Facultad Cs. Médicas
Biblioteca
GMD
PTE 2106

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

PROYECTO TESINA

Relación entre el cumplimiento del calendario de vacunación y las características sociales y culturales según edad y sexo del personal de enfermería que se desempeña en áreas asistenciales de una institución pública de la ciudad de Rosario.

Autora:
Enf. Verónica Anabela Capello

Director de Tesina:
Mag. Mallén Camejo Marilina

Docente Asesor:
Dra. Nancy Martínez Salomón

Rosario, 25 de Febrero 2019

Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina

“Somos lo que hacemos día a día de modo que la excelencia no es un acto sino un hábito”

Aristóteles

RESUMEN

Los profesionales de la salud, entre ellos, enfermería en el ámbito laboral se exponen diariamente a situaciones que ponen en riesgo su integridad, como así también se encuentran fuertemente expuestos a diferentes virus, bacterias y microorganismos que pueden alterar su estado de salud. Gracias a la existencia del plan de inmunizaciones y a las medidas de bioseguridad es posible prevenir el contagio de las patologías más prevalentes, las cuales son de transmisión más frecuente en el ámbito hospitalario.

Objetivo General: Determinar la relación que existe entre el cumplimiento del calendario de vacunación y las características sociales y culturales según edad y sexo del personal de enfermería que se desempeña en áreas asistenciales de una institución pública de la ciudad de Rosario durante el periodo de 1 de Abril al 30 de junio de 2019.

Material y Métodos: Se desarrollara un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, en el personal de enfermería que se desempeña en áreas asistenciales. A tal fin se utilizará como instrumento de recolección de datos, un cuestionario autoadministrado. Para el análisis de los resultados, se utilizará el programa Epi Info, utilizando una estadística descriptiva para interpretar los mismos.

PALABRAS CLAVES: Personal de enfermería. Calendario de vacunación. Características sociales y culturales. Edad. Sexo.

INDICE

Pág.

Resumen y Palabras Clave 2

Índice General 3

Introducción

Estado actual de conocimiento o Estado del Arte 4

Planteamiento del Problema en Estudio 8

Hipótesis y Objetivos 8

Marco Teórico 9

Material y Métodos

Tipo de estudio o Diseño 39

Sitio o contexto de la Investigación 39

Población y Muestra 40

Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos 40

Personal a cargo de la recolección de datos 41

Plan de análisis 44

Plan de trabajo y Cronograma 47

Anexos

I Guía de estudio de convalidación 48

II Instrumento de recolección de datos 50

III Resultado del estudio exploratorio 53

IV Resultado de la prueba piloto del instrumento 55

Referencias Bibliográficas 56

INTRODUCCIÓN

Estado del Arte

La inmunización anual de las personas que cuidan la salud de otros, los protege a ellos, a sus familias y a los pacientes que tratan, reduciendo las muertes relacionadas a patologías tales como gripe, Influenza N1H1, o hepatitis B.

Se incluyen dentro del grupo en riesgo a médicos, enfermeras, terapeutas, técnicos, personal de servicios, médicos de emergencia, el personal o asistentes dentales, farmacéuticos, personal de laboratorio, personal de autopsia, los estudiantes y aprendices, personal contratado pero no empleado por la instalaciones médicas, y las personas (por ejemplo, personal de oficina, programas de nutrición, mantenimiento, limpieza, lavandería, seguridad, facturación y los voluntarios) que no participan directamente en el cuidado de los pacientes, pero que potencialmente puedan estar expuestos a agentes infecciosos que se pueden transmitir al personal y pacientes. (U.S. Food and Drug Administration, 2018).

La gripe o influenza N1H1 es una enfermedad viral muy contagiosa que se presenta habitualmente durante los meses más fríos del año.

Se transmite de una persona a otra por vía respiratoria, ya sea mediante la tos, estornudos o simplemente cuando se habla. Los síntomas suelen aparecer a las 48 horas de contraer la enfermedad y la mayoría de los afectados se recuperan en una o dos semanas sin necesidad de recibir tratamiento médico. (Romero Cabello, R. 2013)

Sin embargo existe un grupo de personas con alto riesgo de contraer la gripe y resulta de suma importancia la indicación de la aplicación de la vacuna antigripal, al ser propenso a padecer complicaciones graves que pongan en riesgo sus vidas. Tanto médicos/as y enfermeros/as como todo aquel personal que tienen contacto con grupos de alto riesgo en hospitales, maternidades, geriátricos, entidades de cuidados crónicos o cuidados domiciliarios deben recibir la vacuna antigripal antes del comienzo de la temporada otoñal. (Romero Cabello, R. 2013)

La vacunación contra tétanos y difteria debe completarse con una dosis de vacuna doble bacteriana cada 10 años luego de completar el esquema

primario de 3 dosis (administrado por calendario o profilaxis antitetánica documentadas por escrito). En caso de haber pasado más de 10 años de la última dosis, solo se aplicará una dosis de refuerzo. (Romero Cabello, R. 2013)

El personal de la salud puede adquirir hepatitis B a través de la inoculación parenteral o la exposición al virus por mucosas o piel no intacta. El riesgo de adquirir la infección es mayor para la inoculación que para la exposición y su frecuencia dependerá del estado de la fuente. El esquema habitual es de tres dosis (0, 1 y 6 meses) aplicadas en forma intramuscular en el deltoides. En el caso de esquemas incompletos o atrasados, se debe aplicar las dosis faltantes; no es necesario reiniciar los esquemas. En nuestro país, la inmunización contra hepatitis B es obligatoria según la Ley 24.151, promulgada en 1992. (Programa de inmunización nodo Rosario. S.F)

A pesar del beneficio de las recomendaciones existentes, de igual modo, suelen encontrarse integrantes del equipo de salud que permanecen inadecuadamente inmunizados. Dentro de las causas más frecuentes que suelen identificarse para no completar el esquema de vacunación son: el temor a los efectos adversos, el deseo de no recibir medicación y la creencia de que la vacuna no es efectiva. (Vacunación del personal de salud. S.F.)

En un estudio de tipo descriptivo y transversal, desarrollado en una población comprendida por 55 profesionales sanitarios entre ellos: médicos, enfermeros, nutricionistas, bioquímicos, técnicos de laboratorio, asistentes sociales y radiólogos; determinó que el 53% de la población estudiada no estaban vacunados. Los profesionales adujeron no someterse a dicho procedimiento por los efectos secundarios generados por la vacunación, entre los cuales se destacaron: dolor en sitio de punción, dolor corporal, fiebre, cefalea, rinitis y prurito. Un 23% refirió duda en la eficacia de la vacuna y 11% por técnicas inadecuadas como por ejemplo la pérdida de la cadena de frío durante el transporte. (Berte, N et.al. 2013)

Otro estudio comparativo, de carácter descriptivo y transversal, realizado en los meses de Septiembre a Octubre del año 2015, con el objetivo de: “Conocer los motivos que condicionan la vacunación en el personal de salud que se desempeña en el Hospital Gumersindo Sayago de la Ciudad de Villa Carlos Paz, de la Provincia de Córdoba y el personal que se desempeña en los Centros de Salud de la Zona N° 5 de la Ciudad de Córdoba. Determinó que de

los 95 profesionales de las distintas disciplinas entre ellas: médicos, enfermeros, psicólogos y odontólogos que participaron en el estudio. El 50,5% de los mismos manifestaron rechazo al proceso de inmunización debido a los efectos secundarios generados por la vacunación. Un alto porcentaje de los profesionales dudan sobre la eficacia de las vacunas porque no están seguros del mantenimiento de la cadena de frío, además de que dudan sobre la técnica de aplicación y, el 67,4% de los profesionales se manifestaron en contra de la vacunación como un negocio. Solo un 89,5% de los profesionales encuestados manifestaron estar vacunados. (Altamirano, M. 2016)

En este sentido y con el objetivo de evaluar el estado de vacunación en los miembros del equipo de salud, detectar los factores que condicionaron una vacunación incompleta, y evaluar la condición serológica del personal respecto de los virus de la hepatitis B y C y VIH, se llevó a cabo un estudio multicéntrico, observacional, descriptivo de corte transversal, en tres hospitales públicos siendo éstos: Hospital 'Nuestra Señora de la Misericordia' (Córdoba), Hospital Dr. Arturo Umberto Illia (Alta Gracia) y Hospital 'Florencio Díaz' (Córdoba) y dos instituciones privadas entre ellas: Clínica Romagosa (Córdoba) y Clínica de Especialidades (Villa María).

Para tal fin, se encuestó al 30% del personal de cada institución durante los meses de marzo y abril del año 2013, completándose 676 encuestas: 596 del sector público y 130 del sector privado. Del total de encuestados, sólo el 17% (114) presentó el esquema de vacunación completo y el 83% restante (562), demostraron un esquema de vacunación incompleto. Entre los motivos se mencionan: el 27% desconocía su indicación, el 23% refirió falta de interés, el 3% adujo otros motivos no especificados, el 2% no acepta la vacunación, y el 45% no contestó a la pregunta sobre los motivos. El análisis individual por vacunas, muestra que para hepatitis B, Td (tétanos-difteria) y Tdap (tétanos-difteria-tos convulsa) el sector público presenta una mejor cobertura respecto del privado, con diferencias estadísticamente significativas. Para MR (sarampión-rubéola) e influenza las coberturas en ambos sectores son similares, probablemente asociadas a fuertes campañas públicas de vacunación con respecto a estas últimas. Lo autores concluyen que es necesario realizar campañas diseñadas para concienciar e incrementar los

niveles de cobertura de vacunación recomendada, además de estimular el conocimiento del estatus serológico del personal de salud. (Mínguez, A.2013)

En relación a las características culturales, las mismas se pueden identificar mediante el término “sociocultural” para hacer referencia a cualquier proceso o fenómeno relacionado con los aspectos sociales y culturales de una comunidad o sociedad. De tal modo, un elemento sociocultural tendrá que ver exclusivamente con las realizaciones humanas que puedan servir tanto para organizar la vida comunitaria como para darle significado a la misma. Cuando se aplica el adjetivo de sociocultural a algún fenómeno o proceso se hace referencia a una realidad construida por el hombre que puede tener que ver con cómo interactúan las personas entre sí mismas, con el medio ambiente y con otras sociedades. En este sentido, avances o creaciones socioculturales del hombre, desde los primeros días de su existencia, pueden ser las diferentes formas de organización y jerarquización social, las diversas expresiones artísticas, la creación de instituciones que tuvieran por objetivo ordenar la vida en comunidad, la instauración de pautas morales de comportamiento, el desarrollo de las religiones y estructuras de pensamiento, la creación de sistemas educativos, etc.

Las características sociales permiten identificar el riesgo social y la vulnerabilidad, la influencia del ambiente en la situación problema, así como la viabilidad de la intervención, de acuerdo con las potencialidades y los recursos de la persona y del contexto.

Los factores culturales son aquellos elementos del conjunto de todas las formas, los modelos o los patrones, explícitos o implícitos, a través de los cuales una sociedad se manifiesta. Como tal incluye lenguaje, costumbres, prácticas, códigos, normas y reglas de la manera de ser, vestimenta, religión, rituales, normas de comportamiento y sistemas de creencias. En este sentido, la cultura se considera como una categoría que se manifiesta de manera diferente en los grupos humanos, que influye de forma determinante en las creencias sobre la salud, las respuestas con respecto a las prácticas de autocuidado, los tratamientos terapéuticos, los comportamientos, y la utilización de los servicios de salud.

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué relación existe entre el cumplimiento del calendario de vacunación y las características sociales y culturales según edad y sexo del personal de enfermería que se desempeña en áreas asistenciales de una institución pública de la ciudad de Rosario durante el periodo de 1 de Abril al 30 de junio de 2019?

HIPÓTESIS

El personal de sexo femenino entre 20 y 40 años de edad que tiene hijos tiene un alto cumplimiento del calendario de vacunación, en relación al personal de sexo masculino del mismo grupo etario.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación que existe entre el cumplimiento del calendario de vacunación y las características sociales y culturales según edad y sexo del personal de enfermería que se desempeña en áreas asistenciales de una institución pública de la ciudad de Rosario durante el periodo de 1 de Abril al 30 de junio de 2019.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar porcentaje del personal de enfermería vacunado en relación a cada vacuna (vacuna anti hepatitis B, doble bacteriana adultos, anti gripal o influenza N1H1)
- Describir las características sociales según sexo y edad que posee el personal de enfermería
- Describir las características culturales según sexo y edad que posee el personal de enfermería

MARCO TEORICO

Las inmunizaciones son, dentro de los programas a nivel mundial, una de las estrategias más importantes para el control de enfermedades infecciosas. (Romero Cabello, R. 2013)

El término de inmunización hace referencia a la acción y el efecto de inmunizar, es el método por el cual se provee a una persona de protección específica contra patógenos dañinos. La inmunidad específica puede inducirse naturalmente como consecuencia de una infección, o médicamente mediante la inmunización activa o pasiva.

La inmunidad pasiva se produce sin la exposición del sistema inmune al antígeno infeccioso. Involucra la transferencia de suero o gammaglobulinas específicas de un donante inmune a un sujeto susceptible, o alternativamente de células inmunes de un donante inmune al sujeto susceptible, y puede inducirse antes o inmediatamente después de la exposición al agente infeccioso. La transferencia de inmunidad de la madre al feto por pasaje de IgG a través de la placenta, o de IgA a través del calostro, son ejemplos de adquisición natural de inmunidad pasiva. Adicionalmente, la inmunidad pasiva puede ser lograda médicamente mediante la inyección de gammaglobulinas humanas o animales, ya sea profilácticamente (como en el caso de hipogammaglobulinemia), o en situaciones de exposición a enfermedades infecciosas (tétanos, sarampión, botulismo), o para prevenir/atenuar enfermedades debidas a toxinas (mordeduras de reptiles).

En tanto, la inmunidad activa tiene como principio fundamental la exposición del sistema inmune a un antígeno contra el cual se generan defensas. La exposición a un patógeno durante una infección (clínicamente aparente o no) puede producir una respuesta inmune protectora contra futuras exposiciones al mismo antígeno. La administración de antígenos vivos o muertos, o de sus componentes antigénicos en forma de vacunas, constituye la práctica moderna de la inmunización. (Savio, E. 2017)

El Dr. Plotkin, autoridad mundial en inmunizaciones, afirma que el impacto de las vacunas en la salud de los seres humanos a nivel global ha tenido un efecto vigoroso y espectacular en la disminución de la mortalidad, comparado con la disponibilidad de agua segura y por encima del uso de

antibióticos para el tratamiento de las enfermedades infecciosas. Disponer de agua potable logró evitar enfermedades transmitidas por este líquido vital para la vida humana y el uso de los antibióticos ha tenido notable influencia en el manejo de las enfermedades infecciosas; sin embargo, la introducción de vacunas ha condicionado la promoción de la prevención mediante su aplicación, con un beneficio en la salud de los seres humanos superior al de los tratamientos antimicrobianos, sin restar la enorme importancia en la historia de la medicina. (Romero Cabello, R. 2013)

Una Vacuna es una suspensión de microorganismos vivos, atenuados o porciones antigénicas de dichos agentes, que, introducidos en un huésped, producen respuesta inmunitaria adaptativa (especificidad + memoria) para prevenir la enfermedad causada por dichos microorganismos. (Arteagoitia, JM. 2016)

Existen distintos tipos de vacunas según los métodos que se utilizan para la elaborar las mismas, entre ellas se encuentran: las que utilizan el virus o bacteria vivo (atenuado o debilitado). Ejemplos: la antivaricelosa o la triple viral que protege contra el sarampión, las paperas y la rubéola. Las que usan el virus o la bacteria muertos (inactivados), o un fragmento del mismo, un polisacárido o una proteína. Ejemplo: la antigripal. Las toxoides, que contienen una toxina o químico producido por la bacteria, inmunizan contra los efectos de infección. Ejemplos: antitetánica, antidiftérica y las biosintéticas con sustancias artificiales (elaboradas por el hombre) muy similares a porciones de virus o bacterias. Ejemplo: la conjugada Hib (Haemophilus influenzae tipo B). (Stamboulian, D. 2018)

Con respecto a las diferencias que existen entre las vacunas vivas atenuadas y las vacunas inactivadas se mencionan las siguientes: Vacunas Vivas Atenuadas: deben ser atenuadas mediante pases en cultivos celulares; se administran en una sóla dosis (excepto las administradas por vía oral) y la protección conferida es de larga duración; inducen inmunidad humoral y celular; no requieren adyuvantes; pueden transmitir la infección a no vacunados; administración por vía oral o parenteral; lábiles: sobre todo varicela; suelen ser más reactógenas; capaces de replicarse en el huésped (necesitan menor número de microorganismos); interferencia de anticuerpos circulantes y dificultad de fabricación. Vacunas Inactivadas: pueden elaborarse a partir de

microorganismos sin atenuar; se administran en dosis múltiples (protección conferida de corta duración); inducen sólo inmunidad humoral; requieren adyuvantes muy a menudo; no es posible la difusión de la infección a los no vacunados; administración por vía parenteral; son más estables; menos reactógenas; incapaces de replicarse en el huésped; menor interferencia de anticuerpos circulantes y la fabricación es más sencilla. (Arteagoitia, JM. 2016)

Así mismo las vacunas se clasifican según su composición, entre ellas: a) Vacunas monovalentes: Contienen un solo serotipo o serogrupo de un microorganismo (vacuna frente a meningococo serogrupo C). b) Vacunas polivalentes: Contienen distintos tipos antigénicos de una misma especie, sin inmunidad cruzada entre ellos (vacuna antineumocócica) y c) Vacunas combinadas: Contienen una asociación de varios elementos antigénicos de distintas especies o microorganismos (vacuna triple vírica: en una sola aplicación se administra sarampión, rubéola y parotiditis).

También se clasifican según su uso sanitario, entre ellas: a) Vacunas Programadas: Vacunas que tienen un interés sanitario de tipo comunitario y que se aplican por tanto a la totalidad de la población, formando parte de los programas de vacunación de los distintos países. Dentro de este grupo están todas aquellas vacunas que forman parte del calendario de vacunación infantil y b) Vacunas no sistemáticas: Vacunas que no tienen un interés comunitario sino individual, estando indicadas en función de factores de riesgo, personales o ambientales de cada individuo, o ante la aparición de brotes epidémicos.

Dentro de estas vacunas tenemos todas aquellas que se aplican fuera del calendario oficial de vacunación, un ejemplo son las vacunas como prevención en viajes a zonas de endemia de determinadas enfermedades. (Arteagoitia, JM. 2016)

Entre los efectos adversos que generan las vacunas, la mayoría son leves y transitorios y pueden ser locales, en el sitio de aplicación (dolor e hinchazón), o generalizados (fiebre, decaimiento, malestar). Con respecto a la seguridad, cabe agregar que todas las vacunas son seguras, ya que antes de aprobarse, se estudian exhaustivamente en diferentes grupos para certificar su seguridad. (Stamboulian, D. 2018)

Las vacunas tienen diferentes constituyentes, entre ellos: a) Antígeno; b) Líquido de suspensión: puede ser agua destilada, solución salina o un medio

biológico; c) Preservantes, estabilizadores y antibióticos: para prevenir e impedir el crecimiento bacteriano (por ejemplo, el timerosal y neomicina) y d) Adyuvantes: para aumentar la respuesta inmunitaria (por ejemplo, compuestos de aluminio). (Savio, E. 2017)

Con respecto a las contraindicaciones y precauciones de las vacunas se mencionan, entre las primera, reacción alérgica grave (anafiláctica) a algún componente de la vacuna o a una dosis previa, encefalopatía no originada por otra causa identificable producida en los 7 días siguientes a una vacunación contra la tosferina, vacunas vivas atenuadas durante el embarazo y vacunas vivas atenuadas en el caso de inmunosupresión grave. Entre las precauciones se destacan enfermedad aguda moderada o grave, sobre todo si cursa con fiebre ≥ 38 ºC y administración de hemoderivados que contengan anticuerpos. (Arteagoitia, JM. 2016)

En relación a los intervalos recomendados entre dosis de una misma vacuna, los mismos nunca puede ser menor al aconsejado, debido a que se puede disminuir la eficacia de esa vacuna. En cambio, la prolongación de dicho intervalo no afecta la eficacia de la misma. En cuanto a los intervalos recomendados entre la aplicación de vacunas diferentes es recomendable, a fines de no perder oportunidades de vacunación, la administración simultánea de varias vacunas diferentes.

Por lo general no hay contraindicaciones si se usan jeringas independientes y se aplican en sitios diferentes. Las vacunas inactivadas pueden administrarse simultáneamente o en cualquier momento en relación a otra vacuna inactivada o atenuada. En cambio, las vacunas vivas parenterales o intranasales pueden ser administradas simultáneamente con cualquier otra vacuna viva. Si por alguna razón esto no fuese posible (por ejemplo falta de vacuna), se deberá respetar un lapso de cuatro semanas entre la aplicación de las mismas para no ver disminuida su eficacia. Las vacunas vivas orales no interfieren con otras vacunas vivas parenterales en caso de no ser administradas simultáneamente. (Savio, E. 2017)

Los programas de inmunización a nivel mundial han tenido gran injerencia en el control y erradicación de muchas de las enfermedades infecto-contagiosas, que en años anteriores eran causa de mortalidad y morbilidad importantes, sobre todo en grupos vulnerables. (Romero Cabello, R. 2013)

Al lograr altas coberturas de vacunación en una comunidad, se reduce la probabilidad de infección y transmisión de una enfermedad, por lo tanto, las personas susceptibles (no vacunadas o personas con esquemas de vacunación incompletos) tienen menor probabilidad de infectarse. (Savio, E. 2017)

Además de los logros en salud, los programas de inmunización, han impactado en los costos financieros. El hecho de tener una política de salud bien definida en cuanto a vacunas ha dado lugar a la protección de niños, adolescentes y adultos. (Romero Cabello, R. 2013)

El personal que labora en el sector de la salud está expuesto a algunos agentes infecciosos; las enfermedades que éstos ocasionan pueden proveerse de manera específica mediante vacunación, que tiene por objetivo proteger a los trabajadores de la salud de los pacientes infectados, así como proteger a los pacientes de los trabajadores de la salud infectados. La disminución del riesgo de adquirir enfermedades infecciosas protege al equipo de salud y previene el desarrollo de complicaciones; también evita que el trabajador de la salud actúe en la propagación de patógenos para los pacientes inmunocomprometidos e inmunocompetentes. (Romero Cabello, R. 2013)

Los trabajadores de la salud incluye médicos/as, enfermeras/os, laboratoristas, camilleros, administrativos y de aseo, entre otros, que en equipo desarrollan un servicio público fundamental para la sociedad. Todas estas personas evidentemente deberían ser las primaras en vacunarse, tanto para su protección personal, familiar, comunitaria, como la de los pacientes que atienden; sin embargo no siempre se logra que se cumpla con los esquemas de vacunación ideales para su condición laboral.

El personal de salud está expuesto a riesgos de infección percutánea, mucocutánea, por contacto de fluidos corporales en general y sangre. Entre las enfermedades transmitidas de esta forma destacan: virus de la Hepatitis B, virus de la inmunodeficiencia humana, virus de la Hepatitis C, virus y bacterias de vías aéreas digestivas y respiratorias, etc. Actualmente las enfermedades y las vacunas disponibles para los trabajadores de la salud se clasifican en dos niveles: vacunas altamente recomendables y vacunas disponibles para circunstancias especiales. (Romero Cabello, R. 2013)

Las inmunizaciones altamente recomendables son contra Hepatitis B, Influenza, Sarampión, Rubeola, Parotiditis o Paperas, Tétanos, Difteria, Pertusis. Con respecto a las inmunizaciones disponibles para circunstancias especiales corresponden a Fiebre tifoidea, Fiebre amarilla, Fiebre Hemorrágica Argentina. (Romero Cabello, R. 2013)

Todo personal que trabaja en una institución dedicada a la salud y está en contacto tanto con pacientes, sus humores o tejidos, como con instrumental utilizado con los mismos. “Lo primero es no hacer daño” Todos los pacientes tienen derecho a una atención eficaz y segura. Se estima que, en cualquier momento dado, más de 1 millón 400 mil personas en todo el mundo sufre de infecciones contraídas en hospitales. En países desarrollados, entre el 5 y el 10% de los pacientes contrae una o más infecciones, y se considera que entre el 15 y el 40% de los pacientes internados en atención crítica resulta afectado. La higiene de las manos y la correcta inmunización del personal de salud son medidas de indiscutida eficacia para la reducción de estas infecciones. Todo el personal de salud debe estar adecuadamente vacunado La vacunación tiene un doble objetivo: proteger al personal de salud de adquirir infecciones inmunoprevenibles que sufren los pacientes que asiste; y proteger a los pacientes, sobre todo a los que pertenecen a grupos de alto riesgo, de la posibilidad de padecer una enfermedad inmunoprevenible trasmitida por el personal de salud. (Flores Sahagún, D. 2018)

La recomendación de la vacunación se realiza según el lugar de trabajo y la tarea que desempeñe, todo personal de salud es ante todo un adulto, por lo cual está comprendido en las recomendaciones de vacunación de la población general. Doble adultos, esquema completo 3 dosis (una como dTpa) dosis de refuerzo cada 10 años con dT (Difteria-Tetanos). Triple Bacteriana Acelular única dosis en el personal que asiste menores de un año independientemente del intervalo transcurrido de la última dosis de doble bacteriana. En el 2016 el ministerio de Salud recomienda un refuerzo cada 5 años. Sarampión-rubéola-paperas a todo el personal que no tenga documentado el esquema de vacunación y/o evidencia serológica de inmunidad (IgG positivas) Se indica dos dosis de vacunas separadas por un mes. (Flores Sahagún, D. 2018)

En relación a la varicela, si no tuvo la enfermedad (dosaje de IgGVZ negativo) debe ser vacunado con dos dosis separadas por un mes. Se sugiere realizar en forma rutinaria en el examen pre laboral la serología para varicela. Si el resultado fuese negativo, se indicará la vacunación. No se recomienda el testeo serológico luego de la vacuna. El personal no vacunado expuesto a la varicela, con serología negativa o sin antecedentes clínicos, debe recibir la vacuna entre tres a cinco días posteriores a la exposición. Influenza: debe administrarse la vacuna anualmente. Vacunación de Calendario Nacional. Meningococo, se debe indicar en personal de laboratorio que manipule muestras y se considerará indicación en situación de brote. (Flores Sahagún, D. 2018)

Con respecto a la Hepatitis A, no está indicada la administración sistemática de vacuna anti-hepatitis A al personal de Salud, pero es una vacuna eficaz y segura por lo tanto, con serología negativa, puede indicarse la vacunación. Se recomienda la aplicación al personal de laboratorio que manipule muestras y tiene indicación absoluta el personal de salud seronegativo que asiste a pacientes trasplantados. A diferencia con la Hepatitis B, la Ley 24.151 desde 1992 obliga a los empleadores a vacunar a sus trabajadores. Se indica el esquema 0-1-6 y en el personal que ingresa a unidad de hemodiálisis se puede indicar esquema rápido 0-1-2-12 meses. El control serológico pos vacunación se debe realizar en todo el personal con riesgo de exposición al mes o segundo mes luego de la serie primaria. Con títulos < 10 mUI/ml se indicara revacunación. Los no respondedores deberán recibir gammaglobulina ante una exposición laboral.

Es necesario mejorar la inmunización del personal de salud y sortear las dificultades para la implementación al momento del ingreso. Las mismas pueden ser Institucionales/administrativas, falta de infraestructura y recurso humano para evaluar al personal al momento de la incorporación, insuficiente compromiso con la educación (capacitación continua del personal que promueva la concientización del beneficio y seguridad de las vacunas recomendadas) y falta de tiempo para controles de Cumplimiento del Calendario de Vacunación. (Flores Sahagún, D. 2018)

Dificultades Individuales: Percepción de que las enfermedades inmunoprevenibles ya no representan un problema. Falta de conciencia sobre

los problemas potenciales, creencia que subestima el valor de la inmunización en la prevención de infecciones intrahospitalarias. Sortear estas dificultades redundará en beneficios para las instituciones, el personal de salud y los pacientes. (Flores Sahagún, D. 2018)

Nos enfocaremos en este trabajo en la vacuna anti Hepatitis B, antigripal o anti influenza y en la vacuna doble bacteriana adulto (tétanos y difteria).

La influenza es una enfermedad respiratoria aguda causada por alguno de los tres tipos de virus de la influenza A, B y C. pueden presentarse hasta 144 combinaciones del virus tipo A, desde H1N1 hasta H16N9. Las epidemias de influenza aparecen típicamente durante los meses de invierno en las zonas templadas y ocasionan gran morbilidad y mortalidad. Desde el punto de vista de la salud pública, el de mayor importancia es el virus de la influenza tipo A, que tiene la capacidad de infectar humanos. (Flores Sahagún, D. 2018)

La medida de prevención más importante contra la influenza es la vacuna derivada de los virus A y B. Se elabora anualmente de acuerdo con las características de los virus que circularan la siguiente temporada, por lo que no deben vacunarse con vacunas de años previos. Esta enfermedad es uno de los motivos más frecuentes de ausentismo laboral en el medio hospitalario durante la temporada del padecimiento. Está ampliamente descrita la transmisión hospitalaria de los trabajadores y visitantes a los pacientes, y viceversa. La vacunación de los trabajadores está recomendada como medida para reducir la transmisión de los virus influenza en el medio sanitario, con especial relevancia en unidades que atienden a pacientes con mayor riesgo de complicaciones de la influenza (mayores de 60 años, personas con enfermedad pulmonar crónica, cardiaca, renal, hepática, metabólica, o inmunológica) y también como medida para reducir el ausentismo laboral. Se recomienda que la vacunación sea anual para todos los trabajadores de la salud, mediante una dosis en otoño. (Flores Sahagún, D. 2018)

En Argentina, la principal causa de consulta e internación es la infección respiratoria en todas las edades, aunque afectan especialmente a los menores de 5 años y a las personas de 65 años y más. Una alta proporción de estos cuadros son infecciones auto-limitadas de origen viral, pero se debe prestar especial atención a todos aquellos pacientes con factores de riesgo para evitar una mala evolución del cuadro o inclusive la muerte. (Flores Sahagún, D. 2018)

Es un virus que produce enfermedad fundamentalmente respiratoria, con mayor riesgo de hospitalización, complicación y muerte en los grupos de alto riesgo. Entre las complicaciones más frecuentes se encuentran: neumonitis, neumonía bacteriana sobre-agregada y descompensación de enfermedades crónicas cardiopulmonares. Existen distintas vacunas antigripales, la mayoría contiene el virus inactivado y más frecuentemente fragmentos del mismo o subunidades virales inactivados con formalina y purificados. Cada año, la OMS (Organización Mundial de la Salud) predice cuáles serán las cepas del virus A y del B circulantes más comunes y hace la recomendación de las cepas a incluir en la vacuna estacional. A partir de 2010, se incorporó en el Calendario Nacional de Inmunizaciones la vacunación antigripal. En el año 2015 se modifica la población bajo cobertura por la DiNaCEI (Dirección Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles). Las indicaciones actuales contempla a los niños de 6 meses a 24 meses, embarazadas, puérperas hasta los 10 días (madres de niños menores de 10 días) y personal de salud. Simultáneamente, se continúa con la estrategia de recomendar la vacunación a individuos mayores de 65 años y entre 2 a 64 años con factores de riesgo. La modificación del periodo puerperal de la vacunación antigripal con un lapso máximo de 10 (diez) días después del parto (sino hubiesen sido vacunadas durante el embarazo) responde a que las embarazadas presentan mayor riesgo de enfermedad grave, hospitalizaciones y muerte por influenza, y que este riesgo persiste en el puerperio inmediato. La estrategia priorizada será la vacunación antigripal durante el embarazo en cualquier trimestre de gestación y en el periodo puerperal inmediato. (Flores Sahagún, D. 2018)

Factores de riesgo bajo cobertura con requerimiento de Orden Médica para la aplicación, desde la Dirección Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DiNaCEI). Grupo 1: Enfermedades respiratorias a) Enfermedad respiratoria crónica (hernia diafragmática, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], enfisema congénito, displasia broncopulmonar, traqueostomizados crónicos, bronquiectasias, fibrosis quística, etc.) b) Asma moderada y grave. Grupo 2: Enfermedades cardiacas a) Insuficiencia cardiaca, enfermedad coronaria, reemplazo valvular, valvulopatía b) Cardiopatías congénitas. Grupo 3: Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas (no oncohematológica) a) Infección por VIH b) Utilización de medicación

inmunosupresora o corticoides en altas dosis (mayor a 2 mg/kg/día de metilprednisona o más de 20 mg/día o su equivalente por más de 14 días) c) Inmunodeficiencia congénita d) Asplenia funcional o anatómica (incluida anemia drepanocítica) e) Desnutrición grave. Grupo 4: Pacientes oncohematológicos y trasplantados a) Tumor de órgano sólido en tratamiento b) Enfermedad oncohematológica, hasta seis meses posteriores a la remisión completa c) Trasplantados de órganos sólidos o precursores hematopoyéticos. Grupo 5: Otros a) Obesos con índice de masa corporal [IMC] mayor a 40 b) Diabéticos c) Personas con insuficiencia renal crónica en diálisis o con expectativas de ingresar a diálisis en los siguientes seis meses d) Retraso madurativo grave en menores de 18 años de edad e) Síndromes genéticos, enfermedades neuromusculares con compromiso respiratorio y malformaciones congénitas graves f) Tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico en menores de 18 años g) Convivientes de enfermos oncohematológicos h) Convivientes de prematuros menores de 1500 g. La eficacia de la vacuna en adultos es de 70% - 90% para prevenir enfermedad (gripe no complicada) en menores de 65 años. La eficacia para mayores de 65 años es de 58% La efectividad de la vacuna, también en población de adultos, es de 30% a 70% para prevenir internación por neumonía e influenza en mayores de 65 años no residentes de geriátricos, 78% en la prevención de hospitalización en personas de 18 a 64 años y de 50% a 78% para prevenir la muerte en adultos de 18 a 64 años y gerontes por diversas causas. La seroprotección se obtiene generalmente en 2 a 3 semanas. La duración de la inmunidad después de la vacunación a las cepas homólogas o a cepas estrechamente relacionadas a las cepas contenidas en la vacuna varía, pero usualmente es de 6 a 12 meses. Aunque no se han realizado ensayos clínicos comparativos de eficacia, la respuesta de anticuerpos a la vacuna adyuvantada es superior a la que se logra con otras vacunas que carecen de adyuvante, y es más pronunciada para los antígenos de la influenza B y A/H3N2. Esta respuesta aumentada se ha observado particularmente en adultos mayores con títulos pre-vacunación bajos y/o con enfermedades subyacentes (diabetes, enfermedades cardiovasculares y respiratorias), quienes por otra parte tienen mayor riesgo de complicaciones por la influenza. (Flores Sahagún, D. 2018)

La Vacuna disponible desde la DiCEI es inactivada trivalente fabricada en cultivo celular sin adyuvante y de aplicación intramuscular. Dosis en Adultos 0,5 ml IM de vacuna trivalente inactivada. 0,5 ml IM de vacuna adyuvantada con adyuvante MF59C.1, para mayores de 65 años. (Flores Sahagún, D. 2018)

La revacunación debe hacerse anualmente, ya que la cepa viral cambia y el título de anticuerpos cae rápidamente entre los 9 a 12 meses posteriores a la vacunación. Debido a que la vacuna contra la influenza contiene partículas no infectantes de virus, no puede causar influenza. La reacción adversa más frecuente es la molestia local. -Fiebre, decaimiento y mialgias. Este cuadro ocurre infrecuentemente (< del 1% en los Adultos) y afecta fundamentalmente a personas que nunca han sido expuestas a los antígenos del virus de influenza que componen la vacuna. Estas reacciones comienzan a las 6 a 12 horas después de la vacunación y pueden persistir 24 a 48 horas. -Reacción alérgica a alguno de los componentes de las vacunas: anafilaxia poco frecuente (1/4.000.000). La administración simultánea con otras vacunas es posible, teniendo la misma efectividad y no aumentando los efectos adversos de ninguna de ellas. (Flores Sahagún, D. 2018)

Contraindicaciones Absolutas: no vacunar Reacción alérgica grave (anafilaxia) posterior a una dosis previa o a componentes de la vacuna. Precauciones: Enfermedad aguda grave con fiebre, esperar y citar para vacunar a corto plazo. (Flores Sahagún, D. 2018)

Falsas contraindicaciones: conviviente inmunocomprometidos, Infección VIH asintomática o levemente sintomática, intolerancia al huevo o antecedente de reacción alérgica no anafiláctica al huevo, tratamiento con antibióticos y/o convalecencia de enfermedad leve, tratamiento con corticoides (por vía oral) en bajas dosis, en aplicaciones tópicas y aerosoles para tratar el asma - Enfermedad aguda benigna: rinitis, catarro, tos, diarrea. La inmunización es la medida de prevención por excelencia. (Flores Sahagún, D. 2018)

Las indicaciones de la vacunación antigripal son dinámicas y pueden variar año a año, de acuerdo a la epidemiología local o regional. El futuro requiere del desarrollo de vacunas que permitan eludir los cambios antigénicos virales y que otorguen respuesta inmune duradera. (Flores Sahagún, D. 2018)

Sobre la hepatitis B, en Latinoamérica existen seis millones de portadores crónicos, de los cuales un porcentaje va a desarrollar cáncer

hepatocelular o hepatitis crónica y en algunos casos hepatitis fulminante. La hepatitis tiene varios mecanismos de transmisión: la vía parenteral, la sexual, la horizontal y la perinatal. Se considera que la hepatitis B es 100 veces más contagiosa que el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), y su evolución varia conforme a la de edad, de manera que a menor edad de infección, mayor riesgo de ser portador crónico. La hepatitis B es la infección por adquisición más frecuente de los trabajadores de la salud; su prevalencia se incrementa en relación con los años de ejercicio profesional. El riesgo de adquirir hepatitis B es 10 veces mayor en el profesional de la salud que en la población general y con la alta probabilidad de transmisión (30%) posterior al contacto percutáneo o mucoso. La vacuna contra la hepatitis B confiere alta inmunogenicidad (mayor del 90%) y el esquema recomendado consta de tres dosis 0-1-6 meses. (Flores Sahagún, D. 2018)

El virus de la HB (HBV) es un virus ADN, cuyo reservorio es el hombre. Se transmite por exposición con sangre y fluidos corporales infectados. Las vías de transmisión pueden ser por contacto sexual (homo o heterosexual) con una persona infectada. Percutánea, por punciones a través de la piel en adictos intravenosos, acupuntura, tatuajes, pinchazos con agujas u otras lesiones con instrumentos cortantes sufridas por el personal de salud, o lesiones en la piel sin punciones como abrasiones, quemaduras y rasguños, entre otras. Mucosa, por contaminación de superficies mucosas con suero o plasma infectados por el uso de pipetas bucales, salpicaduras en ojos u otros contactos directos con mucosas de los ojos y boca cuando las manos están contaminadas con suero o sangre infectados. Vertical o perinatal, si la madre es positiva para el HBsAg (antígeno de superficie de la HB) y para el HBeAg (antígeno e de la HB) el riesgo de infección del recién nacido es del 70% al 90% sin profilaxis post-exposición y si la madre es solo positiva para el HBsAg, el riesgo de transmisión es de alrededor del 10% en ausencia de profilaxis post-exposición. El 90% de los niños que se infectan evolucionan a la cronicidad. De acuerdo a la prevalencia de infección por HBV, se definen regiones de endemicidad baja a aquellas con una prevalencia de HBsAg de <2%, intermedia entre 2% y 7% y alta cuando es ≥8%. En áreas de endemicidad intermedia el riesgo de infección a lo largo de la vida se estima entre el 20% y el 60%.(Flores Sahagún, D. 2018)

La eficacia de la vacuna para prevenir la infección es mayor del 95% en niños y en adolescentes sanos y más del 90% en adultos jóvenes sanos menores de 40 años. Se requieren 3 dosis de vacuna para inducir una respuesta de anticuerpos protectores adecuados (antiHBs ≥10mUI/ml). (Flores Sahagún, D. 2018)

En los mayores de 40 años la inmunogenicidad cae por debajo del 90%, llegando al 75% alrededor de los 60 años. Los inmunocomprometidos (incluyendo los infectados con el virus del HIV) y los pacientes con enfermedades crónicas (insuficiencia renal crónica, enfermedad hepática crónica) tienen menor tasa de seroconversión (entre el 50% y el 70%). Otras causas del huésped que se asocian a menor respuesta a la vacuna son: factores genéticos, tabaquismo, aplicación en el glúteo, obesidad e inmunosupresión. (Flores Sahagún, D. 2018)

Aquellas personas, con mayor riesgo de exposición, que luego de un esquema completo de vacunación no presentan una respuesta de anticuerpos protectores ≥10mUI/ml deben recibir de 1 a 3 dosis adicionales de vacuna y luego evaluar la seroconversión. Aproximadamente el 25% al 50% de ellas desarrollan inmunidad con una dosis y entre el 44% al 100% después de 3 dosis. (Flores Sahagún, D. 2018)

Las personas que permanecen sin responder luego de 3 dosis adicionales de vacuna deben recibir gammaglobulina hiperinmune si se exponen al virus. (Flores Sahagún, D. 2018)

La incorporación al calendario Nacional de la Vacuna contra Hepatitis B en Recién Nacidos: se indicó en Argentina por Resolución N°940/00 del Ministerio de Salud desde el 1° de noviembre de 2000 con el esquema 0, 2 y 6 meses. En el año 2009 se implementó la vacuna combinada DPT-HB+Hib a los 2, 4, 6 manteniéndose la dosis del recién nacido. (Flores Sahagún, D. 2018)

En los niños Preadolescentes (11 años): se incorporó en Argentina por Resolución N°175/03 desde mayo de 2003, dentro del Programa de Salud Escolar, para aquellos no inmunizados previamente. En los Adolescentes: deben ser considerados un grupo de riesgo y por lo tanto de prioridad para la inmunización si no fueron vacunados previamente. (Flores Sahagún, D. 2018)

Para el Personal de salud: en Argentina, desde 1992 rige la Ley Nacional 24.151 que establece la obligatoriedad de la vacuna: Todos los

adultos con riesgo de infección para HB; Hombres que tienen sexo con hombres; Heterosexuales con múltiples parejas sexuales (más de una pareja en los últimos 6 meses) o antecedentes de una ETS; contactos sexuales y convivientes con portadores del virus de la HB o con personas con infección aguda; adictos a drogas intravenosas; prisioneros o personal de cárceles; personal y pacientes de Instituciones para discapacitados mentales, menores y drogadictos; viajeros a regiones con alta endemicidad; pacientes con enfermedad hepática crónica de otra causa que la HB; pacientes en diálisis y pacientes con insuficiencia renal crónica antes del inicio de la diálisis; pacientes en lista de trasplante de órganos, pacientes que deben recibir frecuentemente transfusiones de sangre o hemoderivados; pacientes que viven con HIV y pacientes diabéticos. (Flores Sahagún, D. 2018)

Dado que la Hepatitis B es altamente transmisible por vía sexual, el conocimiento de algún factor de riesgo no es un requerimiento para la vacunación y desde el 28 de Julio del 2012 se recomienda desde el programa nacional la vacunación universal para todos los habitantes de Argentina. En el año 2014 la vacunación HB se incorpora al Programa Nacional de Control de

Enfermedades Inmunoprevenibles, con carácter gratuito y obligatorio, a todos los ciudadanos no vacunados (Res. 52/14). Es esquema incluye lo siguiente: 3 dosis la primera dosis de inicio, la segunda al mes y la tercera a los seis meses de la primera (0-1 y 6 meses) IM en el deltoides. Esquema rápido: 4 dosis: una inicial, otra al mes, la tercera a los 2 meses de la primera y la cuarta al año de la primera dosis (0-1-2-12 meses). (Flores Sahagún, D. 2018)

Si se interrumpe el esquema deben completarse, sin importar el tiempo transcurrido desde la última dosis. La dosis varía según la edad, el tipo de huésped y la marca comercial de la vacuna. (Flores Sahagún, D. 2018)

En los adultos en hemodiálisis y en otros inmunocomprometidos dosis mayores a las habituales pueden ser más inmunogénicas pero no se han realizado recomendaciones específicas. Sin embargo en los adultos en diálisis se considera administrar el doble de la dosis habitual. (Flores Sahagún, D. 2018)

Los controles serológicos posteriores a la vacunación (antiHBs), entre uno y dos meses después de la serie primaria, se recomiendan en aquellas personas cuya respuesta puede ser variable o están en riesgo aumentado de

exposición: pacientes en hemodiálisis crónica. En estos pacientes está indicada la evaluación serológica anual; otros inmunocomprometidos, incluidos pacientes que viven con HIV; personal de Salud; contactos sexuales con portadores del virus de la HB; contactos que comparten agujas con portadores del virus de la HB personas con infección aguda; adictos a drogas intravenosas; prisioneros o personal de cárceles; personal y pacientes de Instituciones para discapacitados mentales, menores y drogadictos; viajeros a regiones con alta endemicidad; pacientes con enfermedad hepática crónica de otra causa que la HB; pacientes en diálisis y pacientes con insuficiencia renal crónica antes del inicio de la diálisis; paciente en lista de trasplante de órganos, pacientes que deben recibir frecuentemente transfusiones de sangre o hemoderivados, pacientes que viven con HIV y pacientes diabéticos. Reacción alérgica severa a una dosis previa o a cualquiera de los componentes de la vacuna; El embarazo y la lactancia no constituyen una contraindicación; Inmunoglobulina antihepatitis B (HBIG): Brinda inmunidad pasiva y protección por 3 a 6 meses; Se indica junto a la vacuna (en sitios diferentes de aplicación) como inmunoprofilaxis pos exposición. (Flores Sahagún, D. 2018)

Debe ser administrada, dentro de las 24hs. El intervalo máximo no debería exceder los 7 días en la exposición percutánea y 14 días en la exposición sexual (0,06 ml/kg hasta 5 ml, IM). En el caso de no respondedores a la vacuna, se la administra sola, después de la exposición al virus de la HB.

Para la exposición accidental percutánea (pinchadura de aguja, laceración o mordedura) o mucosa (ocular o mucosa) a sangre, la decisión de indicar profilaxis debe considerar: 1) si se tiene conocimiento de la fuente de la sangre; 2) el estado de HBsAg de la fuente; 3) la vacunación antiHB y el estado de respuesta serológico. (Flores Sahagún, D. 2018)

El tétanos es una enfermedad aguda, grave, a menudo mortal, de distribución universal, prevenible por la inmunización adecuada, causada por una exotoxina producida por la bacteria Clostridium tetani. Se caracteriza por rigidez generalizada y espasmos convulsivos de los músculos esqueléticos. La rigidez de los músculos por lo general implica la mandíbula (trismo) y en el cuello y luego se generaliza. Actualmente es infrecuente en los países industrializados, sin embargo, en los países en desarrollo, sigue siendo un problema grave, sobre todo en niños. La enfermedad fue descripta por primera

vez por Hipócrates y hay registros en la antigüedad (5 º siglo AC) que contienen descripciones clínicas del tétanos. La etiología fue descubierta por Carle y Rattone en 1884, reproduciendo por primera vez el tétanos en animales inyectándoles pus de un caso de tétanos humano mortal. Durante el mismo año, reprodujo tétanos en animales inyectándoles muestras de suelo En 1889, se aisló el organismo de una víctima humana, e informó que la toxina podría ser neutralizada por anticuerpos específicos. En 1897, se demostró el efecto protector de antitoxina transferida pasivamente, y la inmunización pasiva en los seres humanos se utilizó para el tratamiento y la profilaxis durante la Primera Guerra Mundial. (Lamy, P. 2018)

En 1920, la inactivación de la toxina del tétanos con formaldehído condujo al desarrollo de toxoide tetánico por Descombey en 1924. En 1989 la Asamblea Mundial de la Salud se propuso la eliminación del Tétanos Neonatal para el año 1995, en todos los países del mundo, para ello se estableció como meta alcanzar en cada municipio una incidencia anual del tétanos neonatal inferior a 1 por 1000 nacidos vivos. En América, la meta está cerca de ser alcanzada, pero todavía existe aproximadamente un 1% de los municipios que aún no han cumplido la misma. En Argentina en los años 2010- 2016 no se reportaron casos de tétanos neonatal y, desde 2014 no se notificaron en otras edades. (Lamy, P. 2018)

El microorganismo del Tétanos es sensible al calor y no pueden sobrevivir en presencia de oxígeno. Las esporas, en contraste, son muy resistentes al calor y los antisépticos habituales Las esporas se encuentran ampliamente distribuidas en el suelo y en los intestinos y las heces de los caballos, ovejas, vacas, perros, gatos, ratas, conejillos de indias y pollos y puede persistir durante meses o años. El estiércol tratado con el suelo puede contener una gran cantidad de esporas. En las zonas agrícolas, un número significativo de adultos humanos pueden albergarlas en el organismo. (Lamy, P. 2018)

El tétanos no se contagia de persona a persona. Es la única enfermedad prevenible por vacunación que es infecciosa pero no contagiosa. Período de incubación: 8 días (rango, 3-21 días), por lo general alrededor de 8 días. Cuanto más corto es el período de incubación, mayor será la probabilidad de

muerte. En el tétanos neonatal, los síntomas generalmente aparecen de 4 a 14 días después del nacimiento, con un promedio de 7 días. (Lamy, P. 2018)

El tétanos neonatal es una forma de tétanos generalizado que se produce en los recién nacidos, sin inmunidad protectora pasiva, porque la madre no es inmune (no vacunada). Por lo general, ocurre a través de la infección del muñón umbilical sin cicatrizar, sobre todo cuando el muñón se corta con un instrumento no estéril. Diagnóstico de laboratorio No hay hallazgos de laboratorio característicos del tétanos. El diagnóstico es enteramente clínico y no depende de la confirmación bacteriológica. El Clostridium tetani se recupera de la herida en sólo 30% de los casos y puede ser aislado de los pacientes que no tienen el tétanos. El laboratorio de identificación del organismo depende más en la demostración de la producción de toxinas en ratones. (Lamy, P. 2018)

La difteria es una enfermedad infecciosa aguda transmisible causadas por cepas toxigenicas de Corynebacterium diptheriae. La toxina diftérica es la causante del cuadro patológico tanto local como sistémico. El reservorio es humano y los portadores son generalmente asintomáticos; se transmite mediante contacto con un paciente o portador a través de las secreciones, especialmente respiratorias. La inmunidad frente a la difteria es de tipo humeral, por anticuerpos antitoxina. Los trabajadores de la salud deben estar vacunados contra el tétanos y la difteria como protección personal. (Lamy, P. 2018)

Con respecto a la situación epidemiológica en Argentina y Latinoamerica; es una enfermedad de distribución universal, su incidencia ha disminuido considerablemente en países con campañas permanentes de vacunación. Presenta un descenso importante en la región de las Américas como resultado de la vacunación con DPT en todos los países a partir de finales de la década del 70. Sin embargo, en el año 2000 se notificaron 113. Paraguay en el año 2002 presentó un brote importante con 38 casos confirmados. En el año 2003 y vinculado al brote de Paraguay se notificó un caso en la provincia de Misiones. No se han registrado casos en Argentina desde el año 2004. En las Américas la situación mejoró considerablemente. (Lamy, P. 2018)

Algunas cepas de Corynebacterium diphteriae producen una exotoxina proteica que es la determinante de las manifestaciones clínicas. Para que una cepa sea toxigénica debe estar infectada por un corinebacteriófago, que contiene el gen tox. La introducción de una cepa toxigénica de Corynebacterium diphtheriae en una comunidad puede iniciar un brote de difteria al transferir el bacteriófago a cepas no toxigénicas. Las cepas no toxigénicas rara vez producen lesiones locales, sin embargo pueden producir endocarditis infecciosas. El hombre es el único reservorio del Corynebacterium diphtheriae. (Lamy, P. 2018)

Patogenia, contacto con un paciente o portador por vía aérea, a través de gotitas respiratorias, y, en el caso de la difteria cutánea, por contacto con artículos contaminados con las secreciones de las personas infectadas. Generalmente se requiere un contacto cerrado con el caso o portador, para que la transmisión ocurra. Los fómites pueden jugar un papel en la transmisión y se han producido epidemias por leche contaminada. (Lamy, P. 2018)

Características clínicas: período de incubación: de 2 a 5 días; ocasionalmente puede ser más largo. Período de transmisibilidad: es variable, los pacientes no tratados son infecciosos durante 2-3 semanas. Dura hasta que bacilos virulentos desaparecen de las secreciones o lesiones, generalmente menos de dos semanas y pocas veces más de unas 4 semanas, el tratamiento antibiótico elimina rápidamente la expulsión de microorganismos. Los portadores crónicos, que son raros, pueden expulsar microorganismos durante 6 meses o más. Es una enfermedad bacteriana aguda que afecta de modo principal a las amígdalas, faringe, laringe, nariz y en ocasiones a otras membranas mucosas o de la piel incluidas las conjuntivas o la vagina. La lesión característica, causada por la liberación de una citotóxica específica, consiste en una membrana blanco - grisácea adherente asimétrica, con reacción inflamatoria alrededor. Las 3 formas de presentación más frecuentes son: faringo-amigdalina : dolor de garganta con agrandamiento y dolor al tacto de los ganglios linfáticos cervicales; en los casos moderados a graves hay hinchazón y edema del cuello con grandes membranas traqueales Las membranas traqueales que pueden llegar a obstruir las vías respiratorias. Nasal, puede ser leve y crónica con secreción y excoriaciones unilaterales Las lesiones no manifiestas superan en número a los casos que se manifiestan en

forma clínica. Cutánea, las lesiones de la difteria cutánea son variables y pueden ser indistinguibles de las del impétigo o pueden ser parte de ellas, normalmente no se advierten los efectos periféricos de la neurotoxina. La tasa de letalidad de la difteria no cutánea es del 5 al 10%.(Lamy, P. 2018)

La toxina provoca miocarditis y una semana después de iniciar su ataque puede aparecer bloqueo cardíaco e insuficiencia cardiaca congestiva progresiva. Otras manifestaciones tardías de la difteria son las neuropatías semejantes al Síndrome de Guillain-Barré. El diagnóstico diferencial de la faringitis bacteriana ha de hacerse, básicamente, con la angina estreptocócica y la vírica, angina de Vincent, mononucleosis infecciosa, sífilis y candidiasis bucal y sospechar siempre de una posible difteria. El diagnóstico de presunción se basa en la visualización de una membrana blanco - grisácea asimétrica, que abarca la úvula y el paladar blando junto con faringitis, amigdalitis, o linfadenopatía cervical o con una secreción nasal serosanguinolenta. El diagnóstico se confirma por el examen bacteriológico de las lesiones. Si la sospecha de difteria es muy fuerte ha de iniciarse el tratamiento específico con antibióticos y antitoxina mientras se reciben los resultados del laboratorio. Este tratamiento se ha de continuar aunque se descarte el diagnóstico de difteria. (Lamy, P. 2018)

Existe un Programa de Vigilancia Epidemiológica de Difteria: Si bien el último caso de Difteria en Argentina se reportó en el año 2003, la Vigilancia de esta enfermedad se mantiene, por lo que se debe notificar todo caso sospechoso de la misma, en forma inmediata. Se define caso sospechoso a toda persona de cualquier edad que presenta enfermedad caracterizada por: nasofaringitis, amigdalitis, laringitis. Exudado membranoso blancogrisáceo nacarado adhesivo de las amígdalas, la faringe o la nariz, que sangra al forzar para desprenderla. Fiebre baja (< 39º). Adenitis, periadenitis, celulitis y edema de cuello (Cuello proconsular) (Lamy, P. 2018)

El caso se confirma con el aislamiento e identificación del Corynebacterium diphtheriae de la muestra, o con nexo epidemiológico cuando al menos un caso en la cadena de transmisión ha sido confirmado por laboratorio. (Lamy, P. 2018)

Existe un Programa de Vigilancia Epidemiológica de Difteria: Si bien el último caso de Difteria en Argentina se reportó en el año 2003, la Vigilancia de

esta enfermedad se mantiene, por lo que se debe notificar todo caso sospechoso de la misma, en forma inmediata. (Lamy, P. 2018)

Si hay caso sospechoso de Difteria se deberá realizar 3 acciones en forma inmediata, se debe tomar muestra para estudio bacteriológico: permitirá confirmar el diagnóstico; el paciente debe recibir tratamiento específico urgente: aplicar AntiToxina después de obtener la muestra y sin esperar los resultados de las mismas, se efectuará además tratamiento antibiótico. De elección es la Eritromicina, Clindamicina o Penicilina G. Sódica; y se debe notificar a la autoridad de Salud correspondiente, permitirá realizar las acciones de prevención y control. (Lamy, P. 2018)

Las contraindicaciones son las mismas para DPT, DTPa y dTpa • Reacción anafiláctica inmediata a la vacuna o alguno de sus componentes Si existe una contraindicación absoluta para la administración de toxoide tetánico y no se tiene completo el esquema de inmunización, ante la presencia de una herida con posibilidades desarrollar tétanos, se puede utilizar gamaglobulina hiperinmune. (Lamy, P. 2018)

Con respecto a las precauciones, se debe evaluar la continuación del esquema DPT o aplicar DPaT en niños que han presentado: encefalopatía no atribuible a otra causa dentro de los 7 días de la vacunación, definida como enfermedad neurológica aguda grave, que puede manifestarse por crisis comiciales prolongadas, alteraciones graves de la conciencia o signos neurológicos focales. Los estudios indican que estos acontecimientos asociados con DPT son evidentes dentro de las 72 horas de la inmunización, sin embargo se justifica, considerar a esta enfermedad como ocurrida dentro de los 7 días de la vacuna DPT o DPTa. Como posible precaución para nuevas dosis de vacuna contra la tos ferina se tendrá en cuenta: enfermedad neurológica no clarificada, se debe aclarar diagnóstico y estabilizar el daño neurológico; fiebre > 40ºC dentro de las 48 horas post vacunación y sin otra causa identificada; síndrome de hipotonía-hiporrespuesta, dentro de las 48hs postvacunación. Llanto persistente > 3 horas. dentro de las 48 horas de administrada la vacuna; convulsión febril o afebril dentro de los 3 días de la vacunación. (Lamy, P. 2018)

En adultos se ha reportado la presencia de Síndrome de Guillén-Barré asociado a la aplicación de toxoide tetánico, por lo que, los individuos con el

antecedente de este Síndrome tienen un mayor riesgo de recurrencia con dosis subsecuentes. Debemos aclarar que las citadas anteriormente en los prospectos siguen figurando como contraindicaciones. Se ha identificado falsas contraindicaciones tales como: temperatura < 40.5ºC, malestar o leve mareo posterior a una dosis previa de vacuna DTP/DTPa. Historia familiar de convulsiones. Historia familiar de síndrome de muerte súbita del lactante. Historia familiar de un evento adverso posterior a la administración de DTP o DTPa. Condiciones neurológicas estables (ej. parálisis cerebral, síndrome convulsivo controlado, retardo de crecimiento). (Lamy, P. 2018)

Antecedente de difteria y tétanos: la difteria y el tétanos no dejan inmunidad de por vida, por lo que las personas con antecedente de haber padecido la enfermedad deben continuar su esquema de vacunación según la edad. (Lamy, P. 2018)

Antecedente de enfermedad pertussis: los niños que han padecido coqueluche bien documentada (cultivo positivo para bordetella pertussis o nexo epidemiológico con un caso con cultivo positivo) presentan inmunidad para la enfermedad, se desconoce la duración de dicha inmunidad, por lo tanto se recomienda continuar con el esquema DTP/a o dT/a según la edad. (Lamy, P. 2018)

Es indispensable entonces que toda la población cuente con el calendario de inmunización actualizado en cualquier etapa de su vida. Desde 1997, los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de Estados Unidos en el decreto del 12 de mayo sobre la protección de los trabajadores de la salud manifestaron las medidas para la prevención: "…cuando exista riesgo por exposición a agentes biológicos para los que haya vacunas eficaces, éstas deberán ponerse a disposición de los trabajadores, informándoles de las ventajas e inconvenientes de la vacunación ".

Es decir debe brindarse el conocimiento necesario sobre inmunización. Cabe destacar que el Conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje o a través de la introspección. En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.

Se ha escrito mucho sobre la coexistencia de ciencia y religión. Uno de los argumentos más utilizados es que religión y ciencia tan solo representan dos formas diferentes y complementarias de acceder al conocimiento, y que, al analizar aspectos trascendentes a la realidad, la ciencia no tiene nada que aportar sobre “las grandes preguntas” que abordan las religiones. (eldiario.es, 2014)

Sin embargo, hay al menos tres importantes áreas en que ciencia y religión entran en abierto conflicto. En primer lugar cuando la religión defiende dogmas que están en abierta contradicción con hechos comprobados científicamente. Segundo, cuando la religión utiliza hechos o interpretaciones para hacer que las argumentaciones sean más convincentes; y tercero cuando intenta imponer esos dogmas a todos los ciudadanos, forzándoles a convertirse en feligreses “de facto”. Incluso un conciso resumen de este listado de exenciones por motivos religiosos en EEUU resulta difícil de creer: los padres pueden rechazar la vacunación de sus bebés en 48 estados (todos excepto Mississippi y Virginia Occidental), el diagnóstico de desórdenes metabólicos en recién nacidos (en la mayoría de los estados), el tratamiento profiláctico de la ceguera en bebés cuyas madres portan enfermedades venéreas (en diez estados), el análisis de los niveles de plomo en sangre (en siete estados), los tests de audición en bebés (en cuatro estados), el suministro de vitamina K para prevenir las hemorragias espontáneas en bebés (en Oregon) y los test de tuberculosis, obligatorios para la escolarización (en Ohio, donde se permite usar “métodos reconocidos de curación religiosa” para tratar a los niños con tuberculosis, una enfermedad altamente contagiosa). (eldiario.es, 2014)

Además, y siempre por motivos religiosos, seis estados permiten la exención a estudio de las secciones del programa escolar que abordan la causa y tratamiento de las enfermedades, al menos tres permiten exenciones a los exámenes médicos, tests, tratamientos y vacunación durante emergencias de salud pública, y dos (Oregon y Pennsylvania) eximen del uso obligatorio de cascos de bicicleta. (eldiario.es, 2014)

En el caso de la vacunación, a las numerosas sectas cristianas y creencias New Age que se oponen a la inmunización por motivos religiosos o elucubraciones pseudocientíficas del “funcionamiento natural” y “reforzamiento

espiritual” del sistema inmune se sumó recientemente el Dr. Majid Katme, portavoz de la influyente Asociación Médica Islámica del Reino Unido. Como describió en el post “Islam, vacunas y salud”, escrito en 2011 para el Consejo Médico Internacional sobre Vacunación (IMCV), Majid Katme se opone a todas las vacunas por ser antiislámicas. Su post está plagado de afirmaciones pseudocientíficas, como que “los ingredientes de las vacunas incluyen pústulas de animales enfermos”, y para dejar claro que su motivación no es la responsabilidad médica sino la fe religiosa, incluye comentarios como este: “ Ofrecer a nuestras hijas vacunas contra el cáncer cervical estimula la inmoralidad sexual y el adulterio”. (eldiario.es, 2014)

Las consecuencias de esta forma de pensar no solo incluyen los recientes brotes de enfermedades como las paperas, el sarampión y la tosferina en países en los que estaban prácticamente erradicadas, como Irlanda y EEUU, obligando al resto de la población a aumentar sus niveles de vacunación. También podemos contar el asesinato de miembros del equipo de vacunación contra la polio de la ONU (la mayoría mujeres, algunas menores de edad) por fundamentalistas islámicos, tanto en Pakistán como en Nigeria. (eldiario.es, 2014)

En ocasiones las creencias religiosas o ideológicas pueden estar en el origen del rechazo de alguna o todas las vacunas incluidas en el calendario de vacunas o del rechazo al uso de inmunoglobulinas hiperinmunes. Las preocupaciones religiosas sobre la vacunación tienen una larga historia y se remontan a los albores de la vacunología, cuando Edward Jenner, en 1796 iniciaba las primeras vacunaciones frente a la viruela. En el Reino Unido la liga anti-vacunas se constituye en 1853, oponiéndose de forma compulsiva a todos los actos vacunales. De forma similar se constituyen grupos anti-vacunas en todos los países europeos y americanos. En el momento actual la objeción afecta a componentes procedentes de origen porcino, cultivos celulares, etc. Aunque los derechos individuales están profundamente arraigados en muchas culturas, las enfermedades infecciosas pueden afectar además de al individuo a la colectividad, por lo que la decisión de no vacunar o no utilizar inmunoglobulinas pueden tener repercusiones más amplias de las estrictamente individuales. Son muchos los casos reportados de enfermedades inmunoprevenibles que afectan a colectivos religiosos o comunidades que se

convierten en focos epidémicos dentro de comunidades con coberturas vacunales altas. En diversos estudios se ha podido concretar que el riesgo de sarampión o tosferina es 6 – 35 veces mayor en colectividades no vacunadas, comparadas con la población general. Grabenstein, JD realiza en su artículo una discusión sobre las objeciones habituales de los grupos religiosos más prevalentes en nuestra Sociedad a la vacunación, que reproducimos a continuación. (Uberos Fernández, J. 2013).

Haciendo referencia al Hinduismo, los textos sagrados Vedas eran transmitidos oralmente durante siglos antes de pasar a la tradición escrita. La religión hinduista aboca por la no violencia y el respeto a la vida. Las vacunaciones son habitualmente aceptadas en la mayoría de los países hinduistas. (Uberos Fernández, J. 2013).

Un precepto fundamental del Budismo es la prohibición de matar humanos o animales. El budismo no se opone a ninguna enfermedad existente, el tratamiento se considera como un acto de misericordia. El primer relato escrito en esta religión, describe un monje budista practicando la valorización y de acuerdo con esta tradición el Dalai Lama participó en varios programas de vacunación antipoliomielitica personalmente. (Uberos Fernández, J. 2013).

Jainismo. Se inicia en la India entre los siglos 6 y 9 antes de Cristo. Los jainistas reconocen una jerarquía en las formas de vida, de forma que a las formas móviles se les concede más protección que a las inmóviles. Los jainistas beben agua hervida, cocinan los alimentos y toman antibióticos, con cierto pesar. Los jainistas coinciden con los hinduistas en que la violencia empleada en autodefensa puede estar justificada, y en este contexto pueden aceptar la vacunación como una forma de autodefensa frente a los microorganismos responsables de las enfermedades prevenibles. (Uberos Fernández, J. 2013).

El judaísmo se considera como la religión de Jacob, nieto de Abraham y padre de Judah. Existen varias ramas: ortodoxos, conservistas, reformistas y reconstruccionistas. El primero de los 5 libros de la biblia hebrea (Torah) data de 1200 años antes de Cristo. El judaísmo tradicional considera como valor positivo instaurar las acciones pertinentes para mantener la salud, propia o colectiva. Se da preferencia a las acciones encaminadas a preservar la salud colectiva sobre la individual. De hecho se acepta que es permisible dejar las

restricciones del Sabbath para permitir la vacunación. (Uberos Fernández, J. 2013).

Los cristianos sostienen que Cristo desciende de Abraham y Jacob, a través de Isaac. La mayoría de los católicos en general no tienen objeciones al uso de vacunas o inmunoglobulinas, y se incluyen aquí los católicos, ortodoxos, amish, anglicanos, baptistas, la iglesia de Jesús de los últimos días, episcopalianos, luteranos, metodistas. Algunas comunidades amish, rechazan la vacunación como expresión de la modernidad. Para algunas congregaciones reformistas, la vacunación supone una interferencia en la providencia divina. Los testigos de Jehová, tienen su origen en 1870, como norma y basándose en algunos pasajes bíblicos rechazan el uso de sangre o derivados hematológicos (inmunoglobulinas) en tratamiento. Al abstenerse del uso de sangre, los Testigos de Jehová se reafirman en la idea de que sólo la sangre derramada por Jesús puede redimirnos. (Uberos Fernández, J. 2013).

El Islam , considera que Mahoma, es el descendiente de Abraham a través de su hijo Ismael. La oposición a los programas de vacunación ha ocurrido entre comunidades musulmanas, particularmente en los programas de inmunización rente a la polio en Nigeria, Pakistán y Afganistán, que han supuesto entre otras cosas, echar al traste los esfuerzos mundiales para la erradicación de esta enfermedad. Un análisis detallado de la situación en Nigeria, puso de manifiesto que lo que parecían objeciones religiosas, eran en realidad reflejo de luchas por el poder y una inadecuada estructura de los servicios de salud. (Uberos Fernández, J. 2013).

Los hindúes, budistas y jainistas, tienen particularidades en la consideración de las vacunas, por cuanto para la obtención de algunas de ellas se utilizan virus o bacterias muertas, su respeto a todas las formas de vida pueden ser el germen del rechazo de la manufactura de algunas vacunas. La utilización de líneas celulares WI-38 y MRC-5 de origen fetal, en la manufactura de vacunas, suponen un problema ético y moral para aquellos colectivos cristianos que desaprueban el aborto. La utilización en algunas vacunas de excipientes de origen porcino, como gelatina o tripsina, puede suponer un problema para aquellas religiones, como musulmanes que rechazan el consumo de cerdo. De igual forma, el rechazo por algunos colectivos de algunas vacunaciones como hepatitis B o papilomavirus, lleva implícita la vía

sexual de exposición al patógeno, por considerar que la abstinencia sexual es el mecanismo natural de control de la enfermedad y no la vacunación. (Uberos Fernández, J. 2013).

Con estas líneas se intenta demostrar que la salud pública y la religión, no tienen por qué colisionar, existiendo numerosas lazos comunes. Se puede avanzar tanto en salud pública, como en las condiciones particulares de cada colectivo. Siempre hay una solución para cada problema y el diálogo es nuestra mejor herramienta. (Uberos Fernández, J. 2013).

Cuarenta y ocho estados permiten exenciones por razones religiosas. Algunos estados requieren que una familia pertenezca a un grupo religioso en particular que desaliente o normalmente decline la vacunación, como los Científicos Cristianos. Otros estados requieren que un padre de familia firme una declaración jurada en la que se exponen las objeciones religiosas contra la vacunación. (College of phycicians of Phyladelphia. 2018)

Se ha intentado plantear varios casos legales donde se arguye la constitucionalidad de las exenciones religiosas a la vacunación. En general, los fallos han respetado el derecho de los estados a obligar la vacunación, a pesar de las creencias religiosas de los padres. Al mismo tiempo, con frecuencia los tribunales han descubierto que pedir a los padres a que pertenezcan a ciertos grupos religiosos para validar las exenciones religiosas transgrede la cláusula de protección equitativa establecida por la constitución. El argumento es que la cláusula de protección equitativa debe proteger a toda la gente que reclama una objeción religiosa a la vacunación, no sólo a quienes pertenecen a unas cuantas religiones con objeciones reconocidas. (College of phycicians of Phyladelphia. 2018)

Según Leininger, el cuidado está presente en todas las culturas pero tiene características diferentes en cada una de ellas. La autora entiende por cultura el "conocimiento aprendido, compartido y transmitido sobre los valores, creencias y estilos de vida de un grupo particular, el cual es transmitido de generación en generación e influencia los pensamientos, las decisiones y las acciones en patrones o en formas ya establecidas". Y el cuidado que tiene en cuenta el aspecto cultural, o "cuidado cultural", se define como "los valores, creencias y patrones de estilo de vida aprendidos y transmitidos profesional y popularmente y que se usan para asistir, facilitar o capacitar a individuos o

grupos para mantener su bienestar o su salud o mejorar una condición humana o estilo de vida". (Melguizo Herrera. Alzate Posada, 2008)

Desde los años cincuenta, Leininger desarrolló en enfermería la "teoría de la diversidad y universalidad del cuidado cultural", la cual tiene como propósito "descubrir, documentar, conocer y explicar la interdependencia del cuidado y el fenómeno de la cultura, con las diferencias y las similaridades entre las culturas y dentro de ellas". Esta teoría fundamenta el quehacer de la "enfermería transcultural", la cual busca responder a la necesidad de que las enfermeras estén en capacidad de cuidar a personas de culturas distintas o similares en todo el mundo. (Melguizo Herrera. Alzate Posada, 2008)

Se puede concluir, entonces, que los diferentes autores de la enfermería transcultural coinciden en que la cultura es parte importante de la identidad de cada persona y que es necesario considerar los aspectos culturales que influyen en el cuidado de la salud para responder a una necesidad real en enfermería: cuidar a personas de culturas diferentes que piensan y actúan de forma particularmente especial. Si esto no se toma en cuenta, el cuidado puede no cumplir su objetivo. Así mismo, los diferentes modelos propuestos son herramientas valiosas que pueden guiar la organización del cuidado de enfermería para lograr su objetivo terapéutico, sin olvidar que quizá un solo modelo no logre "capturar toda la complejidad política y socioeconómica de la cultura dentro del contexto en que la enfermería se está practicando".

Los autores también coinciden en que la cultura se evidencia en el cuidado a través de los valores, creencias, significados, símbolos, experiencias, necesidades y prácticas de cuidado de la salud por parte de los individuos, familias y grupos. (Melguizo Herrera. Alzate Posada, 2008)

La enfermedad y la salud son dos conceptos internos de cada cultura. Para tener un mayor conocimiento de la prevalencia y la distribución de la salud y la enfermedad en una sociedad, hace falta un enfoque integral que combine cuestiones sociológicas y antropológicas además de las biológicas y de conocimientos médicos sobre salud y enfermedad. (Aniorte Hernandez 2018)

Desde el punto de vista antropológico, la salud está vinculada a factores políticos y económicos que pautan las relaciones humanas, dan forma al comportamiento social y condicionan la experiencia colectiva. (Aniorte Hernandez 2018)

La medicina occidental tradicional siempre ha considerado que la salud era igual a ausencia de enfermedad, a partir de la Salud Pública, significará incidir en las causas de los problemas de salud y prevenir dichos problemas a través de conductas sanas y saludables. (Aniorte Hernandez 2018)

Desde la antropología médica para Entender las enfermedades, este enfoque ecológico - cultural hace hincapié en el hecho de que el medio ambiente y los riesgos para la salud que éste tiene principalmente creados por la cultura. (Aniorte Hernández 2018)

La cultura determina la distribución socio - epidemiológica de las enfermedades por dos vías: Desde un punto de vista local, la cultura moldea el comportamiento de las personas, que predisponen a la población a determinadas enfermedades. Desde un punto de vista global, las fuerzas político - económicas y las prácticas culturales hacen que las personas actúen con el medioambiente de maneras que pueden afectar a la salud. (Aniorte Hernández 2018)

Algunos hábitos que condicionan nuestra salud son los siguientes, la organización del tiempo de trabajo y el tiempo de descanso; a alimentación; la higiene personal; la limpieza del hogar; la ventilación del hogar; la forma y condiciones en que nos desplazamos al trabajo; la manera de organizarnos en nuestro trabajo y la diversión y el tiempo de ocio. (Aniorte Hernández 2018)

Todas las actividades de nuestra vida cotidiana están condicionadas culturalmente. La cultura modela nuestras conductas homogeneizando comportamientos sociales. (Aniorte Hernández 2018)

Los seres humanos actuamos partiendo de una determinada cultura de la salud, compartimos una serie de principios básicos saludables que nos permiten integrarnos en el sistema social más cercano. La aceptación social pasa por respetar estos principios y hacerlos visibles a los demás.

La cultura es una variable que se utiliza para explicar desigualdades en salud. Las teorías más importantes al respecto son: CULTURAL O CONDUCTUAL: parte de un conjunto de creencias, valores, normas, ideas y conductas de los grupos sociales más desfavorecidos, como origen de las desigualdades en el estado de salud de los mismos. Se la designa también como "cultura de la pobreza" (los pobres tienen preferencia por conductas no saludables, estilos de vida insanos). Desde las ciencias de las conductas se ha

considerado que el comportamiento individual y los estilos de vida personales elegidos libremente constituyen una de las principales determinantes de la salud, y de las diferencias entre los individuos y entre los grupos integrantes de la sociedad. MATERIALISTA O ESTRUCTURAL: cuestiona la idea del poder de libre elección y que éste sea el origen de desigualdades en salud. Destaca la importancia de los factores relacionados con la exposición no voluntaria a un entorno social deficiente y arriesgado para la salud. (Aniorte Hernández 2018)

Según la teoría de las representaciones sociales, las creencias son un intento individual y colectivo por comprender, controlar y mantener no solo el entorno que les rodea sino también el propio ambiente interno de cada individuo; las creencias surgen y evolucionan de la interacción social de los individuos; y Jodelet afirma que es importante conocerlas "porque para entender cómo la gente actúa en su vida, hay que ver cuál es el significado que la gente pone en su universo". Aunque esta autora reconoce que entre las representaciones y las prácticas no hay una relación lineal y sencilla y que por lo tanto merece ser objeto de estudio. (Melguizo Herrera. Alzate Posada 2008).

Es importante diferenciar entre dos conceptos complementarios e interdependientes: Sociedad y Cultura.

La sociedad es el conjunto de relaciones sociales que se dan en un hábitat y la cultura es lo que da forma y envuelve a esa sociedad.

En una cultura, se pueden mover diferentes criterios, dentro de cada contexto social pueden ser importante unos valores más que otros. La adaptación a la cultura y a los valores de una determinada sociedad dependerá de las circunstancias socioeconómicas y personales de cada individuo o grupo social.

La cultura es un constructo social, y por los tanto también cambian los hábitos que se constituyen como pautas culturales y socialmente aceptadas. Los comportamientos más o menos saludables adquieren diferente dimensión en función de la trascendencia social que tengan en un momento determinado. La educación para la salud es fundamental en las sociedades para: modificar las conductas no saludables; promocionar las conductas saludables; provocar procesos de cambio social.

Los estilos de vida no pueden obviarse a la hora de tomar decisiones sobre la salud de la población.

La propia percepción del paciente sobre su salud debe tenerse en cuenta. Es el componente subjetivo de la salud.

La relación cultura - salud es compleja y constituye todo un reto para las sociedades: cómo entendemos la salud desde las diferentes culturas que conviven en un territorio, cómo entendemos la enfermedad, qué valor se le da a las conductas saludables, qué significan para nosotros los riesgos para la salud, etc. (Aniorte Hernández. 2018)

Veinte estados permiten exenciones a niños cuyos padres objetan la vacunación por cuestiones filosóficas o personales. En la mayoría de los casos, los padres deben presentar un formulario único o anual ante un distrito escolar que atestigüe una objeción personal a la vacunación. En estados con los tres tipos de exenciones, es más común observar las de tipo personal; y en estados que permiten las exenciones filosóficas y personales se vio un aumento de un 0.99 a un 2.45% entre 1991 y 2004.

Una ley del estado de Washington que entró en vigor en julio de 2011, requiere que los padres que busquen exenciones a la vacunación para sus hijos hablen con un proveedor de atención médica sobre los beneficios y riesgos de la vacunación. El estado permite exenciones por razones médicas, religiosas y personales, y tiene una tasa general de exenciones del 5.2% (2014-2015).

Aunque los tiempos han cambiado, las emociones y las creencias profundamente arraigadas, ya sean filosóficas, políticas o espirituales, que subyacen a la oposición a las vacunas, se han mantenido relativamente constantes desde que Edward Jenner introdujo la vacunación. (College of Phycicians of Phyladelphia. 2018)

MATERIAL y MÉTODO

Tipo de Estudio

El tipo de estudio que se realizará será descriptivo, ya que se pretende describir la relación que presentan las variables en estudio; sin efectuar ningún tipo de intervención por parte de la autora de la presente investigación; realizando la recolección de datos en forma prospectiva, donde se recabará la información según cómo van ocurriendo los hechos y de corte trasversal, es decir, que se medirá la variable solo una vez, durante el trimestre comprendido por los meses Abril, Mayo y Junio del año 2019.

Sitio o Contexto

El estudio descriptivo será realizado en un servicio de maternidad perteneciente a una institución pública de dependencia municipal de la ciudad de Rosario. La misma se encuentra se ubicada en el micro centro de la ciudad. El servicio cuenta con dos pisos de planta física; un piso está destinado a la sala de internación, dividido en dos sectores. El piso restante corresponde a sala quirúrgica, sala de pre parto y parto, guardia y sala de neonatología. La institución recibe a usuarios de todas las zonas de la ciudad y los que provienen de ciudades aledañas a Rosario. Cabe destacar que toda su construcción responde a la necesidad de contar con una infraestructura para la atención de una población numerosa, en diversas especialidades medicinales ambulatorias. Posee servicios específicos con un modelo de maternidad centrada en la familia que promueve la idea de que la mujer y su entorno tomen rol activo en el proceso del embarazo, parto, posparto y participen de su desarrollo y evolución; siendo el hospital que cuenta con la mayor cantidad de unidades en el servicio de neonatología. Esta institución cuenta con el servicio de neonatología más grande a nivel municipal, con gran número de enfermeros asistenciales y unidades disponibles. Cabe destacar que para la selección del servicio no se efectuó estudio de convalidación, debido a que la institución reúne los requisitos necesarios para el desarrollo de la presente investigación. A tal fin, se optó por realizar un estudio exploratorio (Anexo I), detallando los resultados del mismo en el anexo III.

POBLACION y MUESTRA

La población en estudio estará conformada por todo el personal de enfermería que cumpla funciones asistenciales en el servicio, durante el trimestre comprendido por los meses de Abril, Mayo y Junio del año 2019. Se estima que la población total estará compuesta por 80 enfermeros.

En esta investigación no se realizará muestreo, ya que la población es factible de ser abordada y el tipo de instrumento que se utilizará para la recolección de datos, facilita la toma de los mismos en grandes grupos y en un mismo momento.

Dentro de los criterios de inclusión se tendrá en cuenta al personal de enfermería que cumple funciones asistenciales, que deseen formar parte de la población en estudio y que al momento de recolección de datos no se encuentre usufructuando LAO, licencias por maternidad y licencias por matrimonio.

Dentro de los criterios de exclusión abarca a todo aquel personal de enfermería y que tenga algún tipo de contraindicación médica para recibir vacunación entre ellas: reacción anafiláctica inmediata a la vacuna o alguno de sus componentes.

Los resultados del presente estudio se generalizarán solo a la población en estudio.

TECNICAS e INSTRUMENTOS de RECOLECCION de DATOS

Para medir las variables:

- Cumplimiento del calendario de vacunación
- Características sociales y culturales
- Sexo
- Edad

Se utilizará como técnica la entrevista, la cual será plasmada a través de un cuestionario autoadministrado. El mismo fue organizado en 12 (doce) ítems, a los cuales se les agrego las opciones de respuestas, que representan los indicadores que miden cada una de las variables en estudio.

Con respecto a las **Ventajas** de la Entrevista, se puede decir que son muy útiles para reunir información cualitativa de las variables que se quieran

medir, siendo la mejor forma de conocer las actividades, pensamientos y posicionamientos de la persona entrevistada o, de los grupos de personas entrevistadas. Además es una técnica extremadamente flexible, la cual es capaz de adaptarse a cualquier condición, situación, personas y tipo de estudio. Se optó por plasmar la entrevista en un cuestionario autoadministado, ya que este tipo de instrumento resulta un medio económico de recopilación de información, cuando la misma debe recabarse desde un gran número de personas. Aunado a ello, se le agrega la ventaja de mantener el anonimato de la persona entrevistada, lo cual influye en la veracidad de las respuestas obtenidas.

El momento en que se desarrollará la recolección de datos será acordado con el jefe del servicio y el personal que compone el plantel de enfermería, a los fines de no entorpecer el normal funcionamiento del servicio. Se estima que se desarrollará en los momentos que el personal realiza su descanso, por lo que se procurará recurrir a la institución durante el periodo de una hora, en los diferentes turnos y hasta tanto se reúna la información de toda la población en estudio. A tal fin se programará dicha actividad, para que sea desarrollada en el término de un mes de manera tal, que se puedan incluir todas las unidades de análisis.

PERSONAL a CARGO de la RECOLECCION de DATOS

La recolección de datos estará a cargo de la autora de la presente investigación, ya que el instrumento que se seleccionó para desarrollar dicha actividad permite recabar información a un gran número de personas, en un mismo momento. Además, se programó dicha actividad para que sea desarrollada durante el término de un mes a los fines de incluir a todas las unidades de análisis, sin necesidad de tener que involucrar a personas ajenas a la investigación.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable 1 Cualitativa - Dependiente: "Cumplimiento del calendario de Vacunación"

Dimensión I: Cumplimiento de Vacunación antigripal

Indicadores:

- No se ha vacunado
-Esquema incompleto
-Esquema completo

Dimensión II: Cumplimiento de Vacuna anti hepatitis B

Indicadores:

- *No* se ha vacunado
- Esquema incompleto
- Esquema completo

Dimensión III: Cumplimiento de Vacuna doble bacteriana o doble adultos

Indicadores:

- *No* se ha vacunado
- Esquema incompleto
- Esquema completo

Dimensión IV: ¿Recibe actualización periódica sobre las modificaciones del calendario de vacunación, con respecto a las vacunas que debe recibir el personal de salud?

Indicadores:

- Si
- No

Variable 2 Cualitativa – Independiente: *"Características Socioculturales"*

Dimensión I: Nacionalidad

Indicadores:

- Argentino
- Extranjero (indicar país)

Dimensión II: *Religión*

Indicadores:

- Católico
- Evangélico
- Testigo de Jehová
- Otro
- Ateo

Dimensión III: *Nivel de formación en enfermería*

Indicadores:

- Enfermero Ley
- Auxiliar de enfermería
- Enfermero (título intermedio)
- Licenciado en Enfermería
- Estudios de post grado (doctorado- maestría-especialización)

Dimensión IV: Estado Civil y presencia de hijos

Indicadores:

- Soltero con hijo/s
- Soltero sin hijo/s
- Casado/en concubinato con hijo/s
- Casado/ en concubinato sin hijo/s

Variable 3 Cuantitativa* – *Independiente*: *"Edad"

Indicadores:

- de 20 a 30 años
- de 31 a 40 años
- + de 41 años

Variable 4 Cualitativa* – *Independiente: "Sexo"

Indicadores:

- Femenino
- Masculino

PLAN DE ANÁLISIS

Para la medición de la Variable 1: "Cumplimiento del calendario de Vacunación". Se utilizará una estadística descriptiva, la cual será redactada a través de una escala nominal.

A cada indicador que compone las dimensiones que miden la variable, se le asignó un valor numérico a los fines de poder cuantificar los mismos y reconstruir la variable.

Dimensión I: Cumplimiento de Vacunación antigripal

Indicadores:

- No (1)
- Esquema incompleto (2)
- Esquema completo (3)

Dimensión II: Cumplimiento de Vacuna anti hepatitis B

Indicadores:

- No (1)
- Esquema incompleto (2)
- Esquema completo (3)

Dimensión III: Cumplimiento de Vacuna doble bacteriana o doble adultos

Indicadores:

- No (1)

- Esquema incompleto (2)
- Esquema completo (3)

Dimensión IV: ¿Recibe actualización periódica sobre las modificaciones del calendario de vacunación?

Indicadores:

- No (1)
- Si (2)

✓ A mayor valor, mayor será el cumplimiento del calendario de Vacunación, quedando reconstruida la variable de la siguiente manera.

- De 4 a 6 = Cumplimiento del calendario de Vacunación - Bajo
- De 7 a 9 = Cumplimiento del calendario de Vacunación - Medio
- De 10 a 11 = Cumplimiento del calendario de Vacunación – Alto

Con respecto a la medición de la Variable 2: "Características *Socioculturales".* Se utilizará una estadística descriptiva, la cual será redactada a través de una escala nominal; pero en éste caso los indicadores que miden a la variable en estudio, solo serán codificados pero no cuantificados ya que no son medibles. Se tabularán los mismos tal como se mencionan, a los fines de ser relacionados con las variables 1 (Cumplimiento del calendario de Vacunación) – Variable 3 (Edad) y Variable 4 (Sexo).

Dimensión I: Nacionalidad

Indicadores:

- (1) Argentino
- (2) Extranjero (indicar país)

Dimensión II: Religión

Indicadores:

- (1) Católico
- (2) Evangélico
- (3) Testigo de Jehová
- (4) Otro
- (5) Ateo

Dimensión III: Nivel de Formación en Enfermería

Indicadores:

- (1) Enfermero Ley
- (2) Auxiliar de enfermería
- (3) Enfermero (título intermedio)
- (4) Licenciado en Enfermería
- (5) Estudios de post grado (doctorado- maestría-especialización)

Dimensión IV: Estado Civil y presencia de hijos

Indicadores:

- (1) Soltero con hijo/s
- (2) Soltero sin hijo/s
- (3) Casado/en concubinato con hijo/s
- (4) Casado/ en concubinato sin hijo/s

Con respecto a la medición de la *Variable 3* ***"Edad".*** Se utilizará una estadística descriptiva, la cual será redactada a través de una escala nominal. Se tabularán los mismos tal como se mencionan, a los fines de ser relacionados con las variables 1 (Cumplimiento del calendario de Vacunación) – Variable 2 (Características Socioculturales) y Variable 4 (Sexo).

Indicadores:

(A) - de 20 a 30 años

(B) - de 31 a 40 años

(C) + de 41 años

Con respecto a la medición de la *Variable 4* "Sexo". Se utilizará una estadística descriptiva, la cual será redactada a través de una escala nominal. Se tabularán los mismos tal como se mencionan, a los fines de ser relacionados con las variables 1 (Cumplimiento del calendario de Vacunación) – Variable 2 (Características Socioculturales) y Variable 3 (Edad)

Indicadores:

(1)- Femenino

(2)-Masculino

Para la tabulación de los resultados se utilizará el programa Epi Info. El mismo es un programa de computadora que se utiliza para manejar datos en formato de cuestionario y para organizar los resultados en texto. Lo considero muy útil para ser utilizado en este estudio y además es de dominio público, lo que facilita su descarga.

PLAN de TRABAJO

Periodo comprendido desde el 1 de Abril al 30 de Junio del año 2019

Actividades que se desarrollarán	*Abril 2019*	*Mayo 2019*	*Junio 2019*	*Julio 2019*	*Agosto 2019*		*Setiembre 2019*
					1° Quincena	**2° Quincena**	**1° Quincena**
Recolección de Datos – Población estimada (80 enfermeros) Recursos: Cuestionarios impresos - Biromes							
Tabulación de los Datos Recursos: Computadora							
Análisis e interpretación de los datos – (Redacción de los mismos – utilizando estadística descriptiva) Recursos: Computadora – Programa Epi Info							
Elaboración de Discusión y Conclusiones Recursos: Computadora							
Redacción y Entrega Final del Informe Recursos: Computadora – Hojas A4 - Anillado							

ANEXO I
ESTUDIO EXPLORATORIO

1. La Dirección de la Institución, ¿Autoriza el ingreso a la misma para el desarrollo de una Investigación?

SI ( ) NO ( )

2. La Dirección de la Institución ¿Autoriza a que se incluya explícitamente el nombre de la misma en el desarrollo de la Investigación?

SI ( ) NO ( )

3. La Dirección de la Institución ¿Autoriza la publicación de los resultados que arroje la Investigación? SI ( ) NO ( )

4. La ubicación geográfica, ¿Resulta estratégica para la fácil accesibilidad de la población? SI ( ) NO ( )

5. La institución, ¿Cuenta con vacunatorio disponible para el personal?

SI ( ) NO ( )

6. En caso de ser afirmativo, el vacunatorio cuenta con amplitud horaria para la accesibilidad de todo el personal en todos los turnos?

SI ( ) NO ( )

7. ¿Las Jefaturas de los Servicios, se encuentran de acuerdo a que se realice el proyecto de Investigación? SI ( ) NO ( )

8. ¿Cuál es la dotación total de enfermería del efector?.....

9. ¿Cuántas horas laboran los enfermeros/as?

- 6 horas ( )
- 7 horas ( )
- + de 7 horas ( )

10. ¿Cuál es el tiempo destinado para el descanso durante la jornada laboral?

……

11. ¿En qué momento (días – horarios) se puede efectuar la recolección de datos?

……

12. La institución ¿Cuenta con un lugar destinado para el descanso que pueda ser utilizado para efectuar las encuestas? SI ( ) NO ( )

13. En caso de respuesta negativa responder: ¿Cuál sería el lugar apropiado para realizar la recolección de datos?.....

14. ¿Se realiza un control y se lleva registro del personal vacunado?

SI ( ) NO ( )

ANEXO II

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Estimado Colega: El presente cuestionario tiene el objetivo de recabar información relacionada con el cumplimiento de las vacunas antigripal, anti hepatitis B y doble bacteriana o doble adultos. A tal fin, le solicito su colaboración para responder a las preguntas que abajo se detallan y cumplo en informarle que el presente cuestionario es de carácter anónimo. Muchas Gracias por su colaboración.

- Indique con una (X) la respuesta que mejor se adapta a su situación personal.

1. Edad

- de 20 a 30 años ( )
- de 31 a 40 años ( )
- + de 41 años ( )

2. Sexo

- Femenino ( )
- Masculino ( )

3. Nacionalidad

- Argentino ( )
- Extranjero ( ) Indicar país: ……

4. *Religión*

- Católico ( )
- Evangélico ( )
- Testigo de Jehová ( )
- Otro ( ) Indicar:……
- Ateo ( )

5. Nivel de Formación en Enfermería

- Enfermero Ley ( )
- Auxiliar de enfermería ( )
- Enfermero (título intermedio) ( )
- Licenciado en Enfermería ( )
- Estudios de post grado (doctorado- maestría-especialización) ( )

6. <u>Estado Civil y presencia de hijos</u>

- Soltero con hijo/s ( )
- Soltero sin hijo/s ( )
- Casado/en concubinato con hijo/s ( )
- Casado/ en concubinato sin hijo/s ( )

7. ¿Se administró la **vacuna** antigripal?

- No se ha vacunado *( )*
- Esquema incompleto *( )*
- Esquema completo *( )*

8. ¿Se administró la **vacuna** anti hepatitis B?

- No se ha vacunado *( )*
- Esquema incompleto *( )*
- Esquema completo *( )*

9. ¿Se administró la **vacuna** doble bacteriana o doble adultos?

Indicadores:

- No se ha vacunado *( )*
- Esquema incompleto *( )*
- Esquema completo *( )*

10. ¿Recibe actualización periódica sobre las modificaciones del calendario de vacunación, con respecto a las vacunas que debe recibir el personal de salud?

- *Si ( )*
- *No ( )*

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr/ Sra. Enfermero/a de la Maternidad Martin……. D.N.I. N°……..

Quien suscribe,……., estudiante del 5° año de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, invito a usted a participar de un proyecto de investigación sobre la relación que existe entre el cumplimiento del calendario de vacunación, la información que poseen sobre el mismo y las características sociales y culturales del personal de enfermería de la M.M.

En cualquier momento, durante la entrevista y el cuestionario puede decidir no continuar con la participación en este estudio de investigación.

En todo momento se respetara su autonomía y se preservara su identidad, manteniendo el anonimato.

El personal a cargo de la realización de este estudio de investigación actuara con responsabilidad y en ningún momento se le causara ningún tipo de daño físico o psicológico.

En todo momento, si usted no está de acuerdo sobre alguna pregunta o sobre cómo se realiza la recolección de datos, podrá cambiar de opinión y decidir no continuar con su participación.

En todo momento podrá realizar cualquier pregunta al personal a cargo de la investigación, con el fin de aclarar dudas sobre el mismo.

Toda información recolectada quedara registrada y será presentada en un informe escrito que será analizado por docentes a cargo de la Actividad Académica Tesina de la - Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas.

Yo ……..recibí información suficiente sobre el proyecto de investigación y entendí que los cuestionarios y entrevistas por medio de los cuales seré participe, no causaran en mi persona algún daño moral, psíquico o físico y que los datos y resultados se publicaran en anonimato, preservando mi intimidad.

Doy mi autorización sin haber recibido coerción alguna.

Firma: **Aclaración:**

ANEXO III

RESULTADO ESTUDIO EXPLORATORIO

Se realizó un estudio exploratorio del sitio en el cual se aplicó una guía solicitando información a las autoridades de la maternidad pública situada en la ciudad Rosario. Se comprobó mediante la misma, que el sitio seleccionado reúne las características para el estudio. Dicha actividad se desarrolló durante el mes de Noviembre del año 2018, en carácter de entrevista junto a la Jefa de departamento de enfermería y Supervisoras de enfermería de la institución mencionada.

El objetivo de dicha entrevista fue completar la guía y solicitar autorización para el ingreso a la institución.

La jefatura de la institución concedió las autorizaciones solicitadas, aprobando que la autora ingrese a la institución y pueda entrevistar al personal de enfermería para la recolección de datos, designando asimismo, un lugar para dicha actividad.

Luego de la entrevista con el personal jerárquico y una vez completa la guía del estudio exploratorio, se comprobó que dicha maternidad reúne todas las características necesarias para poder desarrollar la presente investigación, debido a que se encuentra situada en un lugar de fácil acceso geográfico y cuenta con personal de enfermería que reúne los criterios requeridos para formar parte de la población en estudio. La dotación total del personal de enfermería es de 122 enfermeros. La jordana laboral se compone de 6 horas de las cuales 20 minutos de este tiempo son destinados al descanso. El personal de enfermería tiene la posibilidad de ampliar la jornada laboral a través de la realización de horas extras, con previo consentimiento del mismo. La institución, cuenta con un registro de vacunación llamado Sicap, siglas que corresponden a Sistema de Información de Centros de Atención Primaria. Se trata de una base de datos on line en la que se registran los diferentes servicios de salud pública. Con sólo ingresar el número de DNI del paciente se puede acceder a su información sanitaria: vacunas, cobertura social, grupo familiar, atención médica, entre otras cosas. El mismo posee las siguientes virtudes:

-Unificación de datos en un registro on line, al que se accede desde cualquier punto de la provincia.

-Historial de vacunas y posibilidad de acceder a los datos del carné en el momento en que se lo requiera.

-Control e información fidedigna sobre la cantidad de vacunas aplicadas.

-Agilidad en el trabajo de los enfermeros y enfermeras, que ya no deben llenar varias planillas o sacar las cantidades de dosis aplicadas por conteo de “palotes”.

-Organización en el trabajo en los centros de salud, ya que pueden saber qué pacientes deberán hacerse controles durante la semana y cuántas dosis de vacunas van a necesitar.

-Seguimiento personalizado, ya que se detecta fácilmente quién no se vacunó o controló. El centro de salud lo contacta para avisarle que debe concurrir.

-Rapidez en la obtención de los datos, reportes y estadísticas.

ANEXO IV

RESULTADO de la PRUEBA PILOTO

Se realizó una prueba piloto del instrumento de medición en un grupo de enfermeros que se desempeñan en la misma institución, pero que NO formarán parte de la población en estudio ya que no cumplen funciones asistenciales. Dicha actividad se desarrolló durante los días 04 y 05 de noviembre del año 2018; y se desarrolló en cinco enfermeros/as que contenían los mismos criterios de inclusión/exclusión que la población seleccionada para el estudio.

El objetivo de dicha prueba fue identificar los enunciados que estuvieran mal formulados o que no sean claros, los cuales podrían causar incomodidad o malestar a los sujetos del estudio, distorsionando los resultados.

Luego de la realización de la prueba piloto, se comprobó que los enunciados eran claros y fáciles de entender, ya que la población logró cumplimentar en su totalidad el cuestionario autoadministrado, en un tiempo promedio de 15 minutos, aproximadamente. Además se verifico que los ítems proporcionan los datos suficientes para la realización del estudio. Siendo el cuarto control de validez interna.

BIBLIOGRAFIA

✓ Aniorte Hernández, N. (2018). Sociología de la salud: La salud y el contexto cultural. Articulo recuperado de http://www.aniorte-nic.net/apunt_sociolog_salud_2.htm

✓ Altamirano, M. (2016). Motivos que condicionan la vacunación en el personal de salud. Universidad Nacional de Córdoba – Argentina. Recuperado de http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/altamirano_marcela.pdf)

✓ Arteagoitia, JM; Viciola, M; Pocheville, I; Onís, E; Aguirrebengoa, K; Garrote, E. et.al. (2016). Manual de Vacunaciones. Vitoria – Gasteiz: Editorial Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia. 1° ed.

✓ Berte, N & Velázquez, E. (2013). Motivos que condicionan la vacunación en el personal de la salud. Universidad Nacional de Córdoba – Argentina. Recuperado de http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/berte_natalia.pdf

✓ Edición digital El Diario. (2014). Cuando la medicina puede curar pero la fe obliga a morir. Articulo recuperado de https://www.eldiario.es/cienciacritica/sanacion_por_fe-secta-medicina-aborto_terapeutico_6_213538646.html

✓ Flores Sahagún, D. (2018). El Vacunatorio en el Día a Día: Enfermedades y vacunas en adultos, embarazadas y situaciones especiales. Módulo Nro: 7. Bs As. Argentina. Hospital de niños Ricardo Gutiérrez.

✓ Gripe e infecciones respiratorias: cuidados y recomendaciones. (2018) Artículo recuperado de: https://www.rosario.gov.ar/web/servicios/salud/prevencion-y-promocion/gripe-e-infecciones-respiratorias-cuidados-y-recomendaciones

✓ Lamy, P. (2018). Enfermedades y vacunas Ingreso escolar y Adolescentes: DPT, dTpa, VPH Módulo Nro. 6. Bs As. Argentina. Hospital de niños Ricardo Gutiérrez.

✓ Melguizo Herrera. Alzate Posada Avances en enfermería. (2008). Universidad Nacional de Colombia (Sede Bogotá). Facultad de Enfermería, 26 (1):112-123. ISSN electrónico 2346-0261. ISSN impreso 0121-4500. https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12891/13649

✓ Mínguez, A; Bernardi, G; Spitale, N; Visconti, L; Landa, M; Brito, R; Frola, S; et.al. (2013). Vacunación en trabajadores de la salud. Córdoba – Argentina. Rev. on line IntraMed. Recuperado de https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=81864

✓ Romero Cabello, R. (2013). Vacuna y vacunación: Fundamentos y manejo de la vacunación. Editorial medica Panamericana. 1° ed.

✓ Sabio, E; Celi, A; Pérez Sartori, G & Vázquez H. Vacunaciones de los adultos. (2017). Manual Práctico. Montevideo – Uruguay: Editorial DeDos. 3° ed.

✓ Stamboulian, D. (2018). Guía Vacunas para adultos. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial FUNCEI. 1° ed.

✓ The histories of vaccines. An educational resourse by the college of phycicians of Phyladelphia. (2018). Artículo recuperado de http://www.collegeofphysicians.org/

✓ U.S. Food and Drug Administration. (2018). La Importancia de la Vacunación para el Personal Relacionado con el Cuidado de la Salud. Artículo recuperado de https://www.fda.gov/ForConsumers/ConsumerUpdates/ucm063036.htm

✓ Uberos Fernández, J. (2013). Las vacunas vistas desde la perspectiva de las religiones. Granada. Hospital Clínico San Cecilio. Articulo recuperado de http://ibvacunas.com/2013/04/05/las-vacunas-vistas-desde-la-perspectiva-de-las-religiones/

✓ Vacunación del personal de salud. (S.F.). Programa de inmunización Nodo Rosario. Articulo PDF

✓ Vacunación del personal de salud. (S.F.) Articulo recuperado de http://www.msal.gob.ar/images/stories/epidemiologia/inmunizaciones/normas-vacunacion-personal-salud.pdf