

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



Proyecto de Tesina

Factores sociales en madres de 13 a 15 años de edad con el cumplimiento de calendario nacional de vacunas en niños desde su nacimiento hasta el ingreso escolar, en un Centro de Atención Primaria de Arroyo Seco

Por:
Enfermera: Ruiz Marianela
Director de Tesina:
Lic. Ruiz Fernanda
Docente Asesor:
Lic Acosta Simón

Rosario, marzo 2019

Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina

AGRADECIMIENTOS:

Gracias a mi Directora y tía Mercedes por su dedicación, motivación y aliento, ha sido un honor y privilegio contar con su guía incondicional.

A mi novio Julián que siempre me ha brindado su amor, comprensión y cariño, siendo un impulsor para seguir adelante y no abandonar.

A mis padres Orlando y Angela por haberme formado como la persona que soy en la actualidad, muchos de mis logros se los debo a ellos, entre los que se incluye este.

Por último a mis hermanos Ulises y Romina por confiar en mí y ser parte de mi vida...

RESUMEN

La inmunización es una de las intervenciones sanitarias más potentes y eficaces para prevenir enfermedades y reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años. El atraso de las vacunas constituye un grave problema de salud debido a que la eficacia de las mismas es menor si no se administra a la edad recomendada, siendo los factores sociales de las madres una de las causas primordiales en relación al cumplimiento del calendario de vacunas de sus niños.

El objetivo de este Proyecto es describir la relación que existe entre los factores sociales en madres de 13 a 35 años de edad con el cumplimiento del calendario nacional de vacunas en niños desde su nacimiento hasta el ingreso escolar en un Centro de Salud de la localidad de Arroyo Seco, durante el período de enero, febrero y marzo del 2019.

El abordaje será cuantitativo, tipo de estudio no experimental descriptivo, transversal y prospectivo. El sitio donde se realizará el estudio será en la sala de usos múltiples del Centro de Salud de la localidad de Arroyo Seco.

La población a estudiar serán las madres de 13 a 35 años y niños desde su nacimiento hasta el ingreso escolar.

Para medir la variable independiente factores sociales se utilizará como técnica una encuesta y el instrumento empleado será un cuestionario. Para la variable dependiente cumplimiento del calendario nacional de vacunas se aplicará una técnica de observación y como instrumento una lista de cotejo.

En relación al plan de análisis será bivariado, con estadísticas descriptivas, representándose los resultados obtenidos en tablas simples y gráfico de torta.

Palabras claves: Factores sociales, calendario nacional de vacunas, madres y niños.

INDICE GENERAL

	Pág.
Resumen y Palabras clave	3
Índice General	4
Introducción	
Estado actual de conocimiento o Estado del Arte	5
Planteamiento del problema en estudio	7
Hipótesis y objetivos	8
Marco Teórico	9
Material y Métodos	
Tipo de estudio o Diseño	25
Sitio o contexto de la investigación	25
Población y Muestra	25
Técnicas e instrumentos de recolección de datos	26
Personal a cargo de la recolección de datos	29
Plan de análisis	30
Plan de trabajo y Cronograma	33
Anexos	
I- Guía de estudio de convalidación o exploratorio de sitio	35
II- Instrumento de recolección de datos	37
III - Resultados del estudio exploratorio	41
IV- Resultado de la prueba piloto del instrumento	42
Bibliografía	44

INTRODUCCIÓN

La inmunización es una de las intervenciones sanitarias más potentes y eficaces en relación con el costo, previene enfermedades debilitantes, discapacidades y salva millones de vidas cada año, por lo que hace una contribución especialmente importante al logro del objetivo de reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años. Las vacunas tienen la capacidad no sólo de salvar vidas, sino también de transformarlas, pues brindan a los niños la oportunidad de crecer sanos, ir a la escuela y mejorar sus perspectivas de futuro. (1)

La vacunación atrasada constituye un grave problema en salud por varias razones: la eficacia de las vacunas puede ser menor si no se administran a la edad recomendada. La seguridad y la eficacia de las mismas han sido evaluadas para algunas tales como las de sarampión, hepatitis B, triple bacteriana, haemophilus tipo B, pero no para la totalidad y podrían variar de acuerdo a las características y cantidad del antígeno utilizado y/o al número de dosis aplicadas. La aplicación oportuna de estas permite proteger a la población. Este hecho es particularmente importante en enfermedades con circulación continua, como coqueluche y aquellas con potencial de causar importantes brotes como el sarampión. El riesgo de enfermarse por demora en la vacunación depende de, el tipo de vacuna, el grado de circulación, la transmisibilidad, los casos importados y la severidad de la enfermedad. La medida que se emplea en forma estándar para medir la cobertura de vacunación sólo expresa el porcentaje de niños que han acumulado el número requerido de dosis de vacunas, sin relación con el momento de la vacunación. Estos niños pueden haber estado subvacunados durante los primeros dos años de vida cuando son más susceptibles a enfermedades graves y sus complicaciones. Los días que un niño pasa “no vacunado” revelan una debilidad de los programas de vacunación.

La experiencia reciente en la Argentina muestra también en forma indirecta que existe déficit en las coberturas, ejemplo de ello fue el brote de sarampión del año 2010, en el que hubo diecisiete casos confirmados, dos de los cuales procedían de otros países, dos relacionados con estos casos y trece adquiridos en el país. (2)

En Argentina, las coberturas de vacunación son subóptimas y existen importantes variaciones entre los distintos departamentos del país no alcanzando la meta del 95%, ya que intervienen factores sociales, culturales, políticos y personales que dependen del contexto específico, creencias basadas en mitos, desinformación de los padres, desconfianza en los profesionales de salud y barreras geográficas. (3)

En la Provincia de Santa Fe se recabaron datos epidemiológicos en un periodo de tres años, entre junio del 2009 a mayo del 2012, respecto a enfermedades prevenibles por vacunas en

niños recién nacidos hasta los cinco años de edad. Este estudio nos permite conocer que de un total 5769 niños menores de dos años, 2763 fueron atendidos por neumonía, 2422 por influenza y 584 por H1N1. Así mismo del total de 6941 niños de dos a cinco años, 2246 fueron atendidos por neumonía, 3965 por influenza y 730 por H1N1. Se puede observar que el mayor número de niños menores de 2 años fueron atendidos por neumonía, mientras que en niños de 2 a 5 años fueron atendidos en mayor número por Influenza. (4)

Existen influencias individuales y grupales en relación a falsas creencias acerca de que las vacunas son inseguras. Cuando éstas se suman a la falta de conocimiento del peligro asociado a las enfermedades prevenibles hacen que se sobreestimen los riesgos y subestimen los beneficios de la vacunación. Esta concepción generalmente se potencia cuando es sostenida por el entorno de familiares y amistades. (5)

En un estudio realizado en Mendoza, Argentina, sobre esquema de vacunación incompleto en niños menores de cinco años, reflejó que el 65% de la muestra presentó el carnet de vacunación completo para la edad. La mayoría de las madres son menores de 30 años, ama de casa o trabajadora eventual y con bajo nivel de escolaridad. Se apoya su conocimiento en las indicaciones de médicos, enfermeros, en la publicidad de la televisión y medios gráficos. El 30% restante tiene el carnet de vacunación incompleto para la edad, lo que implica un riesgo potencial en la población infantil que podría estar expuesta a enfermedades prevenibles por vacunas. (6)

El hospital de niños Ricardo Gutierrez realizó un estudio en el periodo del primero de marzo al treinta y uno de mayo del 2010, donde se encuestó a uno de los familiares responsables de los pacientes de siete meses a ocho años de edad que consultaron por primera vez al nosocomio con carnet de vacunas. Para el análisis, se relacionaron los esquemas inadecuados con las variables socioambientales y con las causas presentadas por la familia como motivo de falta o retraso en la vacunación. Se realizaron 311 encuestas obteniéndose los siguientes resultados: al evaluar el carnet de vacunas se encontró que sólo el 38,5% de los niños presentó esquema de vacunación completo y administrado oportunamente, el 45,3% completo pero con aplicación atrasada y el 16,2% incompleto. En cuanto a la procedencia el 73,6% provenía del gran Buenos Aires, 23,5% de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y un 2,9% de otras provincias argentinas u otros países. En el grupo de niños encuestados observaron que el 70,6% de las madres tenía menos de 30 años y el 90,6% tenía al menos primaria completa. El 89% había accedido al sistema de salud en los últimos 6 meses. De ellos, el 25% habían concurrido al servicio de emergencias, 40% a consultorio y 24% a ambos. El 40% de los niños con esquemas atrasados correspondían a retraso en la aplicación de cuatro o más dosis

de vacunas, el mayor porcentaje son las correspondientes a los 12 y 18 meses presentando un 38,2% y 40,7% de atrasos respectivamente. El 56% de las madres sin instrucción no realizaba controles regulares de salud, esto fue significativamente menor que en aquellas madres que tenían primaria completa o más. (7)

El Hospital Escuela del Litoral en Paysandú Uruguay, realizó un estudio sobre esquemas de vacunación atrasados (EAV) en niños menores de 36 meses. Se entrevistaron a madres de 399 niños, siendo el 60% perteneciente al sector público, del cual, el 22% presentaba EAV, mientras que el 40 % con obra social, el 9% poseía EAV. Los principales factores asociados fueron: menor escolaridad materna, mayor número de hijos, no trabajo materno, controles de salud inadecuados y no solicitar en los mismos el control de esquema de vacunas. Se detectaron 61% de oportunidades de vacunación perdidas, siendo 82% en atención primaria.

Del total de 399 madres, la edad media materna fue de 28 años, 38 eran madres adolescentes, un 40% trabajaba, y de estas un 12% presentaron hijos con esquema atrasado de vacunas (EAV). En el 60% restante de madres que no trabajaba, un 20% tenían hijos con EAV.

Con respecto al nivel de instrucción materno, de las que tenían educación primaria un 29% tenían hijos con EAV. De las madres con estudios secundarios y terciarios sólo un 11% tenían hijos con EAV. En relación a los esquemas atrasados de vacunación (EAV) y controles pediátricos, del total de encuestados, 57% presentaron controles pediátricos adecuados, de los cuales 13% tenían EAV. Sin embargo, el 43% de los niños con controles inadecuados tenían un 22% de EAV. (8)

Ante esta problemática se formuló la siguiente pregunta de investigación ¿Qué relación existe entre los factores sociales en madres de 13 a 35 años de edad con el cumplimiento del calendario nacional de vacunas en niños desde su nacimiento hasta el ingreso escolar, durante el período de enero a marzo del 2019, en un Centro de Atención Primaria de la localidad de Arroyo Seco?

El objetivo general del presente Proyecto es determinar la relación que existe entre los factores sociales en madres de 13 a 35 años de edad con el cumplimiento del calendario nacional de vacunas en niños desde su nacimiento hasta el ingreso escolar, durante el período de enero a marzo del 2019, en un Centro de Atención Primaria de la localidad de Arroyo Seco.

Los objetivos específicos tienen como finalidad conocer los estudios cursados de las madres, identificar el tipo de vivienda que poseen, identificar su situación laboral, determinar cobertura de salud, determinar el estado civil e identificar edad de los niños para las vacunas correspondientes.

La hipótesis del presente proyecto es: las madres de 13 a 35 años de edad con factores sociales deficitarios cumplirán con el esquema nacional de vacunación.

El propósito del presente proyecto será elevar una nota al Centro cívico región 4 Nodo Rosario brindando toda la información y conocimientos en base a la investigación realizada, para aportar mediante la utilización de los mismos nuevas medidas sanitarias, entre ellas proponer al personal del Centro de Salud estrategias sobre charlas informativas de vacunas en la sala de espera del efector, escuelas y jardín de infantes, entregar folletería sobre las mismas para crear interés, conciencia e implicancia en las madres a través de educación, atención e información relacionado con la importancia y compromiso del cumplimiento del calendario nacional de vacunación, realizar visitas domiciliarias periódicas a niños con esquemas atrasados de vacunas.

Posibles propuestas, realizar promoción y educación constante de la comunidad y fundamentalmente del personal de salud en los vacunatorios, promover el concepto de protección frente a las enfermedades inmunoprevenibles a la edad adecuada y sus beneficios.

MARCO TEÓRICO

El modelo de atención del sector público de la Provincia de Santa Fe, como estrategia para atender los problemas de salud enfermedad de la población, sigue los principios y valores de la Atención Primaria de la Salud (APS). Dicha estrategia fue definida por la OMS en 1978 como:

"...la APS es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. Forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad."

Los principales valores que caracteriza son: universalidad, toda persona tiene derecho a la salud más allá de los medios económicos con los que cuente; equidad, en tanto respuesta justa y acorde a la necesidad de cada persona, no como sinónimo de igualdad sino de justicia; integralidad, resolución de los problemas de salud, considerando tanto la atención, la prevención o la rehabilitación, asegurando amplitud y continuidad en el tipo de cuidado, y contemplando las dimensiones físicas, psíquicas y sociales de bienestar; accesibilidad, posibilidad de llegar a utilizar los servicios de manera sencilla y oportuna. Tiene dimensiones geográficas (distancia de los servicios del lugar donde las personas viven), de transporte (caminos, transporte público), de costo (precio para pagar los servicios), culturales (costumbres, conocimiento, etc.); gratuidad, es la inexistencia de pago directo por el uso de los servicios; calidad, garantía de que la oferta de servicios sea la más adecuada para el problema de salud-enfermedad que se presenta y también que se presta de manera correcta según las normas que se definen combinando criterios científicos y posibilidades económicas en un determinado tiempo y lugar. En ese sentido no siempre lo más moderno o lo más caro es lo más adecuado. Es importante señalar que estrategia de APS no es privativa de un Centro de Salud (primer nivel de atención), ni de un número determinado de enfermedades, sino que pone la centralidad en el ciudadano y la población a fin de garantizar el derecho a la salud. En tal sentido, la estrategia vertebra a toda la red de servicios y establecimientos de salud. (9)

La estrategia de prevención primaria a través de las vacunas, medida de salud pública de alto impacto para la disminución de la morbimortalidad de la población, es una prioridad y por lo tanto, una política de Estado. A efectos de fortalecerla, se creó el Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (ProNaCEI) por medio de la Resolución

Ministerial Nro. 776, del 30 de Abril de 2010, con ambiciosas misiones y funciones y un presupuesto que hace sustentable mantener los logros alcanzados y emprender nuevos desafíos para nuestro país en esta materia. Es importante destacar el crecimiento del calendario nacional de vacunación en este período, siendo uno de los más completos y modernos de Latinoamérica. La incorporación de nuevas vacunas seguras y eficaces en forma gratuita y obligatoria es uno de los indicadores de inclusión social y equidad más robustos que puede tener un país ya que facilita el acceso a esta herramienta clave de prevención para todos los sectores de la población. Por otro lado, la jerarquización de las vacunas que están incluidas en el calendario regular desde hace años y que han sido pilares fundamentales para la eliminación de enfermedades como la poliomielitis, el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita es clave para sostener estos logros.

Desde la salud pública también se incluye la vacunación de pacientes en situaciones especiales como estrategia de alto impacto.

Los pacientes con alteración del sistema inmune son más susceptibles de adquirir infecciones que la población general. Una de las formas de protegerlos de infecciones severas es a través de la vacunación, por lo que deben ser estrictamente evaluados estableciendo correctamente los beneficios y los riesgos que implican inmunizar a estos pacientes. La inmunosupresión puede ser el resultado de una inmunodeficiencia congénita, infección por VIH, leucemia, cáncer, trasplante o de una terapia con agentes inmunosupresores, anti metabolitos, radiación o curso prolongado de corticoides a altas dosis. Cuando se evalúan estos pacientes se debe tener en cuenta la inclusión de los contactos familiares en el programa de vacunación.

De acuerdo al Artículo 11 de la ley 22.909 que expresa que “las vacunaciones a que se refiere esta ley son obligatorias para todos los habitantes del país, los que deben someterse a las mismas de acuerdo a lo que determine la autoridad sanitaria nacional con respecto a cada una de ellas”, las vacunas distribuidas por el Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles deben ser utilizadas exclusivamente dentro de los grupos poblacionales definidos y con los esquemas que especifican los lineamientos técnicos de dichas vacunas o las recomendaciones nacionales de vacunación. (10)

En este sentido que la fundamentación teórica de esta investigación está centrada en un modelo conceptual producto de los desarrollos teóricos de Nola Pender. Se basa en la promoción y percepción de la salud, en las conductas saludables de las personas, lo cual es una parte esencial del cuidado, para el mejoramiento de la misma y la generación de pautas que previenen la enfermedad. Este modelo es una poderosa herramienta utilizada por enfermería para comprender y promover las actitudes, motivaciones y acciones de las

personas particularmente a partir del concepto de autoeficacia, valorando la pertinencia de las intervenciones y las exploraciones realizadas en torno al mismo. (11)

La promoción de la salud es el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y, de ese modo, mejorar su propio estado. Se ha constituido en un marco de referencia ideológico y conceptual para todos aquellos que aceptan que el fomento de una mejor salud colectiva se apoya en cambios sobre las condiciones y sobre los estilos de vida, conjugando la autonomía personal y la responsabilidad social. Fomentar ambientes y comportamientos saludables es una responsabilidad primordial del Estado, pero su acción debe plantearse concertadamente con los grupos más representativos de la sociedad. Involucra, por lo tanto, a los actores institucionales y comunitarios que pueden influir positivamente, en un determinado espacio geográfico, sobre la salud de la población.

La promoción de la salud puede sintetizarse a través de los siguientes principios generales: implica trabajar con la gente no sobre la gente, empieza y acaba en la comunidad local, está encaminada hacia las causas de la salud, valora tanto el interés por el individuo como por el medio ambiente y subraya las dimensiones positivas de la salud y afecta a todos los sectores de la sociedad. (12)

La Inmunización es una acción donde se confiere inmunidad mediante la administración de antígenos (inmunización activa) o mediante la administración de anticuerpos específicos (inmunización pasiva).

La inmunización activa se refiere a la producción de anticuerpos en respuesta a la administración de una vacuna o toxoide, en cuyo caso es artificial. La natural se adquiere por el padecimiento de la enfermedad y es generalmente permanente.

La inmunización pasiva se refiere a la transferencia de inmunidad temporal mediante la administración de anticuerpos preformados en otros organismos, en cuyo caso es artificial. La natural es la transferencia de anticuerpos maternos al feto. Es decir, en la inmunidad pasiva no hay una respuesta inmunológica por parte del huésped.

Vacuna: Suspensión de microorganismos vivos atenuados o inactivados, o sus fracciones, que son administrados al individuo sano susceptible con el objeto de inducir inmunidad protectora contra la enfermedad infecciosa correspondiente.

Vacunación: Proceso de inducción y producción de inmunidad activa en un huésped susceptible. Se refiere también al acto físico de administración de la vacuna.

Tipos de vacunas: Vacunas a agentes vivos atenuados, contienen microorganismos atenuados en sucesivos pasajes por cultivos.

Vacunas a agentes inactivados, contienen microorganismos tratados por medios físicos o químicos para eliminar su efectividad, manteniendo su capacidad inmunogénica.

Toxoide, toxina bacteriana modificada para eliminar sus propiedades deletéreas, que retiene la propiedad de estimular la formación de antitoxinas al ser aplicadas al hombre.

Vacunas conjugadas: teniendo en cuenta que el polisacárido capsular de algunos microorganismos (*Haemophilus influenzae* tipo b, *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*) es escasamente inmunogénico en niños menores de 2 años, se lo une a una proteína transportadora para obtener una vacuna inmunogénica en menores de esa edad.

Vacunas de ingeniería genética: aislamiento de material genético, que unido a un vector resulta en un recombinante que una vez inoculado es inmunogénico.

Vacunas bacterianas: vivas atenuadas, BCG, fiebre tifoidea oral, colérica oral. Inactivadas, pertussis, pertussis acelular, fiebre tifoidea parenteral. Toxoides, diftérico, tetánico. Polisacáridos, meningococo AC, meningococo W135, meningococo Y, neumococo. Polisacáridos conjugados, *Haemophilus influenzae* b (Hib), neumococo, meningococo C. Proteínas de membrana externa, meningococo B.

Vacunas virales: vivas atenuadas, sarampión, rubéola, parotiditis, poliomielítica oral, fiebre amarilla, varicela. Inactivadas, poliomielítica inyectable, influenza, hepatitis A, rabia. Recombinante, hepatitis B. Subunidad viral, algunas vacunas contra influenza.

Vacunas combinadas, Doble viral (SR) sarampión + rubéola. Triple viral (SRP) sarampión+ rubéola+ paperas. Doble bacteriana (Dt) difteria+ tétanos. Triple bacteriana celular y acelular (DTP/Pa) difteria + tétanos + pertussis. Cuádruple celular y acelular (DTP/Pa + Hib) difteria + tétanos + pertussis + *Haemophilus influenzae* b. Quíntuple acelular (cuádruple + IPV) DTP/Pa + Hib + poliomielitis inactivada. Pentavalente celular (cuádruple + HB) DTP + Hib + hepatitis B. Séxtuple acelular: DTPa + Hib + IPV. Hepatitis A + Hepatitis B.

Vías de administración de vacunas: vía oral, es la vía utilizada para administrar algunas vacunas (OPV, cólera, rotavirus). Se administran directamente en la boca, no debajo de la lengua, para permitir su deglución. Si se utiliza frascos multidosis, hay que tener la precaución de realizar la administración sin tocar la boca del niño. En caso de la vacuna OPV, si el niño regurgita o vomita dentro de los 20 minutos siguientes a la vacunación, se debe repetir la dosis. Si la segunda dosis no fuese retenida, se aplazará la administración hasta una próxima visita, sin contabilizarla como vacuna administrada. Con la vacuna contra el rotavirus no se repite la dosis si el niño vomita o regurgita.

Vía intradérmica (ID), se emplea siempre y cuando la vacuna no contenga como adyuvante hidróxido o fosfato de aluminio porque pueden provocar reacción local, inflamación,

formación de granuloma y necrosis. La única vacuna que se administra por vía intradérmica en la Argentina es la BCG. Se inserta la aguja con el bisel hacia arriba en ángulo de 15 grados. Una vez vencida la resistencia de la epidermis y la dermis, introducir hasta tapar el orificio del bisel, que debe verse a través de la piel, e inyectar el inmunobiológico. Se observará un habón con forma de lenteja o gota de agua: esa es la prueba de una aplicación correcta. No friccionar la piel luego de la aplicación. Nota: La PPD (reacción de Mantoux), si bien no es una vacuna, suele también administrarse en los vacunatorios y debe ser aplicada por vía intradérmica en el tercio medio externo del antebrazo.

Vía subcutánea (SC), esta vía de administración se utiliza siempre y cuando la vacuna no contenga como adyuvante hidróxido o fosfato de aluminio, porque pueden provocar reacción local, inflamación, formación de granuloma y necrosis. Por esta vía se aplican las vacunas con antígenos virales vivos. La técnica de aplicación se efectúa con el bisel a 45 grados hacia arriba. No es necesario aspirar. No hay que friccionar la piel luego de la aplicación. Los sitios recomendados para la vacuna de administración subcutánea son el muslo (para niños menores de 12 meses de edad) y región superoexterna del tríceps braquial (para personas de 12 meses de edad y mayores). Si es necesario, el área superoexterna del tríceps puede ser utilizada para administrar inyecciones subcutáneas a los niños, principalmente cuando se requiere aplicación simultánea de varias vacunas.

Vía intramuscular (IM), la aguja se debe insertar en forma perpendicular, a 90 grados. En niños menores de 12 meses, el lugar de elección para la aplicación es la cara anterolateral del muslo, en su tercio medio, por estar mejor desarrollada en ese sitio la masa muscular. En mayores de 12 meses, el sitio de elección es el deltoides, no hay que friccionar la piel luego de la aplicación. Como regla, la región glútea no debe utilizarse para la administración de vacunas por el riesgo potencial de lesión del nervio ciático. Hay estudios que documentan que la seroconversión es menor cuando se aplican algunas vacunas en ese sitio, por lo que esa práctica se desaconseja.

Calendario Nacional de Vacunación: vacuna contra la hepatitis B (monovalente). Antígeno recombinante, vía IM, dosis 0,5 ml. Presentación monodosis. Vacuna BCG, protege contra formas graves de tuberculosis (miliar, meningitis). Antígeno bacteria viva atenuada, vía ID, dosis 0,1 ml. Esquema, única dosis al recién nacido antes de egresar de la maternidad. Presentación multidosis 6 horas una vez reconstituida. Observaciones, proteger de la luz. Vacuna Salk (también para inmunocomprometidos). Protege contra la poliomielitis. Antígeno viral inactivada, vía IM, dosis 0,5 ml. Esquema, 2 y 4 meses. Presentación monodosis. Vacuna Sabin (OPV) protege contra la poliomielitis. Antígeno viral viva atenuada, vía oral,

dosis 2 gotas. Esquema, 6 y 15 meses, refuerzo, 5 o 6 años. Bloqueo, hasta 18 años de edad. Presentación multidosis 28 días. Observación Proteger de la luz. Vacuna Quintuple (“Pentavalente” (DTP-Hib-HB) protege contra difteria, tos convulsa, tétanos –formas invasivas por Hib y Hepatitis B. Antígeno toxoides, bacteria inactivada, polisacárida conjugada y viral recombinante. Vía IM, dosis 0,74 ml, esquema 2, 4, 6 y 15 meses, presentación monodosis. Vacuna Cuádruple (DTP- Hib) protege contra difteria, tos convulsa, tétanos –formas invasivas por Hib. Antígeno toxoides, bacteria inactivada, polisacárida conjugada, vía IM, dosis 0,5 ml. Esquema, una dosis de refuerzo a los 18 meses. Presentación monodosis o multidosis 6 horas una vez reconstituída. Vacuna Antineumocócica conjugada 13 valente. Protege contra meningitis, infección invasiva por neumococo. Antígeno polisacárida conjugada, vía IM, dosis 0,5 ml. Conjugada 13 valente. Esquema 2, 4 y 12 meses. Vacuna Antineumocócica polisacárida 23 valente. Protege contra la infección invasiva por neumococo, antígeno polisacárida, vía IM, dosis 0,5 ml, esquema desde los 2 años. Solo para grupos en riesgo. Presentación monodosis. Vacuna Triple Viral (SRP). Protege contra sarampión, rubéola y parotiditis. Antígeno Viral viva atenuada vía SC, dosis 0,5 ml esquema 1, 5 a 6 años. Administrar la primera dosis a los 12 meses de edad y segunda dosis a los 5-6 años. Presentación multidosis o monodosis 6 horas una vez reconstituída. Observación proteger de la luz. Vacuna Antigripal. Protege contra la gripe. Antígeno viral inactivada, vía IM. Esquema, 6 meses a 2 años 0,25 ml; ≥ 3 años: 0,5 ml. Primovacunación 2 dosis con intervalo de 1 mes entre dosis. Grupos en riesgo vacunación anual. Presentación monodosis. Vacuna contra la hepatitis A. Protege contra la Hepatitis A. Antígeno viral inactivada, vía IM. Esquema, 1 dosis a los 12 meses. Presentación monodosis. Vacuna DTP, protege contra difteria, tos convulsa, tétanos. Antígeno bacteriana inactivada y toxoides, vía IM, dosis 0,5 ml. Esquema, 4 a 6 años. Presentación multidosis 28 días. Vacuna Doble viral (SR), protege contra sarampión, rubéola. Antígeno viral viva atenuada, vía SC, dosis 0,5 ml. Inmediatamente después de parto o aborto/parto (un mes). Bloqueo, 1 a 45 años. Presentación multidosis o monodosis. Observación proteger de la luz. Vacuna Dt., protege contra difteria y tétanos. Antígeno toxoides, vía IM, dosis 0,5ml. Esquema cada 10 años. Presentación multidosis o monodosis. Vacuna HPV, protege contra el virus del Papiloma Humano. Antígeno recombinante (ingeniería genética) vía IM, dosis 0,5 ml. Esquema niñas y niños de 11 años 2 dosis, 0 y 6 meses. Presentación monodosis. Vacuna Fiebre Amarilla, protege contra la fiebre amarilla. Antígeno virus atenuados, vía SC, dosis 0,5ml. Esquema de 9 meses a 60 años, única dosis. Presentación multidosis. Vacuna Fiebre Hemorrágica Argentina,

protege contra la Fiebre Hemorrágica Argentina. Antígeno Virus atenuado (cepa Candid #1), Vía IM, dosis 0,5ml. Esquema una dosis a partir de los 15 años. (13)

Vacunación en Huéspedes Especiales, es fundamental no diferir ni suspender la vacunación que corresponda según el calendario, a menos que exista algún motivo por el cual deba ser interrumpida o postergada y considerar las vacunas especiales recomendadas, según patología de base. A modo de conceptos generales, se debe tener en cuenta la posibilidad concreta de menor inmunogenicidad y menor eficacia de las vacunas que en la población general. De ser posible, se debe actualizar el esquema de vacunación antes de iniciar la terapia inmunosupresora. Se debe considerar que estos pacientes pueden perder parcial o totalmente la protección adquirida con las vacunas administradas antes del comienzo de la inmunosupresión. En caso de inmunosupresión prolongada, evaluar riesgo/beneficio de vacunar, a pesar de la respuesta subóptima de anticuerpos. Las vacunas inactivadas han demostrado ser seguras para su uso en este grupo de pacientes y pueden ser administradas a todo huésped inmunocomprometido durante el período de inmunosupresión sin riesgo alguno de enfermedad asociada a la vacuna ni exacerbación de enfermedad injerto contra huésped (EICH), si bien la respuesta puede ser subóptima. Pueden administrarse simultáneamente con otras vacunas del calendario nacional, sin presentar interferencias entre sí. Los huéspedes inmunocomprometidos no deben recibir vacunas de microorganismos vivos atenuados por riesgo de enfermedad asociada a diseminación del agente vacunal, salvo en situaciones especiales. Las inmunoglobulinas pueden administrarse a esta población sin riesgos, ya que han demostrado seguridad.

Vacunas inactivadas, vacuna contra hepatitis B (HB), tiene una eficacia del 90-95% para prevenir la infección aguda y las formas crónicas en niños y adultos. Se requieren tres dosis para inducir una respuesta adecuada de anticuerpos protectores en huéspedes inmunocompetentes (anti HBs \geq 10 mUI/ml en el 90% de los adultos sanos y más del 95% de los niños y adolescentes). Sin embargo, en huéspedes inmunocomprometidos, con insuficiencia renal crónica, infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana o bajo tratamiento inmunosupresor, la tasa de seroconversión alcanzada luego de un esquema completo de vacunación es menor.

Vacuna anti-Haemophilus influenzae tipo b (Hib), existen diferencias de inmunogenicidad entre las distintas vacunas (PRP-OMP, PRP-CRM y PRP-T) que no se traducen en diferencias sustanciales de eficacia o efectividad en huéspedes inmunocompetentes.

Vacuna contra difteria- tétanos y Bordetella pertussis celular o acelular (DTP- dT- dTpa), los componentes antidiftérico y antitetánico de esta vacuna son excelentes agentes inmunizantes.

Luego de una serie primaria de vacuna casi todos los pacientes inmunocompetentes alcanzan el nivel protector de antitoxina. El nivel de antitoxina disminuye con el tiempo, por lo que se recomiendan dosis de refuerzo cada 10 años. En algunos pacientes el nivel de antitoxina tetánica disminuye antes de los 10 años por lo que, en caso de heridas sucias en pacientes con esquema completo, se recomienda administrar una dosis de refuerzo si pasaron más de 5 años de la última dosis. La vacuna protege contra tos convulsa por un período de tres años aproximadamente; el componente pertussis induce la formación de anticuerpos en una proporción menor y el tiempo de persistencia de esos anticuerpos es más corto.

Vacuna antipoliomielítica inactivada (IPV), vacuna especialmente indicada para pacientes con inmunodeficiencia primaria o secundaria y sus contactos familiares cercanos, ante el riesgo de parálisis asociada a la vacuna oral. A partir de la segunda dosis se logran títulos protectores con una seroconversión del 98 al 100 % de los vacunados.

Vacuna antineumocócica conjugada de 13 serotipos (VCN 13), algunos huéspedes especiales tienen una menor respuesta de anticuerpos al ser inmunizados con la vacuna antineumocócica polisacárida, si se los compara con huéspedes inmunocompetentes, por lo cual se darán recomendaciones particulares para el uso de la vacuna conjugada.

Vacuna contra hepatitis A, la respuesta de la vacuna en los huéspedes inmunocomprometidos, incluidos los pacientes VIH, puede ser subóptima o no duradera, por lo cual siempre deben indicarse esquemas de 2 dosis a este grupo de pacientes.

Vacuna antineumocócica polisacárida de 23 serotipos (VPN 23), debe indicarse a niños partir de los dos años de edad y a adultos que integran los grupos de alto riesgo de padecer enfermedad invasiva por *Streptococcus pneumoniae*. La duración de la inmunidad se estima en cinco años. Se ha observado además una respuesta disminuida en huéspedes inmunocomprometidos, cuya magnitud está relacionada con el grado de inmunodeficiencia, en particular en caso de leucemia, linfomas, insuficiencia renal crónica, hepatopatía crónica, ancianos, diabéticos, alcohólicos, pacientes con enfermedad obstructiva crónica, infección por VIH con recuento de linfocitos T CD4 inferior a 500/mm³.

Vacuna antigripal, los adultos jóvenes y los niños en edad escolar generan una buena respuesta de anticuerpos a la vacuna. Los adultos mayores y los inmunocomprometidos tienen una respuesta menor y variable. En los menores de 9 años que son vacunados por primera vez, los títulos seroprotectores se alcanzan a las dos semanas de la segunda dosis. Si bien en grupos de mayor edad la eficacia es menor, especialmente en mayores de 70 años, previene complicaciones secundarias y reduce el riesgo de hospitalización y muerte por gripe.

Vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), la vacuna contra VPH induce anticuerpos séricos. Los niveles son más altos que los observados luego de la infección natural. La eficacia de ambas vacunas para prevenir neoplasia intraepitelial cervical (NIC) 2, o una enfermedad más grave causada por los tipos de VPH incluidos en la vacuna, fue cercana al 100%. Los datos de seguridad de ambas vacunas son altamente satisfactorios, mostrando a nivel mundial un perfil muy favorable.

Vacuna antimeningocócica tetravalente conjugada, su aplicación induce una respuesta de anticuerpos bactericidas adecuada para la prevención de la enfermedad meningocócica producida por los serogrupos incluidos en la vacuna en el 98 a 100% de los casos, al mes de completado el esquema. Se verifica la reducción de la portación nasofaríngea de meningococo, genera inmunidad de rebaño e induce memoria inmunológica. Los niveles protectores caen en los años posteriores a la vacunación requiriendo la administración de dosis de refuerzo en caso que persista la causa que generó la indicación de la vacuna.

Vacunas de gérmenes vivos y atenuados, BCG, un metaanálisis sobre la eficacia de BCG ha revelado un efecto protector del orden del 50% para TBC pulmonar, 60 - 80% para las formas extrapulmonares graves (enfermedad miliar, meningitis) y 65% de reducción de mortalidad por TBC, cuando la vacuna se aplica en el período neonatal; sin embargo los huéspedes con inmunodepresión primaria o secundaria, linfomas, leucemias, neoplasias generalizadas, tratamiento prolongado con esteroides (metilprednisona con una dosis mayor o igual a 2 mg/kg/día o su equivalente durante más de catorce días) o drogas inmunodepresoras, así como los niños que viven con VIH tienen contraindicada la vacunación con BCG, porque puede producirse la diseminación de la vacuna. Si se superan estas circunstancias, se debe realizar la vacunación. Existe evidencia acerca de la similitud en la respuesta en recién nacidos antes de término, respecto a los nacidos a término.

Vacuna triple viral (SRP) y doble viral (SR), el niño infectado con VIH, asintomático y sintomático con recuento de linfocitos T CD4 mayores del 15 % debe cumplir con el esquema de vacunación antisarampionosa, antirrubéolica y antiparotidítica. Los pacientes con deficiencia fagocíticas (como enfermedad granulomatosa crónica o deficiencia de mieloperoxidasa), pacientes con asplenia y deficiencia del complemento deben recibirla. En los huéspedes oncológicos, trasplantados, con enfermedades autoinmunes o inmunodeficiencia congénita, la indicación de la vacunación requiere la consulta con el especialista.

Vacuna contra la varicela, la tasa de seroconversión en niños de 12 meses o mayores es aproximadamente del 85% después de una dosis de vacuna y de cerca del 100%, después de

la segunda dosis. La eficacia clínica de una dosis de vacuna es del 70-90% para las formas leves y del 95% para las graves. Está contraindicada para pacientes con inmunodeficiencias celulares (congénitas, adquiridas, procesos tumorales, tratamiento con inmunosupresores o radioterapia), pacientes VIH con alteraciones inmunológicas graves, altas dosis de corticoterapia (≥ 2 mg/kg/día de prednisona o equivalente por más de 15 días), y dentro de los 3 meses posteriores a la quimioterapia.

Vacuna contra rotavirus, vacuna monovalente, genera protección serotipo-específica y otorga además protección cruzada. La eficacia contra las diarreas por rotavirus de cualquier gravedad fue del 70%; contra diarreas graves, del 86% y se alcanzó el 100% para los casos de mayor gravedad. La eficacia para evitar la hospitalización por gastroenteritis fue del 85%.

Vacuna pentavalente, la eficacia global para la prevención de las diarreas graves por rotavirus fue del 98%, y del 95% para prevenir la hospitalización. No hay todavía suficientes datos disponibles sobre la eficacia y seguridad de las vacunas en niños inmunocomprometidos. Se recomienda la consulta con el especialista frente a situaciones epidemiológicas de alto riesgo. (14)

En estudios realizados sobre el cumplimiento del calendario nacional de vacunación se observó que los factores sociales de las madres tales como estudios cursados, situación laboral, cobertura de salud, estado civil y tipo de vivienda, son determinantes y de vital importancia para la correcta inmunización de los niños. La mayoría de las madres llevan a sus hijos periódicamente a controles pediátricos donde por prescripción médica se ajustan a un calendario de vacunación pese a desconocer las características de las vacunas, ante esta situación enfermería tiene la responsabilidad de brindar información y concientización sobre la importancia de las mismas para prevenir enfermedades.

Se entiende por factores sociales aquellas problemáticas, instituciones e interacciones de actores sociales colectivos e individuales, cuyas manifestaciones se refieren a la dimensión pública (y no primordialmente a la privada en la cual se dirimen factores psicológicos e innatos), que se construyen en distintas instancias de la sociedad como las económicas, políticas, culturales, ideológicas, etcétera.

Los factores sociales en cualquier realidad concreta están constituidos por las interacciones que se dan entre las personas en las distintas áreas de manifestación de lo social, como son: las estructuras sociales, las instituciones sociales como la familia, la escuela, el Estado, la religión, la cultura, etcétera. (15)

Se consideran las siguientes dimensiones; educación, es la práctica social de proporcionar a los sujetos que conforman una sociedad los medios para estructurar sus propias experiencias

en base a los saberes acumulados, de modo que amplíen lo que saben y creen (o duden) y perciban y comprendan el lugar que ocupan en la historia y en el mundo. (16)

Sabuda afirma que el objetivo de alcanzar un alto nivel educativo se vincula, con que las personas logran una mayor capacidad para desarrollar sus potencialidades y poder ingresar al mercado laboral, reforzando la cohesión social y el desarrollo para mejorar su calidad de vida. En contraposición, la menor magnitud de educación con que cuenta cada persona estaría relacionado con la idea de fracaso y exclusión social, situaciones que repercuten en el incremento de las brechas sociales. (17)

En la República Argentina la educación es un derecho consagrado por la Constitución Nacional en su artículo 14 y en Tratados Internacionales. En ese sentido, el Estado debe garantizar su carácter prioritario con el objeto de “construir una sociedad justa, reafirmar la soberanía e identidad, profundizar el ejercicio de la ciudadanía democrática, respetar los derechos humanos y libertades fundamentales y fortalecer el desarrollo económico-social de la Nación” (Ley N° 26.206 de Educación Nacional art. 3°), promulgada en el año 2006. La Ley garantiza el financiamiento del Sistema Educativo Nacional y fija un mínimo del 6% del Producto Bruto Interno (PBI) para el presupuesto educativo. Además la norma incrementa de 10 a 13 años el período de escolaridad obligatoria y establece una estructura educativa común para todas las regiones del país. A esto se suma la construcción de nuevas escuelas y el otorgamiento de fondos para renovación y adecuación de espacios educativos. Finalmente, cabe mencionar que desde el año 2009 se implementa la Asignación Universal por Hijo como política de extensión de derechos y de inclusión, situación que mejoró las condiciones relacionadas con incrementos en los niveles de asistencia a la escuela y de finalización de los distintos niveles educativos.

Analfabeto, se entiende por analfabetismo la incapacidad que posee un ser humano para realizar las operaciones básicas de leer y escribir. El analfabetismo aparece como resultado de la falta de educación y si bien el porcentaje de la población mundial aún sumida en tales condiciones es infinitamente menor a otras épocas de la historia, todavía hay numerosas sociedades y comunidades que cuentan con gran parte de analfabetos en su población. En cuanto al abordaje de la problemática específica del analfabetismo, desde 2004 se lleva adelante el Programa Nacional de Alfabetización y Educación Básica para Jóvenes y Adultos “Encuentro”, con un nivel exhaustivo de cobertura territorial. (18)

La educación inicial, comprende a los chicos desde los 45 días hasta los 5 años. La ley establece que los últimos tres son obligatorios (sala de 3, 4 y preescolar) para la inclusión en la enseñanza formal.

La educación primaria es obligatoria y constituye una unidad pedagógica y organizativa destinada a la formación de los/as niños/as a partir de los 6 años.

La educación secundaria es obligatoria y constituye una unidad pedagógica y organizativa destinada a los/as adolescentes y jóvenes que hayan cumplido con la educación primaria. Se divide en dos ciclos, un ciclo básico de carácter común a todas las orientaciones y un ciclo orientado de carácter diversificado según distintas áreas del conocimiento, del mundo social y del trabajo.

Educación Superior, en nuestro país, la educación superior se rige por la Ley 24521 y comprende; Terciario, destinado a egresados/as del nivel secundario, está conformado por, Escuelas Normales Superiores (ENS).Institutos Superiores de Formación Docente (ISFD).Institutos de Formación Artística (IFA).Institutos de Formación Técnica Superior (IFTS).

Educación universitaria, este nivel comprende las universidades y los institutos universitarios. Para ingresar, también se requiere haber terminado el secundario. Incluye, Institutos universitarios estatales, Institutos universitarios privados, universidades nacionales, universidades provinciales y universidades privadas. (19)

Según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 establecen la condición de actividad a las personas ocupadas, desocupadas e inactivas. Las personas ocupadas y desocupadas conforman la Población Económicamente Activa (PEA), es decir aquellas personas que trabajan o buscan trabajar; las personas inactivas, es decir aquellas que no trabajan y no buscan trabajo conforman la Población No Económicamente Activa (PNEA). (20)

Trabajo, el empleo tiene efectos directos e indirectos en el bienestar, directos porque es evidente que constituye una fuente de capital económico para los hogares, e indirectos porque la posesión de recursos económicos y la tranquilidad de satisfacer las necesidades del hogar contribuyen al bienestar individual de una forma integral. (21). Nos referimos a él como la acción que realiza una persona que se está ocupando de llevar a cabo una serie de tareas o actividades ya sea a nivel físico o bien intelectual. (22)

Trabajo en relación de dependencia, podemos decir que se denomina trabajo en relación de dependencia el que efectúa quien pone a disposición de un empleador su fuerza de trabajo, realizando actos, ejecutando obras o prestando servicios a cambio de una remuneración. Para nuestra legislación, el trabajo dependiente es una actividad productiva, creadora, lícita y remunerada del hombre, que se presta a un empleador, que tiene la potestad de dirigirla y organizarla. (23)

Contrato temporal: tiene por objeto incorporar a alguien para un puesto de trabajo por un tiempo determinado y una actividad muy concreta. Es por tanto una relación laboral entre trabajador y empleador por un tiempo establecido. Igualmente, se podrá formalizar por escrito o de manera verbal, salvo los de duración mayor a cuatro semanas. No obstante, durante la vigencia del contrato cualquiera de las partes podrá exigir su formalización por escrito. (24)

Changa, trabajo ocasional, generalmente en tareas menores, que permite la subsistencia mientras se busca otro de carácter fijo.

Desocupado, las personas que buscan un trabajo, por encontrarse disponibles en virtud de un contrato de trabajo expirado o porque nunca habían trabajado antes. (25)

Salud, gozar de salud, entendida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 1948), es una finalidad individual, familiar, pero también un objetivo estatal, de carácter público y de amplio alcance. En tal sentido, en la República Argentina el derecho a la salud se reconoce en la Constitución Nacional desde la reforma de 1994. Si bien no se lo menciona de forma explícita en la enunciación de derechos y garantías, el artículo 75, inciso 22, enumera los pactos y convenciones a los que adhiere el Estado, entre los que se encuentra la Declaración Universal de Derechos del Hombre (ONU, 1948) donde la salud se reconoce como un derecho humano.

Según Fernández-Mayoralas y Rojo Pérez (2005), definen la salud:

El valor asignado a la duración de la vida, modificado por oportunidades sociales, percepciones, estados funcionales y discapacidad, provocados por enfermedades, accidentes, tratamientos o políticas. Entonces, no solo es importante considerar los estados de enfermedad o la presencia y posibilidad de acceso a centros y/o servicios de salud, sino reflexionar en torno a la prevención, lo que se encuentra fuertemente relacionado con la alimentación, la higiene, las condiciones de habitabilidad de las viviendas e inclusive la educación. Dado que las bases de datos utilizadas no realizan una medición explícita de la salud de la población, se recurre a indicadores indirectos, ilustrativos de la situación sanitaria de los hogares y de las mayores posibilidades de acceso a servicios médicos. (26)

Cobertura de salud a los fines censales se considera que la población tiene cobertura de salud cuando declara tener obra social (incluyendo al PAMI), prepaga a través de obra social, prepaga sólo por contratación voluntaria, o programas o planes estatales de salud. Por el contrario, aquellas personas que declaran no poseer ninguna de las opciones mencionadas son consideradas como “población sin cobertura de salud”. Cabe aclarar que todas las personas

que viven o transitan el suelo argentino tienen garantizado el pleno acceso a los servicios públicos de salud y a programas de provisión de medicamentos, de manera gratuita. (27)

Obras sociales, son organizaciones de la seguridad social, financiadas mediante el aporte y la contribución obligatorios, de trabajadores y empleadores respectivamente, sujetas a contralor estatal e integradas al Sistema Nacional del Seguro de Salud, cuyos fines son la prestación de servicios de salud y sociales a los beneficiarios, los que tienen la opción de elegir afiliarse a la entidad que le ha de prestar esos servicios. (28)

Sin cobertura médica, personas que se atienden en el sistema público de salud. Está dirigido especialmente a la población socialmente más vulnerable, que trabajan en la informalidad o están desocupadas o no tienen acceso a obras sociales sindicales o a la medicina prepaga. (29)

Estado Civil, condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo. Esta denominación se da desde el momento en que el ser humano crea la institución del matrimonio. Hay diferentes tipos de estado civil que varían de acuerdo al tipo de relaciones que una persona mantenga con otras.

Soltero(a), aquellas personas que no se encuentran comprometidas legalmente con otras.

Casado(a), aquella persona que ha contraído matrimonio civil o eclesiástico. Por matrimonio se entiende a las uniones entre personas realizadas en la forma prevista por la ley, que confiere a los interesados determinados derechos y obligaciones.

Unión consensual, se entiende a las uniones entre personas formadas a partir del consenso simple de los interesados sin que medie ningún vínculo legal.

Divorciado(a), aquella persona que ha roto el vínculo legal con su pareja.

Viudo(a), aquella persona que no tiene pareja, producto de la muerte del cónyuge.

La vivienda particular es definida en el Censo 2010 como un espacio donde viven personas, que cumple con las siguientes condiciones: estar separado por paredes u otros elementos, estar cubierto por un techo y permitir que sus ocupantes puedan entrar y salir sin pasar por el interior de otras viviendas. La vivienda representa un bien vital para la existencia humana, ya que permite el refugio, el albergue, la protección ambiental, la seguridad y la privacidad de la vida de sus ocupantes. Es la unidad que debe reunir las condiciones mínimas para que sus habitantes puedan descansar, alimentarse, higienizarse, reproducirse, realizar actividades de esparcimiento e interactuar con sus semejantes. Contar con una vivienda digna constituye una de las necesidades básicas vinculadas a los derechos de ciudadanía, los cuales son garantizados por el Estado a través de la actual Constitución Nacional. El derecho a una vivienda digna figuró por primera vez en la Constitución Nacional de 1949.

Según los materiales con los que se construyen las viviendas se pueden clasificar en, aceptables, recuperables e irrecuperables. Las viviendas aceptables son aquellas que por la calidad de los materiales, no necesitan reparación o modificación para satisfacer las necesidades del hogar, ya que poseen materiales resistentes en todos sus componentes y tienen elementos de aislación y terminación. Son las viviendas que cuentan con piso de cerámica, baldosa, mosaico, mármol, madera o alfombra. Los techos son de cubierta asfáltica o membrana.

Viviendas particulares baldosa o losa, pizarra o teja y chapa de metal. Todos los techos cuentan con revestimiento interior (cielorraso).

Las viviendas recuperables son aquellas que requieren reparación o modificación para que puedan cumplir con las condiciones adecuadas. Presentan pisos incompletos, sin terminación y techos sin aislación y terminación, o realizados con materiales de baja resistencia. Son las viviendas que cuentan con piso de cemento o ladrillo fijo y otros. El techo presenta cubierta asfáltica o membrana, baldosa o losa, pizarra o teja, chapa de metal o fibrocemento o plástico y otros. Los techos no cuentan con revestimiento interior.

Las viviendas irrecuperables presentan condiciones precarias. No se pueden mejorar ya que suponen, necesariamente, el reemplazo de sus materiales, debido a que no son resistentes en alguno de sus componentes. Son las viviendas que cuentan con piso de tierra o ladrillo suelto y el techo es de chapa de cartón, caña, tabla o paja con barro o paja sola. (30)

De acuerdo a experiencias científicas realizadas se pudo constatar que las mujeres comienzan su vida reproductiva a edades tempranas, antes de los dieciocho años tuvieron su primer hijo. La relación de la edad de las madres con el cumplimiento del calendario de vacunas aportó valores poco significativos.

Edad: ha sido abordada en la relación que guarda el paso del tiempo segmentado en años, con cambios biológicos asociados, a su vez, con comportamientos y capacidades recurrentes, a la manera de quien observa, los efectos del paso del tiempo en los ejemplares de una especie biológica dada. (31)

Adolescencia: La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia. Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente

universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos.

Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante. Los adolescentes dependen de su familia, su comunidad, su escuela, sus servicios de salud y su lugar de trabajo para adquirir toda una serie de competencias importantes que pueden ayudarles a hacer frente a las presiones que experimentan y hacer una transición satisfactoria de la infancia a la edad adulta.

La Juventud es la quinta etapa del desarrollo y de la vida del ser humano y viene después de la adolescencia o pubertad y precede a la adultez. Como norma general se establece su inicio a los 20 años y se extiende hasta los 25 años de edad, pueden variar mucho de una persona a otra por diversos factores: factores hereditarios, clima local, estado de salud, alimentación, clase social y cultural, nivel de actividad física o intelectual, etcétera. Aunque no ha llegado todavía al equilibrio que es característico de la adultez ya se va avanzando en el autoconocimientos y autoaceptación. (32)

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Para el desarrollo de este proyecto se realizará un estudio no experimental u observacional ya que las variables se estudiarán tal como se presenta en la realidad, sin manipulación de las mismas, será descriptivo puesto que se buscará describir fenómenos o situaciones pudiendo sugerir asociación de las variables, transversal ya que se estudiarán las variables simultáneamente en un determinado momento, se medirá una sola vez en el tiempo, y prospectivo porque la recolección de los datos se efectuará a medida que los hechos transcurran en el período de enero, febrero y marzo del 2019.

SITIO DONDE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN

Luego de haber aplicado una guía de convalidación de sitios (ver anexo I) en dos Centros de Salud y a través de los resultados del estudio exploratorio (ver anexo III), se seleccionó uno de ellos por reunir todos los requisitos para medir las variables en estudio y los criterios de elegibilidad.

El Centro de Salud seleccionado para realizar la investigación, se encuentra ubicado en las calles Cardozo y Juárez Celman correspondiente a una zona periférica. A esta institución de dependencia Provincial asisten en su mayoría madres de 13 a 35 años con el fin de vacunar a sus hijos desde su nacimiento hasta el ingreso escolar a los efectos de cumplimentar el calendario nacional de vacunación.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estará constituida por todas las madres de 13 a 35 años que acuden al Centro de Salud.

La unidad de análisis será cada una de las madres de 13 a 35 años que acuden al Centro de Salud.

Los criterios de exclusión: las madres que son personal de salud.

También formarán parte de la población los niños desde su nacimiento hasta el ingreso escolar que asisten al Centro de Salud.

La unidad de análisis será cada uno de los niños desde su nacimiento hasta el ingreso escolar que asisten al Centro de Salud.

Los criterios de exclusión son:

- Niños con enfermedades oncológicas.
- Niños inmunocomprometidos.
- Niños con tratamientos prolongados con corticoides.

Tamaño de la población: no se realizará muestreo debido a que se tomará la población total, que, según datos obtenidos en el estudio exploratorio, será aproximadamente de 40 madres y 50 niños que reúnen los criterios de inclusión/exclusión (ver Anexo III).

Con lo que respecta a la validez externa, las limitaciones para generalizar los resultados de esta investigación se relaciona con aplicarse a un solo sitio por no tomar muestra probabilística por tal solo se generaliza a la población en estudio.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos de la variable factores sociales se utilizará como técnica una encuesta, y el instrumento un cuestionario autoadministrado. Para la variable cumplimiento del calendario nacional de vacunas se aplicará una técnica de observación directa y como instrumento de recolección de datos una lista de cotejo (ver Anexo II).

En el instrumento del cuestionario autoadministrado se detalla en el encabezado una introducción a lo que se va a realizar, también indica la fecha, lugar y edad de la madre. En relación a las dimensiones estudios cursados, situación laboral, cobertura de salud, estado civil y tipo de vivienda, con sus correspondientes indicadores se realizan preguntas cerradas con varias respuestas alternativas, en la cual deben marcar con una cruz una opción.

Para medir el cumplimiento del esquema de vacunación según edad se realizará una observación directa del carnet de vacunas y también se utilizará el SicaP, aplicando una lista de cotejo con dos respuestas dicotómicas, en el cual se marcará si está completo o no para la edad el calendario nacional de vacunas.

La elección de estos instrumentos permitirán medir las variables en estudio.

Las ventajas del cuestionario son: de bajo costo, proporciona información sobre un mayor número de personas en un periodo breve, facilidad para obtener, cuantificar, analizar e interpretar los datos, mantiene el anonimato de los encuestados. En cuanto a la desventaja es poco flexible, la información no puede variar ni profundizarse, no se puede utilizar con personas que no pueden leer y escribir, no permite la aclaración de dudas sobre las preguntas.

Los instrumentos son creados por el propio autor en base al sustento teórico planteado.

Para poner en práctica el instrumento de recolección de datos, se trabajará en la sala de usos múltiples del Centro de Salud de la localidad de Arroyo Seco, de lunes a viernes en el horario de 09 a 15 horas.

Anteriormente se realizó una prueba piloto al instrumento (ver anexo IV) en la sala de espera del Centro de Salud, en la primer semana de octubre del 2018, donde se tomó la demanda espontánea de seis madres con iguales criterios de inclusión/exclusión, utilizando todas las preguntas del cuestionario, lo cual se pudo comprobar que el lugar no era el adecuado por el

gran flujo de usuarios, por lo que se seleccionó la sala de usos múltiples determinando un resultado positivo para la ejecución del instrumento.

En relación a la lista de cotejo se pudo implementar satisfactoriamente.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable 1: Factores sociales.

Tipo: Cualitativa compleja.

Función: Independiente.

Escala de medición: Ordinal.

Dimensión 1: Estudios cursados

Indicadores:

Analfabeto

Primario completo

Secundario completo

Terciario completo

Universitario completo

Dimensión 2: Situación laboral

Indicadores:

Desocupado

Changa

Contrato laboral temporal

Trabajo en relación de dependencia

Dimensión 3: Cobertura de Salud

Indicadores:

Sin obra social

Con obra social

Dimensión 4: Estado civil.

Indicadores:

Soltero

Casado

Unión convivencial

Divorciado

Viudo

Dimensión 5: Tipo de vivienda

Indicadores:

Material de chapa

Material de madera

Material de ladrillo

Variable 2: Cumplimiento del esquema de vacunas

Tipo: Cualitativa.

Función: Dependiente.

Escala de medición: Ordinal.

Dimensión 1: Recién nacido

Indicadores:

Vacunas Hepatitis B, BCG.

Dimensión 2: Dos meses de edad.

Indicadores:

Vacunas Salk, Pentavalente, Rotavirus, Antineumococcica 13.

Dimensión 3: Tres meses de edad

Indicadores:

Vacunas Antimeningococcica ACYW 135.

Dimensión 4: Cuatro meses

Indicadores:

Vacunas Salk, Pentavalente, Rotavirus, Antineumococcica 13.

Dimensión 5: Cinco meses

Indicador:

Vacunas Atimeningococcica ACYW 135.

Dimensión 6: Seis meses.

Indicadores:

Pentavalente, Sabin oral, Antigripal primer dosis.

Dimensión 7: Siete meses

Indicador:

Antigripal segunda dosis

Dimensión 8: Doce meses

Indicadores:

Triple viral, Hepatitis A y Antineumococcica 13.

Dimensión 9: Quince meses.

Indicadores: Pentavalente, Sabin oral, Varicela y Antimeningococcica ACYW 135.

Dimensión 10: Ingreso escolar cinco/seis años.

Indicadores:

Triple bacteriana celular, Triple viral y Sabin oral.

Principios Éticos: Antes de la aplicación de los instrumentos se deberá abordar los principios éticos, uno de ellos es el de beneficencia, que implica sobre todo no dañar, ni daños físicos, ni psicológicos a la población en estudio, teniendo en cuenta que los beneficios siempre deben superar los efectos indeseables o adversos que presente el individuo, además de los perjuicios orgánicos o físicos que pueda sufrir la persona, es muy importante preservar todo lo inherente a su estructura psíquica.

El principio de respeto a la dignidad humana implica el derecho a la autodeterminación y a la información completa. Los sujetos tienen derecho a decidir en forma voluntaria si participan o no en el estudio, tienen derecho a retirarse y a rehusarse a dar información cuando considere que invade su privacidad. El sujeto no puede ser sometido a coerción para participar del mismo. El investigador describe con detalle la naturaleza del estudio, el derecho del sujeto a rehusarse a participar y los riesgos y beneficios que podrían ocurrir, esto se llama consentimiento informado, en donde deberá firmar la madre del niño. Debe asegurar a todos los participantes (madre o tutor responsable del niño) que se mantendrá la confidencialidad y bajo ninguna circunstancia los datos obtenidos del cuestionario serán revelados ni difundidos. Este proyecto incluye a madres menores de edad por lo que se añade el asentimiento al consentimiento informado (Ver anexo II).

El principio de justicia también es utilizado, el derecho a un trato justo y preservar su intimidad, la selección de los participantes es de manera equitativa. No ponen en riesgo a las personas que participan, para beneficiar a otro.

PERSONAL A CARGO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

El personal a cargo de la recolección de datos en este proyecto será el investigador, un enfermero, un administrativo y un agente comunitario, pertenecientes al Centro de Salud.

Se realizará una capacitación de dos horas, durante tres días, que consistirá en dar charlas explicativas e informativas en relación al tema de investigación, en donde se abordará la actividad a realizar, teniendo como objetivo despejar dudas que puedan surgir.

El investigador coordinará las actividades designando funciones a cada personal.

El enfermero realizará control de carnet de vacunas de lunes a viernes en la sala de usos múltiples, en el horario de 09 a 15 horas.

El agente comunitario estará a cargo de proveer el cuestionario a las madres de lunes a viernes, de 09 a 15 horas.

El administrativo controlará en el sistema informático de atención primaria (SICAP) y en el carnet de vacunas, que éste último este completo o no con una lista de cotejo de lunes a viernes de 09 a 15 horas.

PLAN DE ANÁLISIS

Se realizará el agrupamiento de los datos obtenidos por variable seleccionada y sus correspondientes dimensiones (Tabulación). El proceso de tabulación se codificará en computadora mediante la utilización de un software estadístico Epidat. Se establecerá un índice para medir cada variable.

La tabulación de los datos obtenidos de la medición de la variable Factores Sociales contará con los 19 indicadores reflejados en el instrumento. El mismo, presenta un valor mínimo de 5 puntos y un máximo de 25 puntos.

Se analizarán los datos según dimensión:

Dimensión: Estudios cursados. 5 Indicadores.

- Deficitario de 1 a 2 puntos: Indicador Analfabeto (1 punto), Indicador Primario completo (2 puntos).
- Medianamente aceptable 3 puntos: Indicador Secundario completo (3 puntos).
- Aceptable de 4 a 5 puntos. Indicador Terciario completo (4 puntos), Indicador Universitario completo (5 puntos).

Dimensión: Situación laboral. 4 Indicadores

- Deficitario de 1 a 2 puntos: Indicador Desocupado (1 punto), Indicador Changa (2 puntos).
- Medianamente aceptable 3 puntos: Indicador Contrato laboral temporal (3 puntos).
- Aceptable 5 puntos: Indicador Trabajo en relación de dependencia (5 puntos).

Dimensión: Cobertura de salud. 2 Indicadores.

- Deficitario 1 punto: Indicador Sin obra social (1 punto).
- Aceptable 5 puntos: Indicador Con obra social (5 puntos).

Dimensión: Estado civil. 5 Indicadores.

- Deficitario de 1 a 2 puntos: Indicador Viudo (1 punto), Indicador Divorciado (2 puntos).
- Medianamente aceptable 3 puntos. Indicador Soltero (3 puntos).
- Aceptable de 4 a 5 puntos: Indicador Unión convivencial (4 puntos), Indicador Casado (5 puntos).

Dimensión: Tipo de vivienda. 3 Indicadores.

- Deficitario 1 punto: Indicador Material de chapa (1 punto).

- Medianamente aceptable 3 puntos: Indicador Material de madera (3 puntos).
- Aceptable 5 puntos: Indicador Material de ladrillo (5 puntos).

Posteriormente se medirá la variable Factores Sociales a nivel global, teniendo en cuenta todos los indicadores (del 1 al 19), tomando los resultados cómo:

- Deficitario: de 5 a 11 puntos.
- Medianamente aceptable: de 12 a 18 puntos.
- Aceptable: de 19 a 25 puntos.

Se utilizará una escala de medición ordinal, tipo de medida estadística descriptiva aplicando análisis de frecuencia, mediana y moda.

La tabulación de los datos obtenidos de la medición de la variable Cumplimiento del Calendario Nacional de Vacunas contará con los 26 indicadores reflejados en el instrumento. El mismo presentará un valor mínimo de 1 punto para el NO cumplimiento del calendario según edad y un valor máximo de 2 puntos para el SI cumplimiento del calendario según edad. Variable Cumplimiento del calendario de vacunación.

Dimensión 1: Recién nacido. 2 indicadores: Vacunas Hepatitis B y BCG.

Dimensión 2: Dos meses de edad. 4 Indicadores: Vacunas Salk, Pentavalente, Rotavirus y Antineumococcica 13.

Dimensión 3: tres meses de edad. 1 Indicador: Vacuna Antimeningococcica ACYW 135.

Dimensión 4: cuatro meses. 4 Indicadores: Vacunas Salk, Pentavalente, Rotavirus y Antineumococcica 13.

Dimensión 5: Cinco meses. 1 Indicador: Vacuna Antimeningococcica ACYW 135.

Dimensión 6: seis meses. 3 Indicadores: Vacunas Sabin oral, Pentavalente y Antigripal primer dosis.

Dimensión 7: siete meses. 1 Indicador: Vacuna Antigripal segunda dosis.

Dimensión 8: doce meses. 3 Indicadores: Vacunas Triple viral, Hepatitis A y Antineumococcica 13.

Dimensión 9: quince meses. 4 Indicadores: Vacunas Pentavalente, Sabin oral, Varicela y Antimeningococcica ACYW 135.

Dimensión 10: Ingreso escolar cinco/seis años. 3 Indicadores: Vacunas Triple viral, Sabin oral y Triple bacteriana celular.

Para esta variable se utilizará una escala ordinal con tipo de medida estadística descriptiva empleando análisis de frecuencia y porcentaje.

El plan de análisis será bivariado, con estadísticas descriptivas, representándose la variable factores sociales en tablas simples y la variable cumplimiento del calendario nacional de vacunas en gráfico de torta. Se cuenta con la colaboración de un profesional estadístico.

PLAN DE TRABAJO

Actividades	Tiempo					
	Enero		Febrero		Marzo	
	02 al 15	17 al 30	04 al 15	18 al 27	01 al 15	18 al 29
Recolección de datos						
Tabulación de los datos						
Análisis e interpretación de los datos						
Elaboración de la discusión						
Elaboración de la conclusión						
Redacción del informe final						
Difusión de los resultados						

Recursos: recursos humanos, el investigador, un enfermero, un personal administrativo y el agente comunitario pertenecientes al Centro de Salud. Recursos materiales, preguntas armadas en hojas móviles, impresora, dos computadoras, artículos de librería (biromes, lápices, gomas, calculadora), se utilizará la sala de usos múltiples del efector como espacio físico donde se llevará a cabo las tareas de tabulación de datos.

Anexos

ANEXO I – GUÍA DE CONVALIDACIÓN DE SITIO.

Centro de Salud.

¿Cuenta con autorización para realización de trabajos de investigación dentro del efector?

¿El personal de enfermería del Centro de Salud colaborará con la investigación?

¿Con cuántas manzanas cuenta el sitio demográfico del centro de salud?

¿En qué zona está ubicado?

¿Cuál es su dependencia?

¿Cuenta con un vacunatorio?

¿Cuenta con personal de vacunación exclusivo?

¿Cuál es el horario y días de atención de vacunación?

¿Cuenta con heladera para uso exclusivo de vacunas?

¿La heladera posee termómetro digital?

¿Cuenta con todas las vacunas en el servicio?

¿Quiénes proveen las vacunas? ¿Cuál es la frecuencia?

¿Cantidad de pacientes que van a vacunarse?

¿Qué grupo etario es el más predominante?

¿Cuenta con computadora propia para el servicio de vacunación?

¿Qué tipos de registros utilizan para ingresar a los pacientes al sistema de salud?

¿Cuentan con sistema integrado de centro de atención primaria (SICAP) actualizados?



FACULTAD
DE
CIENCIAS MÉDICAS

Universidad Nacional de Rosario

-----Quien suscribe, Dra. Graciela Simonetti, Profesora Titular de la Actividad Académica
Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad
Nacional de Rosario, certifica que.....Ruiz Mariana.....

.....
es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería-----

El mismo/a deberá relevar datos de las Instituciones de Salud con el objeto de realizar sus
trabajos prácticos en esta actividad académica.-----

A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario,
Provincia de Santa Fe, a los.....23/11/2018.....

Rosario Simonetti
NUNES RUSIWA
JTP INVESTIGACION Y TESIS
ESUELA DE ENFERMERIA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558
Fax 341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

**CENTRO DE SALUD
"RAMON CARRILLO"**
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA/
PROV. SANTA FE

ANEXO II – CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento Informado: en nuestro carácter de investigador, en relación al cumplimiento del calendario nacional de vacunación en la Localidad de Arroyo Seco. Se realizará un cuestionario, el mismo será voluntario de forma anónima. Puede elegir participar o no.

El objetivo es establecer la relación que existe entre los Factores Sociales de las madres, según edad y el Cumplimiento del Calendario Nacional de Vacunas en niños desde su nacimiento hasta el ingreso escolar. A continuación detallaremos el consentimiento.

Yo....., teniendo plena capacidad para expresar mi consentimiento, me ofrezco voluntariamente a participar en la investigación sobre la relación que existe entre Factores Sociales de las madres según edad y el Cumplimiento del Calendario Nacional de Vacunas en niños desde su nacimiento hasta el ingreso escolar.

Me han explicado el significado de mi participación voluntaria, la duración y la finalidad del estudio y los métodos que se emplearán para realizarlo. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas relativas a este estudio y las respuestas recibidas han sido completamente satisfactorias. Se mantendrá la confidencialidad de la misma en el sentido de que no se citará mi nombre en ninguna publicación preparada sobre el estudio.

.....

Firma

Estudiante de la Carrera Licenciatura en Enfermería

.....

Firma

.....

Fecha

.....

D.N.I.

ANEXO II- ASENTIMIENTO INFORMADO

Mi nombre es Marianela Rocío Ruiz y mi trabajo consiste en investigar si tu hijo presenta el carnet de vacunas completo de acuerdo a su edad, para evitar enfermedades que se pueden prevenir con vacunas. Le voy a dar información e invitarle a tomar parte de este Proyecto de investigación. Puedes elegir si participar o no.

Pero si no deseas tomar parte en la investigación no tiene porqué hacerlo. Puedes discutir cualquier aspecto de este documento con tus padres o amigos o cualquier otro con el que te sientas cómodo. Puedes decidir participar o no después de haberlo discutido. No tienes que decidirlo inmediatamente. Puede que haya algunas palabras que no entiendas o cosas que quieras que te las explique mejor porque estás interesado o preocupado por ellas. Por favor, puedes pedirme que pare en cualquier momento y me tomaré tiempo para explicártelo.

.....

Firma

Estudiante de la Carrera Licenciatura en Enfermería

.....

Firma

.....

Fecha

.....

D.N.I.

ANEXO II: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Sra. Mamá: A través del siguiente cuestionario se recolectarán datos para un estudio con el fin de obtener información sobre la relación que existe entre los Factores Sociales de las madres y el Cumplimiento del Calendario de Vacunación de sus niños.

Esta investigación es parte de un Proyecto de Tesina a fin de obtener el título de Grado Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario (UNR).

Cuestionario:

Fecha:.....

Lugar:.....

Edad de la madre:.....

Marcar con una cruz la respuesta elegida.

PREGUNTAS	INDICADORES	MARQUE CON X	ÍNDICE
¿Qué estudios cursados posee?	Analfabeto		1
	Primario completo		2
	Secundario completo		3
	Terciario completo		4
	Universitario completo		5
¿Cuál es su situación laboral?	Desocupado		1
	Changa		2
	Contrato laboral temporal		3
	Trabajo en relación de dependencia		5
¿Posee cobertura de salud?	Sin obra social		1
	Con obra social		5
¿Cuál es su estado civil?	Viudo		1
	Divorciado		2
	Soltero		3
	Unión convivencial		4
	Casado		5
¿Qué tipo de vivienda posee?	Material de chapa		1
	Material de madera		3
	Material de ladrillo		5

Lista de cotejo:

Marcar con una cruz el casillero según corresponda.

CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO NACIONAL DE VACUNAS	1	2
	NO	SI
RECIÉN NACIDO Vacunas: Hepatitis B, BCG		
DOS MESES Vacunas: Salk, pentavalente, rotavirus y antineumococcica 13		
TRES MESES Vacuna: Antimeningococcica ACYW 135		
CUATRO MESES Vacunas: Salk, pentavalente, rotavirus y antineumococcica 13		
CINCO MESES Vacuna: Antimeningococcica ACYW 135		
SEIS MESES Vacunas: Pentavalente, sabin oral y antigripal pediátrica primer dosis		
SIETE MESES Vacuna: antigripal pediátrica segunda dosis		
DOCE MESES Vacunas: Triple viral, hepatitis A y antineumococcica 13		
QUINCE MESES Vacunas: Pentavalente, sabin oral, varicela y antimeningococcica ACYW 135		
INGRESO ESCOLAR CINCO/SEIS AÑOS Vacunas: Triple bacteriana celular, triple viral y sabin oral		

ANEXO III - RESULTADO DEL ESTUDIO EXPLORATORIO

Para la selección del sitio se realizó previamente una exploración de las distintas Instituciones de salud de la ciudad de Arroyo Seco dando como resultado que cuenta con cuatro establecimientos asistenciales de salud, dos de ellos son de dependencia privada y dos de dependencia pública. Solamente los de dependencia pública poseen vacunatorios, el Hospital zonal ubicado en el centro de la ciudad y el Centro de Salud de dependencia Provincial ubicado en la zona periférica.

Se realiza un estudio exploratorio en los dos efectores públicos de salud, se elige uno de ellos por reunir los criterios de elegibilidad.

Se escoge el Centro de Salud ubicado en la zona periférica, su dirección es Cardozo y Juarez Celman, con la autorización del personal directivo y la colaboración del personal de enfermería para llevar a cabo la presente investigación. El efector posee una sala exclusiva de vacunación con un personal de enfermería capacitado en inmunizaciones, siendo el horario de atención de nueve a quince horas de lunes a viernes.

El vacunatorio está equipado con una heladera para uso exclusivo de vacunas, con un termómetro digital que marca la temperatura máxima y mínima según las Normas Nacionales de Vacunación, en la misma se almacena todas las vacunas correspondientes al calendario nacional de vacunación. La enfermera del Centro de Salud realiza mensualmente un pedido de vacunas al sector de abastecimiento del Nodo Rosario para la provisión de las mismas.

Asisten al vacunatorio aproximadamente diez niños por día para completar el calendario nacional de vacunación, el grupo etario más predominante son los niños menores de cinco años.

La sala de vacunación cuenta con una computadora conectada al servicio de internet en el cual se registra a todos los niños vacunados a un sistema informático de la Provincia de Santa Fe denominado Sistema Integrado de Centro de Atención Primaria (SICAP).

ANEXO IV: RESULTADOS DE LA PRUEBA PILOTO DEL INSTRUMENTO

Para la aplicación de la prueba piloto, se tomó la demanda espontánea de seis madres que se encontraban en la sala de espera del Centro de Salud mientras aguardaban vacunar a sus niños, se eligió el día lunes primero de Octubre del 2018 en el horario de nueve a quince horas.

Previo a realizar el cuestionario se les informó sobre la finalidad de la misma, firmando el consentimiento informado/ asentimiento para asegurar el carácter anónimo y confidencial de sus respuestas.


Si bien no hubo dificultad en la comprensión de las preguntas por parte de las madres, se pudo comprobar que el sitio no era el adecuado por el gran flujo de usuarios y ruidos externos generando distracción en las participantes.

Se realizó una segunda prueba piloto modificando el lugar para llevar a cabo el cuestionario, eligiendo la sala de usos múltiples por ser un sector privado comprobando que es el adecuado. En relación a la lista de cotejo se pudo implementar satisfactoriamente.



FACULTAD DE
CIENCIAS MEDICAS- UNR
Universidad Nacional de Rosario

Quien suscribe, Dra. Graciela Simonetti, Profesora Titular de la actividad académica Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, certifica que MERCEDES RUIZ ha cumplido la función de Director/a del Proyecto de Tesina, durante el año 20.... cuyo título ha sido FACTORES SOCIALES EN MADRES DE 13 A 35 AÑOS CON EL CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO NACIONAL DE VACUNAS EN NIÑOS DESDE SU NACIMIENTO HASTA EL INGRESO ESCOLAR.
Emitimos el mismo, como constancia para presentar ante quien corresponda.


LIC. MERCEDES RUIZ
SUPERVISORA DE ENFERMERIA
SECRET. DE SALUD
MUNICI. DE VILLA G. MALVEZ

BIBLIOGRAFÍA

1. **Salud, Organización Mundial de la.** *Vacunas e inmunización: situación mundial.* Ginebra : OMS, 2010.
2. *El atraso en vacunas. Poniendo en evidencia una realidad en salud.* **Schargrotsky, L, y otros** 242, Buenos Aires : Revista Hospital niños Buenos Aires, 2011, Vol. 53.
3. *Esquemas atrasados y oportunidades perdidas de vacunación en niños de hasta dos años atendidos en centros de salud.* **Gentile, A, y otros.** 11, Buenos Aires : Revista argentina salud pública, 2012, Vol. 3.
4. **O´Toole, G, y otros.** *Segundo reporte situación provincial Influenza A H1N1.* Santa Fe : Ministerio de Salud, 2012.
5. *Reticencia a la vacunación: abordaje de su complejidad.* **Nolte, F, y otros.** Buenos Aires : Revista Hospital Niños B. Aires, 2016.
6. *Esquema de vacunación incompleto en niños menores de cinco años.* **Navarro, V, Distéfano, G y Giai, M.** San Martín : Revista Higiene y Sanidad Ambiental, 2015.
7. *El atraso en vacunas. Poneindo en evidencia una realidad en salud.* **Schargrotsky, L, y otros.** 242, Buenos Aires : Revista Hospital Niños B. Aires, 2011, Vol. 53.
8. *Esquemas atrasados y oportunidades perdidas de vacunación en niños de hasta 36 meses del departamento de Paysandú.* **Perez, L, y otros.** S1, Paysandú : Archivos de Pediatría de Uruguay, 2013, Vol. 84.
9. **Ministerio de Salud Santa Fe.** *Salud pública conceptos básicos y generales: El sistema público de salud provincial.* Santa Fe : s.n., 2013.
10. **Abate, H, y otros.** *Recomendaciones nacionales de vacunación Argentina.* Buenos Aires : ProNaCEI, 2012.
11. *El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión.* **Aristazábal Hoyos, G, y otros.** s.l. : Enfermería Universitaria, 2011. <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>
12. **Aquino, A, y otros.** *Vacunas: el derecho a la prevención .* Buenos Aires : Ministerio de Salud de la Nación, 2012.
13. **Abate, H, y otros.** *Recomendaciones nacionales de vacunación Argentina.* Buenos Aires : ProNaCEI, 2016.
14. **Bonvehí, P, y otros.** *Vacunación en huespedes especiales: lineamientos técnicos actualización.* Buenos Aires : Ministerio de Salud, 2014.
15. *La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales.* **Guzmán Miranda, O y Caballero Rodriguez, T.** 336-350, Cuba : Santiago, 2012, Vol. 2.

16. *Educación, enseñanza y didáctica en la contemporaneidad*. **Necuzzi, C.** 19-37, s.l. : Centro en estudios en diseño y comunicación, 2018, Vol. 67. <http://www.scielo.org.ar/pdf/ccedce/n67/n67a02.pdf>
17. *Calidad de vida urbana en la Argentina de la posconvertibilidad. Procesos sociales y territoriales en el período 2003-2012*. **Lucero, P, y otros.** 43-73, Buenos Aires : Dirección general de estadísticas y censos de Buenos Aires, 2015, Vol. 12.
18. **Censos, Instituto Nacional de Estadísticas.** *Censo nacional de población, hogares y viviendas.* Buenos Aires : INDEC, 2010. https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010_tomo1.pdf
19. *Niveles educativos*. **Ministerio de educación, cultura, ciencia y tecnología.** Buenos Aires : s.n., 2018. <https://www.argentina.gob.ar/educacion>
20. **censos, Instituto Nacional de Estadísticas y.** *Censo nacional de población, hogares y viviendas .* Buenos Aires : INDEC, 2010. https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010_tomo1.pdf
21. *Calidad de vida urbana en la Argentina de la posconvertibilidad. Procesos sociales y territoriales en el período 2003-2012*. **Lucero, P, y otros.** 43-73, Buenos Aires : Dirección general de estadísticas y censos de Buenos Aires, 2015, Vol. 12.
22. *Definición de trabajo*. **Perez Porto, J y Merino, M.** 2012. <https://definicion.de/empleo/>
23. *Administración de personal y legislación laboral: el trabajo en relación de dependencia*. **Vento, S.** 2011. <http://ventoapll.blogspot.com/2011/05/el-trabajo-en-relacion-de-dependencia.html>
24. *Contrato temporal ¿que es un contrato temporal?* **contabilidad, Glosario de.** <https://debitoor.es/glosario/definicion-contrato-temporal>
25. **Censos, Instituto Nacional de Estadísticas y.** *Censo nacional de población, hogares y viviendas .* Buenos Aires : INDEC, 2010. https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010_tomo1.pdf
26. *Calidad de vida urbana en la Argentina de la posconvertibilidad. Procesos sociales y territoriales en el período 2003-20012*. **Lucero , P, y otros.** 51, Buenos Aires : Dirección general de estadísticas y censos, 2015, Vol. 12.
27. *Calidad de vida urbana en la Argentina de la posconvertibilidad. Procesos sociales y territoriales en el periodo 2003-2012*. **Lucero, P, y otros.** 43-73, Buenos Aires : Dirección general de estadísticas y censos, 2015, Vol. 12.
28. *Regimen legal de las obras sociales y del seguro de salud*. **Garay , O.** s.l. : La Rocca, 2017. <http://www.salud.gob.ar/dels/printpdf/149>

29. *¿Qué es la cobertura universal de salud y cómo funcionará?* **Infobae**. Mendoza : s.n., 2017.
<https://www.infobae.com/politica/2017/10/04/que-es-la-cobertura-universal-de-salud-y-como-funcionara/>
30. **Censos, Instituto Nacional de Estadísticas y**. *Censo nacional de población, hogares y viviendas*. Buenos Aires : INDEC, 2010.
https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010_tomo1.pdf
31. *Envejecimiento y campo de la edad: elementos sobre la pertinencia del conocimiento gerontológico*. **Gutierrez, V y Rios, S**. Valparaíso : Revista última década, 2006, Vol. 25.
32. *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente: desarrollo en la adolescencia*.
<https://www.etapasdesarrollohumano.com/etapas/juventud/>