiene que debe realizar.

2.3. MARCO CONCEPTUAL.

2.3.1. Definición.

Vacuna: 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. ¹¹

Vacunación: Es el método científico, mediante el cual a una persona se le inocular una vacuna a través de inyecciones o gotas orales, produciéndole una respuesta del sistema de defensa del organismo que impedirá el ingreso del germen causante de la enfermedad cada vez que esta aparezca, inmunizándola. ¹¹

2.3.2. Tipos de vacunas.

2.3.2.1. Microorganismos vivos atenuados: Son preparaciones inmunológicas de virus o bacterias vivos, que alterados de tal manera que no resulten agresivos como para provocar la enfermedad, pero si una respuesta inmune importante. ¹¹

Ejemplo: De ellos son las vacunas contra la polio (oral, fiebre amarilla sarampión, rubeola., parotiditis y tuberculosis BCG).

a. Bacterianas:

- Antituberculosa (BCG).
- Anticolérica oral
- Antitifoidea oral (Cepa).

b. Virales:

- Antisaramponiosa
- Antirubeólica
- Antiparotidítica
- Triple viral (suma de las anteriores)

- Antivaricelosa.
- PVO (antipoliosabin oral)
- Antiamarílica

2.3.2.2. **Microorganismos enteros inactivos (muertos):**

suspensiones de bacterias o virus muertos mediante la acción de desinfectantes como el fenol o formaldehído, estos son virus no se reproducen, se necesitan varias dosis con diferentes periodos de tiempo, para inducir la inmunidad. ¹¹.

Ejemplo de vacunas muertas: son la antipolio inyectable, gripe y la tos convulsiva.

a. Bacterianas:

- Anti coqueluchosa: célula entera
- Anti colérica inyectable
- Antitifoidea

b. Virales:

- PVO (antipolio inyectable, tipo salk)
- Antigripal o virus completo
- Antihepatitis A
- Antirrábica

c. Proteínicas purificadas (Toxoides)

Preparaciones obtenidas a partir de toxinas inactivas de bacterias productoras. Las vacunas toxoides más conocidas son las que previenen la difteria y el tétano.

La vacunación con estos inmunizantes de las toxinas y los microorganismos patógenos, mediante su tratamiento con formaldehído; y después de conseguir su atenuación pasos sucesivos en medios de cultivo in vitro. ¹¹

- **Bacterianas:**
 - Antidifteria (Toxoides)
 - Antitetánica (Toxoides)
 - Anticoqueluchosa

- **Virales:**
 - Antihepatitis B
 - Antigripal (Sub-virión, viris fraccionado)

2.3.3. Esquema nacional de vacunación.

El Esquema Nacional de Vacunación se establece como único para todo el país y debe ser implementado por los diferentes establecimientos del sector salud para garantizar la protección efectiva para toda la población a través de las etapas de vida consideradas en la presente Norma Técnica de Salud, sea a través de las actividades regulares o complementarias de vacunación, y también el Esquema Nacional de vacunación, contempla la administración de vacunas entre actividades regulares y complementarias de vacunación.

La actividad regular de inmunizaciones comprende la aplicación de las siguientes vacunas.¹⁰

2.3.3.1. 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.

2.3.3.2. 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 mono dosis, 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".

2.3.3.3. La vacuna contra la hepatitis b (HVB) en mayores de 5 años.

Es una vacuna inactivada recombinante, es de presentación multidosis en población mayores de 5 años se administra tres dosis, de 0.5 cc por vía intramuscular en el tercio medio del músculo deltoides, con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1. La primera dosis se administra al contacto con el establecimiento de salud la segunda dosis a los 2 meses después de la primera dosis y la tercera a los 6 meses después de la primera dosis.

- Personas desde los 5 a 20 años que no completaron las 3 dosis durante la vacunación regular o en la campaña nacional de vacunación contra Hepatitis B, realizada el año 2008.

- Personal asistencial, de limpieza de los establecimientos de salud, estudiantes de las profesiones de salud y afines, y otras personas que realicen actividades de riesgo del sector público y privado.
- Poblaciones de mayor vulnerabilidad (poblaciones indígenas y excluidas, de manera voluntaria respetando sus derechos).
- Miembros de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú, Cruz Roja, Defensa Civil, Bomberos. Las entidades correspondientes deberán exigir el documento que acredite haber cumplido con la vacunación respectiva.

2.3.3.4. **Vacuna pentavalente**

Vacuna combinada que contiene 5 antígenos: toxoide diftérico y tetánico, bacterias inactivadas de Bordetellapertussis, polisacárido conjugado de HaemophilusInfluenzae 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.

2.3.3.5. Vacuna toxoide diftetano pediátrico (DT)

La vacuna DT pediátrico es una vacuna combinada que contiene dos antígenos. Se administra en los menores de 5 años que han presentado reacciones adversas a la aplicación de la primera dosis de vacuna Pentavalente o DPT, se aplica en dos dosis con intervalos de 2 meses, cada dosis de 0.5 cc administrada por vía intramuscular con jeringa descartable y aguja retráctil y aguja 25 G x 1".

2.3.3.6. Vacuna haemophilusinfluenzae tipoB (HIB)

La vacuna contra Haemophilusinfluenzae 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 (02) dosis con intervalos de 2 meses, cada dosis de 0.5 cc se administra por vía intramuscular" con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1".

2.3.3.7. Vacunación contra la poliomielitis

➤ Vacuna antipolio inactivada inyectable (IPV)

La vacuna de Poliovirus Inactivados (IPV) es una vacuna inyectable, de presentación multidosis y/o mono dosis, 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).

➤ **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.

➤ **Esquema secuencial** la administración secuencial de las vacunas anti poliomielítica: vacuna poliovirus inactivada (IPV) y vacuna de virus vivos atenuados (APO), se realizara de acuerdo al esquema siguiente. Si el niño o niña ha iniciado el esquema de vacunación con APO, se completa el mismo con APO; **no deben utilizar** el esquema secuencial IPV/APO para completar el número de dosis faltantes. Los niños en quienes está contraindicado la administración de la vacuna **APO no deben utilizar el esquema secuencial IPV/APO**, deben recibir únicamente las tres dosis de la vacuna IPV.

2.3.3.8. **Vacuna contra rotavirus**

Es una vacuna de virus vivos atenuados, se administra por vía oral, indicada para la prevención de diarrea severa por rotavirus en menores de 6 meses de edad.

No se debe aplicar después de los 6 meses.

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

mínimo de 1 mes para la aplicación de la segunda dosis.

2.3.3.9. 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. Los Niños hasta los 12 meses, 3 dosis: al 2do mes, 4to mes y 12 meses. Se aplica 0.5cc, 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. Los Niños de 2 años a 4 años, con comorbilidad no vacunados previamente, 1 dosis de 0.5 cc por vía intramuscular en la región deltoideas.

2.3.3.10. Vacuna contra sarampión, paperas y rubéola (SPR)

Esta vacuna contiene virus vivos atenuados, se administra dos dosis a los niños menores de 5 años: la primera a los 12 meses y la segunda a los 18 meses de edad respectivamente. La vacuna es de presentación mono dosis y/o multidosis, se administra 0.5 cc por vía subcutánea en el tercio medio de región deltoideas, con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 5/8". 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 y 29 días; con intervalo mínimo de 6 meses entre dosis y dosis.

2.3.3.11. Vacuna sarampión y rubeola (SR)

Esta vacuna contiene virus vivos atenuados, se utiliza en barridos de vacunación y otras actividades complementarias. Se administra a partir de los 5 años de edad, cuando no han recibido la vacuna SPR (hasta antes de los 5 años de edad). Aplicación de dosis única.

En poblaciones de riesgo, se aplica una dosis única, como en: los Trabajadores de salud, o Trabajadores de aeropuertos, terragueros, migraciones, y otros, o Población que vive en fronteras y en zona de elevado tránsito turístico comercial, o Población que participa a eventos masivos de países con circulación endémica y áreas de brote de sarampión, o Población excluida vulnerable (indígenas). La presentación de la vacuna es multidosis, se aplica una dosis, cada dosis de 0.5 cc por vía subcutánea en el tercio medio de región deltoides, con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc con aguja de 25 G x 5/8".

2.3.3.12. Vacuna anti amarilica (AMA)

La vacuna contiene virus vivo atenuado, se aplica a los 15 meses de edad de manera universal en todo el país. Se administra una dosis de 0.5 cc por vía subcutánea en el tercio medio de región deltoides con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 5/8" la vacuna es de presentación multidosis Para la población de áreas endémicas y expulsoras de migrantes a zonas endémicas comprendidas entre los 2

años y 59 años 11 meses y 29 días no vacunados deberá recibir una dosis descrita anteriormente.

Las personas que se trasladen a zonas de riesgo de fiebre amarilla, deberán vacunarse con un margen mínimo de 10 días antes de viajar.

La duración de la protección de una dosis de vacuna es de por vida, no es necesario revacunar. Está contraindicada en pacientes con problemas de inmunidad.

Esta vacuna está contraindicada en personas con problemas de inmunidad o inmunosuprimidos severos.

2.3.3.13. Vacuna contra la difteria, pertusis y tétanos (DPT)

Esta vacuna triple bacteriana, se administra como refuerzo en los niños de 18 meses y 4 años, 11 meses y 29 días, sólo como 1ra y 2da dosis de refuerzo respectivamente, se administra 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". La vacuna es de presentación multidosis.

De no recibir el segundo refuerzo en la edad correspondiente hasta los 4 años, 11 meses y 29 días, ya no se aplicará la vacuna DPT. A partir de los 5 años debe administrarse La vacuna Toxoide Diftotetánica (dT).

2.3.3.14. La vacuna DT adulto

La vacuna DT, se aplica a las mujeres en edad reproductiva (MER) comprendidas desde los 10 años hasta los 49 años de edad, se administra tres dosis, la 1ra, en el primer contacto con el establecimiento de salud y la 2da, dosis a los 2 meses después de la

aplicación de la primera dosis, y la tercera dosis, a los 6 meses después de la segunda dosis, se administra 0.5 cc por vía intramuscular en el tercio medio de la región deltoides, con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1". La vacuna es de presentación multidosis.

En las gestantes verificar los antecedentes de vacunación, si no han sido vacunadas previamente debe recibir dos dosis de dT con intervalo de 2 meses, a partir del 2do trimestre de gestación. La misma debe estar registrada en la Historia Clínica Materno Infantil Perinatal las dosis administradas.

La Vacuna dT adulto se aplica también a la población de riesgo de sexo masculino a partir de los 15 años de edad, en 3 dosis de acuerdo al esquema de vacunación establecido en la presente Norma Técnica de Salud. Se considera como población de riesgo:

- Personal de salud tanto asistencial como administrativo, miembros de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional, de Defensa Civil, Cruz Roja, bomberos.
- Población de áreas rurales, trabajadores agrícolas, ganaderos y de construcción.
- Población de asentamientos humanos, caseríos e indígenas, entre otros.

2.3.3.15. Vacuna contra el virus de papiloma humano (VPH)

Vacuna recombinante de virus inactivados, que ofrece protección contra la infección por los principales genotipos oncogénicos de VPH. Se administra 3 dosis: la inicial al primer contacto con el centro educativo o el establecimiento de salud, seguidas de dosis con

intervalo de 2 y 6 meses. Se vacuna al 100% de las niñas del 5° grado de primaria (o si la niña no estudia el referente es tener 10 años de edad) con dosis de 0.5 cc por vía intramuscular en el tercio medio de la región deltoides con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1". La vacuna es de presentación mono dosis.

La primera dosis en los colegios nacionales y particulares del país al inicio del año escolar, previa orientación e información a los padres, profesores y alumnos. El personal de salud brindará un formato de disentimiento informado a los padres previa información.

La 2° dosis a los 2 meses de administrada la primera dosis.

La 3° dosis a los 6 meses de administrada la segunda dosis, debiéndose culminar antes del año escolar.

2.3.3.16. Vacuna contra influenza

La vacuna contra influenza estacional es una vacuna trivalente de virus inactivado, incluye dos cepas de influenza A y una cepa de influenza B (actualmente incluye AH1N1 y AH3N2). Se destaca la importancia de realizar la vacunación anual antes de la época de invierno, de acuerdo a la zona. La protección se obtiene generalmente en dos a tres semanas luego de administrada la vacuna. La duración de la inmunidad después de la vacunación es de un año, de acuerdo a la correspondencia existente entre las cepas circulantes y las contenidas en la vacuna. La administración de la vacuna contra influenza en el

ámbito nacional comprende los siguientes grupos de personas:

- a) Embarazadas o puérperas** Presentan alto riesgo de severas complicaciones y muerte. Este riesgo es exacerbado con la presencia de comorbilidades. La transferencia de anticuerpos al recién nacido por la madre vacunada durante el embarazo, le brindarían protección durante los primeros 6 meses de vida. La indicación de vacunación incluye:**A.1.- Embarazadas:** Una dosis a partir del 4to mes de la gestación por vía intramuscular.**A.2.- Puérperas con niños menores de 6 meses de vida,** que no fueron vacunadas en el periodo de gestación, se administrara una dosis por vía intramuscular en el tercio medio de la región deltoides.
- b) Niños de 7 a 23 meses y 29 días.** Dos dosis de 0.25 cc con intervalo de un mes por vía intramuscular en el tercio medio de la cara antero lateral externa de muslo con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1.
- c) Los trabajadores de salud.** Los trabajadores de salud que tienen contacto directo con el paciente, personal de apoyo con el paciente en sus instalaciones médicas, incluido el personal de apoyo en unidades críticas, tienen un riesgo adicional para la Influenza en comparación con la población general. La dosis es de 0.5 cc y se administra una sola dosis por vía intramuscular en el tercio medio de la región deltoides.
- d) Adultos mayores (de 65 años a más)** Tienen mayor riesgo de enfermedad severa y mortalidad

asociada con la Influenza, la vacuna se aplica de la siguiente forma: La dosis es de 0.5 cc y se administra una sola dosis por vía intramuscular en el tercio medio de la región deltoides al primer contacto con el establecimiento de salud.

- e) Personas con comorbilidad (enfermedades crónicas)** Comprende población de: Niños desde los 2 años hasta adultos de 64 años 11 meses 29 días, a los que se administra: o Niños de 2 a 2 años 11 meses y 29 días: Una dosis de 0,25 cc por vía intramuscular, cara antero lateral externa del muslo con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1".o Niños de 3 años a personas de 64 años: Una dosis de 0.5 cc por vía intramuscular, en el músculo deltoides con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1". Para estas personas con comorbilidad, se consideran entre las principales: Enfermedades respiratorias: Asma, EPOC. Enfermedades cardíacas: Insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, cardiopatías congénitas. Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas (no hemato-oncológica) Pacientes oncohematológicos y trasplantados Estados médicos crónicos: Obesidad mórbida, diabetes, insuficiencia renal.

2.3.4. Lugar y vía de administración de las vacunas

En el Esquema Nacional de Vacunación se contemplan vacunas en presentación líquida o liofilizada las cuales al reconstituirse pasan a ser líquidas, éstas a su vez están indicadas para ser administradas por vía oral o parenteral.¹⁰

El cual se describe a continuación:

2.3.4.1. **Vía oral**, es la vía utilizada para las vacunas como la Antipolio (VPO) y vacuna contra el Rotavirus, para las cuales se deben tener las siguientes consideraciones:

- Si se utilizan viales mono-dosis, como el caso de la vacuna contra el Rotavirus se administrarán directamente en la boca.
- Si son envases multidosis, como el caso de la vacuna Anti polio se dará la dosis correspondiente a una distancia adecuada de manera tal que evite el contacto con los labios y la comisura o mucosa bucal del vacunado.

2.3.4.2. **Vía Parenteral**, por esta vía se administran las vacunas inyectables, las cuales deben aplicarse en el lugar donde la inmunogenicidad sea mayor y con el menor riesgo de que se pueda producir una lesión local de vasos, nervios o tejidos, por lo que se deben usar agujas con la longitud y calibre adecuados. Las vacunas del Esquema Nacional de Vacunación contemplan 3 vías de administración parenteral:

- **Vía intramuscular:** Se utiliza esta vía para la administración en la masa muscular profunda de un producto biológico (inmunoglobulinas o vacunas) que será absorbido de forma rápida. Es la vía de elección para las vacunas fraccionadas o que contienen aluminio como adyuvante. En los pacientes con diátesis hemorrágica se utilizará la vía subcutánea siempre que el tipo de vacuna lo permita (que no se produzca una reducción importante de su

inmunogenicidad). Si la vacuna no puede administrarse por otra vía loaremos con una aguja de menor calibre, con presión durante 2 minutos.

- Vía subcutánea o hipodérmica: Es la introducción en el interior del tejido conjuntivo, debajo de la piel, de un producto biológico que será absorbido lentamente. La inyección subcutánea de vacunas para uso intramuscular puede hacer disminuir la eficacia y aumentar el riesgo de que se produzca mayor reactogenicidad. El lugar preferido para administrar las vacunas por vía subcutánea es el músculo deltoides en niños mayores de 12 meses y adultos. Para aplicar la vacuna por esta vía se debe insertar la aguja en el pliegue producido al pinzar con los dedos la piel y el tejido subcutáneo. El ángulo de inyección de la aguja con respecto a la piel debe ser de 45°. Para esta vía se usa una jeringa de 1 cc con aguja 25 G x 5/8".
- Vía intradérmica: Es la introducción dentro de la dermis de una cantidad mínima (0,01ml a 0,1 ml) de un producto biológico que será absorbido de forma lenta y local. La aguja se insertará con el bisel hacia arriba y un ángulo de 15° paralelo al eje longitudinal del brazo. La inyección ha de ser lenta y, si es correcta, aparecerá una pequeña pápula en el punto de inyección que desaparece espontáneamente en 10-30 minutos. Esta es la

vía de administración de la vacuna contra la Tuberculosis (BCG). Para esta vía se usa una jeringa de 1 cc con aguja 26 G x 3/8" ó aguja 27 G x 1/2".

2.3.5. FACTORES RELACIONADOS AL INCUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN.

a) Factores socioeconómicos

La condición social es la situación del individuo que está en relación a su nivel de escolaridad, procedencia, edad, estado civil, ocupación, ingreso económico.

Procedencia: Es el medio natural, en el cual el individuo nace y vive con sus tradiciones y costumbres. Así tenemos al hombre de la costa, sierra y selva.

Cada uno como miembros de su grupo presenta características peculiares, aunque dichas reglas no pueden ser consideradas universales, porque cambian cuando emigran de un lugar a otro adaptándose al medio social donde migra. Los hombres de la sierra generalmente presentan actitudes de desconfianza hacia los demás limitando su posibilidad de comunicación y están más sujetos a sus hábitos y costumbres propios de su territorio. En cambio los hombres de la costa son más extrovertidos y han superado sus hábitos y costumbres de sus antecesores por tener un ritmo de vida ligero, rápido especialmente en las grandes ciudades.

Edad: Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento; de gran importancia que marca hechos trascendentales en nuestra vida o también se define como la capacidad para mantener los roles personales y la integración del individuo en la comunidad, para lo cual es necesario

mantener niveles razonables de capacidad física y mental.

Estado civil: Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo. Esta denominación se da desde el momento en que el ser humano crea la institución del matrimonio. Hay diferentes tipos de estado civil que varían de acuerdo al tipo de relaciones que una persona mantenga con otras. Entre los más comunes encontramos el de soltería (aquellas personas que no se encuentran comprometidas legalmente con otras), casado (aquellas que sí lo están) otros como divorciado (las personas que han roto el vínculo legal con sus parejas) o viudos (los que han perdido a su pareja por deceso).

Grado de instrucción: a medida que aumenta la educación mejora la autoevaluación del estado de salud, contribuye 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.

Ocupación: trabajo que efectúa una persona, tiene independencia económica según el empleo que tenga. Los trabajos pueden ser dependientes independientes. Las personas desempleadas tienen significativamente más dificultades psicológicas, ansiedad y síntomas de

depresión, limitación de actividades y problemas de salud.

Ingreso económico: En general, las personas con mayores ingresos gozando una mejor salud que las personas de bajos ingresos: El ingreso económico la posición social son los factores determinantes más importantes de la salud. En el Perú el salario mínimo se denomina Remuneración Mínima, que actualmente equivale a S/. 675 nuevos soles vigentes desde el 01/01/2008 lo cual es fijado por el Ministerio de Economía.⁵

b) Barreras culturales y cognitivas

Nuestro país se caracteriza por su gran diversidad cultural. Esta se ve reflejada también en las diferentes percepciones del proceso salud enfermedad y en la relación entre la vida y la muerte. Aunque el accionar de salud en las últimas décadas se ha desplegado bajo el marco declarativo de la participación comunitaria, los equipos de salud han desarrollado muy limitadamente sus capacidades para comprender cómo la población entiende relación con la vida, la salud, el desarrollo familiar y comunal. Estudios desarrollados en algunos de los departamentos más pobres del país evidencian que los pobladores de las comunidades tienen sus propias ideas sobre salud y conceptos erradas sobre las vacunas.

Creencia: Las creencias populares son un saber del diario vivir de las personas; constituye relaciones sociales, de lo que escuchan y creen las personas y son parte de las prácticas interpersonales. El conocimiento por parte del personal de salud de las creencias populares que tiene la mujer sobre las vacunación de los niños menores de 1

año permite valorar su significancia como prácticas de salud que las madres creen para conservar un equilibrio entre la salud y la enfermedad con la finalidad de evitar complicaciones que comprometan el bienestar de los niños.

Costumbres: Hábitos que se llevan a cabo en forma diaria de acuerdo a sus creencias, varia de un lugar a otro, formado tanto en la familia como en la comunidad y que se obtienen de los antepasados; se distingue entre buenas costumbres que son las que cuentan con aprobación social, y las malas costumbres, que son relativamente comunes, pero no cuentan con aprobación social y existen leyes promulgadas para tratar de modificar alguna de estas malas conducta.

Conocimiento.- Mario Bunge lo define 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 desufrimiento.⁵

c) Factores Institucionales

Están referidos a todas las causas inherentes a los centros de salud que pueden impedir, dificultar o influir en la motivación para que las personas asistan o no a los centros de vacunación y den cumplimiento al esquema de

Inmunización recomendado para sus hijos, estos factores pueden estar representados por: accesibilidad al servicio, disponibilidad de biológicos, horario de atención, el trato que reciben del personal de salud en la admisión del usuario y encargado de la vacunación ,tiempo de espera, información que recibe acerca de las vacunas, etc.

Accesibilidad al servicio: Aún no se logra cubrir íntegramente la demanda del territorio nacional pese al incremento de la oferta de servicios en el primer nivel de atención del Ministerio de Salud. La existencia de muchas zonas del país donde predominan poblaciones dispersas es un factor importante de inaccesibilidad geográfica a los servicios, según estudio de investigación señala que los “Los esquemas incompletos de vacunación presenta varios factores como: residencia más de 3 km, mientras que otras forman parte de poblaciones móviles (por ejemplo, grupos nómades o trabajadores migrantes temporales).

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, atienden 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 establecimiento 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.

Barreras por la conducta de los prestadores de Salud: Según estudios de investigación la percepción de la población respecto a la valoración de los servicios recibidos de los distintos prestadores de salud fueron la insatisfacción y maltrato que condiciona buscar la atención en otro establecimiento o deja de asistir. Estos problemas constituyen una preocupación, a nivel nacional las campañas educativas intentan mejorar el conocimiento de los padres sobre el valor de las vacunaciones y estimular a las profesionales para que aprovechen todas las oportunidades posibles para vacunar a los niños a su cuidado jurisdiccional también esto se hace extensivo a la participación comunitaria llámese religiosos, grupos sociales, colegios medios de comunicación; si existiera trabajo multisectorial se lograría la cobertura esperada.

Tiempo de espera: 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 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.

Dentro de la calidad en servicios de salud, Donabedian considera dos dimensiones: la técnica y la interpersonal. La primera busca los mayores beneficios para el paciente sin riesgos en la prestación, la segunda pretende

respetarlo como ser humano integral buscando su satisfacción plena; dentro de esta última se encuentra el tiempo de espera para recibir la atención en un servicio de salud. Desde esta perspectiva; el tiempo de espera para recibir consulta constituye una barrera o condición de accesibilidad de tipo organizacional y según Donabedian, se precisa como indicador de resultado en cuanto a la importancia de la opinión del usuario.

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.

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 malintencionados 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.⁵

2.3.6. ERRORES OPERATIVOS DE LA VACUNACIÓN Y SUS CONSECUENCIAS

2.3.6.1. Inyección no estéril:

- Reutilización de jeringa o aguja descartable.
- Uso de jeringas sin garantía de esterilidad adecuada.
- Vacuna o diluyente contaminado.

- Uso de vacunas liofilizadas por más del tiempo indicado de uso.

2.3.6.2. Error de reconstitución:

- Reconstitución con diluyente incorrecto.
- Reemplazo de la vacuna o diluyente con un fármaco.

2.3.6.3. Inyección en el lugar equivocado:

- BCG aplicada por vía subcutánea.
- DTP / DT / TT demasiado superficial.
- Inyección en glúteo.

2.3.6.4. Infección: Absceso localizado en el sitio de inyección, sepsis, síndrome de choque tóxico o muerte. Infección transmitida por la sangre, como Hepatitis o VIH. Absceso local por agitación indebida.

2.3.6.5. Efecto adverso de un fármaco; ejemplo, insulina. Muerte.

- Vacuna ineficaz.
- Reacción o absceso local.
- Reacción o absceso local.
- Daño al nervio ciático.
- Transporte / almacenamiento incorrecto de vacunas.
- Reacción local por vacuna congelada.
- Vacuna ineficaz. Caso omiso de las contraindicaciones.
- Reacción grave previsible.

CAPITULO III

VARIABLES E HIPÓTESIS

3.1 Definición de las variables

El trabajo de investigación fue univariable: Factores relacionados al incumplimiento del esquema nacional de vacunación.

Es la representación secuencial del ordenamiento y la forma como se aplica las vacunas oficialmente aprobado por el ministerio de salud.

3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	ÍTEMS	ESCALA DE MEDICION DE VARIABLES
Factores relacionados al Incumplimiento o del esquema nacional de vacunación.	Es la inasistencia o falta a la administración de algunas de las vacunas plasmadas en el esquema nacional de vacunación.	El incumplimientos del esquema nacional de vacunación será medido mediante. Método: Entrevista. Técnica: Encuesta.	Factores socioeconómicos	Procedencia:	Es el medio natural, en el cual el individuo nace y vive con sus tradiciones y costumbres.	¿De donde es su procedencia?	
				Edad:	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento.	¿Cuántos años tiene Ud.?	
				Estado civil:	Condición particular que caracteriza a una persona en sus vínculos personales con individuos de	¿Cual es su estado civil actual? ()Soltera ()Casada ()Divorciada	

				otro sexo: soltería casado divorciado viudos	<input type="checkbox"/> Viuda		
				Grado de instrucción:	Grado de instrucción que ha recibido la persona durante su existencia.	¿Cuál es su grado de instrucción? <input type="checkbox"/> Sin instrucción <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> superior	
				Ocupación:	Es la actividad o trabajo que efectúa una persona	¿Ud. a que se dedica actualmente? <input type="checkbox"/> trabaja <input type="checkbox"/> estudia <input type="checkbox"/> ama de casa	
				Ingreso económico:	Son los ingresos o aportes económicos en el hogar.	¿Cual es su ingreso económico? <input type="checkbox"/> Menor de S/. 675 nuevos	

						() Mayor de S/. 675 nuevos	
			Barreras culturales y cognitivas	Creencias:	Las creencias populares son un saber del diario vivir de las personas.	1. ¿Ud. cree que las vacunas son buenas? SI () NO () ¿Por qué?..... 2. ¿Ud. Presento algún problema con alguna vacuna que recibió su hijo(a)? SI () NO () Si es SI explique el motivo.....	

				Costumbres:	Hábitos que se llevan a cabo en forma diaria de acuerdo a sus creencias: buenas costumbres y malas costumbres	¿Ud. tienes el hábito de asistir al centro de salud periódicamente? SI () NO ()	
				Conocimiento sobre esquema nacional de vacunación actual:	Es el conjunto de ideas, conceptos, que pueden ser claros y precisos, ordenados vagos sobre el esquema nacional de vacunación actual	¿Ud. Podría mencionar las vacunas que recibe su hijo menor de dos años del esquema nacional de vacunación actual? 	
			Factores Institucionales	Accesibilidad al servicio:	Es la accesibilidad geográfica a los servicios de salud.	¿Para Ud. Es de fácil acceso asistir al centro de salud? SI () NO ()	
				Horario de	Los horarios de	¿Considera adecuado el horario de atención	

				atención:	atención en el establecimiento de salud.	en el centro de salud? SI () NO ()	
				Barreras por la conducta de los prestadores de Salud:	Es la percepción de la población respecto a la valoración de los servicios recibidos de los distintos prestadores de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ud. ha recibido maltrato de parte del personal de salud que le atiende? SI () NO () • ¿Ud. Esta satisfecha con el servicio que recibe en el centro de salud? SI () NO () 	
				Tiempo de espera:	Es el Tiempo de espera para recibir la atención en un servicio de salud.	¿Ud. Cuanto tiempo espera para que le atiendan el en centro de salud? (en minutos)	
				Información que recibe acerca de las vacunas	Es la Información que recibe acerca de las vacunas brindadas por parte	3. ¿A Ud. le informan acerca de los medicamentos que reciben y cuando deben	

					del personal de salud.	regresar? SI () NO () 4. ¿A Ud. le enseñan sobre el esquema nacional de vacunación? SI () NO ()	
--	--	--	--	--	------------------------	--	--

3.3 HIPÓTESIS GENERAL E HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

Por ser trabajo de nivel descriptivo no se ha considerado hipótesis.

CAPITULO IV METODOLOGÍA

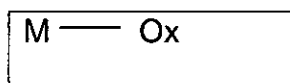
4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

El tipo de investigación fue Básica: Es la que se realizó con la finalidad de descubrir, desarrollar y explicar nuevos conocimientos teórico científico para de esta manera enriquecer el conocimiento ya existente.

Descriptivo: en este trabajo se dio a conocer las características de nuestra variable tal y como se está presentado en la realidad, sin realizar ninguna modificatoria.

4.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

El diseño de investigación fue no experimental, diseño transversal, descriptivo



DONDE:

M: La muestra que está constituida por 82 madres con niños menores de 2 años.

Ox: Información obtenida de las 82 madres con niños menores de 2 años con el instrumento de recolección de datos.

X: Factores relacionados al incumplimiento del esquema nacional de vacunación.

4.3. POBLACIÓN, MUESTRA, MUESTREO.

Población: estuvo constituida por 210 madres de niños menores de 2 años de edad que asisten al centro de salud Ccochaccasa y se hacen atender en el servicio de enfermería.

Muestra: Los sujetos de estudio estuvo constituida por madres de familia que tienen niños menores de 2 años de edad que presentan

un calendario de vacunación incompleto y se hacen atender en el servicio de enfermería en el centro de salud de Ccochaccasa. Identificados a través del siguiente procesamiento estadístico:

Datos:

N = población total

n = tamaño de la muestra

z = 1.96 coeficiente de confiabilidad para e=0.05

E = error de estimación e= 0.05

p = probabilidad favorable a la variable 50% = 0.5

q = probabilidad no favorable a la variable = 0.5

$$n = \frac{z^2 p q N}{E^2(N - 1) + z^2 p q}$$

$$n = \frac{1.96^2 * 0.8 * 0.2 * 210}{0.05^2 (210 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n^{\circ} = 135$$

Ajuste de la muestra:

n° = tamaño final de la muestra

$$n = \frac{n^{\circ}}{1 + \frac{n^{\circ}}{N}}$$

n = 82 madres de familia que tiene niños menores de 2 años que presentan un calendario de vacunación incompleto

Muestra: la muestra estuvo constituida por 82 madres de familia que tienen niños menores de 2 años de edad que presentan un calendario de vacunación incompleto y se hacen atender en el servicio de enfermería en el centro de salud de Ccochaccasa.

Muestreo: Muestreo fue no probabilístico intencional; porque para la investigación realizada la muestra seleccionada es la más representativa posible (madres que presentan un calendario de vacunación incompleta en su tarjeta de vacunación de sus hijos).

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Técnica: la técnica usada para la recolección de datos fue la encuesta.

Instrumento: el instrumento utilizado para la recolección de datos es la entrevista.

4.5. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para la recolección de datos se procederá de modo siguiente:

- a) Se realizó las gestiones respectivas y la coordinación con las unidades de análisis y las organizaciones respectivas para el proceso de aplicación del instrumento de recolección de datos.
- b) Se estructuró los instrumentos de recolección de datos.
- c) Se sometió a la evaluación por expertos (validez subjetiva).
- d) Se aplicó los instrumentos como prueba piloto (validez objetiva).
- e) Se aplicó los instrumentos de recolección de datos, previa coordinación con el centro de salud Ccochaccasa.
- f) Se coordinó con las madres que tienen niños menores de 2 años.
- g) Se realizó la tabulación y codificación de los resultados obtenidos para su respectivo análisis estadístico.

- h) Se procedió al análisis estadístico haciendo uso del software estadístico IBM SPSS V2, y el Microsoft office Excel V 2016 simultáneamente. Al final se hará uso del Microsoft Word 2016 para la presentación final de los resultados.
- i) Una vez obtenida los resultados, se realizara la discusión de resultados para respectiva sustentación.

4.6. PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO Y ANÁLISIS DE DATOS.

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizó:

Técnica estadística descriptiva; media, moda, mediana, mínimo, máximo, desviación estándar, varianza y tabla de frecuencias con sus respectivos gráficos.

CAPITULO V

RESULTADOS

5.1 PRESTACIÓN DE RESULTADOS

Para la descripción e interpretación de datos obtenidos luego de la aplicación de los instrumentos de medición sobre los factores de incumplimiento al calendario de vacunación.

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows vers. 21.0, Hoja de cálculo de Microsoft Office Excel 2016, tomando en cuenta que los datos obtenidos son variables cualitativas, y para la entrega del informe final se dio uso del Microsoft Word 2016.

Así mismo, se utilizó la estadística descriptiva: para la presentación de los datos en tablas y gráficos estadísticos

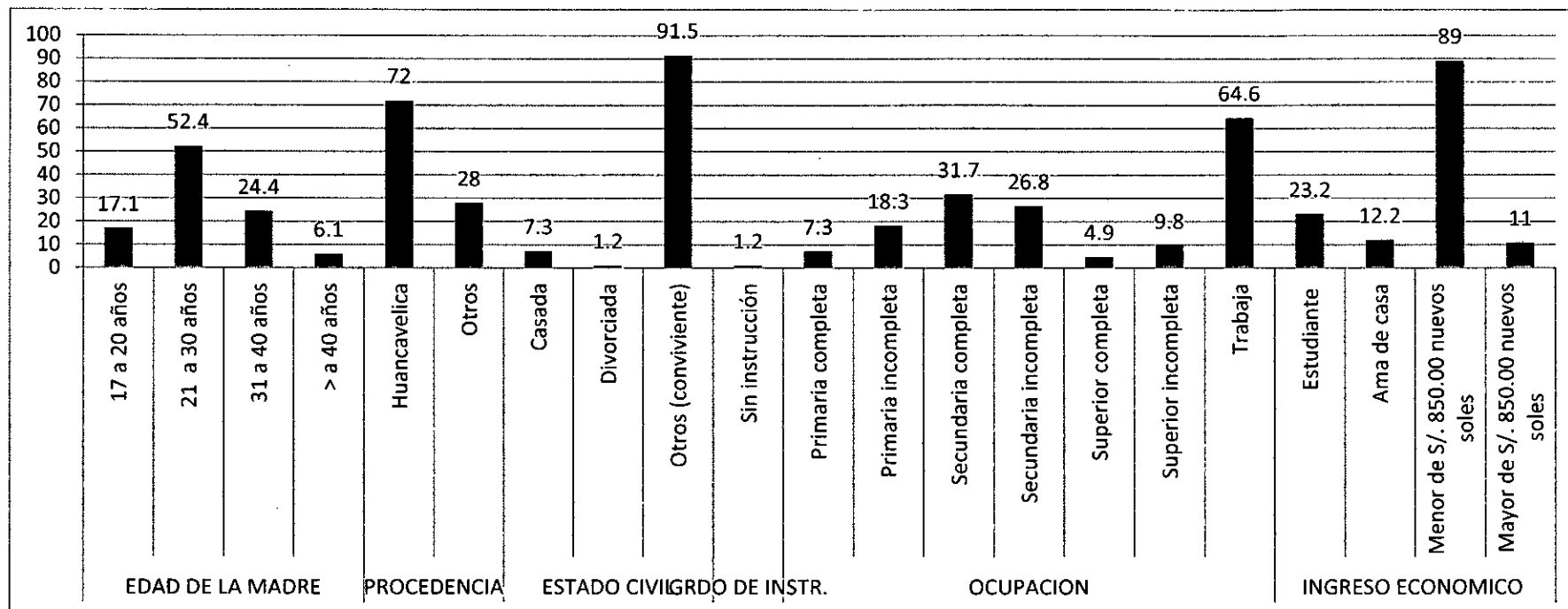
TABLA N° 5.1

FACTORES SOCIOECONÓMICOS DE INCUMPLIMIENTO AL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN EN MADRES EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS, EN EL CENTRO DE SALUD CCOCHACCASA – HUANCAVELICA 2017.

FACTORES SOCIOECONOMICOS		f	%
EDAD DE LA MADRE	17 a 20 años	14	17.1
	21 a 30 años	43	52.4
	31 a 40 años	20	24.4
	> a 40 años	5	6.1
PROCEDENCIA	Cochccasa	59	72
	Otros	23	28
ESTADO CIVIL	Casada	6	7.3
	Divorciada	1	1.2
	Otros (conviviente)	75	91.5
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin instrucción	1	1.2
	Primaria completa	6	7.3
	Primaria incompleta	15	18.3
	Secundaria completa	26	31.7
	Secundaria incompleta	22	26.8
	Superior completa	4	4.9
	Superior incompleta	8	9.8
OCUPACIÓN	Trabaja	53	64.6
	Estudiante	19	23.2
	Ama de casa	10	12.2
INGRESO ECONÓMICO	Menor de S/. 850.00 nuevos soles	73	89
	Mayor de S/. 850.00 nuevos soles	9	11
TOTAL		82	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADO 2017

GRAFICO 5.1



FUENTE: TABLA 01

De la tabla N° 01 se evidencia que el intervalo de edades de mayor frecuencia es de 21 a 30 años 52.4 % (43) y la de menor frecuencia es las madres mayores de 40 años 6.1% (05); con relación a procedencia el 72% (59) son de Ccochccasa y 28% (23), son de otro lugar, en estado civil el 91.5 % (75) son de condición otros y el de menor frecuencia es de 1,2% (01). En grado de instrucción se evidencia el de mayor frecuencia a secundaria incompleta con 31,7%(26 y la de menor frecuencia 1.2% (01). En relación a ingreso económico la de mayor frecuencia es las madres que ganan menos de S/.850.00 nuevos soles haciendo un 89% (73) y la de menor frecuencia las madres con ingresos menores a S/.850.00 nuevos soles con un 11% (09).

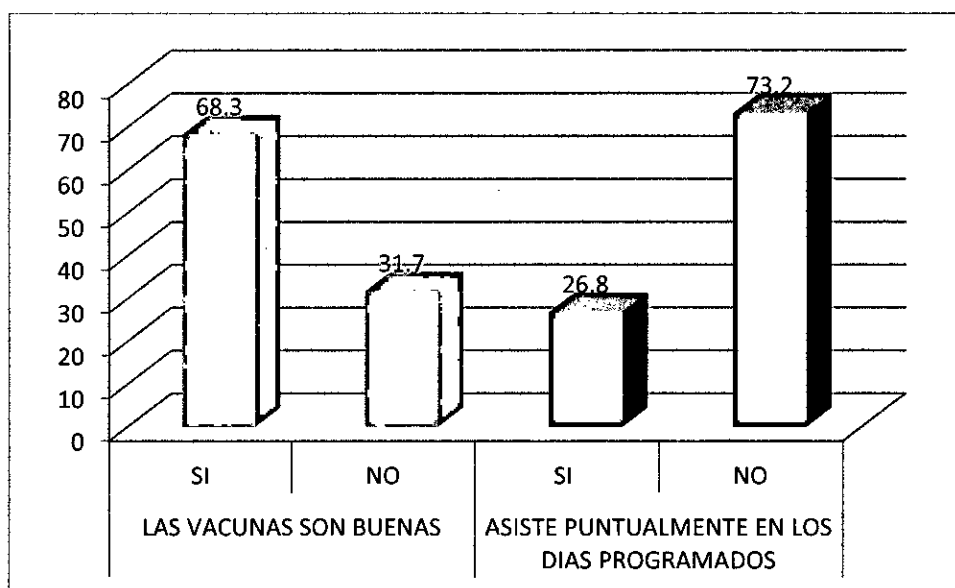
TABLA N° 5.2

FACTORES BARRERA CULTURALES DE INCUMPLIMIENTO AL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN EN MADRES CON NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS, EN EL CENTRO DE SALUD CCOCHACCASA – HUANCVELICA 2017.

BARRERA CULTURALES		f	%
LAS VACUNAS SON BUENAS	SI	56	68.3
	NO	26	31.7
ASISTE PUNTUALMENTE EN LOS DIAS PROGRAMADOS	SI	22	26.8
	NO	60	73.2
TOTAL		82	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADO 2017

GRAFICO N°5.2



FUENTE: TABLA 02

De la tabla N° 02 se evidencia que las madres consideran que las vacunas son buenas un 68.3% (56) y las que no un 31.7% (26), así mismo se evidencia que el valor de mayor frecuencia son las que no asisten puntualmente haciendo un 73.2%(60) y las que si asisten puntualmente son un 26.8% (22).

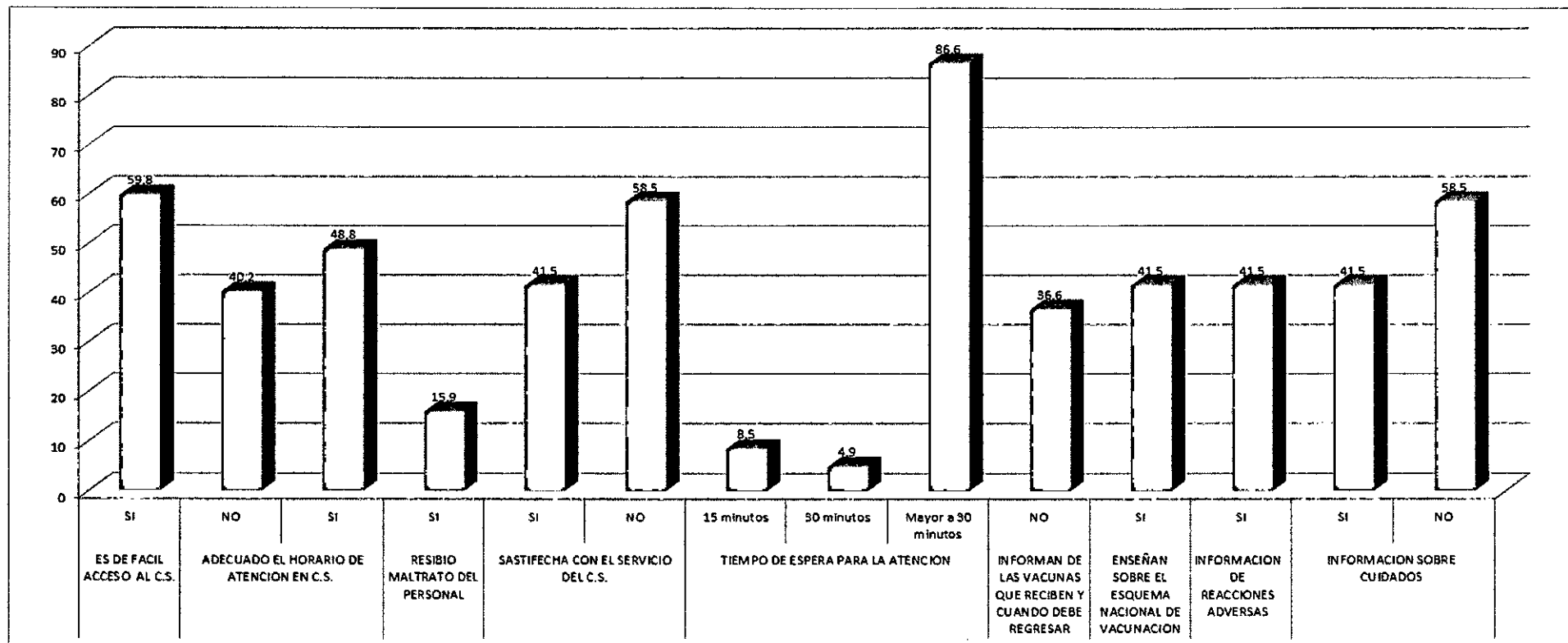
TABLA N° 5.3

FACTORES INSTITUCIONALES DE INCUMPLIMIENTO AL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN EN MADRES CON NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS, EN EL CENTRO DE SALUD CCOCHACCASA – HUANCVELICA 2017.

FACTORES INSTITUCIONALES		F	%
ES DE FÁCIL ACCESO ASISTIR AL CENTRO DE SALUD	SI	49	59.8
	NO	33	40.2
CONSIDERA ADECUADO EL HORARIO DE ATENCION EN C.S.	SI	40	48.8
	NO	33	40.2
HA RECIBIDO MALTRATO POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD	SI	13	15.9
ESTA SATISFECHA CON EL SERVICIO QUE RECIBE EN EL C.S.	SI	34	41.5
	NO	48	58.5
CUANTO TIEMPO ESPERA PARA QUE LO ATIENDAN EN EL CENTRO DE SALUD	15 minutos	7	8.5
	30 minutos	4	4.9
	Mayor a 30 minutos	71	86.6
LE INFORMAN DE LAS VACUNAS QUE RECIBEN Y CUANDO DEBE REGRESAR	NO	30	36.6
SE LE HA ENSEÑADO SOBRE EL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACION	SI	34	41.5
LE INFORMARON FRENTE A LAS REACCIONES ADVERSAS FRENTE A LA VACUNA	SI	34	41.5
LE INFORMARON SOBRE LOS CUIDADOS QUE DEBE TENER EN FRENTE A LA ADMINISTRACION DE LAS VACUNAS	SI	34	41.5
	NO	48	58.5
TOTAL		82	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADO 2017

GRAFICO 5.3



FUENTE: TABLA N° 03

Dela tabla N° 03. Se evidencia que el valor de mayor frecuencia en relación a los factores institucionales es el tiempo de espera mayor a 30 minutos para ser atendido, teniendo un 86.6%(71) y la de menor frecuencia las madres que recibieron maltrato por parte del personal de salud, haciendo un 15.9% (13).

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contrastación de resultados con estudios similares

Los resultados de mayor relevancia fueron: teniendo en consideración a la ocupación: el 64.6% (53) trabajan y el 12,2% (10) son amas de casa y en relación a ingreso económico la de mayor frecuencia es las madres que ganan menos de S/.850.00 nuevos soles haciendo un 89% (73) y la de menor frecuencia las madres con ingresos menores S/.850.00 nuevos soles con un 11% (09); se evidencia que las madres consideran que las vacunas son buenas un 68.3% (56) y las que no un 31.7% (26) y también se evidencia que el valor de mayor frecuencia en relación a los factores institucionales es el tiempo de espera mayor a 30 minutos para ser atendido, teniendo un 86.6% (71) y la de menor frecuencia las madres que recibieron maltrato por parte personal de salud, haciendo un 15.9% (13), en comparación a los resultados coinciden con el estudio realizado por Gonzales (2011), en la cual los factores que intervienen en el incumplimiento 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 vacuna les, 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.

Factores Socioeconómicos

En el estudio realizado en las madres los resultados fueron: el intervalo de edades de mayor frecuencia es de 21 a 30 años 52.4% (43) y la de menor frecuencia es las madres mayores de 40 años 6.1% (05); teniendo en consideración a la ocupación: el 64.6% (53) trabajan y el 12,2% (10) son amas de casa; con relación a procedencia el 72% (59) son de Cochccasa y 28% (23), son de otro lugar, en estado civil el 91.5% (75) so0n de condición otros y el de menor frecuencia es 1,2% (01). En grado de instrucción se evidencia el de mayor frecuencia a secundaria completa con 31,7% (26) y la de menor frecuencia es la de sin instrucción con 1,2% (01). En relación a ingreso económico la de mayor frecuencia es las madres que ganan menos de S/.850.00 nuevos soles haciendo un 89% (73) y la menor frecuencia las madres con ingresos menores a S/.850.00 nuevos soles con un 11% (09). Por otro lado los resultados de Romero (2012) donde la opción más frecuente en corrientes capital fue "no quiso ir, se olvidó, no tuvo tiempo", representando un 11% (del 36% que no cumplieron); le siguen "falta de conocimiento" 9%; "distancia al Centro de Atención Primaria de la Salud " 3.3% "por enfermedad" 1.9% a su vez coincide por lo hallado por Gonzales Soleta (2011) que los factores que intervienen en el incumplimiento del calendario de vacunación en un mayor porcentaje están presentes, referido al ingreso económico de la madre.

Factores barreras culturales

Los resultados fueron: las madres consideran que las vacunas son buenas un 68.3% (56) y las que no un 31.7% (26), así mismo se evidencia que el valor mayor frecuencia son las que no asisten puntualmente haciendo un 73.2% (60) y las que si asisten puntualmente son un 26.8% (22). Los resultados tienes similitud con

Rodríguez (2013) donde los resultados fueron: en donde se señala que la importancia que tienen las vacunas para los padres, en donde el 40% de las madres de familia conocen que las vacunas son necesarias para la preservación de la salud de los niños, en cambio 10% dice que no son necesarias y el 50% desconoce en absoluto la importancia de la vacunación por no tener un grado de instrucción y una cultura que le permita identificar los beneficios al recibir un esquema completo, esta es la razón que solo se aplicaron las primeras dosis y no las subsecuentes. La mayor parte de las madres poseen instrucción primaria la que corresponde al 47%. No tiene ningún tipo de instrucción el 8%, siendo el total de ellas el 55%, por lo que deducimos y evidenciamos que es un grupo muy alto el que desconoce la importancia y beneficios que brindan la vacunación, como medida de prevención de enfermedades.

Factores institucionales

En el estudio los resultados son: el valor de mayor frecuencia en relación a los factores institucionales es el tiempo de espera mayor a 30 minutos para ser atendido, teniendo un 86.6% (71) y la de menor frecuencia las madres que recibieron maltrato por parte del personal de salud, haciendo un 15,9%(13). Estos resultados difieren con el estudio de Gonzales Soleta (2011) en donde mencionan que un porcentaje considerable de madres que refieren estar ausentes, por la ocupación de la madre, le es difícil llevar a vacunar al niño. A diferencia de los resultados de Ferreyra Ramoa C. En donde difiere que solo el 13.89% tiene historial de atraso y uno de los factores es la ocupación de los padres.

CAPÍTULO VII CONCLUSIONES

- a) Se evidencia que el intervalo de edades de mayor frecuencia es de 21 a 30 años 52.4%(43) y con relación a procedencia el 72 %(59) son de Ccochaccasa , en estado civil el 91.5%(75), son de condición (otros) el cual está constituido por convivientes, en relación a ingreso económico la de mayor frecuencia es las madres que ganan menos de S/.850.00 nuevos soles haciendo un 89%(73), en estos resultados implica que la edad, el estado civil, grado de instrucción e ingreso económico son factores pilares que se debe considerar en el incumplimiento de las madres en el calendario de vacunación de sus hijos.

- b) Se evidencia que las madres consideran que las vacunas son buenas un 68.3%(56), en este resultado implica que las madres piensan que las vacunas son buenas pero que no asisten puntualmente por presentar un ingreso económico inadecuado por la cual las madres tienden a trabajar por lo que no asisten puntualmente al control de inmunización de sus hijos.

- c) Se evidencia que el tiempo de espera es mayor a 30 minutos para ser atendido, teniendo un 86.6%(71), en el resultado observamos que la mayor frecuencia es el tiempo de espera por lo que las madres no llevan a sus hijos a sus vacunas por el tiempo de demora ya que ellas tienen que trabajar para solventar sus necesidades básicas.

CAPÍTULO VIII

RECOMENDACIONES

- a) Al centros de salud de Ccochaccasa, debe establecer horarios específicos de atención en el área de enfermería, tomando como estrategia la programación de citas anticipadas con las madres mediante el cuaderno de seguimiento para que de esta manera puedan disminuir el tiempo de espera y que las madres de familia puedan cumplir puntualmente con las vacunas de sus hijos.

- b) Al jefe del área de enfermería del establecimiento de salud en coordinación con las autoridades, cada fin de mes u otra fechas establecidas deberían brindar sesiones educativas sobre la importancia de las vacunas a todas las madres de familia para que de esta manera las madres sepan lo importante que son las vacunas para sus hijos, se involucren, participen y asistan puntualmente en sus fechas programadas para sus vacunas de sus hijos.

- c) Realizar acuerdo y compromiso con las madres de Trabajar con las citas programadas donde tendrían que acudir en el turno que les corresponda.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dora Nelly RS. Factores que influyen en el cumplimiento del programa ampliado de inmunizaciones en niños menores de 5 años comuna Juan Montalvo. Santa Elena 2012-201. LA LIBERTAD – ECUADOR 2013.
2. Julissa Edith SS, Lucy Ivonne VS. Nivel de conocimiento de las madres adolescentes sobre inmunizaciones en niños menores de 1 año de los centros de salud José Olaya y Túpac Amaru, Chiclayo 2013. CHICLAYO- PERÚ 20 junio 2014.
3. Gabriel Gerardo UR. Coberturas de vacunación en niños menores de 2 años y factores relacionados con incumplimientos en el esquema vacunación. Cantón de Puntarenas, Costa Rica, 2012 - 2013. Guatemala2014.
4. Camilo FR, José Gabriel MP, Filipe CSD, Anthony Mark PS, Danillo FC, Víctor Danilo VD. Cumplimiento del calendario de vacunación infantil en una unidad de salud de la familia. Belém-Pará-Brasil 2010.
5. Dina Cirila GS. 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. LIMA – PERÚ2012.
6. Romero D, Manuel R, María FR, Romina S, Graciela AZ, Adriana E. Cumplimiento del calendario de vacunación obligatorio en la población infantil de las localidades de Santa Ana y Corrientes Capital. ARGENTINA 2010.
7. MONICA SP.FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INCUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL CANTÓN EL GUABO EN LOS MESES DE ABRIL A JUNIO DEL 2009. MACHALA 2010.
8. Ministerio de salud. Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones. PERU – 2006.

JHGGJGJH

9. Radio programas del Perú. Campaña de nutrición infantil- El 30% de madres no llevan a sus hijos para que les apliquen sus vacunas. 2011.
10. Ministerio de salud. Norma técnica de salud que establece el esquema nacional de vacunación. 2013.
11. Ricarte T V. Inmunizaciones. México 2011.
12. Dirección Regional de Salud Huancavelica/ Estadística e Informática 2015 – 2016.

ANEXOS

ANEXO Nº 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: FACTORES RELACIONADOS AL INCUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACION EN MADRES CON NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CCOCHACCASA – HUANCVELICA 2017 **AUTORAS:** AYUQUE ARAUJO ANGELICA, CARISMA POMA Norma, LAURA RAMOS, Edison

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	SISTEMA DE HIPÓTESIS	METODOLOGÍA	VARIABLE
<p>¿Cuáles son los factores relacionados al incumplimiento del esquema nacional de vacunación en madres con niños menores de 2 años de edad que acuden al centro de salud Ccochaccasa – Huancavelica 2017?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar los factores relacionados al incumplimiento del esquema nacional de vacunación en madres con niños menores de 2 años de edad en el Centro de Salud Ccochaccasa - Huancavelica</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>Conocer los factores socioeconómicos relacionados al incumplimiento del esquema nacional de vacunación en madres con niños menores de 2 años de edad en el Centro de Salud Ccochaccasa - Huancavelica 2017.</p>	<p>Hipótesis de Investigación:</p> <p>Por ser trabajo de nivel descriptivo no se ha considerado hipótesis.</p>	<p>1. TIPO DE ESTUDIO: Básico.</p> <p>2. NIVEL DE INVESTIAGCIÓN: descriptivo</p> <p>3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN: Descriptiva, Estadística, Deductivo y Bibliográfica</p> <p>4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: Transversal, Descriptivo No experimental</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>DONDE:</p> <p>M: madres con niños menores de 2 años.</p> <p>Ox: madres con niños menores de 2 años</p> </div> <p>M — Ox</p> <p>5. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO: N = 231 madres con niños menores de 2 años n = 82 madres con niños menores de 2 años que presentan calendario de vacunación incompleta Muestreo no probabilístico intencional</p> <p>6. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: Técnica: Encuesta Instrumento: entrevista</p>	<p>Univariable: Factores relacionados al Incumplimiento del esquema nacional de vacunación</p>

	<p>Identificar las barreras culturales y cognitivas relacionados al incumplimiento del esquema nacional de vacunación en madres con niños menores de 2 años de edad en el Centro de Salud Ccochaccasa - Huancavelica 2017.</p> <p>Reconocer los factores institucionales relacionados al incumplimiento del esquema nacional de vacunación en madres con niños menores de 2 años de edad en el Centro de Salud Ccochaccasa- Huancavelica 2017</p>		<p>TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS: Aplicación de estadística descriptiva</p>	
--	---	--	---	--

ANEXO 2

EVALUACIÓN DE EXPERTOS

CUESTIONARIO DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE JUECES DE EXPERTOS

ITEM	PREGUNTA	APRECIACION		OBSERVACION / SUGERENCIA
		SI	NO	
1	¿El instrumento de recolección de datos está orientado al problema de investigación?			
2	¿En el instrumento de recolección de datos se aprecia las variables de la investigación?			
3	¿El instrumento de recolección de datos facilitará el logro de los objetivos de la investigación?			
4	¿Los instrumentos de recolección de datos se relacionan con la/s variable/s en estudio?			
5	¿El instrumento de recolección de datos presenta la cantidad de ítems apropiados?			
6	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es coherente?			
7	¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilitará el análisis y procesamiento de los datos?			
8	¿Del instrumento de recolección de datos Ud. Eliminaría algún ítem?			
9	¿En el instrumento de recolección de datos Ud. agregaría algún ítem?			
10	¿El diseño del instrumento de recolección de datos será accesible a la población sujeto de estudio?			
11	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es clara, sencilla y precisa para la investigación?			

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO

ANEXO N° 3

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ENTREVISTA FRAIDENDV

ENTREVISTA PARA IDENTIFICAR LOS FACTORES RELACIONADOS AL INCUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN

I. PRESENTACIÓN

Somos estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Callao y estamos realizando un estudio para identificar los hábitos saludables en el club de madres.

II. INSTRUCCIONES: Marque con una (X) La respuesta que crea conveniente, debemos recordarle que solo existe una respuesta a cada pregunta.

III. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA DE ESTUDIO

- Nombre de la madre:.....
- Edad:

IV. DATOS ESPECÍFICOS

Factores socioeconómicos	Procedencia.	¿De donde es su procedencia?
	Edad.	¿Cuántos años tiene Ud.?
	Estado civil.	¿Cuál es su estado civil actual? <input type="checkbox"/> Soltería <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudos
	Grado de instrucción.	¿Cuál es su grado de instrucción? <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> superior

	Ocupación.	¿Ud. a que se dedica actualmente? () trabaja () estudiante () ama de casa
	Ingreso económico.	¿Cual es su ingreso económico? () Menor de S/. 675 nuevos () Mayor de S/. 675 nuevos
Barreras culturales y cognitivas	Creencia.	5. ¿Ud. cree que las vacunas son buenas? SI () NO () ¿Por qué?..... 6. ¿Ud. Presento algún problema con alguna vacuna que recibió su hijo(a)? SI () NO () Si es SI explique el motivo.....
	Costumbres.	¿Ud. tienes el hábito de asistir al centro de salud periódica mente? SI () NO ()
	Conocimiento.	¿Ud. Podría mencionar las vacunas que recibe su hijo menor de dos años del esquema nacional de vacunación actual?
Factores Institucionales	Accesibilidad al servicio.	¿Para Ud. Es de fácil acceso asistir al centro de salud? SI () NO ()
	Horario de atención.	¿Considera adecuado el horario de atención en el centro de salud? SI () NO ()
	Barreras por la conducta de los prestadores de Salud.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ud. ha recibido maltrato de parte del personal de salud que le atiende? SI () NO () • ¿Ud. Esta satisfecha con el servicio que recibe en el centro de salud? SI () NO ()
	Tiempo de espera.	¿Ud. Cuanto tiempo espera para que le atiendan en el centro de salud? (en minutos)

	Información que recibe acerca de las vacunas.	7. ¿A Ud. le informan acerca de los medicamentos que reciben y cuando deben regresar? SI () NO () 8. ¿A Ud. le enseñan sobre el esquema nacional de vacunación? SI () NO ()
--	--	--

GRACIAS POR SU COOPERACIÓN

SEÑORA MADRE DE FAMILIA

ANEXO N° 4

VALIDEZ DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

VALIDEZ DE CONTENIDO

JUEZ	PROFESION	GRADO ACADEMICO O ESPECIALIDAD	INSTITUCION DONDE LABORA
1. Cesa Meza Mendoza	Enfermera	Inmunización	C.s. Ccarhuacc.
2. Viviana De la cruz Pacheco	Enfermera	Inmunización	Hospital Provincial de Acobamba
3. Hugo Huamani Pumacahua	Enfermero	Enfermero General	Hospital Provincial de Acobamba
4. Gaby Yelena Izarra vera	Enfermero	Inmunizaciones	Red de Salud Acobamba
5. Juan Pablo Yépez García	Médico Cirujano	Epidemiología	C.S Ccochaccasa

BASE DE DATOS:

ITEMS	JUEZ					PUNTAJE TOTAL	V AIKEN ITEMS	POR	DECISION
	1°	2°	3°	4°	5° 6°				
1°	4	4	4	4	4	20	1		A
2°	4	4	4	4	4	20	1		A
3°	4	4	4	4	4	20	1		A
4°	4	4	4	2	4	18	0.9		A
5°	4	4	4	2	4	18	0.9		A
6°	4	4	4	4	4	20	1		A
7°	4	4	4	4	4	20	1		A
8°	4	4	4	4	4	20	1		A
9°	4	4	3	0	4	15	0.75		R
10°	4	4	0	4	4	16	0.8		A
11°	4	4	0	4	4	16	0.8		A
12°	4	4	4	4	4	20	1		A

1. ESTADÍSTICO DE PRUEBA PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO

Coeficiente V Aiken

2. REGLA DE DECISION:

A= Acepta: si el valor del coeficiente V Aiken es \geq a 0,8 u 80%

R=Rechaza; si le valor del coeficiente V Aiken es $<$ a 0,8 u 80%

3. CALCULO:

$$V = \frac{S}{(N(C-1))}$$

Leyenda:

S= sumatoria de los valores (valor asignado por el juez).

N=número de jueces

C= constituye el número de valores de la escala, en este caso 5(de 0 a 4).

En este tipo de coeficiente se tiene que considera todos los valores que asume estas 4 interrogantes que es sumativo y se encuentra en la ficha de validación.

$$V = \frac{20}{(5(5-1))} = \frac{20}{20} = 1$$

4. CONCLUSIÓN:

Todos los ítems alcanzaron el valor de 1, esto indica que ninguno de los ítems por ello es equivalente al 100% de aprobación por cada ítem, por lo tanto todos los ítems se aceptan constituyendo un 100% de validez de contenido para el instrumento de recolección de datos en términos generales.

FOTOS

ENTREVISTANDO A LAS MADRES DE FAMILIA EN LAS COMUNIDADES

