

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA



Proyecto de tesina

Nivel de información y opinión de madres
sobre la inmunización de sus hijos menores
de 7 años que asistan a los consultorios
externos del hospital de Ramallo durante 2019.

Por: Enf. Patricia Silvina Ramírez

Director: Dr. Jorge Ciccalé

Docente asesor: Lic. Rosana Nores

Rosario, 11 de Marzo de 2019

Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina

RESUMEN:

La inmunización ayudada en la erradicación y prevención de enfermedades infectocontagiosas a nivel mundial sin embargo sigue siendo uno de los problemas de la salud pública en la ciudad de Ramallo.

El objetivo de este trabajo será determinar el nivel de información sobre la inmunización de madres adultas jóvenes (entre los 18 y 35 años de edad) con sus hijos menores de 7 años y la relación con la opinión de este grupo etareo según su estado civil, nivel de instrucción, situación laboral y la fuente de información sobre el tema.

Método:

Estudio de diseño cuantitativo, transversal no experimental descriptivo y prospectivo. Los datos se recogerán a través de entrevistas utilizando un cuestionario a madres adultas jóvenes con niños menores de 7 años, que asistían en los meses de enero a marzo del año 2019 en la sala de espera de los consultorios pediátricos del hospital municipal de Ramallo.

La muestra será de tipo no probabilístico accidental, encuestando aproximadamente a 100 madres durante los meses de la recolección de datos.

Para la agrupación de los mismos se utilizará la medida estadística descriptiva (frecuencia - tendencia central), y se presentarán en gráficos de barra simple y circular.

Para la variable opinión sobre inmunización se tomará la escala ordinal de tipo likert clasificando la medición en opinión positiva y opinión negativa, con respuestas según criterios. La variable de nivel de información se evaluará mediante la escala de medición de tipo razón.

Palabras claves: Nivel de información, Opinión de madres jóvenes, Inmunización, niños menores de 7 años.

INDICE GENERAL

Pág.		
	Resumen y Palabras Claves	2
	Índice General	3
	Introducción	4
	Marco Teórico	7
	Material y Métodos	39
	Tipo de estudio o Diseño	39
	Sitio o contexto de la investigación	39
	Población y Muestra	40
	Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	40
	Personal a cargo de la recolección de datos	43
	Plan de análisis	44
	Plan de trabajo y Cronograma	45
	Anexos	
	I. Guía de estudio de convalidación o exploratorio de los sitios	48
	II. Instrumento de recolección de datos	50
	III. Guía de estudio exploratorio	59
	IV. Prueba piloto	61
	Bibliografía	63

Introducción:

Los niños pasan durante la infancia una serie de enfermedades infecciosas que se contagian de unos a otros, algunas de ellas son generalmente leves e inevitables, como los catarros comunes, procesos respiratorios virales, diarrea, etc. En cambio hay otras infecciones que pueden ser graves o tener complicaciones más importantes (difteria, tétanos, tos ferina, polio, sarampión, parotiditis, rubeola, etc.) las cuales se previenen con la aplicación de vacunas.

El niño vacunado va poco a poco desarrollando sus propias defensas frente a los agentes infecciosos contenidos en las vacunas y así evitará enfermar, o tendrá una enfermedad leve cuando entra en contacto con los microorganismos frente a los que ha sido vacunado. (1)

En Argentina a efectos de fortalecer la inmunización se creó el Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (ProNaCEI) por medio de la Resolución Ministerial número 776 del 30 de abril 2010. (2)

La inmunización es una herramienta que ha ayudado a la erradicación y prevención de enfermedades infectocontagiosas a nivel mundial, sin embargo sigue siendo uno de los problemas de salud pública en la ciudad Ramallo.

Existen estudios que evalúan la información y las opiniones de los padres respecto a la vacunación y las conclusiones arribadas han demostrado que los padres con una elevada desinformación sobre riesgo/beneficio de las vacunas les generan desconfianza e inseguridad.

En un estudio realizado en un hospital central de Maracay –Chile en los meses de julio a setiembre 2014 en 150 madres amas de casas entre 16 a 25 años de edad, con educación primaria, arrojó que 62 madres conocían el esquema de inmunización al momento de nacer sus hijos y que dicha información fue dada por el personal de salud; mientras que 88 madres no tenían conocimiento del esquema de vacunación. De esto

resultó la necesidad en la participación de la sociedad de los programas sobre inmunización, de manera de asegurar una mayor cobertura de la vacunación (3).

Otro autor relacionó el conocimiento en 190 madres sobre la inmunización con el posterior cumplimiento de la misma, en 106 madres poseen una actitud negativa y 84 madres con actitud positiva. Esta investigación fue ejecutada en el hospital Eleazar Guzmán Barrón; lo que resultó de este estudio es establecer estrategias orientadas a las madres de familia mediante actividades de promoción, como la participación multisectorial para completar la información que será útil en el cumplimiento del esquema de vacunación. (4) En el año 2016 en Nuevo Chimbote, Perú un trabajo de búsqueda en una población de 203 padres señaló que en 71 padres la información que tienen sobre las vacunas no les permitía tomar decisiones correctas debido a que tenían sospechas de intereses económicos detrás de los programas de vacunación; y 132 padres no están seguros de los reales beneficios que tienen de la información, por lo tanto se sentían obligados a vacunar a sus hijos; De esta investigación surgió la necesidad de realizar más estudios de este tipo y abarcar más sectores de la población. (5)

En una encuesta realizada en el servicio del hospital universitario Vinalopó, Elche España en el mes de abril de 2017, encuestaron a 87 padres respecto a la vacunación y su efectividad de la misma mientras que 69 padres comprendieron de la obligatoriedad, 2 padres no se plantearon no vacunar a sus hijos ya que las considera seguras, y 16 padres consideraron que un niño no vacunado no supone un riesgo para la salud de los mismos. El resultado de este trabajo arrojó la necesidad de ofrecer un asesoramiento respecto a la importancia y los beneficios de la vacunación, y así proporcionar seguridad en su decisión de vacunar a sus hijos. (6)

En un estudio realizado de la página web Familia y Salud de España desde 2012 a 2015 a más de 230 pediatras y otros profesionales se analizó el uso de tecnologías de la información en sobre la búsqueda de la salud infanto-juvenil. Los usuarios piensan que la web es muy útil siendo la sección *Enfermedades* la más visitada, pero no implica que todos saquen provecho en la información que se les brinda, otros usuarios prefieren seguir derivando las consultas sobre su salud a los profesionales. Resultó que la web *Familia y Salud* está logrando ser un medio poderoso de comunicación y promoción de la salud de los niños y adolescentes, una herramienta para difundir conocimientos y crear cultura sanitaria. (7)

De esta forma surge el planeamiento del problema en base a lo analizado en el contexto mundial sobre las decisiones que toman las madres respecto al tipo de información y la opinión que poseen sobre la vacunación de sus hijos.

El problema de este trabajo se refiere ¿Qué relación existe entre el nivel de información y opinión sobre inmunización que poseen las madres adultas jóvenes con hijos menores de 7 años de la ciudad de Ramallo, durante el año 2019?

La hipótesis que se sostiene es:

El nivel de información sobre inmunización que tienen las madres jóvenes adultas con hijos menores de 7 años influye en la opinión sobre la inmunización según su estado civil, nivel de instrucción, situación laboral.

El objetivo general: determinar el nivel de información de las madres jóvenes adultas con hijos menores a 7 años con la opinión sobre inmunización a partir de los meses de enero a marzo del año 2019 según su estado civil, nivel de instrucción, situación laboral.

Para llegar al objetivo general, se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Determinar el nivel de información que poseen las madres que concurren al hospital de Ramallo
- Identificar las fuentes de información.
- Analizar el tipo de información.
- Determinar la opinión sobre inmunización que poseen las madres concurrentes al hospital.
- Establecer el estado civil, nivel de instrucción, situación laboral de las unidades de análisis.

El propósito de esta investigación es arribar a datos estadísticos descriptivos y así elevarlos a las autoridades del hospital de la ciudad de Ramallo de manera de gestionar estrategias centradas en optimizar las coberturas de vacunación de dicha ciudad.

MARCO TEORICO

Como información denominamos al conjunto de datos, ya procesados y ordenados para su comprensión, que aportan nuevos conocimientos a un individuo o sistema sobre un asunto, materia, fenómeno o ente determinado. La palabra, como tal, proviene del latín *informatio*, *informatiōnis*, que significa 'acción y efecto de informar'.

La importancia de la información radica en que, con base en esta, podemos solucionar problemas, tomar decisiones o determinar cuál alternativa, de un conjunto de ellas, es la que mejor se adapta a nuestras necesidades. El aprovechamiento que hagamos de la información, en este sentido, es la base racional del conocimiento.

La consecuencia más importante de la información es cambiar el estado de conocimiento que un individuo o sistema maneja con respecto a determinado fenómeno o cuestión, todo lo cual influirá en las acciones, actitudes o decisiones que se tomen a partir de la nueva información. Por ejemplo, al informarnos sobre el estado del tiempo y enterarnos de que va a llover, sabremos que nuestra mejor hipótesis para evitar mojarnos es llevar un paraguas con nosotros al salir.

Por otra parte, algunas de las características fundamentales de la información es que esta debe tener cierto grado de utilidad, pues, con base en ella, el individuo o sistema modificará las sucesivas interacciones que realice con su entorno. Asimismo, la información deberá poseer vigencia o actualidad, pues de nada sirve informarse sobre el estado del tiempo del día anterior para decidir si llevar paraguas o no. Y, finalmente, la información deberá ser confiable, pues en la medida en que lo sea se dispondrán una serie de acciones para confirmarla.

Es un término que con el tiempo ha ido adquiriendo mucha importancia, sobre todo con la aparición de la informática. Las fuentes de información se pueden clasificar según las diferentes perspectivas, sin embargo cada autor puede elaborar su propia clasificación, una de ellas es la siguiente:

- Según el grado de información que brindan: primarias, secundarias y terciarias.
- Según el tipo de información que contienen: general y especializada.
- Según el formato o soporte: textual o audiovisual.
- Por la cobertura geográfica: nacional, internacional, regional y local.

Las fuentes de información tienen la particularidad de no ser excluyentes, sino que se pueden combinar, ya que una fuente puede ser primaria y al mismo tiempo especializado y con soporte digital.

Uno de los criterios más utilizados por los autores para clasificar las fuentes de información es el siguiente:

Fuentes primarias: son aquellas que contienen información de origen, es decir en ellas se encuentran datos originales de la información y que no necesitan completarse con otra fuente. Entre ellas se encuentran las tesis, las monografías, las revistas, periódicos, documentos oficiales de instituciones públicas.

Fuentes secundarias: son aquellas que no tienen como principal finalidad brindar información, sino señalar que documento o fuente la puede proporcionar haciendo referencia a documentos primarios originales. Las fuentes secundarias son textos basados en fuentes primarias, e implican síntesis, análisis, e interpretación. Algunos de ellas son: directorios, catálogos, bibliografías, etc.

Fuentes terciarias: este término no es muy utilizado actualmente; se trata de fuentes secundarias que se han fusionado con otras, como por ejemplo los catálogos y las bibliografías de bibliografías. Su contenido es tomado de otras fuentes secundarias. (8)

Las fuentes de información son de gran relevancia ya que a través de ellas se puede obtener la información requerida; sin ellas las personas no podrían transmitir su conocimiento o información a los demás. Sin las fuentes los individuos no tendrían conocimiento de nada, puesto que el origen de la información proviene de ellas. El papel de los/las emisores/as de mensajes es determinante para generar confianza o sembrar dudas. (8) La información sobre vacunas es transmitida por una variedad de personas con objetivos diferentes. Los/las periodistas, para llegar al público, exponen situaciones concretas apelando a las emociones y confrontando pareceres. Las sociedades científicas emplean argumentos basados en evidencias, aunque pueden defender enfoques diferentes. El caso de la inclusión de la vacuna contra la varicela en el calendario infantil muestra cómo ha prevalecido una posición sobre otra, ambas científicamente correctas. (9) La tecnología aplicada en la información y comunicación se han convertido en una potencial fuente de promoción de la salud, en particular en Pediatría. Muchos son los formatos de Internet para compartir conocimiento, desde los

más conocidas (correo electrónico, listas de distribución, páginas web, etc.) hasta las más novedosas (como el fenómeno blog y las redes sociales) y todo lo que queda por llegar. Esta nueva forma de utilizar la red se llama web 2.0 (o "web social") y es una realidad. Cada vez más personas buscan en Internet información sobre salud y demandan este tipo de aplicaciones para buscar información o relacionarse con otros pacientes, instituciones o profesionales. También cada vez son más los profesionales sanitarios que empezamos a ver esta nueva modalidad como una herramienta de trabajo, para mejorar nuestra formación, investigación o la asistencia que ofrecemos a los pacientes. (10)

INMUNIZACION: El ser humano está en un constante "Riesgo de Infección", entendiendo como tal el "aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos", más aún, cuando se encuentra ante determinadas situaciones vitales o ante determinados entornos. (11) En lo que respecta al concepto de inmunización: es el proceso de proveer resistencia (inmunidad) o disminuir la susceptibilidad a una infección en un individuo sano mediante la administración de un compuesto biológico. La vacunación se encuentra entre los grandes logros de la Salud Pública en los últimos 100 años. Las vacunas han salvado millones de vidas, han evitado morbilidad e incluso han erradicado enfermedades de forma equitativa. Aun así, los beneficios no se distribuyen uniformemente, ya que en países en vías de desarrollo uno de cada cuatro recién nacidos anualmente no recibirá ninguna vacuna. (12) La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al esquema o calendario de vacunación como el ordenamiento secuencial cronológico de la aplicación mínima de vacunas, que administradas sistemáticamente a las personas de un país, inducen una respuesta de protección o inmunización adecuada frente a las enfermedades inmunológicas prevenibles, siendo las principales vacunas la BCG, Hb, Sabin y Pentavalente. El objetivo final de esta inmunización sistemática es la erradicación de enfermedades, el objetivo inmediato es la prevención individual o grupal de enfermedades inmunoprevenibles (EIP). Un problema importante que se presenta también en países desarrollados, son los esquemas incompletos de inmunizaciones que determina un riesgo aumentado de enfermedades inmunoprevenibles. A nivel mundial, los esquemas de vacunación incompletos representan una cuestión trascendental y según la literatura están relacionados con múltiples factores, tales como: la pobreza, los costos a la familia y a los proveedores de insumos de salud, el inicio tardío de la

vacunación, la información deficiente del estado de vacunación, el desconocimiento por parte del personal de salud de las contraindicaciones y las edades adecuadas para la aplicación de las vacunas, y en muchas ocasiones la percepción que tienen los padres respecto de la vacunación. (13) Vivimos en un mundo globalizado. Uno está en una parte del planeta y a las 12 horas está en la otra. Los casos importados son un riesgo importante, porque a partir de uno se puede registrar un brote”, sostiene en diálogo con Clarín la infectóloga Ángela Gentile, presidenta de la Comisión Nacional de Erradicación del Sarampión y la Rubéola. “El sarampión viaja con nosotros en un avión, como todos los virus coincide la pediatra Romina Libster, investigadora asistente del Conicet en la Fundación Infant. Los virus no ven nacionalidades, no ven fronteras. Cualquiera que esté de viaje en una zona donde todavía circula el sarampión, lo puede traer consigo. Y si el porcentaje de población vacunada no supera el umbral, el virus puede empezar a diseminarse otra vez por la sociedad”.

El mayor brote de la región tiene lugar en Venezuela, con 886 casos confirmados entre junio de 2017 y febrero de este año, incluidas dos muertes, informó la OPS. El grupo de edad más afectado son los menores de 5 años, seguido por el de 6 a 15 años, advierte el documento. En Brasil, el segundo país con más casos confirmados este año, el brote está en el municipio de Boa Vista y Pacaraima, estado de Roraima, fronterizo con Venezuela.

“Toda la región está bajo alerta por la situación del sarampión en Venezuela, se han registrado casos en otros países de la región también. En Brasil han tenido una situación sanitaria importante, por el desplazamiento de personas. El alerta tiene que ver con eso. Uno va monitoreando, analizando la situación y debe tomar las riendas de acción que estima convenientes”, explicó a Clarín Cristian Biscayart, a cargo de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles del Ministerio de Salud de la Nación.

En Europa, en los primeros meses del año, se registraron más de 1.500 casos de sarampión en 14 países debido a "una acumulación de individuos no vacunados", comunicaron responsables del Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC, por sus siglas en inglés).

"Es inaceptable saber que niños y adultos están muriendo de una enfermedad para la cual hay disponibilidad de vacunas seguras y asequibles", protestó Vytenis Andriukaitis, comisario europeo de Salud y Seguridad Alimentaria.

Argentina está libre de sarampión desde hace 18 años y la última víctima mortal por esta enfermedad se remonta a 1998. ¿A qué se debe su regreso? Básicamente a la globalización y al avance de los movimientos anti-vacunas en algunos países, especialmente en Europa.

Según Gentile, los brotes en Europa responden a por un lado a la influencia de los movimientos anti-vacunas, y por otro a la controversia mundial que provocó en 1998 un artículo publicado por el investigador británico Andrew Wakefield en la revista The Lancet en el que afirmaba, en base a evidencia fraguada, que la vacuna triple viral podía causar autismo.

El fraude quedó al descubierto por el peso de estudios científicos que no hallaron ninguna vinculación entre ambas. A Wakefield se le prohibió ejercer la medicina y la revista se retractó. Pero el daño ya estaba hecho: mucha gente había dejado de vacunar a sus hijos. "No es solo el problema actual, sino todos los chicos que no fueron vacunados en su momento y que ahora son adultos susceptibles que pueden tener sarampión". (14)

Plan de acción mundial sobre vacunas

El Plan de Acción Mundial sobre Vacunas es una hoja de ruta destinada a prevenir millones de defunciones mediante el acceso más equitativo a las vacunas para 2020. Hasta la fecha, los progresos alcanzados no bastan para alcanzar los objetivos del Plan de acción mundial sobre vacunas.

Plan de acción mundial sobre vacunas 2011-2020

En mayo de 2017, los ministros de salud de 194 países aprobaron una nueva resolución con objeto de fortalecer la vacunación para alcanzar los objetivos del Plan de acción mundial sobre vacunas. En esta resolución se insta a los países a dar pruebas de un liderazgo y una gobernanza más robustos respecto de los programas nacionales de inmunización, y a reforzar los sistemas de seguimiento y vigilancia con el

fin de garantizar el uso de datos actualizados para orientar las decisiones estratégicas y programáticas que permitan optimizar el rendimiento y el impacto de la inmunización.

Además, se pide a los países que amplíen los servicios de inmunización más allá de la infancia, que movilicen fondos internos y que refuercen la cooperación internacional para lograr los objetivos del Plan de acción mundial sobre vacunas.

En la resolución se pide a la Secretaría de la OMS que siga apoyando a los países para que alcancen los objetivos regionales y mundiales en materia de vacunación. Se recomienda también ampliar la labor de difusión para dar información mejor del valor de las vacunas y la necesidad urgente de alcanzar los objetivos del Plan. La Secretaría informará a la Asamblea de la Salud en 2018, 2020 y 2022 sobre los logros alcanzados en relación con los objetivos y metas del Plan. (14)

Aspectos generales sobre inmunización

Factores que intervienen en la respuesta inmunitaria a la vacunación

- Respuesta primaria: Es la respuesta inmunitaria que sigue a la primera exposición a un agente inmunógeno. Está mediada principalmente por IgM, que alcanza un pico entre los 5 y 14 días, seguida de una respuesta de IgG y/o IgA, con un pico entre las 2 y 8 semanas.
- Respuesta secundaria: Es consecuencia de la re exposición al mismo inmunógeno, que induce una respuesta más intensa y duradera. La IgG y/o IgA aparecen a los 3 a 5 días y en títulos más elevados que en la respuesta primaria, mientras los niveles de IgM son menores.

Estas respuestas dependen de varios factores:

- Presencia o ausencia de anticuerpos maternos.
- Naturaleza y dosis del antígeno administrado.
- Modo de administración de la vacuna.
- Utilización de un adyuvante.

- Utilización de una proteína transportadora (carrier).
- Edad.
- Condición del huésped; por ejemplo, la constitución genética y la existencia de patología concomitante. En el recién nacido, las inmunoglobulinas circulantes son esencialmente inmunoglobulinas G de origen materno, que tienen un rol protector mayor en los primeros meses de vida. Estos anticuerpos desaparecen entre los cinco meses y el año de vida. La edad de vacunación, por lo tanto, debe estar en relación con este hecho, sobre todo para las vacunas virales atenuadas: sarampión, rubéola, parotiditis y varicela, y también teniendo en cuenta la madurez del sistema inmunológico del niño. La calidad antigénica de las vacunas varía en gran medida según estén constituidas por bacterias o virus atenuados o inactivados. La estructura del antígeno interviene en la respuesta inmune y la dosis administrada también puede influir en la respuesta de anticuerpos. Los adyuvantes tienen una actividad estimulante del sistema inmunológico sin ser inmunogénicos per se. Los inmunobiológicos que contienen tales adyuvantes deben inyectarse profundamente en la masa muscular, pues su inoculación en grasa o intradérmica provoca irritación local, granulomas o necrosis. En niños prematuros, aunque la respuesta a la vacuna es variable, se deben aplicar las vacunas correspondientes a la edad al momento de la vacunación, sin tener en cuenta ningún tipo de ajuste en cuanto a su edad por el antecedente de su prematuridad. En cuanto a la condición del huésped, las vacunas vivas pueden causar reacciones graves en pacientes con inmunocompromiso. Estos, como regla general, no pueden recibir vacunas vivas (hay excepciones a este concepto y deben consultarse en los capítulos respectivos). Las vacunas inactivas no se replican, por lo que son seguras para usar en ellos. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que la respuesta a la vacuna puede ser pobre y pueden no quedar protegidos.

Definiciones:

- Eficacia: Es el porcentaje de individuos que se benefician de la vacuna aplicada en condiciones ideales. La eficacia se obtiene a través de estudios prospectivos, aleatorizados, doble ciego y controlado con placebo.
- Efectividad: Es el porcentaje de individuos que se beneficia de la vacuna en condiciones reales. Los resultados se conocen a partir de estudios pos

comercialización, de cohorte, caso control o a través de las tasas de ataque secundaria. Inmunidad o protección de rebaño: Es la protección indirecta que se obtiene al vacunar a una población. Al limitarse la circulación del agente etiológico, se protege indirectamente a la población no vacunada. Como ejemplo pueden citarse las experiencias con la vacuna contra la hepatitis A en Israel y con la antineumocócica conjugada 7 Valente en Estados Unidos. Composición y tipos de vacunas La composición de las vacunas suele ser la siguiente:

- Líquido de suspensión: Varía según la vacuna. En general, suele ser agua destilada o solución salina; algunas veces, algo tan complejo como el medio donde se produjo el inmunobiológico.

- Adyuvantes: Permiten la obtención de títulos más elevados de anticuerpos con una cantidad menor de antígeno y un número más reducido de dosis. Su efecto se produce por diversos mecanismos, entre los que se cuentan el retardo en la liberación del antígeno en el sitio de la administración y el aumento en la captación y el procesamiento de los antígenos y su presentación por parte de las células dendríticas y otras células presentadoras de antígenos. En el caso de ciertas vacunas con microorganismos muertos o fracciones de estos, se utilizan compuestos de aluminio (hidróxido, sulfato o fosfato) o calcio, ASO₄ (nuevo sistema adyuvante de la vacuna contra el VPH). El MF-59 (escualeno) es el adyuvante de una de las vacunas antigripales disponibles.

- Preservativos, estabilizadores y antibióticos: Estos componentes son utilizados para inhibir o prevenir el crecimiento bacteriano en los cultivos virales, en el producto final y para estabilizar el antígeno. Pueden ser antibióticos específicos (neomicina, kanamicina, estreptomina, etc.) o sustancias como el timerosal, que se utiliza para evitar la contaminación en los frascos multidosis. Antígenos específicos según vacunas La vacunación (o inmunización activa) implica la administración de un microorganismo completo o parte, o de un producto modificado de ese microorganismo con el fin de obtener una respuesta inmunológica similar a la de la infección natural. Se utilizan varios tipos de antígenos:

- Vacunas de agentes vivos atenuados: Contienen microorganismos que son atenuados en cuanto a su virulencia por sucesivos pasajes por cultivos celulares. Se

trata, en la mayoría de los casos, de vacunas virales. Como consecuencia de su aplicación se produce una infección activa, habitualmente sin ningún riesgo para el receptor. Ejemplos de estas vacunas: doble/triple viral, contra la varicela, contra la fiebre amarilla, contra el rotavirus, contra la fiebre tifoidea oral y antipoliomielítica oral (OPV), contra la fiebre hemorrágica argentina, BCG.

- Vacunas de agentes inactivados (muertos): Contienen microorganismos tratados por medios físicos (irradiación ultravioleta, calor) o químicos (fenol, formalina, alcohol) para eliminar su infectividad, manteniendo su capacidad inmunogénica. No se replican en el huésped y requieren dosis de refuerzo para mantener la inmunidad duradera. Ejemplos: Vacuna antipoliomielítica inyectable (IPV o Salk), contra la hepatitis A, antigripal, antirrábica, pertussis de células enteras y acelular, anticolérica oral, contra la fiebre tifoidea inyectable.
- Toxoides: Son exotoxinas bacterianas que, mediante procedimientos químicos o físicos, pierden su toxicidad, pero conservan su antigenicidad. Generalmente requieren de adyuvantes. Ejemplos: Vacuna antidiftérica y antitetánica.
- Subunidades de microorganismos o virus: En estos casos, el antígeno no es el microorganismo o el virus enteros, sino que se trata de fragmentos o componentes de ellos. Ejemplos: Vacuna polisacárida anti-*Haemophilus influenzae* b, antineumocócica 23 valente y antimeningocócica A/C, B/C, A/C/Y/W135; antigripal, contra la fiebre tifoidea (polisacárido Vi)
- Antígenos obtenidos por ingeniería genética: aislamiento de material genético que, unido a un vector, resulta en un recombinante inmunogénico. Ejemplos: Vacuna contra la hepatitis B (antígeno de superficie), elaborado por ingeniería genética en forma recombinante y vacuna contra el virus del papiloma humano (vacuna recombinante de partículas virales).
- Proteínas activas conjugadas en forma química o inmunológica, como la variante no tóxica de toxina diftérica mutante (CRM197), complejo proteico de la membrana externa del meningococo (OMP), toxoide tetánico (TT) y diftérico (TD), proteína D de *Haemophilus influenzae* no tipificable. Ejemplos: Vacunas conjugadas antineumocócicas 7 valente, 10 valente y 13 valente; antimeningocócicas C y A+C+Y+W135; anti-*Haemophilus influenzae* b.

Nuevas tecnologías para el desarrollo de vacunas quiméricas

La quimerización es el mecanismo mediante el cual los genes estructurales de un virus (por ejemplo, un flavivirus) son reemplazados por genes homólogos de otros virus de la misma familia para producir la atenuación –es decir que se trata de un virus vivo-, con buena inmunogenicidad y adecuado perfil de seguridad. El desarrollo que se encuentra en etapa más avanzada es el que está basado en la quimerización del virus vacunal atenuado contra la fiebre amarilla (cepa 17D) al cual se le insertan genes que codifican proteínas del virus salvaje del dengue, para obtener una vacuna tetravalente contra esta enfermedad. A fines de 2012 se encuentra en ejecución un estudio de fase III (eficacia y seguridad) en Latinoamérica. Vacunología reversa Consiste en el análisis de las secuencias del genoma, mediante el uso de herramientas de bioinformática que permiten identificar los genes que con mayor probabilidad puedan ser candidatos para la formulación de vacunas. Estos se seleccionan en función de la predicción de que codifiquen proteínas de superficie o secretadas. Sucesivamente son clonados, expresados y analizados a fin de confirmar su localización celular in vitro y, empleando modelos animales, evaluar su inmunogenicidad y capacidad protectora. Esta metodología se utilizó con éxito por primera vez en el desarrollo de una vacuna contra el serogrupo B de Neisseria meningitidis

Vacuna contra la tuberculosis

- Previene formas graves de la enfermedad (tuberculosis meníngea o diseminada) en población infantil.
- Preparación liofilizada constituida por bacterias vivas.

Dosis, vía y técnica

- Una dosis al nacimiento, 0.1 ml (Antes del egreso de la maternidad)
- Vía intradérmica estricta, en inserción inferior del deltoidees, brazo derecho según la norma del país.

Evolución de la lesión vacunal

- Pápula que desaparece en media hora.

- Nódulo con leve enrojecimiento de 3mm (entre las 24 a 48 hs. Hasta la 2° o 3° semana).
- Ulceración con salida de material purulento (a los 30 días), que luego se seca y se cubre con una costra dejando una cicatriz característica del tamaño de una lenteja, primero de color rojizo y luego sin color.

Eficacia

- Entre: 7 a 12 semanas, cicatriz. Inmunidad por 10 años, eficacia entre 60-80% para las formas graves (meníngea y miliar) y 50% para la pulmonar.

Vacuna contra la hepatitis b

- Previene hepatitis B en R.N. de madre portadora y sus complicaciones: cirrosis y Ca. de hígado.
- Presentación en monodosis o multidosis.
- Puede ser aplicada sin problema junto con cualquiera de las vacunas del esquema.

Dosis, presentación

- La dosis es de 0.5 ml ó 1 ml, según el laboratorio fabricante.
- Presentaciones pediátricas (10 ug) y para adulto (20 ug).
- Intramuscular en la cara antero lateral del muslo o deltoides según edad.

Edad, esquema y estrategias de vacunación

- Dentro de las 12 hs. de nacido el niño.(Prevención de transmisión perinatal)
- Preadolescencia (iniciar o completar esquemas)
- Agentes de salud (Ley: 24.151)
- Vacunación universal (agosto 2012) a partir de los 5 años se utiliza 0.5 ml. de la dosis de adultos (optimización del uso).
- Embarazadas

Cronología de la incorporación de la vacuna contra la hepatitis B en la Argentina 1992
 En la Argentina, por Ley Nacional Nro. 24.151/92, se comenzó a vacunar solo al personal de salud y a los grupos de riesgo. Esta estrategia no permitía detener la

diseminación de la enfermedad. 2000 Desde el 1 de noviembre de 2000, la Resolución Nro. 940/00 del Ministerio de Salud incorporó la vacuna para el niño recién nacido con el esquema 0-2-6 meses. 2003 Se incorporó la vacuna en los preadolescentes (11 años) no inmunizados antes, por Resolución nro. 175/03, con el fin de intervenir en el momento previo al inicio de conductas consideradas de riesgo para adquisición del VHB. 2009 Se incorporó, por Resolución 773/2008, la vacuna combinada quintuple DTP-Hib- HB (denominada “pentavalente” –quintuple-) celular) a los 2, 4 y 6 meses de vida. 2012 Se recomienda la vacunación universal contra la hepatitis B. Agente inmunizante Vacuna monovalente Es una vacuna que contiene el antígeno de superficie (AgHBs) depurado del virus de la hepatitis B (HB).

Vacuna contra poliomielitis

- Cepas serotipos I y III de virus vivos atenuados para uso oral (después del switch: 1 de mayo de 2016,)
- Se replica en el tracto intestinal, estimula la producción de anticuerpos
- secretores a nivel intestinal (Ig A) y serológicos (Ig G),
- Permite el desplazamiento del virus salvaje de la poliomielitis, por lo que se utiliza durante la fase de erradicación de la enfermedad.
- Esquema: 6 meses 1 Ref. 15-18 meses y 2 Ref. al Ingreso Escolar.

- Dosis, Vía y Técnica
- La Sabin debe administrarse por vía oral
- Cada dosis consiste en dos gotas de vacuna
- Las gotas se depositan en la boca del niño evitando la contaminación del gotero con las mucosas.
- Si el niño vomita o regurgita hasta 15 minutos siguientes a la vacunación, repetir la dosis.

Contraindicaciones

- Niño con diarrea moderada o severa, vómitos no debe ser vacunado.
- Convalecencia inmediata a intervenciones quirúrgicas (oro faríngeas y digestivas)
- Embarazo.

- Inmunocomprometidas.
- Pacientes internados. (Salk)

Vacuna contra poliomielitis (inactiva)

- Aplicación intramuscular.
- No se replica en el tracto gastrointestinal, no es eliminado en las heces ni coloniza el tejido linfóide de la garganta.
- Estimula la producción de anticuerpos circulantes y bloquea la excreción faríngea. No previene la infección intestinal y no está indicada para la erradicación de la Poliomielitis.
- Vacuna a virus inactivos (serotipos I, II, III).
- Esquema: 2 y 4 meses.

Vacuna combinada contra la difteria, tétanos, tos ferina, hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo b

DESCRIPCIÓN

- Vacuna combinada actualmente de presentación líquida.
- La presentación es en monodosis y puede aplicarse conjuntamente con cualquier vacuna del calendario.

El esquema a los 2,4 y 6 meses, y Ref. 15- 18 meses

Dosis, Administración y Conservación

- La dosis es de 0,50 ml.
- No debe congelarse.
- Vía: intramuscular profunda.
- Lugar: según edad del niño.

Vacuna contra el sarampión, Rubéola y Parotiditis (Triple viral)

DESCRIPCIÓN

- Combinación de cepas a virus vivos atenuados de sarampión, rubéola y paperas.

- Preparación liofilizada que se reconstituye con agua destilada estéril.
- Se presenta en monodosis o multidosis.

Dosis, Vía y Técnica

- Se administra por vía subcutánea.
- La dosis es de 0,5 ml.
- En la parte superior del brazo, a nivel del músculo deltoides.

Esquema y edad de vacunación

- 12 meses
- Ingreso Escolar: 5-6 años.
- Preadolescentes: 11 años (si no han recibido 2 dosis de SRP o SR)

Vacuna contra la hepatitis a

Introducción La infección con el virus de hepatitis A, perteneciente a la familia Picornavirus, era la etiología predominante de la hepatitis fulminante en niños en nuestro país antes de que se introdujera la vacuna al Calendario Nacional de Vacunación, en 2005. La Argentina era un país de endemividad intermedia, aunque con grandes contrastes: había grandes áreas con alta endemividad y otras de baja endemividad. En las diferentes experiencias recopiladas, se verificaba el predominio de la infección en niños menores de 10 años, un patrón característico de las zonas de endemividad de intermedia a alta. La situación epidemiológica se modificó de manera sustancial a partir de la introducción de la vacuna. Hubo un fuerte impacto positivo, ya que no se han registrado más trasplantes hepáticos desde entonces y los casos de hepatitis agudas causados por este virus descendieron de modo drástico.

- Descripción
- Vacuna viral inactivada.
- Presentaciones pediátrica y adulto.
- Dosis según recomendaciones del productor
- Norma de apertura. (Monodosis)

Esquema

- MSAN una dosis, a los 12 meses simultáneamente con SRP, Neumococcica conj. 13 v, y antigripal en: (niños nacidos a partir del 1° de enero de 2005).
- Control de brotes.

Analizando los datos de vigilancia epidemiológica, de laboratorio y los resultados preliminares de los estudios locales, Argentina continuará con el esquema de DOSIS UNICA de vacuna contra Hepatitis A en el Calendario Nacional de Inmunizaciones.

- En función de estos resultados y de información proveniente de un estudio, el Grupo Estratégico Asesor de Expertos en vacunas (SAGE) de la Organización Mundial de la Salud manifestó en mayo de 2012 que un esquema de vacunación con mono-dosis de vacuna inactivada contra hepatitis A podría ser una estrategia efectiva y costo-efectiva que los programas nacionales de vacunación podrían considerar de incluir en sus calendarios.
- Además reconoció a la Argentina por su enfoque innovador que generó evidencia sólida y valiosa para la toma de decisión

Vacuna DPT (Difteria, Tétanos, Pertussis)

Dosis, Vía, Técnica y Esquema

- Dosis de 0.5 ml.
- Vía intramuscular profunda en el deltoides.
- Esquema: Ingreso Escolar (5-6 años), como refuerzo de pentavalente del esquema regular.
- A partir de los 7 años se aplica doble adultos y triple bacteriana acelular. (según el caso)

Refuerzo con doble bacteriana o doble adultos cada 10 años.

- Primer refuerzo: 16 años o 21 si recibe la dpTa a los 11 años.
- Embarazadas con esquema incompleto:
- dpTa a partir del segundo trimestre (vigésima semana)
- dT2 a 4-8 semanas de dpTa

- dT3 a los 6 o 12 meses de dpTa.

Vacuna contra la influenza

Descripción

- Previene las complicaciones graves de la gripe estacional.
- La vacuna es trivalente, incluyendo las cepas A/H1N1, A/H3N2, y B. (fraccionada e inactivada).
- Presentación: monodosis prellenada.
- Vía: intramuscular.

En calendario año 2011

- Niños (6 a 24 meses)
- Embarazadas
- Puérperas (hasta los 6 meses)a partir del 2015 hasta los 10 días.
- Personal de Salud

Grupos incluidos

Estrategia complementaria.

- Mayores de 65 años sin O.S.
- Personas de 2 a 64 años: con Enf. Resp., Cardíacas, Inmunodef. Cong. o adquiridas, oncohem. Y transplantados, (obesos morb., diabéticos, conv. Inmunosup., Insuf. Renal crónica en diálisis, etc.)

Triple bacteriana acelular (Difteria, Tétanos, Pertussis)

Introducción

En la Argentina y el mundo se ha verificado un aumento de casos de tos convulsa a pesar de las adecuadas coberturas de vacunación. En 2008, la OMS estimaba que se habían registrado unas 195.000 muertes en niños, el 95% de las cuales habían tenido lugar en países en desarrollo. Numerosos estudios han demostrado que tanto los adolescentes como los adultos representan la fuente de transmisión para los lactantes, que son quienes tienen mayor riesgo de complicaciones y mortalidad. Los adolescentes

y los adultos presentan cuadros atípicos de tos convulsa que, al no ser diagnosticados como tales por pasar inadvertidos clínicamente, favorecen la portación faríngea de la bacteria y actúan entonces como reservorios de transmisión. Además, la vacunación en la infancia y la enfermedad por B. pertussis no confieren inmunidad duradera, por lo cual es fundamental lograr adecuadas coberturas de vacunación en los adolescentes con todas las vacunas comprendidas en el Calendario Nacional de Vacunación.

Descripción de la vacuna

- Es una asociación de toxoide y diftérico purificados: las formulaciones acelulares para adolescentes y adultos contienen una dosificación menor tanto del componente pertussis como del diftérico comparado con las formulaciones celulares pediátricas.

Dosis, Vía, Técnica y Esquema

- Dosis de 0,5 ml por vía IM en el músculo deltoides.
- Presentación: monodosis.

Esquema:

- 11 años
- Personal de salud en contacto con menores de 1 año
- Para completar esquema en niños a partir de los 7 años.
- En embarazadas (vigésima semana de gestación) (febrero 2012).Estrategia control coqueluche. (Diciembre 2013 obligatorio en calendario)

Vacuna contra el virus del papiloma humano (H.P.V.)

Según datos epidemiológicos y virológicos se estima que el VPH causa 100% de los casos de CCU, 90% de los casos de cáncer anal, 40% de los de órganos genitales externos (vulva, vagina y pene) y al menos 12% de los orofaríngeos

- El propósito de la introducción de la vacuna contra VPH es la disminución de la incidencia y mortalidad por CCU en mujeres argentinas.
- Incorporada al calendario en el año 2011.

- Vacuna Bivalente (antígenos V.P.H. tipo 16 Y 18 preparados por tecnología ADN recombinante.
- Vacuna cuadrivalente (antígenos 16,18, 6 y 11 que causan verrugas genitales) enero 2014.
- A partir de enero de 2015 se modifica el esquema a 2 dosis.
- Ninguna contiene productos biológicos vivos ni ADN viral.

ESQUEMA

- Niñas de 11 años a partir de enero de 2015: dos dosis (0 y 6 meses).
- Este esquema se indica si inicia antes de los 14 años, en caso de iniciar un esquema atrasado (niñas mayores de 14 años deberán recibir 3 dosis (0-2-6 meses).
- Continuar con el esquema de tres dosis en hombres y mujeres de 11 a 26 años que viven con VIH y trasplantados (0-2-6 meses)

Vacuna neumococcica conjugada

Cohortes incluidas en la vacunación con VCN-13

- Se incluirán los niños nacidos a partir del 1° de enero del 2010, con el esquema correspondiente según la edad.
- Propósitos
- -Controlar de la Enfermedad Invasiva por neumococo en Argentina
- -Disminuir la incidencia, internación, complicaciones, secuelas y mortalidad por neumococo en la población de riesgo en Argentina.

Esquema niños inmunocompetentes

- Entre 2 a 6 mes (inclusive) dos dosis: 2 y 4 meses + Ref. 12 meses.

Si se inicia el esquema posteriormente a los 2 meses de vida deberá respetar el intervalo mínimo de 8 semanas entre dosis.

- Entre 7 a 11 meses (inclusive) dos dosis +REF. 12 meses (intervalo mínimo entre 1° y 2° dos meses)

- Entre 12 y 23 meses (inclusive) (1° dosis a los 12 meses y Ref. entre los 15-18 meses)

Grupos de riesgo que recibirán vacuna conjugada de 13 serotipos con un esquema “3+1”

- Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas
- Enfermedad hemato-oncológica
- Asplenia funcional o anatómica
- Drepanocitosis
- Síndrome nefrótico.
- Recién nacidos prematuros, menores de 32 semanas de edad de gestacional.

Vacuna contra la varicela

Previene las complicaciones graves de la varicela.

Incorporada al calendario nacional en enero de 2015.

Esquema: 15 meses

Dosis, vía y lugar de administración

Dosis: 0,5 ml

Vía: subcutánea

Lugar de aplicación: región deltoideas

Vacuna contra rotavirus

- Vía oral:
- Dosis: prellenada de 1,5 ml.
- No debe aplicarse en forma inyectable bajo ninguna circunstancia.

Introducción de la vacuna contra rotavirus al CNV

- Inicio: *1 de enero de 2015 (se incluirá a todos los lactantes que hayan cumplido dos meses de vida a partir del 1 de enero de 2015)*

Objetivos:

- Controlar los episodios de diarrea aguda moderada o grave por rotavirus en niños de Argentina, a través de la vacunación de lactantes.
- Disminuir la incidencia, las complicaciones, la tasa de internación y muerte por infecciones gastrointestinales causadas por rotavirus en niños de Argentina

Vacuna contra la F.H.A

Criterios para la vacunación

- Residir, desarrollar actividades o visitar localidades de las cuatro provincias donde se han presentado casos de FHA en los últimos años.
- Persona a partir de 15 años de edad.
- No haber recibido vacuna Candid #1 anteriormente.
- La mujer no debe estar embarazada o amamantando.
- No presentar cuadros agudos o crónicos descompensados.
- No presentar cuadros de inmunosupresión o recibir

Corticoides sistémicos.

- No haber recibido otras vacunas y/o gammaglobulinas en el mes previo ni recibirlas en el mes posterior a recibir Candid #1.
- Dosis, Vía, Técnica
- Es una vacuna virus vivo atenuado que se presenta en frascos multidosis. (10 dosis).
- Preparación: el frasco liofilizado será re suspendido en el momento de ser utilizado.
- Una vez reconstituida debe descartarse dentro de las 12 hs. No se debe pasar alcohol u otro desinfectante sobre el tapón de goma de los frascos de vacuna, ya que este procedimiento puede inactivar el virus de la VACUNA.

La dosis es de 0,5 ml y se aplica por vía IM preferentemente en el deltoides izq. utilizando agujas 22Gx1 y jeringas descartables de 1 ml

La vacuna transportada y almacenada en el puesto a una temp. +2+8°C dura 30 días, y transportada en hielo seco y almacenada en freezer a (-15 y -20°C) dura 5 años.

- Las ampollas de agua estéril deberán ser conservadas en heladera entre +2 y +8°C.

Ante todo efecto adverso se debe:

Indicar tratamiento sintomático:

- Paracetamol o derivados pirazolónicos para la fiebre y/o los dolores.
- Metoclopramida para vómitos.
- Dieta y eventualmente Loperamida para diarrea.

Seguimiento clínico de los vacunados.

- Toda persona vacunada que se sienta enferma deberá consultar con el médico de cabecera de su localidad quien completará, si corresponde, una planilla de ESAVI, que deberá comunicar al Programa Regional.

Eventos que se deben notificar

- Eventos serios (requieren hospitalización, ponen en riesgo la vida, discapacidad o casos fatales).
- Eventos que ocurren en grupos de personas.
- Errores programáticos.
- Nuevas vacunas (debe notificarse todo para sensibilizar el sistema).
- En mujeres que confirmen un embarazo en los 3 meses posteriores a la aplicación de Candid #1, deberán notificar al vacunatorio correspondiente y éste, a su vez, deberá Notificar a la Región Sanitaria junto con una muestra de suero de la madre.

El seguimiento de ambos se completará con la ficha perinatal y una muestra de suero al momento del parto (suero de la madre y del cordón del recién nacido) y otra al año del nacimiento.

- Todas las muestras se enviarán refrigeradas al INEVH Pergamino.

Vacuna contra el meningococo

El meningococo es una bacteria que provoca enfermedades graves, como meningitis (inflamación de la membrana que cubre el cerebro) y sepsis (infección generalizada).

Puede tener consecuencias fatales o dejar secuelas irreversibles como amputaciones, la pérdida de audición o una discapacidad.

Los niños menores de 1 año constituyen el grupo más vulnerable, mientras que los adolescentes pueden ser portadores del germen y transmitírselo a los más pequeños.

A partir de 2017, la vacuna contra el meningococo se suma al Calendario Nacional de Vacunación para:

Bebes que cumplan los 3 meses a partir de enero de 2017.

Son tres dosis, a los 3,5 y 15 meses.

Niños y niñas que cumplan 11 años a partir de enero de 2017.

Se les aplicara una única dosis

Incorporación de vacuna antigripal

Ministerio de Salud Pública Resolución 35/2011 Incorpórese al Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, con carácter gratuito y obligatorio, la inmunización con la vacuna antigripal al personal de salud e integrase la misma al Calendario Nacional de Vacunación. Bs. As., 13/1/2011 VISTO el expediente N° 1-2002-22.014/10-4 del registro del Ministerio De Salud, Y considerando:

Que por Resolución Ministerial N° 776 del 30 de abril de 2010 se creó el PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES.

Que el virus de la influenza o gripe se transmite por vía respiratoria, mediante gotitas expulsadas a través de la tos, estornudo o el habla, suspendidas en el aire, que entran en contacto con las mucosas de las vías respiratorias altas o conjuntivas.

Que es un virus de fácil diseminación con una duración de la tasa de contagio de hasta siete días. Que los virus de la influenza son virus de tres tipos antigénicos (A, B y C) que contienen en su superficie glicoproteínas denominadas hemaglutininas (H) y neuraminidasas (N).

Que éstas facilitan la replicación viral y cambian periódicamente su secuencia de aminoácidos, lo que determina las variaciones antigénicas que presenta el virus.

Que es un virus que produce enfermedad fundamentalmente respiratoria, con mayor riesgo de hospitalización, complicación y muerte en individuos que pertenecen a grupos de riesgo.

Que entre las complicaciones más frecuentes se encuentran: neumonitis, neumonía bacteriana secundaria y descompensación de enfermedades crónicas subyacentes (cardiovasculares, pulmonares y metabólicas, fundamentalmente).

Que la influenza pandémica es un tipo de gripe que se repite cada varias décadas y se propaga rápidamente por todo el mundo, caracterizándose habitualmente por causar colapso de los sistemas de salud, gran morbimortalidad, especialmente entre las personas más jóvenes y los inmunocomprometidos.

Que el nuevo virus de la influenza A H1N1 que causara la pandemia comenzó a circular en la Argentina en mayo de 2009, causó cerca de DIEZ MIL (10,000) casos confirmados y más de QUINIENTOS (500) defunciones.

Que la tasa de transmisión del virus de Influenza A H1N1 (agente causal de la gripe pandémica) en Argentina durante el año 2009, fue mayor que en los años previos.

Que los virus de la influenza habitualmente producen considerable morbimortalidad, especialmente en embarazadas, niños menores de DOS (2) años, pacientes con enfermedades de base como inmunodeficiencias, pacientes con enfermedades oncohematológicas, cardiopatas, pacientes con enfermedades crónicas y adultos mayores de (SESENTA Y CINCO) 65 años. Que el personal de salud actúa como

reservorio de él y es potencial fuente de contagio para pacientes hospitalizados e inmunosuprimidos.

Que el riesgo de complicaciones por influenza del personal de salud es significativamente mayor que de la población en general.

Que de un total de CINCUENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS DOS (58.902) trabajadores de salud evaluados en Argentina en el 2009, por infección respiratoria grave, la tasa de hospitalización fue de 331 332 SETENTA cada CIEN MIL (70/100,000), de los cuales la mitad, tuvieron una prueba positiva para H1N1.

Que la tasa de hospitalización en la población general en el mismo período fue de VEINTE cada CIEN MIL (20/100,000), por lo cual el riesgo de hospitalización sería significativamente mayor en el personal de la salud que en la población general.

Que en Argentina fallecieron durante la pandemia del 2009 DIECINUEVE (19) mujeres embarazadas con infección confirmada por Influenza A H1N1 y TREINTA Y DOS (32) niños menores de DOS (2) años.

Que la vacunación es una intervención costo/efectiva, que ha demostrado su impacto en la erradicación de la viruela a nivel mundial, la eliminación del polio virus salvaje de la poliomieltis, la eliminación de la circulación endémica del virus del sarampión en América y en el control de la rubéola.

Que durante 2010 se ha realizado una exitosa campaña de vacunación antigripal en el cien por ciento (100%) de las jurisdicciones de nuestro país, con gran compromiso de la comunidad médica y de la comunidad en general, en la que se logró alcanzar un noventa y cuatro por ciento (94%) de cobertura de vacunación de la población objetivo.

Que esta intervención ha tenido un gran impacto en la disminución de la circulación viral, la carga de enfermedad, las complicaciones y la mortalidad en la enfermedad tipo influenza (ETI) y neumonía en la población Argentina.

Que actualmente se cuenta con vacunas antigripales de eficacia y seguridad comprobadas. Que existen laboratorios de especialidades medicinales productores de vacuna antigripal aprobadas por la Administración Nacional De Medicamentos, Alimentos Y Tecnología Medica (Anmat).

Que, Con El Consenso De La Comisión Nacional De Inmunizaciones (Conain), El Programa Nacional De Control De Enfermedades Inmunoprevenibles, propone incorporar la vacuna antigripal para el personal de salud, embarazadas, puérperas (madres de niños menores de SEIS (6) meses) y niños entre SEIS (6) meses a Veinticuatro (24) meses y su integración al Calendario Nacional de Vacunación. Que la Dirección De Asuntos Jurídicos ha tomado la intervención de su competencia. Por ello, El Ministro De Salud Resuelve:

Artículo 1º — Incorpórase al Programa Nacional De Control De Enfermedades Inmunoprevenibles con carácter gratuito y obligatorio, la inmunización con la vacuna antigripal al personal de salud, embarazadas, puérperas (madres de niños menores de SEIS (6) meses) y niños entre SEIS (6) meses a veinticuatro (24) meses.

Art. 2º — Intégrase al Calendario Nacional De Vacunación, la inmunización con la vacuna antigripal al personal de salud, embarazadas, puérperas (madres de niños menores de SEIS (6) meses) y niños entre SEIS (6) meses a VEINTICUATRO (24) meses.

Art. 3º — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Juan L. Manzur.

Incorporación Vacuna Conjugada contra Neumococo

Ministerio de Salud Pública Resolución 502/2011 Incorpórase al Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, con carácter gratuito y obligatorio, la inmunización con la vacuna conjugada para neumococo a todos los niños y niñas hasta el año de edad. Bs. As., 3/5/2011 VISTO el expediente N° 2002-7535/11-4 del registro del Ministerio De Salud, Y Considerando:

Que las infecciones invasivas por neumococo en pediatría, son una causa importante de morbimortalidad, lo que conlleva altos costos en salud.

Que el *Streptococcus pneumoniae* es la bacteria que más frecuentemente causa neumonía, sepsis, bacteriemia y meningitis en niños.

Que la mayor incidencia de enfermedad neumocócica en niños se produce entre los SEIS (6) y dieciocho (18) meses de edad.

Que en la Argentina el neumococo es el agente etiológico más frecuente de bacteriemias y meningitis bacteriana, considerando nuestra adecuada cobertura para *Haemophilus influenzae b*, en períodos donde no existe epidemia de meningococo y que también es la primera causa de sepsis de la comunidad fuera del período neonatal.

Que en el estudio de serotipos de *Streptococcus pneumoniae* (neumococo), de datos del Estudio Sireva De La Organización Panamericana De La Salud aislados en el año 2009 Argentina, se hallaron doscientos noventa y seis (296) aislamientos bacterianos, la distribución fue la siguiente: neumococo 14 (21,3%), 1 (17,6%), 5 (9,1%), 3 (5,1%), 7F (4,4%), 19A (4,4%), 6B (4,1%), 9V (4,1%), 18C (3,4%), 19F (3,0%), 23F (2,0%).

Que se observó disminución de los serotipos 14 y 5, 6B, e incremento de los serotipos: 1, 3, 19A, lo que ratifica la relevancia de fortalecer y sostener una vigilancia permanente de los neumococos circulantes.

Que de acuerdo a datos de la Dirección De Epidemiología Del Ministerio De Salud, las enfermedades respiratorias constituyen la tercera causa de mortalidad en los niños menores de cinco (5) y la mayoría de las muertes por enfermedades respiratorias ocurrieron antes del año de edad. Que el Ministerio De Salud realizó durante 2010 un estudio costo – efectividad para evaluar la intervención de la introducción de la vacuna antineumocócica conjugada a Calendario Nacional de Vacunación que demostró que la vacunación universal a niños y niñas hasta el año de edad con vacuna antineumocócica conjugada que contenga al menos los serotipos 1, 5 y 14 sería costo-efectiva y cumpliría con el objetivo de disminuir la mortalidad por enfermedad neumocócica invasiva y neumonía.

Que el estudio de costo-efectividad anteriormente mencionado arrojó datos sobre la carga de enfermedad por neumococo y evidenció que la incidencia en menores de cinco (5) años de neumonía consolidante, fue de 1256 casos, de bacteriemia cincuenta coma seis (50,6) casos y de meningitis por neumococo de tres coma cuarenta y nueve (3,49) casos cada cien mil (100,000) habitantes.

Que la tasa de mortalidad en menores de cinco (5) años, por neumonía consolidante fue de uno coma uno por ciento (1,1%), por bacteriemia por neumococo, uno coma cinco por ciento (1,5%) y por meningitis neumocócica trece coma tres por ciento (13,3%). Las secuelas auditivas de la meningitis fueron de veintisiete coma siete por

ciento (27,7%) y las secuelas neurológicas 333 334 de diecisiete por ciento (17%), según el estudio costo-efectividad realizado en la Argentina.

Que el Ministerio De Salud está realizando un esfuerzo para fortalecer la vigilancia epidemiológica de todas las enfermedades inmunoprevenibles y especialmente la enfermedad invasiva por neumococo, para evaluar el impacto de la intervención.

Que, actualmente en la Republica Argentina la vacuna conjugada para neumococo no se encuentra incluida en el Calendario Nacional De Vacunación. Que, actualmente se encuentran disponibles vacunas conjugadas para neumococo, que son seguras y eficaces.

Que, existen laboratorios productores de vacuna antimeningocócica aprobadas por la Administración Nacional De Medicamentos, Alimentos Y Tecnología Médica – Anmat.

Que, con el consenso de la Comisión Nacional De Inmunizaciones (Conain), El Programa Nacional De Control De Enfermedades Inmunoprevenibles propone la incorporación al Calendario Nacional De Vacunación la vacuna conjugada para neumococo a todos los niños y niñas hasta los doce (12) meses de edad.

Que la Comisión Nacional De Inmunizaciones recomendó que el objetivo de la introducción de vacuna antimeningocócica sea disminuir la mortalidad secundaria a la enfermedad invasivas por neumococo, las secuelas y la mortalidad argentina.

Que la estrategia de vacunación tendrá efecto rebaño, disminuyendo la circulación del neumococo, generando una protección indirecta para la infección invasiva en la población no vacunada.

Que se integrará durante el primer año de la incorporación, la estrategia de captura por edad (“Catch up”) hasta los DOS (2) años, permitiendo alcanzar mayor cobertura poblacional en un corto período de tiempo con el consiguiente impacto en el descenso de la carga de enfermedad.

Que la Dirección De Asuntos Jurídicos ha tomado la intervención de su competencia.

Que se actúa en uso de las facultades conferidas por la Ley de Ministerios (T.O. 1992), modificada por la Ley 26.338. Por ello, El Ministro De Salud Resuelve:

Artículo 1º — Incorpórese al Programa Nacional De Control De Enfermedades Inmunoprevenibles, con carácter gratuito y obligatorio, la inmunización con la vacuna conjugada para neumococo a todos los niños y niñas hasta el año de edad.

Art. 2º — Intégrese al Calendario Nacional De Vacunación, la inmunización con la vacuna conjugada para neumococo a todos los niños y niñas a los DOS (2) meses, cuatro (4) meses y doce (12) meses de vida.

Art. 3º — Impleméntese como estrategia adicional, exclusivamente, durante el primer año de la incorporación, la inmunización a los niños entre doce (12) meses y veinticuatro (24) meses dos (2) dosis de vacuna conjugada para neumococo con un intervalo mínimo de dos (2) meses entre ambas dosis. Art. 4º — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Juan L. Manzur.

Incorporación Vacuna contra el VPH

Ministerio de Salud Publica Resolución 563/2011 Incorpórase al Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, con carácter gratuito y obligatorio, la inmunización con la vacuna para VPH a todas las niñas de once años de edad, e Intégrese la misma al Calendario Nacional de Vacunación. Bs. As., 10/5/2011 visto el expediente Nº 2002-7536/11-0 del registro del Ministerio De Salud, Y Considerando:

Que el Vph (Virus Del Papiloma Humano) es el nombre que se le da a un grupo de virus que incluye más de ciento cincuenta (150) genotipos diferentes.

Que la infección por VPH es una de las causas más frecuentes de Infecciones de Transmisión Sexual en el mundo.

Que al menos la mitad de las mujeres y hombres sexualmente activos contraerán la infección genital por HPV en algún momento de sus vidas y por lo menos el ochenta por ciento (80%) de mujeres habrá contraído una infección genital por VPH al llegar a los CINCUENTA (50) años de edad.

Que existen DOS (2) grandes grupos de VPH genital. Uno es denominado de “bajo riesgo”, porque no implica riesgo de cáncer. Estos virus pueden producir verrugas genitales o ciertos cambios en el cuello uterino. El otro grupo, denominado de “alto

riesgo”, produce lesiones premalignas y malignas. La infección persistente por VPH de “alto riesgo” se conoce como la causa de cáncer cervicouterino.

Que los estudios de prevalencia epidemiológica a nivel mundial, se ha establecido que los tipos de alto riesgo u oncogénicos más frecuentes son el dieciséis (16) y el dieciocho (18).

Que se estima que todos los años se diagnostican quinientos mil (500,000) nuevos episodios de cáncer cervical en el mundo, de los cuales el ochenta por ciento (80%) ocurren en países en desarrollo con una mortalidad cercana al cincuenta por ciento (50%).

Que de acuerdo a estadísticas del Ministerio De Salud, en Argentina se reportan cerca de cinco mil (5.000) episodios de neoplasias cervicales invasoras y aproximadamente un mil setecientas (1.700) muertes por año.

Que Argentina posee una tasa de incidencia de cáncer de cuello uterino de 25,5/100000 habitantes y una tasa de mortalidad con ajuste por edad de 7,8 muertes/100,000 mujeres en 2002.

Que la carga de enfermedad en Argentina no es homogénea y varía según el área, siendo muy alta en poblaciones rurales. Algunas provincias argentinas presentan tasas de mortalidad elevadas por cáncer cérvicouterino, por ejemplo Jujuy, salta Formosa, chaco, misiones y corrientes (tasas de hasta 300/100,000 mujeres). Que la prevalencia de infección por vph global en argentina fue del dieciséis coma seis por ciento (16,6%)

. Que la prevalencia de los serotipos de VPH asociados a cáncer en Argentina fue del VPH 16 (4%) seguida por VPH 35 (2,2%) y VPH 18 (1,9%).

Que el propósito de la introducción de la vacuna para VPH es la reducción de la incidencia del cáncer cervicouterino en las mujeres argentinas.

Que el logro del propósito de la introducción de la vacuna para VPH se encuentra en el marco de un abordaje integral de la prevención del cáncer cervicouterino, constituyendo la vacuna una herramienta 335 336 de esta estrategia.

Que la evidencia epidemiológica confirma que la infección persistente con tipos oncogénicos de VPH es la principal causa de cáncer cervicouterino y de la mayoría de las lesiones precursoras.

Que la infección persistente es un factor causal necesario para las anomalías precancerosas epiteliales cervicales de alto grado.

Que las vacunas disponibles para VPH tienen un perfil de inmunogenicidad, cobertura y seguridad adecuados.

Que el impacto de la introducción de la vacuna para VPH se reflejaría a largo plazo en Argentina

Que el mayor impacto en la disminución de la incidencia del cáncer cervicouterino se observa cuando la aplicación de la vacuna se realiza en la etapa prepuberal.

Que se aplicará a las niñas a los once (11) años de edad, momento en el que se aplican otras vacunas del Calendario Nacional de Vacunación (triple viral, hepatitis B, triple bacteriana acelular) y antes del desarrollo puberal.

Que el Ministerio De Salud está realizando un esfuerzo para fortalecer la vigilancia epidemiológica de la infección por VPH y de la incidencia y mortalidad del cáncer cervicouterino, para evaluar el impacto de la intervención.

Que, actualmente en la Republica Argentina la vacuna para VPH no se encuentra incluida en el Calendario Nacional de Vacunación.

Que, actualmente se encuentran disponibles vacunas para VPH seguras y eficaces.

Que, existen laboratorios productores de vacuna para VPH aprobadas por la

Que, con el consenso de la Comisión Nacional De Inmunizaciones (Conain), El Programa Nacional De Control De Enfermedades Inmunoprevenibles propone incorporar al Calendario Nacional De Vacunación la vacuna para VPH, a las niñas de once (11) años con un esquema de tres (3) dosis.

Que la Dirección De Asuntos Jurídicos ha tomado la intervención de su competencia.

Que se actúa en uso de las facultades conferidas por la Ley de Ministerios (T.O. 1992), modificada por la Ley 26.338. Por ello, El Ministro De Salud Resuelve:

Artículo 1º — Incorpórese al Programa Nacional De Control De Enfermedades Inmunoprevenibles con carácter gratuito y obligatorio, la inmunización con la vacuna para VPH a las niñas de once (11) años con un esquema de tres (3) dosis.

Art. 2º — Intégrese al Calendario Nacional De Vacunación, la inmunización con la vacuna para VPH a las niñas de once (11) años. El esquema será de tres (3) dosis al inicio cero (0), al mes o dos (2) meses de la primera dosis y a los seis (6) meses de la primera dosis.

Art. 3º — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Juan L. Manzur. (2)

Esquema y calendario de vacunación

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

Calendario de vacunación 2018

Edad	Vacunas																			EXCLUSIVO EN CASO DE RIESGO	
	BCG (1)	Hepatitis B HB (2)	Neumococo Conjugado (3)	Quíntuple Pentavalente DTP-HB-Hib (4)	Polio (5)		Rotavirus (7)	Meningococo (8)	Gripe (9)	Hepatitis A HA (10)	Triple Viral SRP (11)	Varicela (12)	Cuádruple o Quintuple Pentavalente DTP-Hib (13)	Triple Bacteriano Celular DTP (14)	Triple Bacteriano Acelular dTpa (15)	Virus Papiloma Humano VPH (16)	Doble Bacteriano dT (17)	Doble Viral SRP o Triple Viral SRP (16)	Fiebre Amarilla FA (19)	Fiebre Hemorrágica Argentina FHA (20)	
Recién nacido	Única dosis (A)	dosis neonatal (B)																			
2 meses			1ª dosis	1ª dosis	1ª dosis		1ª dosis (D)														
3 meses								1ª dosis													
4 meses			2ª dosis	2ª dosis	2ª dosis		2ª dosis (E)														
5 meses																					
6 meses							3ª dosis														
12 meses			refuerzo							única dosis	1ª dosis										
15 meses												única dosis									
15-18 meses									1ª refuerzo				1ª refuerzo								
18 meses																				1ª dosis (I)	
24 meses																					
5-6 años (segunda escolar)									2ª refuerzo					2ª refuerzo						refuerzo (M)	
11 años																					
A partir de los 15 años																				refuerzo (N)	
Adultos																				refuerzo (N)	
Embarazadas																				refuerzo (N)	
Puerperio																				refuerzo (N)	
Personal de salud																				refuerzo (N)	

(15)

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio o Diseño.

El abordaje del estudio a realizar será cuantitativo, de diseño no experimental debido a que no se manipulan las variables, descriptivo porque especifica aspectos de un momento que ocurre de manera natural; cuantitativo ya que se le asigna un valor numérico a las variables de estudio; y de corte transversal prospectivo porque se registrarán los datos a través de una encuesta sobre el nivel de información, la opinión de madres jóvenes adultas (entre 18 y 35 años de edad) con hijos menores de 7 años a partir de enero a marzo del año 2019 en la ciudad de Ramallo.

Sitio o contexto de la investigación

La elección del sitio fue utilizando los criterios de elegibilidad, presentados en la Guía de convalidación de sitio, (Anexo I); y cuyos resultados se plasman en Anexo III. La razón por la que se realizó dicha convalidación fue para asegurar la validez interna del estudio; por lo tanto el contexto sea el apropiado y cumpla con las características que mencionan en la guía; permitiendo de ésta manera estudiar la relación que existe entre el nivel de información de las madres adultas jóvenes con hijos menores de 7 años con la opinión de las mismas según su estado civil, nivel de instrucción, situación laboral y su fuente de información.

El lugar donde se realizará el estudio es la sala de espera de los consultorios de pediatría donde las madres llevan a sus niños a controles sanos o por enfermedad. Estos consultorios pediátricos están ubicados dentro del hospital público municipal y funcionan en el turno de mañana de 8 a 12 hs de lunes a viernes.

El hospital municipal recepciona a la gran mayoría de personas de la ciudad cabecera del partido de Ramallo y de las localidades aledañas, teniendo su dirección en la calle Gomendio 1374 ciudad de Ramallo.

Población y Muestra

Criterio de Inclusión/Exclusión.

Teniendo en cuenta los criterios de inclusión/exclusión la unidad de análisis de este proyecto estará integrada por cada una de las madres jóvenes adultas con hijos menores de 7 años que concurran al hospital de la ciudad de Ramallo a partir de enero a Marzo del año 2019 oriundo de la ciudad.

La muestra estará seleccionada por un muestreo no probabilístico accidental, se encuestará aproximadamente a 100 madres adultas jóvenes (entre 18 y 35 años de edad) según cálculos estadísticos de los datos de la población en los registros de consultas (ver Anexo III). Por lo tanto serán parte de esta muestra las madres que asistan los días lunes a viernes de 9 a 11 hs al servicio de pediatría (sala de espera) durante los meses enero, febrero y marzo.

Con respecto a la validez externa no se podrá generalizar los resultados a una investigación futura, ya que ésta se realizará para esta población específica que se encuentra e interactúa dentro de un contexto determinado histórico político social y cultural.

Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Se realizará una entrevista utilizando un cuestionario de la Universidad de Alicante por Belén de la fuente Sánchez, año 2017 y que fue adaptado a las finalidades de la investigación (Anexo II). El cuestionario tendrá las siguientes secciones: una para la recolección de datos generales: edad, nivel de estudio, estado civil y situación laboral, tipo de información. En la otra sección habrá 8 preguntas sobre el nivel de información, y generalidades de vacunación; finalmente 8 preguntas relacionadas a la opinión de las encuestadas. Deberán marcar con una x las siguientes opciones sí, no, ns/nc.

La investigación se llevará a cabo los días lunes a viernes en el horario de atención de 9 a 11 hs a madres jóvenes adultas, durante la espera en la atención de la consulta pediátrica en los meses de enero a marzo del año 2019.

La elección de la encuesta se debió a que se puede aplicar a éste grupo de madres, se lo puede imprimir, contiene preguntas de una manera clara, segura y rápida. La

desventaja del mismo es que puede haber posibilidades de respuestas falsas, limitación de lenguaje o exceso de preguntas para las encuestadas.

Este trabajo de investigación estará sujeto a los principios universales, es decir que las participantes tendrán el derecho a la información completa y la autodeterminación, contando con el consentimiento informado tienen asegurada la confidencialidad.

Operacionalización de las variables

Las variables en estudios son:

Variable 1- Nivel de información

Tipo: cualitativa

Función: Independiente

Dimensión 1- Generalidades de vacunación

Definición conceptual: Es el grado del origen y la forma de información adquiridos sobre Inmunizaciones.

Indicadores

¿Conoce usted que es una vacuna?

¿Sabe usted cuantas vacunas hay actualmente en el calendario de vacunación?

¿Sabe usted que tiene que hacer si tiene fiebre después de vacunado?

¿Sabe usted las distintas vías de administración de vacunas

¿Conoce usted el esquema de vacunación que recibe su hijo?

¿Sabe usted las edades en que su hijo debe der vacunado?

¿Conoce usted que vacunas recibió su hijo?

¿Conoce usted que enfermedades previenen las vacunas en niños menores de 7 años?

Dimensión 2: Fuente de la información

Definición conceptual: donde está plasmado la información

Indicadores

Libro de texto, artículo de revista, Almanaque, libreta sanitaria, folletos.

Dimensión 3: Tipo de información

Definición conceptual: refiere al modo de la información

Indicador:

General: escuelas, medios de comunicación, internet

Específico: pediatras, enfermeras vacunadoras

Variable 2- Opinión sobre inmunización

Tipo: cualitativa. Compleja

Función: Dependiente

Definición conceptual: Idea o que tiene una persona sobre inmunizaciones.

Dimensión 1: Generalidades de Vacunación

Indicador

¿Las vacunas sirven para curar las enfermedades?

¿Las vacunas sirven para prevenir las enfermedades?

¿Cree que las vacunas son seguras?

¿Cree que las vacunas han logrado erradicar enfermedades?

¿Cree que las vacunas son necesarias?

¿Considera que las vacunas son un negocio para las farmacias?

¿Usted considera tener la información necesaria sobre la vacunas para su hijo?

¿Cree que su hijo está vacunado no se enfermará?

Variable 3- Nivel de instrucción

Tipo: nominal -simple

Definición conceptual: grado de estudios realizado por la persona

Indicadores

Analfabeto

Primaria incompleto

Primaria completo

Secundario incompleto

Secundario completo

Terciaria incompleto

Terciaria completo

Universidad incompleta

Universidad completo.

Variable 4-Estado civil

Tipo nominal -simple

Indicadores

Soltero

Casado

Viudo

Concubinato

Variable 5-Situacion laboral

Tipo nominal simple

Definición conceptual: vinculación de respaldo remunerativo en el marco de una actividad o institución de índole social.

Indicador:

Trabajador dependiente

Trabajador independiente

Ama de casa

Desocupada

Jubilada

Otro

Cuidados éticos

En esta investigación se asegurará a las encuestadas que se mantendrá la confidencialidad, y que bajo ninguna circunstancia los datos obtenidos de la encuesta serán revelados ni difundidos. Las participantes deben contar con la suficiente y completa información. Se le describirá con detalles el estudio de la investigación, teniendo el derecho de abandonar la participación de la misma.

La persona será libre de coacción en este estudio, se respetará la decisión excluyéndolo de la población que formara parte de la investigación.

Personal a cargo de la recolección de datos

Todo lo relacionado a la recolección de datos estará a cargo de la autora del proyecto de investigación, por lo tanto no es necesario el adiestramiento de personal.

Plan de análisis

Para la agrupación de los datos se utilizará la medida estadística descriptiva (frecuencia-relativa), y se presentarán en grafico circular o torta los datos obtenidos. Para la variable nivel de información y opinión de las madres se utilizará una escala ordinal. Luego se procederá una vez valorados los datos al registro de los mismos en una base de datos utilizando como soporte informático el programa Excel.

La variable nivel de información se reconstruirá a través de la codificación mediante la escala de medición ordinal, la cual será la puntuación de respuesta SI: 2 puntos y para el NO: 1 punto.

BUENO (16 a 8) REGULAR (7 a 5) DEFICIENTE (<5)

Para la variable opinión sobre inmunización acerca de la inmunización de sus hijos se utilizará una escala de medición ordinal, la cual consta de la sumatoria que se obtendrá como resultado del mismo: opinión positiva; de 24 a 15 puntos; opinión negativa; de 8 a 14 puntos.

El valor asignado a cada opción de respuesta marcada es de 3 puntos por si, de 1 por no, de 0 ns/nc.

Para las variables simples tales como, nivel de instrucción, estado civil, situación laboral la escala de medición será de tipo nominal ya que no se pretenderá

jerarquizar ninguno de estos datos, su codificación corresponderá solo a un símbolo y será de la siguiente manera.

NIVEL DE ESTUDIO	ANALFABETA	<input type="checkbox"/>	A
	PRIMARIA INCOMPLETA	<input type="checkbox"/>	B
	PRIMARIA COMPLETA	<input type="checkbox"/>	C
	SECUNDARIA INCOMPLETA	<input type="checkbox"/>	D
	SECUNDARIA COMPLETA	<input type="checkbox"/>	E
	TERCIARIO INCOMPLETO	<input type="checkbox"/>	F
	TERCIARIO COMPLETO	<input type="checkbox"/>	G
	UNIVERSITARIO INCOMPLETO	<input type="checkbox"/>	H
	UNIVERSITARIO COMPLETO	<input type="checkbox"/>	I
ESTADO CIVIL	SOLTERA	<input type="checkbox"/>	J
	CASADA	<input type="checkbox"/>	K
	DIVORCIADA	<input type="checkbox"/>	L
	VIUDA	<input type="checkbox"/>	M
	CONCUBINATO	<input type="checkbox"/>	N
SITUACION LABORAL	TRABAJADOR DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>	O
	TRABAJADOR INDEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>	P
	AMA DE CASA	<input type="checkbox"/>	Q
	DESOCUPADA	<input type="checkbox"/>	R
	JUBILADA	<input type="checkbox"/>	S
	OTRO	<input type="checkbox"/>	T

Plan de trabajo y cronograma

Plan de trabajo												
Todas las actividades serán desarrolladas por la autora de la presente investigación												
Días y horarios de la Recolección de datos en consultorios de pediatría 9 a 11 Lunes – Viernes de 8 a 11 hs.												
ACTIVIDADES	PERÍODO / AÑO 2019											
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
Recolección de datos(*)	X	X	X									
Codificación				X								
Verificación de información					X							
Tabulación de datos						X	X	X				
Análisis e interpretación									X	X		
Redacción del informe final											X	
Impresión del informe final												X

(*) A través del instrumento: cuestionario realizar sala de espera de consultorios pediátrico

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
Meses Actividades												
Recolección de datos	2da a la 4ta semana días hábiles *	IDEM *	IDEM *									
Codificación				DIA HABIL *								
Verificación de información					DIA HABIL *							
Tabulación de datos						DIA HABIL *	DIA HABIL *	DIA HABIL *				
Análisis e interpretación									DIA HABIL *	DIA HABIL *		
Redacción del informe final											DIA HABIL *	
Impresión del informe final												IDEM
*EXCEPCION LOS DIAS FERIADOS IDEM= DIA HABIL: LUNES A VIERNES												

Anexo I: Guía para el estudio exploratorio

Guía para el estudio exploratorio

La institución autoriza a la realización del trabajo: Si –No

El ingreso a la institución para los usuarios es de fácil accesibilidad: Si – No

Posee un sistema de admisión: Si – No

Posee oficina de estadísticas de admisiones de consultorios pediátricos: Si-No

Posee identificación los consultorios pediátricos: Si- No

Posee una sala de espera exclusiva para la atención de los niños: Si- No

N ° de consultas de niños menores de 7 años x mes, anual

N° de consultorios de pediatría.

Días y horarios de atención del servicio: lunes a viernes de 8 a 12 hs

Anexo II: Instrumento

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Formulario de consentimiento informado

Titulo. Nivel de información y opinión de las madres sobre inmunización de sus hijos menor a 7 años.

La estudiante Patricia Ramírez de la carrera en licenciatura de enfermería de la universidad de Rosario, estará llevando a cabo un trabajo de investigación para la materia de Tesina, sobre el nivel de información y opinión a madres menor de 20 años de sus hijos menores de siete años sobre inmunización. El objetivo de este estudio es qué relación existe entre el nivel de información sobre inmunización con la opinión de madres de la misma.

El estudio consistirá en responder un cuestionario sobre el tema mencionado, el procedimiento será estrictamente confidencial, que podrá abandonar la participación sin tener que dar ninguna explicación.

No publicara o utilizara los datos dados por el participante.

Doy fe que para obtener el presente consentimiento informado se me explico de forma clara todo lo relacionado con mi participación en la investigación, aclarándome las dudas e inquietudes surgidas.

Manifiesto mi conformidad con la información recibida por lo cual firmo el presente consentimiento a los _____ días del mes de _____ de _____

Nombres y Apellidos _____

Firma _____

DNI _____

Anexo II bis: Trabajo original

CUESTIONARIO ORIGINAL

Cuestionario de conocimientos y opiniones de los padres sobre la vacunación

Nº DE ENCUESTA: _____

El Hospital Universitario del Vinalopó está realizando una investigación con el objetivo de conocer mejor la opinión y los conocimientos de los padres acerca de las vacunas.

Le pedimos que responda a las siguientes preguntas con la mayor sinceridad. Sus respuestas serán tratadas de manera confidencial y anónima, conforme a la Ley 15/99 Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal. La información que nos proporcione será utilizada exclusivamente para fines relacionados con la investigación.

A continuación, rogamos que marque la casilla con una cruz y firme el presente consentimiento. Muchas gracias por su colaboración.

He sido informado de los objetivos de esta investigación y doy mi consentimiento libre e informado para participar en ella.

Fdo:.....

Características sociodemográficas:

Sexo: H M Edad: _____ Nº de hijos: _____ País de nacimiento: _____

Situación laboral:

Baja maternal/paternal En paro Trabajando Otras situaciones

Nivel de estudios:

Sin estudios Educación primaria Educación secundaria Educación superior

GENERALIDADES DE LAS VACUNAS

1. ¿Piensa que las vacunas sirven para curar enfermedades?

Sí No NS/NC

2. ¿Piensa que las vacunas sirven para prevenir enfermedades?

Sí No NS/NC

3. ¿Piensa que las vacunas provocan la enfermedad más suave?

Sí No NS/NC

4. ¿Cree que las vacunas son seguras?

Sí No NS/NC

5. ¿Sabe que a través de las vacunas se ha logrado erradicar enfermedades?

Sí No NS/NC

6. Señale las vacunas que conoce.

Sarampión	SI	Polio	SI	Rubeola	SI	Papiloma virus	SI
Tos Ferina	SI	Gripe	SI	Parotiditis	SI	HIB (Haemophilus Influenzae tipo B)	SI
Difteria	SI	Hepatitis B	SI	Meningococo C	SI	Varicela	SI
Tétanos	SI	Hepatitis A	SI	Neumococo	SI		

CONOCIMIENTOS SOBRE EL CALENDARIO VACUNAL

7. ¿Conoce el calendario de vacunación infantil?

Sí No NS/NC

8. ¿Sabe cuántos calendarios de vacunación infantil existen en la Comunidad Valenciana?

Nº _____ NS/NC

9. ¿Sabe qué vacuna le van a administrar a su hijo?

Sí No NS/NC No se le va a administrar vacuna

ACTITUDES HACIA LA VACUNACIÓN

10. ¿Se ha planteado alguna vez no vacunar a su hijo? Señale el motivo.

Miedo a efectos secundarios Miedo a provocar la enfermedad Prevalece riesgo sobre beneficio
 Ineficacia de las vacunas Otros: _____ No me he planteado no vacunar

11. ¿Han tenido efectos secundarios las vacunas administradas en su hijo? Señale cuál/es.

Malestar/Irritabilidad Fiebre leve Inflamación/dolor del sitio de punción
 Otros: _____ No ha habido efectos secundarios

12. ¿En su opinión, las vacunas del calendario vacunal deberían ser obligatorias?

Sí No NS/NC

13. ¿Cree que un niño no vacunado supone un riesgo para su hijo?

Sí No NS/NC

INFORMACIÓN SOBRE VACUNAS

14. ¿Cuál es su principal fuente de información sobre vacunas? (Puede señalar varias)

<input type="checkbox"/> Familia/Amigos	<input type="checkbox"/> Médico Centro de Salud	<input type="checkbox"/> Folleto/ Póster específico sobre vacunas
<input type="checkbox"/> Medios de Comunicación (prensa, radio, TV)	<input type="checkbox"/> Enfermera Centro de Salud	<input type="checkbox"/> No me han dado información
<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Ginecólogo	<input type="checkbox"/> Otros: _____
	<input type="checkbox"/> Farmacia	

15. ¿Cree haber obtenido suficiente información por parte del profesional sanitario antes de vacunar a su hijo?

Sí No NS/NC

16. ¿Le han informado de los posibles efectos secundarios?

Sí No NS/NC

Cuestionario modificado por la autora para el trabajo de investigación

Instrumento

Cuestionario para medir el nivel de información de inmunización sobre la opinión de madres menores a 20 años con niños menores de 7 años.

El siguiente cuestionario contiene preguntas relacionadas con el nivel de información sobre inmunización de acuerdo con lo que opinan en el tema de sus hijos

Datos del encuestada:

EDAD:

NIVEL DE ESTUDIO	ANALFABETA	<input type="checkbox"/>
	PRIMARIA INCOMPLETA	<input type="checkbox"/>
	PRIMARIA COMPLETA	<input type="checkbox"/>
	SECUNDARIA INCOMPLETA	<input type="checkbox"/>
	SECUNDARIA COMPLETA	<input type="checkbox"/>
	TERCIARIO INCOMPLETO	<input type="checkbox"/>
	TERCIARIO COMPLETO	<input type="checkbox"/>
	UNIVERSITARIO INCOMPLETO	<input type="checkbox"/>
	UNIVERSITARIO COMPLETO	<input type="checkbox"/>

ESTADO CIVIL	SOLTERA	<input type="checkbox"/>
	CASADA	<input type="checkbox"/>
	DIVORCIADA	<input type="checkbox"/>
	VIUDA	<input type="checkbox"/>
	CONCUBINATA	<input type="checkbox"/>

SITUACION LABORAL	TRABAJADOR DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>
	TRABAJADOR INDEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>
	AMA DE CASA	<input type="checkbox"/>
	DESOCUPADA	<input type="checkbox"/>
	JUBILADA	<input type="checkbox"/>
	OTRO	<input type="checkbox"/>

Cuál es la fuente de información:

TIPO DE FUENTE INFORMACION

SECUNDARIA (libro de texto, art de revista)	<input type="checkbox"/>
TERCIARIA (almanaque, libreta sanitaria, folleto)	<input type="checkbox"/>

TIPO DE INFORMACION

GENERAL (escuela, medios de comunicación Internet)	<input type="checkbox"/>
ESPECIFICO (pediatra, vacunadora)	<input type="checkbox"/>

Encuesta

NIVEL DE INFORMACION

Marque con una cruz lo que Ud. conoce

- 1- ¿Conoce usted que es una vacuna?
 - a) Si
 - b) No
- 2- ¿Sabe usted cuantas vacunas hay actualmente en el calendario de vacunación?
 - a) Si
 - b) No
- 3- ¿Sabe usted que tiene que hacer si tiene fiebre después de vacunado?
 - a) Si
 - b) No
- 4- Sabe usted los distintas vías de administración de vacunas
 - a) Si
 - b) No
- 5- ¿Conoce usted el esquema de vacunación que recibe su hijo?
 - c) Si
 - d) No
- 6- ¿Sabe usted las edades en que su hijo debe der vacunado?
 - a) Si
 - b) No
- 7- ¿Conoce usted que vacunas recibió su hijo?
 - a) Si
 - b) No
- 8- ¿Conoce usted que enfermedades previenen las vacunas en niños menores de 5 años?
 - c) Si
 - d) No

Marque con una cruz lo que Ud. opina

9-¿Las vacunas sirven para curar las enfermedades?

- a) SI
- b) NO
- c) NS/ NC

10-¿Las vacunas sirven para prevenir las enfermedades?

- a) SI
- b) NO
- c) NS/NC

11-¿Cree que las vacunas son seguras?

- a) Si
- b) NO
- c) NS/NC

12-¿Cree que las vacunas ha logrado erradicar enfermedades?

- a) SI
- b) NO
- c) NS/ NC

13-¿Cree que las vacunas son necesarias?

- a) SI
- b) NO
- c) NS / NC

14-¿Considera que las vacunas son un negocio para las farmacias?

- a) SI
- b) NO
- c) NS /NC

15-¿Usted considera tener la información necesaria sobre la vacunas para su hijo?

- a) SI
- b) NO
- c) NS/ NC

16-¿Cree que su hijo está vacunado no se enfermara?

- a) SI
- b) NO
- c) NS/NC

Anexo III: Guía para estudio exploratorio

Resultados del estudio exploratorio

La selección del lugar de investigación posee de una población con las características de la guía del estudio exploratorio, en el hospital de la ciudad de Ramallo. La dirección de este ente público municipal autorizo a realizar la recolección de datos sobre el nivel de información de madres menor de 20 años con hijos menores de 7 años y la opinión que tienen sobre la inmunización aquellos que se encuentren predispuestas a colaborar con la investigación para realizar el proyecto de Tesina como alumna regular 5to año de la Escuela UNR.El hospital recepciona a gran mayoría de personas de Ramallo y las localidades con dirección de la calle Gomendio 1374 de la ciudad de Ramallo. Posee tres consultorios pediátricos que funcionan a la mañana de 8 a 12 hs, y por la tarde un consultorio de 13 a 17 hs de lunes a viernes. Se atienden 2000 niños aproximadamente con un promedio de 100 consultas diarias. El lugar donde se realizará el estudio será en una sala de espera de los consultorios de pediatría donde las madres llevan a sus niños a controles sanos o por enfermedad. Estos consultorios están ubicados dentro del hospital, perteneciente al sector público en salud.

Anexo IV: Prueba piloto

Prueba Piloto

La prueba piloto se realizó a 6 madres que llevaron a sus hijos a la consulta pediátrica a un caps. barrial, con características similares tanto como la población como el lugar, para verificar que el instrumento sea el adecuado, que mida las variables en estudio, también la formulación de las preguntas, disposición de las personas a participar, el tiempo que conlleva, la factibilidad del instrumento.

Resultados de la prueba piloto del instrumento

Las madres estuvieron predispuestas a la participación de la encuesta, no hubo inconveniente en la comprensión de la misma, llevando solo 10 minutos aproximadamente cada instrumento.

Al realizar el análisis de los datos, se observó que en los ítems en donde figura las preguntas sobre la opinión de las generalidades de vacunación no se formuló correctamente la pregunta para evitar sesgos el autor modificó el instrumento. Para obtener respuesta que sean adecuadas a las variables de estudio.

BIBLIOGRAFIA

1. Tregnanngni M, Ceballos A. Library Scielo. [Online].; ed 2005. Acceso 2018.
Disponible en: <http://www.mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/5798/1/amontilla.pdf>.
2. Mansur DJL. Recomendaciones nacionales de vacunacion argentina 2012.
2013th ed. ProNaCEI , editor. Buenos Aires: Graficas Papiros S.A.C.I.; 2012.
3. Dra. Montilla A. Library Scielo. [Online].; 2014. Acceso 2018.
Disponible en: <http://www.mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/5798/1/amontilla.pdf>.
4. Sharon HBC. Library Scielo. [Online].; 2016. Acceso 2018.
Disponible en: <http://repositorio.uns.edu.pe/handle/UNS/3128>.
5. Veliz L, Campos C, Vega P. Lirary Scielo. [Online].; 2016. Acceso 2018.
Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v33n1/art05.pdf>.
6. SÁNCHEZ BDLF. conocimientos y opiniones de los padres sobre la de la Fuente Sanchez Belen.pdf.
[Online].; abril de 2017. Acceso 17 de septiembre de 2018. Disponible en:
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/67211/1/CONOCIMIENTOS_Y_OPINIONES_DE_LOS_PADRES_SOBR
7. M. E. Vázquez Fernández JJMBJCVFESFJGTRLGAMLGMMESP.
Rev Pediatr Aten Primaria vol.17 no.66 Madrid abr./jun. 2015. [Online].; 2015.
Acceso 17 de septiembre de 2018. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322015000300006.
8. desconocido. <https://conceptodefinicion.de/fuentes-de-informacion/>. [Online].; 2018.
Acceso 17 de septiembre de 2018. Disponible en:
<https://conceptodefinicion.de/fuentes-de-informacion/>.
9. Tuells J. Controversias sobre vacunas en España, una oportunidad para la vacunología social.
[Online].; ene./feb. 2016. Acceso 17 de septiembre de 2018. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112016000100001.
10. M. E. Vázquez Fernández JJMBJCVFESFJGTRLGAMLGMMESP.
La web Familia y Salud como fuente de promoción de la salud de niños, familias y adolescentes.
[Online].; abr./jun. 2015. Acceso 17 de septiembre de 2018. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322015000300006.
11. Fernández Batalla M, Jiménez Rodríguez L, Santamaría García JM, Gómez González JL,

- González Aguña AyMSME. Conceptualización de la toma de decisiones en el cuidado: acercamiento desde la vacunación. [Online].; dic. 2015.. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2015000300012.
12. Orosco RdFI. CONOCIMIENTO DE MADRES DE NIÑOS. [Online].; 2014.
Acceso 17 de septiembre de 2018. Disponible en:
http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/342/1/lzquierdo_rf.pdf.
13. Martin EV. Conceptos importantes sobre inmunizaciones. [Online].;
ene./abr. 2007. Acceso 17 de septiembre de 2018. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172007000100013.
14. Sociedad 21Cc. Alerta sanitaria. [Online].; 2018. Acceso 17 de septiembre de 2018.
Disponible en:
https://www.clarin.com/sociedad/vuelven-pais-casos-sarampion-despues-17-anos_0_By-pV05qf.html.
15. Allende. S. <https://www.lavoz.com.ar/>. [Online].; 2018.
Acceso 17 de septiembre de 2018. Disponible en:
<https://www.lavoz.com.ar/espacio-de-marca/comienzan-las-clases-repasa-el-calendario-de-vacunacion>.
16. Tregnani M, Ceballos A. Library scielo. [Online].; ed. 2005. Acceso 16 de diciembre de 2018.
Disponible en: <http://www.mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/5798/1/amontilla.pdf>.