

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA JUAN MISAEL SARACHO
SECRETARIA DE EDUCACIÓN CONTINUA
DIRECCIÓN DE POSGRADO
POSGRADO EN SALUD



TESIS DE POSGRADO

INCUMPLIMIENTO DE ESQUEMA DE VACUNACIÓN. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.

Por:

Lourdes Efronia Copatiti Nina

Trabajo de Investigación presentada a consideración de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, como requisito para la obtención del título de Maestría en Enfermería Neonatológica y Pediátrica.

Santa Cruz, Estado Plurinacional de Bolivia
2020

APROBADO

TRIBUNAL:

POSGRADO EN SALUD

LUGAR Y FECHA: _____

El tribunal calificador de la presente tesis no se solidariza con la forma, términos, modos y expresiones vertidas en la misma, siendo únicamente responsabilidad de la autora.

DEDICATORIA

Esta investigación está dedicada a las madres de familia, a quienes veo en mi diaria labor, buscando ayuda para sus hijos, a veces en condiciones precarias, pero con un instinto materno insuperable.

AGRADECIMIENTO

Las gracias a Dios, a mi familia, por su amor, paciencia y cariño en los momentos más difíciles.

A mis colegas. Todos aportaron con su amistad y consejos para seguir adelante con esta iniciativa.

A la universidad Juan Misael Saracho por acogernos en sus aulas.

INDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema	4
1.2 Formulación del problema	7
1.3 Objetivos	8
1.3.1 Objetivo general	8
1.3.2 Objetivos específicos	8
1.4 Justificación	9
1.5 Viabilidad	10
2. MARCO TEÓRICO	11
2.1 Marco teórico conceptual	11
2.2 Marco teórico referencial	20
2.2.1 Antecedentes	20
2.2.2 El programa ampliado de inmunizaciones	21
2.2.3 Origen de las vacunas	22
2.2.4 El sistema inmunológico	24
2.2.5 Inmunización	25
2.2.5.1 Inmunización activa	25
2.2.5.2 Inmunización pasiva	25
2.2.6 Clasificación de vacunas	26
2.2.6.1 Vivas atenuadas	26
2.2.6.2 Inactivas o muertas	26
2.2.7 Vacuna para el Bacilo de Calmette – Guérin	27
2.2.8 Vacuna contra el coqueluche, Bordetella pertussis	27
2.2.9 Vacuna contra la difteria, Corynebacterium diphtheriae	28
2.2.10 Vacuna contra el tétanos	29
2.2.11 Vacuna contra la Hepatitis B	29
2.2.12 Vacuna contra el Hib	30

2.2.13 Vacuna contra la polio	31
2.2.14 Vacuna contra el Sarampión	32
2.2.15 Vacuna contra la rubéola	33
2.2.16 Vacuna contra la parotiditis	33
2.2.17 Lavado de manos.....	34
2.2.17.1 Tipos de lavado de manos	34
2.2.18 Cadena de frío.....	35
2.2.18.1 Elementos fundamentales	35
2.2.18.2 Niveles operativos de la cadena de frío.....	36
2.2.18.3 Planilla de control de vacunas	36
2.2.19 Factores que influyen en el cumplimiento del calendario de inmunizaciones	36
2.2.19.1 Factores sociodemográficos y culturales	37
2.2.19.2 Factores Institucionales.....	43
2.2.20 Marco legal en Bolivia	46
2.3 Hipótesis	49
2.5 Marco teórico contextual	50
3. DISEÑO METODOLÓGICO	51
3.1 Tipo de estudio.....	51
3.1.1 Enfoque de la investigación.....	53
3.2 Universo.....	54
3.3 Muestra	54
3.4 Identificación de variables	54
3.5 Criterios de inclusión y exclusión	55
3.6 Unidad de análisis.....	55
3.7 Operacionalización de variables.....	56
3.8 Instrumentos y técnicas de estudio	65
3.9 Plan de análisis estadístico	67
3.10 Aspectos éticos	67

4. RESULTADOS.....	69
4.1 Presentación de resultados y análisis	69
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	109
5.1 Conclusiones	109
5.2 Recomendaciones	110
Bibliografía	112
Anexos.....	117

INDICE DE CUADROS

CUADRO Nro. 1: PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN SEXO. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.....	69
CUADRO Nro. 2: PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN EDAD. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.....	71
CUADRO Nro. 3: PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN PATOLOGÍA DE INGRESO. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.....	73
CUADRO Nro. 4: PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN LUGAR DE NACIMIENTO. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.....	75
CUADRO Nro. 5: PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN EDAD. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.....	77
CUADRO Nro. 6: PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN SEXO. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.....	79
CUADRO Nro. 7: PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN LUGAR DE NACIMIENTO. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.....	81
CUADRO Nro. 8: PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.....	83
CUADRO Nro. 9: PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN OCUPACIÓN LABORAL. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.....	85
CUADRO Nro. 10: PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN NÚMERO DE HIJOS. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.....	87
CUADRO Nro. 11: PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN CONDICIÓN DE VIVIENDA. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.....	89

CUADRO Nro. 12: PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN DISTANCIA DE LA VIVIENDA AL CENTRO DE SALUD. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.....	91
CUADRO Nro. 13: PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN IDIOMA MATERNO. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.....	93
CUADRO Nro. 14: PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN ESTADO CIVIL. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.....	95
CUADRO Nro. 15: INCUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS SEGÚN DISPONIBILIDAD DE TIEMPO DE LOS PADRES. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.....	97
CUADRO Nro. 16: FRECUENCIA DE OLVIDO DE LA FECHA DE VACUNACIÓN POR LOS PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.....	99
CUADRO Nro. 17: INCUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS SEGÚN DISPONIBILIDAD DE APOYO A LOS PADRES. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.....	101
CUADRO Nro. 18: CONOCIMIENTOS SOBRE VACUNAS DE LOS PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.....	103

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO Nro. 1: PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN SEXO. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.....	69
GRÁFICO Nro. 2: PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN EDAD. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.....	71
GRÁFICO Nro. 3: PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN PATOLOGÍA DE INGRESO. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.....	73
GRÁFICO Nro. 4: PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN LUGAR DE NACIMIENTO. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.....	75
GRÁFICO Nro. 5: PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN EDAD. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.....	77
GRÁFICO Nro. 6: PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN SEXO. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.....	79
GRÁFICO Nro. 7: PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN LUGAR DE NACIMIENTO. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.....	81
GRÁFICO Nro. 8: PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.....	83
GRÁFICO Nro. 9: PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN OCUPACIÓN LABORAL. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.....	85
GRÁFICO Nro. 10: PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN NÚMERO DE HIJOS. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.....	87
GRÁFICO Nro. 11: PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN CONDICIÓN DE VIVIENDA. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.....	89

GRÁFICO Nro. 12: PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN DISTANCIA DE LA VIVIENDA AL CENTRO DE SALUD. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.....	91
GRÁFICO Nro. 13: PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN IDIOMA MATERNO. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.....	93
GRÁFICO Nro. 14: PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN ESTADO CIVIL. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.....	95
GRÁFICO Nro. 15: INCUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS SEGÚN DISPONIBILIDAD DE TIEMPO DE LOS PADRES. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.....	97
GRÁFICO Nro. 16: FRECUENCIA DE OLVIDO DE LA FECHA DE VACUNACIÓN POR LOS PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.....	99
GRÁFICO Nro. 17: INCUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS SEGÚN DISPONIBILIDAD DE APOYO A LOS PADRES. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.....	101
GRÁFICO Nro. 18: CONOCIMIENTOS SOBRE VACUNAS DE LOS PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.....	104

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud

PAI: Programa ampliado de inmunizaciones

BCG: Bacilo de Calmette y Guerin

Hib: Haemophilus influenzae tipo b

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

INE: Instituto Nacional de Estadística

OPS: Organización Panamericana de la Salud

SR: Sarampión, Rubeola

SRP: Sarampión, Rubeola, paperas

FNT: Factor de necrosis tumoral

CDC: Centros para el Control y Prevención de Enfermedades

RESUMEN

El presente estudio aborda los factores socioculturales que influyen los padres para que incumplan con el esquema de vacunación de sus hijos menores de 2 años internados en el Servicio de Pediatría del Hospital Municipal Plan 3000 de agosto a octubre de 2018. El estudio fue de tipo retroprospectivo, transversal, descriptivo, no experimental. La muestra fue 48 pacientes menores de 2 años y sus respectivos padres.

Los resultados fueron: La mayoría de pacientes pediátricos (62%) que tenían su calendario de vacunación incompleto eran varones, de 13 a 18 meses de edad, con infecciones de respiratorias agudas. La mayoría de padres (38%) tenían de 26 a 35 años, eran mujeres (75%), con grado secundario (75%) y eran amas de casa (44%), tenían un solo hijo y vivían en alquiler, el centro de salud quedaba lejos (56%), hablaban castellano y eran concubinos. Además, la mayoría de padres no tenían tiempo para llevar a sus hijos a vacunar (44%) y olvidan la fecha de vacunación (50%). Los padres de familia tienen deficiencia de conocimientos sobre las reacciones adversas comunes de las vacunas, sobre las vacunas que deben aplicarse a niños antes del primer año y sobre las vacunas que deben aplicarse a los recién nacidos.

Se recomienda a los padres: Tomar conciencia sobre las consecuencias de no estar vacunados y buscar información científica sobre vacunas. Evitar obtener información de personas no autorizadas. A las enfermeras: Captar pacientes pediátricos, brindar educación sanitaria de vacunas, coordinar con estudiantes de enfermería la elaboración de material didáctico.

Palabras Clave: vacunación, enfermería, incumplimiento de esquema.

INTRODUCCIÓN

1. Problema de investigación

La salud como tal es un derecho inalienable de todas las personas, es una aspiración que anhelan las personas de todas las condiciones sociales, edad o procedencia. Para la OMS (1), aunque esto parezca una utopía, el estado como ente administrativo de una sociedad tiene la responsabilidad de velar por el bienestar de la gente, especialmente de las personas con edades extrema como los ancianos y niños. De estos dos grupos etéreos los niños son los más vulnerables, ya que su inmadurez orgánica los predispone a contraer específicas enfermedades infecto contagiosas de tipo viral y bacteriana. La mayoría de estas enfermedades pueden ser prevenidas con la inyección de una vacuna, entre una o más dosis pueden hacer que el niño por su propia cuenta pueda defenderse de los agresores externos. Una de las principales alternativas que existen como tratamiento preventivo para las enfermedades infectocontagiosas en los niños son las inmunizaciones o vacunas. Se estima que gracias a la vacunación se previenen unos 2,5 millones de fallecimientos cada año en todo el mundo. Desde el punto de vista económico, estudios han demostrado que el bajo costo de las vacunas utilizadas y el reducido personal necesario para desarrollar programas de vacunación son altamente compensadores, delante del elevado costo de la atención médico hospitalaria para tratamiento y rehabilitación, y más importante, frente al padecimiento y a la angustia a que está sometida la población con enfermedad, incapacidad y muerte (2).

Las vacunas poseen un mecanismo de prevención que a través de dosis orales o inyectables inoculan a los pacientes distintos microorganismos que están manipulados y atenuados para poder, luego de ingresar al organismo “programar” las defensas del organismo y defenderse ante un posterior

ataque de otros similares microorganismos. El proceso inmunitario que se produce puede ser de dos tipos, uno de ellos donde se produce una provisión de anticuerpos llamada también pasiva y la otra donde se produce una producción de anticuerpos llamada también activa. La inmunidad que se crea en el cuerpo puede ser de dos tipos pasiva (provisión de anticuerpos) o activa (produce anticuerpos), y estas ayudan a los antígenos a crear los anticuerpos necesarios para prevenir o contrarrestar los estragos producidos por las patologías infecciosas prevenibles.

En muchos países aún se mantienen latentes algunas enfermedades transmisibles de origen viral o bacteriano que afectan principalmente a niños y niñas de distintas edades, ante esta situación la Organización Mundial de la Salud (OMS) en coordinación con los distintos países establecieron un programa de inmunizaciones que se asegure de brindar las vacunas necesarias como método preventivo de la aparición y brote de enfermedades como la viruela y el polio entre otras. Para lograr tal cometido se elaboraron esquemas de vacunación en base a la edad de los niños y niñas (3).

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (P.A.I.) fue lanzado a nivel mundial en 1974 y en las Américas en 1977. En Bolivia se viene implementando este programa, desde 1979 y consiste en la aplicación de la vacuna BCG, difteria, tos ferina, tétanos y sarampión; administrándose las mismas en forma universal y gratuita a todos los niños menores de 5 años de edad. A partir de 1999 se establece el P.A.I. de segunda generación, que incluye además la vacuna contra hepatitis B, H. Influenzae tipo b, rubéola y paperas. Sin embargo, diversos estudios muestran que las vacunas no están llegando de manera adecuada a los pacientes pediátricos, ya sea porque no hay una disponibilidad de las dosis o simplemente, en su mayoría de casos hay una indiferencia de los padres respecto a la importancia de llevar al niño a vacunarse. Esto puede hacer parecer a los padres como los presuntos

culpables de que el niño no reciba sus vacunas, sin embargo, existen una serie de factores que afectan a los padres que hacen que estos no puedan llevarlos a sus hijos a vacunarse, entre ellos el desconocimiento de los esquemas de vacunación, la influencia de información falsa de parte de terceros, inaccesibilidad de los centros de vacunación, desconocimiento de los beneficios de las vacunas, entre otros. Toda esto coloca a los niños y niñas en el centro de una situación que no depende de ellos únicamente, sino de lo que hagan los padres y en segundo orden los agentes de salud. Ya que las consecuencias de no tener los esquemas de vacunación correctamente completados básicamente exponen a los niños a enfermedades infectocontagiosas bacterianas y virales que tienen una alta incidencia de morbilidad y mortalidad. Los niños que logran sobrevivir a estas complicaciones tienen una calidad de vida muy mala, siendo afectados ellos y toda su familia.

1.1 Planteamiento del problema

Las enfermedades infectocontagiosas han jugado un rol determinante en la historia de la humanidad, debido a que han producido e incidido en el desarrollo de la misma por medio de la aparición de epidemias que en algunos casos han causado muchísimas muertes, especialmente de niños que no podían defenderse. Todos los esfuerzos de las principales instituciones de salud se han enfocado en coordinar actividades y esfuerzos en prevenir y tratar estas enfermedades. Producto de esto se crearon las vacunas, que es un mecanismo que utiliza agentes patógenos atenuados, para que puedan replicar la producción de anticuerpos en el organismo de las personas que las recibían y debido a la baja virulencia de estos agentes patógenos, se hace viable la inyección de más de una dosis para completar una carga viral que pueda preparar el organismo del paciente para responder ante un eventual ataque infeccioso.

La aplicación de programas de vacunaciones, junto con otras medidas de salud pública (saneamiento, tratamiento de aguas de consumo, etc.), ha logrado un descenso importante en la morbi-mortalidad atribuible a las enfermedades infecciosas. Se trata, por tanto, de una estrategia de prevención primaria, pues actúa antes de que el factor etiológico o de riesgo afecte al sujeto, tienen por objeto producir una elevada proporción de individuos inmunes en la población, de manera que se impida la transmisión de la infección y con ello sea prácticamente imposible la aparición de fenómenos epidémicos, logrando la protección directa en los individuos y la inmunidad colectiva de toda la población (4).

A nivel mundial respecto a la *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) a finales de 2016, la vacuna contra la Hib se había introducido en 191 países. Se estima que la cobertura mundial con tres dosis de la vacuna contra Hib es de un

70%. En la Región de las Américas, se calcula que la cobertura es del 90%, mientras que en la Región del Pacífico Occidental es solo del 28%. El sarampión es una enfermedad muy contagiosa. A finales de 2016, el 85% de los niños habían recibido una dosis de la vacuna contra el sarampión; por otra parte 164 países habían incluido una segunda dosis como parte de la inmunización sistemática, y el 64% de los niños recibieron dos dosis de conformidad con el calendario vacunal de su país. (5).

En la actualidad la falta de tiempo, recursos económicos y otros factores han provocado desde el 2010 un estancamiento del 86% de la cobertura total de niños vacunados a nivel mundial, haciendo que se incumplan las metas cobertura del 90% como cifra esperada año a año por la OMS y la Unicef. Se estima que 13 millones de niños no recibirán la primera dosis de vacunas y 6,6 millones no completen el esquema de vacunación en su totalidad, elevando la tasa de mortalidad de 2 a 3 millones de niños, solo a causa del tétano, sarampión, tosferina y difteria, sin sumar la tasa de mortalidad de las demás enfermedades del carnet de vacunación (6).

Muchos de los niños que no han recibido sus vacunas o lo han recibido de forma incompleta viven en zonas poco accesibles para los servicios de salud, algunos en extrema pobreza por lo que no pueden acceder al transporte siquiera para llegar a los centros de salud a recibir sus vacunas. Por otro lado, a veces son los padres que por desconocimiento de la funcionalidad de las vacunas evitan llevar a sus hijos a recibirlas. El cumplimiento del esquema de vacunación puede estar relacionada con múltiples factores tales como el grado de instrucción de los padres, número de hijos, estado civil, ocupación, ingreso económico, costo de la atención, tiempo de espera, trato por parte del personal de salud, infraestructura, insumos, ubicación geográfica, deficiente educación sanitaria, falta de seguimiento de casos, etc. (7)

Las diferentes barreras económicas, culturales, geográficas y tradicionales de las comunidades han limitado el acceso a los servicios, exponiendo a los niños al grupo de patologías que se caracterizan por ser infecciosas (8).

En Bolivia según El Instituto Nacional de Estadística (9) (INE) y el Ministerio de Salud, la cobertura vacunación en niños y niñas de 18 a 29 meses alcanzó 81,3%, de acuerdo con la Encuesta de Demografía y Salud 2016. El 80% de la población boliviana, en especial, los niños menores de cinco años fueron inmunizados contra 21 enfermedades en la gestión 2017 (10).

En el Hospital Municipal Plan 3000 de la ciudad de Santa Cruz son atendidos niños de todas edades que vienen a buscar asistencia médica junto a sus padres en todas las especialidades que ofrece el nosocomio, sin embargo una vez que estos pacientes pediátricos son admitidos e internados en el Servicio de Pediatría son sometidos a una revisión clínica de su estado actual y de sus antecedentes, estos últimos nos revelan si el niño ha recibido su esquema de vacunación completa, y en muchos casos se han encontrado que los niños no tienen su esquema de vacunación completa, situación que preocupa al equipo de salud **por el inminente riesgo que existe de contraer una enfermedad infectocontagiosa dentro de un nosocomio donde abundan los microorganismos patógenos**. En muchos casos los padres, principalmente la madre alega que no tuvo tiempo para llevar al niño a recibir sus vacunas o simplemente su condición económica era tan extrema que no tenía para el transporte hacia el centro de salud, además de otras razones que pueden ser válidas para la situación sociocultural y económica de los padres de familia. El presente estudio pretende definir y categorizar esos factores que inciden de manera directa e indirectamente sobre los padres de familia para afectar el cumplimiento del esquema de vacunación en sus niños.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores socioculturales que influyen en el incumplimiento del esquema de vacunación en pacientes menores de 2 años internados en el Servicio de Pediatría del Hospital Municipal Plan 3000 de agosto a octubre de 2018?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

- ✓ Establecer los factores socioculturales que influyen en el incumplimiento del esquema de vacunación en pacientes menores de 2 años internados en el Servicio de Pediatría del Hospital Municipal Plan 3000 de agosto a octubre de 2018.

1.3.2 Objetivos específicos

- 1) Cuantificar a los pacientes pediátricos menores de 2 años con esquema de vacunación incompleta internados en el Servicio de Pediatría, según: sexo, edad, patología de ingreso, lugar de nacimiento.
- 2) Identificar a los padres de familia de los pacientes pediátricos menores de 2 años con esquema de vacunación incompleta, según: edad, sexo, lugar de nacimiento, grado de instrucción, ocupación laboral, número de hijos, condición de vivienda, distancia del Centro de Salud, idioma y estado civil.
- 3) Describir los conocimientos que poseen los padres de familia respecto a la las vacunas, calendario del esquema de vacunación, efectos adversos y beneficios.
- 4) Determinar las principales razones por las cuales los padres no pudieron completar adecuadamente el esquema de vacunación en los pacientes pediátricos menores de 2 años, según disponibilidad de tiempo, olvido de la fecha de vacunación y falta de apoyo.

1.4 Justificación

Algunas enfermedades como la influenza, algún tipo de meningitis entre otras pueden ser contraídas en los recintos hospitalarios, debido a que este tipo de instalaciones está habitado de microorganismos patógenos que están en el organismo de los pacientes enfermos sino además en el medio ambiente. Se tiene que considerar además que quienes ingresan a un nosocomio son personas que están enfermas, que no tienen su organismo trabajando de forma normal ya que sus defensas han sido rebasadas por microorganismos patógenos o han sido afectados por alguna noxa externa. Los pacientes pediátricos son un grupo étéreo de riesgo, porque la condición orgánica que le otorga su edad, en base a su crecimiento y desarrollo, no es aún el más adecuado para responder a las enfermedades.

El presente estudio tiene una relevancia científica porque ahondará en los motivos o razones que llevaron a los padres de familia a incumplir el esquema completo de vacunación en sus hijos que ahora por presentar algún tipo de patología son pacientes pediátricos internados en un servicio hospitalario donde están expuestos a muchas de las enfermedades con altas tasas de morbilidad y mortalidad que se pueden prevenir por medio del cumplimiento del calendario o esquema de vacunación. Se pretende establecer además la participación del personal de salud en esa toma de decisiones, buscando brindar todas las facilidades a los padres de familia para que decidan y lleven a sus hijos a sus centros de vacunación.

Como relevancia académica se puede establecer mediante el presente estudio la participación total de los profesionales de enfermería, quienes son los encargados de velar por los cuidados de los pacientes pediátricos. El presente estudio permitirá adquirir mayor experiencia en la interrogación

clínica a los padres de familia de niños menores de 2 años, con quienes se puede establecer una relación enfermera – paciente que pueda aportar con información relevante y así determinar el nivel de compromiso que tienen los padres, además de sus dudas y temores.

El presente estudio tiene una relevancia social, por cuanto permitirá identificar los factores que impiden el cumplimiento del esquema completo de vacunación que dota a los niños y niñas de defensas ante determinadas enfermedades que presentan alta tasa de morbilidad y mortalidad. De este modo se podrá intervenir hasta donde el profesional de enfermería tenga alcance para así disminuir el riesgo de que el niño o niña que es ya un paciente pediátrico de un nosocomio adquiera una enfermedad intrahospitalaria que alargue más el tiempo de internación, y por ende aumente los gastos para la familia, gastos económicos, físicos y emocionales que pueden provocar una alteración del núcleo familiar como parte de una sociedad.

1.5 Viabilidad

El presente estudio tiene una viabilidad aceptable, por cuanto no interfiere en las actividades cotidianas de los padres de familia, ya que ellos fueron abordados para recolectar la información durante la internación de sus menores hijos en el Servicio de Pediatría del Hospital Municipal Plan 3000. Es viable también, porque no interfirió en la labor de los trabajadores de salud. Económicamente también es viables porque no representó un gasto que vaya ser asumido por algunos de los sujetos de estudio, todo el estudio es auto sustentado.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco teórico conceptual

Vacuna:

Son suspensiones de microorganismos (bacterias o virus) o bien fracciones o partículas proteicas de éstos, que adecuadamente preparados (vivos, inactivos, muertos) al ser introducidos al organismo producen inmunidad contra estos agentes.

Biológico:

La mayoría de los biológicos son medicamentos elaborados a partir de los agentes infecciosos, tratados e inactivados para eliminar su capacidad de producir enfermedad, manteniendo su capacidad de estimular la respuesta protectora del sistema inmunológico de la persona vacunada.

El programa ampliado de inmunizaciones (PAI):

Es el resultado de una acción conjunta de los países de la Región y de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Su interés es apoyar acciones tendientes a lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenible.

Vigilancia epidemiológica:

Su uso durante las actividades de vigilancia es importante porque el estandarizar la variable de tiempo nos permite la comparación de eventos epidemiológicos.

Periodo de transmisión:

Lapsos durante los cuales el agente infeccioso puede ser transferido directa o indirectamente de una persona infectada a otra, de un animal infectado al hombre, o de un hombre infectado a un animal, inclusive artrópodos. Algunas enfermedades son más transmisibles durante el periodo de incubación que durante el curso de ellas propiamente dicho.

Cadena de frío:

Se define como cadena de frío a la serie de elementos y actividades necesarias para garantizar la potencia inmunizante de las vacunas desde su fabricación hasta la administración de éstas a la población. La temperatura debe oscilar entre 2 y 8 °C. Los controladores de temperatura pueden ser termógrafos que registran la temperatura de forma continua, termómetros de máxima y mínima, o indicadores químicos que alertan sobre la exposición a temperaturas no adecuadas.

Bioseguridad:

Cuando en un ambiente se manipulan agentes infecciosos se producen una serie de riesgos a los que están expuestas las personas, el medio ambiente e incluso toda la comunidad. Estos riesgos varían según el agente, su patogenicidad y otros factores como las maniobras o procedimientos empleados.

Campañas:

Se define como campaña a la serie integral de esfuerzos de promoción coordinados alrededor de una idea y destinados a conseguir un determinado fin.

Coberturas:

Conduce al cálculo de la proporción de individuos vacunados en la población y por tanto se expresa en cifras relativas.

Antígenos:

Son moléculas extrañas al organismo, que se unen a anticuerpos específicos, uno para cada uno de ellos. No son células completas, ni virus completos. Son sólo fragmentos de las moléculas externas de virus o moléculas externas de células extrañas también pueden ser toxinas liberadas por células extrañas.

Anticuerpos:

Es una glicoproteína o una proteína unida a uno o varios hidratos de carbono que se puede encontrar en forma soluble en la sangre o en algún otro fluido corporal de los seres vivos vertebrados.

Unidad operativa:

Es una unidad operativa o un foco de planificación, que agrupa productos o servicios diferenciados, vendidos a un conjunto uniforme de clientes,

enfrentando al mismo tiempo un grupo definido de competidores. (Dimensión externa (clientes y mercados).

Virus:

Es un agente infeccioso, microorganismo muy simple, de tamaño tan minúsculo, que es invisible al microscopio óptico.

Incidencia:

Es el número de nuevos casos de una enfermedad, en un periodo específico de tiempo, en una población con riesgo para desarrollar la enfermedad.

Inmunidad:

Es el estado de resistencia generalmente asociado con la presencia de anticuerpos o células que poseen una acción específica contra el microorganismo causante de una enfermedad infecciosa.

Conocimiento:

Es un conjunto de información a las madres de niños menores de dos años sobre el programa ampliado de inmunizaciones y la erradicación de enfermedades inmunoprevenibles para que tengan niños sanos en el futuro y estilo de vida saludable.

Persona:

Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno Y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno,

condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además, es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

Salud:

La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.

Enfermería:

Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

Factores:

Son aquellas circunstancias que de alguna manera intervienen en la asistencia de la madre al cumplimiento del esquema de vacunación del niño.

Factores de riesgo:

"Un factor es un elemento que contribuye a que se produzca un resultado determinado". En epidemiología un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud. En una comunidad los factores de riesgo que predisponen la adquisición de numerosas patologías entre estas las enfermedades inmuno-prevenibles son los factores socioeconómicos y culturales.

Factores económicos

Es el conjunto de condiciones materiales que rodea a las personas para satisfacer sus necesidades. Son entendidos como el conjunto de condiciones materiales que rodea a los padres y que incide a que ellos asistan o no a los centros de vacunación y puedan garantizar que sus niños cumplan de manera regular con el esquema de vacunación recomendado, ejemplo de ello es el dinero recurso económico que puede facilitar su traslado al centro de vacunación con la utilización de los diferentes transportes.

Factores sociales:

Comprende al sistema social, las comunidades, la familia, que se imponen a través de los medios de comunicación, spots publicitarios, etc. Que contribuyen de manera positiva o negativa en la formación del ser humano. El nivel educativo y el estilo de vida determinan el acceso a la información. A mayor nivel educativo mejor estilo de vida.

Factores culturales:

Comprende todas aquellas manifestaciones de un pueblo: tradiciones, costumbres, conocimientos, creencias, ciencia, que son determinantes en la formación de _ la personalidad y el desarrollo de los seres humanos. La cultura forma parte del medio social con el que interacciona el individuo humano desde el nacimiento hasta la muerte.

Factor laboral:

Están referidos a todas las causas inherentes a los centros de salud que pueden impedir, dificultar o influir en la motivación para que las personas asistan o no a los centros de vacunación y den cumplimiento al esquema de Inmunización recomendado para sus hijos, estos factores pueden estar representados por: accesibilidad al servicio, disponibilidad de biológicos, horario de atención, el trato que reciben del personal de salud en la admisión del usuario y encargado de la vacunación ,tiempo de espera, información que recibe acerca de las vacunas, etc.

Factores que se relacionan en el cumplimiento del esquema de vacunación:

Son todas aquellas situaciones o eventos que se presentan en torno a la administración de la vacuna y que interviene en el cumplimiento del esquema de vacunación de los niños menores de 13 meses.

Manipulación de vacunas:

Apertura de envases. Los envases multi-dosis deben ser consumidos durante la jornada de vacunación, por lo que conviene ajustar los horarios y el número de citas vacunales. Las dosis no aplicadas de estos viales deben ser desechadas. A la par, las vacunas liofilizadas reconstituidas no aplicadas durante las 8 horas siguientes a su preparación deben desecharse.

Exposición a la luz. Una vez abierto el envase multi-dosis, debe regresarse al frigorífico si la siguiente aplicación no es inmediata, de manera que no sea expuesto a la luz ni a la temperatura ambiente. En general, las vacunas víricas deben preservarse de la luz y su conservación y manipulación debe ser muy cuidadosa ya que pueden sufrir pérdida de actividad.

Plazo de caducidad. Las vacunas deben ser aplicadas según el orden de caducidad, priorizando los lotes de caducidad más próxima. La fecha límite de caducidad es el último día del mes indicado en el envase. No se debe utilizar nunca vacunas caducadas.

Administración. Aunque no existe evidencia alguna, el alcohol podría inactivar las vacunas de virus vivos, por lo que se aconseja para desinfectar la zona de punción antisépticos tipo clorhexidina, povidona yodada, agua oxigenada o incluso suero fisiológico. Mezclar el disolvente con el principio activo y agitar hasta conseguir la homogeneización completa de la solución.

Utilización de agujas y jeringas desechables. Realizar la administración y la manipulación de manera estéril.

Desechar el material. Las agujas y jeringas, así como los frascos utilizados, se depositarán en los adecuados biocontenedores de seguridad, teniendo en cuenta que las vacunas tienen la consideración de residuos especiales, patológicos o infecciosos, en los casos de preparados vacunales que contienen cepas vivas atenuadas. Se recomienda el uso de jeringas autodestruibles. Nunca se intentará volver a colocar el capuchón a la aguja.

Sistema de Registro. Es muy importante llevar una relación de las vacunas recepcionadas y de las administradas, anotando fechas y lotes, así como la previsión de necesidades.

Aplicación de alcohol gel

El gel sanitizante es un producto antiséptico empleado para detener la propagación de gérmenes. La cantidad de alcohol en su composición varía entre el 60% y el 65%, siendo la cantidad más común de 62%.

2.2 Marco teórico referencial

2.2.1 Antecedentes

Ashqui S. (Ecuador ,2014), en su trabajo de investigación titulado “Factores socio culturales que influyen en la tasa de abandono de las vacunas, antipolio, pentavalente y rotavirus en niños menores de 1 año de la parroquia pasa perteneciente al cantón Ambato provincia de Tungurahua durante el período enero – junio 2013”, se aplicó la metodología científica cuali-cuantitativa, de campo, documental, bibliográfica, experimental, descriptivo, correlacional mediante técnicas como encuesta, entrevista e instrumentos como cuestionario, entrevista estructurada permitiendo recopilar las evidencias precisas, reales y suficientes del problema. La población estuvo conformada por 64 madres de niños menores de 1 año registrados en el tarjetero de vacunación como abandonados y con esquemas incompletos de las cuales se tomó como muestra 22 mediante selección. La conclusión a la que se llegó fueron que, factores como ser madre adolescente sumado al bajo nivel de educación e idioma que utilizan en este caso el más frecuente es Kechwa luego del Español por tratarse de una población multiétnica y cultural, las creencias sobre las vacunas, la migración, influyen directamente en la tasa de abandono del esquema de vacunación de niños menores de un año.

Gonzales D. (Lima ,2012), en su estudio “Factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación en las madres con niños menores de un año en el Centro de Salud de Mala, 2011”, el tipo de estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por todas las madres que acudieron a vacunar a sus niños menores de un año al consultorio de Enfermería del C.S de Mala, durante el mes asistieron un promedio de 80 madres con niños menores de

un año. La muestra fue obtenida mediante el muestreo probabilístico de proporción para población finita, aleatoria simple conformado por 44 madres. La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo cuestionario. Concluyó que los factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación en las madres con niños menores de un año; en un mayor porcentaje fueron el ingreso económico, gasto de pasaje para ir a vacunar al niño, la creencia sobre las vacunas, desconocimiento de la gratuidad de las vacunas, el trato del personal de enfermería, la información de las citas posteriores y de las reacciones post vacúnales.

Gómez., y Sánchez: en el 2009 realizaron un estudio en Venezuela titulado “Creencias populares que tienen las madres sobre la vacunación en niños menores de 1 año”, cuyo objetivo fue: determinar las creencias populares que poseen las madres en la vacunación de los niños. El método fue: descriptivo- transversal. La población fue; 333 madres. La técnica fue: la encuesta y el instrumento fue cuestionario. Resultados: El 20% de las madres creen que no es necesario vacunarlos cuando reciben lactancia materna exclusiva; estas madres manejan ciertas creencias que si los niños reciben lactancia materna exclusiva no hay necesidad de vacunarlos, dado que reciben anticuerpos que los protegen; el 32% de las madres considera la fiebre como contraindicación para no vacunar (11).

2.2.2 El programa ampliado de inmunizaciones

Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es una acción conjunta de las naciones del mundo y de organismos internacionales interesados en apoyar acciones tendientes a lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles y con un fuerte compromiso de erradicar, eliminar y controlar las mismas. Fue aprobado por la Asamblea Mundial de la

Salud en mayo de 1974 y mediante la Resolución CD 25.27 del Consejo Directivo de la OPS /OMS fueron respaldadas sus metas en septiembre de 1977, como medida para intensificar la lucha contra las enfermedades inmunoprevenibles que afectaban con mayor frecuencia a la niñez del mundo.

Estaba dirigido fundamentalmente al grupo de niños y niñas menores de cinco años y en especial a los menores de un año, así como a las embarazadas. Su propósito es disminuir la morbilidad y la mortalidad de enfermedades prevenibles por vacunas. En su inicio, el PAI través de estos años se han ido creando las condiciones favorables. Por otra parte, cada país dispone de un Programa de Inmunización adaptado a la situación epidemiológica de cada uno de ellos. Lo ideal sería disponer de un Programa básico o general que incluya a vacunas contra la mayoría de las enfermedades. Estos Programas de Inmunización están dirigidos a grupos de riesgo determinado o a toda la población según sea el caso y siempre que todas las condiciones para este empeño sean dadas. La introducción de un Programa de Vacunación en cada país debe ser siempre colegiada y analizada con las autoridades de salud de los diferentes países, nunca debe ser un proceso mecánico, por ejemplo en países del cinturón meningítico de África, que se extiende desde Senegal en la costa oeste hasta Etiopía en la este, la enfermedad es producida de forma prácticamente absoluta por los serogrupos A, C y W135, por tanto sería poco útil la introducción de VAMENGOC-BC en un programa de inmunizaciones para esos países, a menos que se demuestre la circulación de meningococo del serogrupo B en la región. A continuación, se mencionan algunas vacunas recomendadas por la OMS, según la situación epidemiológica de las diferentes zonas geográficas.

2.2.3 Origen de las vacunas

En la antigüedad se creía que las enfermedades eran castigos por los dioses caprichosos castigaba a la humanidad; sin embargo, en el lejano oriente surgió una práctica que se ponía en evidencia que algunos conceptos heréticos resultaban bastante saludables, y de hecho revelaban que las soluciones para algunas enfermedades pertenecían a un plano más mundano que divino.

La primera evidencia escrita relacionada con los procesos de vacunación data del siglo XI a una monja budista se le atribuye, el tratamiento adecuado de la viruela; otro libro chino El espejo dorado de la Medicina describe diferentes formas de inoculación antivariólica explica cómo se puede prevenir el contagio de viruela inoculándose con pus proveniente de pacientes que habían contraído la enfermedad.

Esta práctica fue conocida en Gran Bretaña hasta 1721. Desde la corte británica, la práctica de la variolización se extendió a todo el país y, a partir del siglo XVIII al resto del continente europeo. Pero a pesar de constituir una práctica sencilla, en aquellos tiempos no se tenían medidas higiénicas como las que tenemos en la actualidad, las condiciones que se comenzó a practicar esta “variolización” tuvo desastrosas consecuencias algunos lugares la incorrecta inoculación ocasionó que las personas fueran contagiadas de viruela o bien, al tomar pus de enfermos que también tenían sífilis se dispersó esta otra enfermedad.

Esta “variolización” constituye el primer intento de la humanidad por evitar las enfermedades infecciosas. La primera vacuna fue creada por el médico rural Edward Jenner quien inventó en Inglaterra fue contra la viruela. De hecho la palabra vacuna surge precisamente de sus trabajos. Está claro cuando

investigamos el significado de la palabra vacunación que significaba inoculación con fluido y vacunado que era la persona a quien se le hacía la inoculación de la vacuna. Casi dos siglos después, en 1979 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró erradicada la viruela en todo el mundo.

2.2.4 El sistema inmunológico

Se encarga de proteger al organismo de los microbios y agentes tóxicos ambientales, uno de los sistemas más importantes del cuerpo humano es el inmunológico, encargado de proteger al organismo contra la agresión o presencia de agentes patógenos y elementos tóxicos, entre los primeros se encuentran todos los Microorganismos como bacterias, virus, parásitos y hongos y entre los segundos, todos los contaminantes ambientales y venenos.

Son muchos los órganos y elementos corporales que forman parte del sistema inmunológico. Entre ellos están la piel, las lágrimas, los mocos, el sudor, la sangre, el sistema linfático formado por los ganglios y la cerilla de los oídos. Unos, los que están en contacto con el medio ambiente o que son una vía de entrada al organismo, actúan para evitar la entrada de microbios o sustancias peligrosas al organismo, entre ellos están:

- La piel, que cubre todos los órganos del cuerpo y produce sudor, que ayuda a eliminar sustancias tóxicas que se forman en el interior del cuerpo y produce grasa para que los golpes leves no dañen a los órganos internos.
- Las lágrimas, protegen a los ojos de cualquier elemento extraño, lo limpian expulsando polvo y basuritas principalmente. La mucosa de la nariz produce moco, una sustancia que, junto con los vellitos, ayuda a detener microbios, basuritas, polen o sustancias tóxicas, que producen

enfermedades y en muchas personas, también alergias. Dentro del oído se produce cerilla o cerumen, que es una grasa amarillenta que detiene y evita que entren microbios y basura. Pero si bien estos órganos actúan como escudos, para evitar que entren sustancias y elementos que pueden causar alguna enfermedad, los verdaderos defensores son los glóbulos blancos, que se localizan en la sangre y que tienen la misión de encontrar, identificar y aniquilar los microbios y elementos nocivos que logran entrar a nuestro cuerpo.

2.2.5 Inmunización

La inmunización consiste en la inducción y producción de una respuesta inmunitaria específica protectora (anticuerpos y/o inmunidad mediada por células) por parte de un individuo sano susceptible como consecuencia de la administración de un producto inmunobiológicos, la vacuna.

El objetivo es producir una respuesta similar a la de la infección natural, pero sin peligro para el vacunado. Se basa en la respuesta del sistema inmunitario a cualquier elemento extraño (antígeno) y en la memoria inmunológica. La vacuna puede elaborarse con un microorganismo, una parte de él o un producto derivado del mismo (antígenos inmunizantes). Hay dos formas básicas de adquirir dicha protección: la inmunización activa y la inmunización pasiva:

2.2.5.1 Inmunización activa

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

2.2.5.2 Inmunización pasiva

Se refiere a la transferencia de inmunidad temporal mediante la administración de anticuerpos preformados en otros organismos, en 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.

2.2.6 Clasificación de vacunas

Las vacunas pueden clasificarse según su antígeno integrante, su método de fabricación, su composición, o su uso sanitario. En función de los componentes empleados para su fabricación, las vacunas se clasifican en tres tipos: víricas, bacterianas y biosintéticas.

2.2.6.1 Vivas atenuadas

Vacunas derivadas del agente que causa la enfermedad:

- **Virales:** SRP, SR, antiamarílica, antipolio, antirotavírica.
- **Bacteriana:** BCG

2.2.6.2 Inactivas o muertas

Vacunas producidas por crecimiento de bacteria o virus en medio de cultivo, inactivadas por medios físicos o químicos.

- **Virales enteros:** Anti-influenza, Hep"AM
- **Bacterias enteras:** Pertusis, Tifoidea, Cólera

Vacunas fraccionadas en subunidades

- **Virales:** Antihepatitis B, anti-Influenza.

- **Bacterianas:** Pertusis acelular.
- **Fraccionados Toxoides:** Difteria, Tétanos.
- **Polisacáridos conjugados**
- **Bacterias:** Haemophilus influenzae tipo B
- **Polisacáridos puros o conjugados bacterias:** neumocócica

2.2.7 Vacuna para el Bacilo de Calmette - Guérin

Llamado Bacilo de Calmette-Guérin, es una vacuna ampliamente extendida y una de las primeras en ser desarrolladas. Son bacilos de *Mycobacterium bovis* atenuada y la única vacuna actualmente aprobada para prevenir la Tuberculosis, considerada además una de las vacunas más administradas en el mundo.

Su mecanismo de acción se produce a través de la respuesta de los Linfocitos Th1, que se caracterizan por la producción de IFN ganma y FNT (Factor de necrosis tumoral), que son importantes para el control de la infección. Sin embargo, esta vacuna no previene totalmente la infección tuberculosa pulmonar y una de las teorías propuestas es que la estimulación de los Linfocitos Th1 por la vacuna es deficiente (12).

2.2.8 Vacuna contra el coqueluche, *Bordetella pertussis*

Existen dos tipos de vacunas contra la *Bordetella pertussis*, la whole-cells vaccine, que es la vacuna de bacterias muertas y las aP vaccines, que son las vacunas acelulares de pertusis (13).

En Bolivia la vacuna utilizada son bacterias muertas de *Bordetella pertussis* combinado en la pentavalente (14).

Se considera que el tipo de inmunización que produce es a través de la activación de inmunoglobulinas G y M, sin embargo, la inmunización puede variar entre un 40 a 90% de inmunidad y que, además, la inmunidad puede durar un tiempo aproximado de 10 a 15 años; es por eso que se han detectado casos de la enfermedad en otros países en personas de 15 años o mayores (15).

2.2.9 Vacuna contra la difteria, *Corynebacterium diphtheriae*

La evolución del conocimiento de la difteria ha sido muy importante en la historia de la medicina, y ha tenido una gran influencia en el desarrollo de bacteriología, inmunología, epidemiología y salud pública. La epidemia que marcó el desarrollo en estos temas fue la emergida en Rusia en 1990, que llevó al desarrollo de la vacuna, ésta fue desarrollada en base al descubrimiento de que el factor primario de virulencia de la difteria son las toxinas que sintetizan las bacterias (16).

Los factores que llevaron a producir una vacuna eficiente fueron los siguientes:

- Primero, las bacterias *Corynebacterium diphtheriae* y *Bordetella pertussis* afectan a los hombres únicamente, no requiere de un vector ni tampoco tiene reservorios animales.
- Segundo, estas dos bacterias sólo colonizan el epitelio respiratorio, no invade otros tejidos.
- Tercero, estas bacterias secretan una exotoxina que es el factor que provoca la enfermedad.
- Cuarto, la vacuna con las respectivas toxinas previene la difteria y el coqueluche, inhibiendo la colonización y crecimiento de las bacterias. La vacuna protege alrededor de un 75% de la enfermedad, pero previene en un 100% la muerte por esta patología (17).

2.2.10 Vacuna contra el tétanos

El tétanos es causado por un bacilo Gram-positivo, *Clostridium tetani*, su hábitat natural se encuentra en el piso y la tierra, pero también se lo puede aislar en las heces de los animales domésticos y el humano. Es una bacteria anaerobia obligada, móvil y formadora de esporas. La patología que produce es a través de dos toxinas muy potentes. La vacuna contra el tétanos fue avalada en el año 1923 y se convirtió en una vacuna rutinaria en Europa en 1961. La vacuna se puede comenzar a inocular a partir de los 2 meses de edad; se colocan en general 3 dosis, siendo la segunda inyección la que confiere inmunidad y la tercera es la que prolonga esta inmunidad (18).

Tanto la vacuna como la antitoxina tiene la capacidad de activar la producción de Ig G, Ig M e Ig A, a través de los linfocitos B, quienes guardan la información permitiendo tener la inmunidad a través de la vacuna (19).

2.2.11 Vacuna contra la Hepatitis B

La hepatitis B es una infección hepática ocasionada por el virus HBV, es un virus DNA perteneciente a la familia hepadnaviridae. Este virus es transmitido por vía percutánea o a través de las mucosas, que se exponga a sangre infectada o fluidos corporales, tiene un periodo de incubación de 40 a 160 días. La infección puede ser vertical de madre a hijo en el embarazo, de forma horizontal transmisión de un niño a otro niño en el hogar (fómites), sexual o parenteralmente. La primera vacuna desarrollada para la hepatitis B fue aprobada para su uso alrededor de los años 1980: en 1992 la OMS recomienda el uso sistemático de la vacuna en los programas de inmunizaciones de los distintos países (20).

Esta enfermedad es uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo, 2 billones de personas han sido reportados con el virus de HBV alrededor del mundo y alrededor de 600.000 personas mueren con esta dolencia cada año, la causa son las enfermedades crónicas como la cirrosis y el carcinoma hepatocelular (21).

La vacuna activa células T y el sistema humoral, permitiendo la secreción de inmunoglobulinas y la cascada del complemento, estas células expresan el complejo mayor de histocompatibilidad tipo II, y se desarrolla el sistema autoinmune de memoria gracias también al estímulo del Interferon gamma (22).

2.2.12 Vacuna contra el Hib

Haemophilus influenzae type b (Hib) es un cocobacilo grannegativo encapsulado, vive comensalmente en la nasofaringe, patológicamente ocasiona meningitis, neumonía y un número de enfermedades como epiglotitis, septicmia y celulitis. La primera vacuna fue desarrollada en los años 1970, introducida en los esquemas de vacunación en los años 1990, y el 2004, 84 países usaban la vacuna y en el año 2011, 172 países la usaban de forma sistemática (23).

La cápsula que posee la bacteria le permite sobrevivir en la sangre en su proceso de invasión, brindando resistencia al sistema de complemento y evita la fagocitosis; estas mismas cápsulas son las que activan los anticuerpos del organismo y permiten adquirir la inmunidad frente a estos organismos. Los organismos que permiten producir inmunidad debido a la cápsula son *Salmonella typhi*, *Haemophilus influenzae* tipo b, *Streptococcus pneumoniae* y *Neisseria meningitidis*.

El polisacárido tipo b de la cápsula es el que se utiliza para desarrollar las vacunas, ya que gracias a éste se obtiene una importante inmunidad natural. Este al igual que otros actúa a través del Complejo Mayor de Histocompatibilidad tipo II, activando a los linfocitos T y B para la producción de la inmunidad y la memoria de este (24).

2.2.13 Vacuna contra la polio

Las primeras descripciones del virus de la polio fueron ilustradas en Egipto, entre los años 1580 a 1350 A.C., provocando una parálisis flácida en los miembros inferiores, y una de las primeras descripciones oficiales de esta enfermedad fue dada en 1789 por el médico Michael Underwood en Gran Bretaña, como debilidad de los miembros inferiores que coinciden con la descripción de poliomielitis actual; la palabra poliomielitis deriva del griego polio=Gris y myelon=médula ósea, los primeros brotes documentados fueron descritos en el siglo 19 en Europa y el primero documentado en Estados Unidos fue en el año 1843. El 12 de abril de 1955 se anunció que la vacuna contra el polio de Salk era efectiva. Y en 1963 fue anunciada la vacuna contra el polio de Savin; dos décadas después, en 1988, la OMS lanzó la campaña para la erradicación de la poliomielitis (25,26).

En el 2012 se reportaron un total de 223 casos de polio en 5 países distintos, Afganistan, Chad, Niger, Nigeria y Pakistan, siendo los países endémicos Afganistan, Nigeria y Pakistan (27).

La transmisión de la enfermedad es horizontal de persona a persona, por contacto con las heces y secreciones faríngeas; los receptores de este virus sólo se localizan en el humano y muy pocas especies de primates, se indica que el único reservorio es el hombre, en el proceso de infección el virus se replica en el tracto gastrointestinal y puede causar viremia. El virus se ha

aislado en el tejido linfático del tracto gastrointestinal, incluyendo las tonsilas, placas de Peyer en el íleon y en los nódulos linfáticos mesentéricos, esto sugiere que el primer sitio de replicación del virus es en estos lugares; las vacunas contienen los 3 serotipos que estimulan la producción del sistema inmune a nivel del tracto gastrointestinal, principalmente de las células B, que secretan IgA secretora, el cual brinda protección para que el virus no ingrese al tejido linfático del tracto gastrointestinal.

2.2.14 Vacuna contra el Sarampión

El sarampión es un virus RNA que pertenece al Género *Morbilliviridae*, y distribuido en la familia de los *Paramyxoviridae*; el humano es el único hospedero de este virus y es una enfermedad altamente contagiosa. Su mecanismo de transmisión es a través del viento y aerosoles (Gotas de Fludge). El año 2000 en EE.UU. la CDC había declarado que el sarampión había sido eliminado de este país (28).

Epidemiológicamente se reportan alrededor de 20 millones de casos de sarampión y el 2010 se han reportado 139.300 muertes por esta enfermedad, el 2011 se reportó un brote de sarampión en los Estados Unidos, con 222 casos positivos, todos fueron reportados como importados de países europeos.

La vacuna contra el sarampión fue introducida en la triple viral el año 1988, y recomendado para su uso por la OMS en 1992; la vacuna estimula la formación del sistema inmune a través de la presentación de antígeno HLA I y II, este produce la secreción de IFN ganma, estimulando linfocitos B de memoria y la secreción de Ig G (29).

2.2.15 Vacuna contra la rubéola

La rubéola es una enfermedad producida por el virus RNA perteneciente al género Rubivirus, dentro la familia de los *Togaviridae*, siendo el único reservorio conocido el hombre. Su forma de transmisión más importante es el síndrome de rubéola congénita, que se transmite de madre infectada al niño. La OMS coloca como zonas endémicas de rubéola a países del África y el sureste de Asia, habiendo reportado 121.344 casos en el año 2009, indicando también que es posible la erradicación de la enfermedad a través de una vacunación global. La vacuna está constituida por un virus vivo atenuado, que fue aprobado en los años de 1940; la inmunidad que produce la vacuna es alta con una seroconversión del 100%, similar a la producida por una infección natural, el tiempo que puede durar la vacunación en un individuo es hasta de 20 años y además se puede administrar junto con vacunas del sarampión y parotiditis (30).

2.2.16 Vacuna contra la parotiditis

La parotiditis es una enfermedad producida por un virus RNA, dentro el género Rubulavirios y la familia *Paramyxoviridae*, al igual que los anteriores dos, es una enfermedad que tiene como único reservorio al humano.

Epidemiológicamente se reportó una gran epidemia en el año 1968, con 212.000 casos confirmados en Europa y los Estados Unidos; actualmente la mayor cantidad de casos reportados fueron en Canadá el 2010 con 3502 casos.

La vacuna para estos casos también se administra en conjunto con el del sarampión y la rubeola (31).

2.2.17 Lavado de manos

El lavado de manos es el más simple, económico e importante procedimiento en la prevención de las Infecciones Intra Hospitalarias (IIH), logrando reducir su incidencia hasta en un 50% cuando se realiza de manera adecuada. La efectividad para reducir la dispersión de microorganismos depende de tres factores fundamentales: La ocasión. Se refiere a que la cantidad y el tipo de gérmenes no es la misma al realizar una técnica donde hay presencia de materia orgánica, a pesar que se utilicen guantes. Ej. después de manipular chatas y urinarios, manipulación del instrumental usado en procedimientos, etc. La solución utilizada. Está relacionada con la calidad y procedencia de la misma que puede ser una solución antiséptica, pero contaminada. La técnica de lavado de manos. Puede ser antes y después de cada paciente, pero en tiempos o con técnica incorrectos.

2.2.17.1 Tipos de lavado de manos

- Lavado de manos social Es el lavado de manos de rutina, se define como la remoción mecánica de suciedad y la reducción de microorganismos transitorios de la piel. Este lavado de manos requiere de jabón común, de preferencia líquido, el que debe hacerse de forma vigorosa con una duración no menor de 15 segundos.
- Lavado de manos clínico con antiséptico Es el que se realiza con una solución jabonosa antiséptica de amplio espectro microbiano, que tiene rápida acción, no es irritante y está diseñado para su uso en situaciones de brotes de infección hospitalarias, áreas críticas, realización de procedimientos invasivos, y en áreas de pacientes inmunosuprimidos. El lavado de manos antiséptico es el método más efectivo

- Lavado de manos quirúrgico Es el lavado realizado por los integrantes del equipo quirúrgico antes de su ingreso al quirófano, siempre está indicado un jabón antiséptico. Recordar que el uso del cepillado no es necesario para reducir la carga microbiana cuando se utiliza antiséptico con efectos residual.

2.2.18 Cadena de frío

Son los elementos y actividades necesarios para garantizar la potencia inmunizante de las vacunas desde su elaboración hasta su administración mediante su conservación a temperatura apta o entre +2° y +8° en todo momento. En la presente publicación al referirse a cadena de frío se introducirán otros conceptos tales como temperatura adecuada, temperatura apta, rango de seguridad, basándose en que en ciertas ocasiones las temperaturas bajas o “frías” no son siempre las más recomendadas, y el concepto frío puede conducir a errores.

2.2.18.1 Elementos fundamentales

1. El recurso humano, es decir las personas con los conocimientos adecuados que organizan, manipulan, reciben, conservan y distribuyen o aplican las vacunas.
2. Los recursos materiales que incluyen los equipos y componentes utilizados para almacenar y transportar vacunas.
3. El financiamiento son los recursos económicos requeridos para asegurar los recursos humanos capacitados y los recursos materiales.

2.2.18.2 Niveles operativos de la cadena de frío

La cadena de frío tiene cuatro niveles:

1. Central o nacional
2. Regional o departamental
3. Coordinación de Red de Servicios de Salud
4. Local en los establecimientos de salud

La conexión entre estos niveles se basa en el sistema de transporte que permite el traslado y distribución adecuados de vacunas hasta su destino final, manteniendo, permanentemente, las temperaturas exigidas por norma.

2.2.18.3 Planilla de control de vacunas

- El control de la temperatura se realiza utilizando dos termómetros, uno en la división superior del gabinete y el otro en la división inferior.
- En cada cambio de estación se debe regular el termostato para que la temperatura esté entre +2 °C a + 8 C°.
- Una vez hecho esto se debe fijar el termostato con cinta adhesiva para que nadie lo pueda mover.
- En caso de que se produzcan cortes de energía no es necesario ajustar el termostato nuevamente

2.2.19 Factores que influyen en el cumplimiento del calendario de inmunizaciones

FACTORES: Elementos o circunstancias que contribuye, junto con otras cosas, a producir un resultado (32).

Según Doño. N (Guatemala 2012) encontró que residir en el área urbana, la ocupación de la madre fuera del hogar, el estado civil soltera, la multiparidad, el problema de violencia doméstica, el parto en casa, y la no asistencia al control del niño sano son factores asociados al incumplimiento del calendario de vacunación (33).

Rodríguez D. (Ecuador, 2013), encontró que la falta de conocimientos, el poco interés de las madres, enfermedad del niño, pérdida del carné único de vacunación, el grado de instrucción primaria, falta de recursos económicos, la ocupación de las madres quienes se encargan de los quehaceres domésticos., influyen directamente en el cumplimiento del calendario de vacunación (34).

Según Ashqui S. (Ecuador ,2014), encontró que el hecho de ser madre adolescente sumado al bajo nivel de educación e idioma (Kechwa) y por tratarse de una población multiétnica y cultural, las creencias sobre las vacunas y la migración influyen directamente en la tasa de abandono del esquema de vacunación de niños menores de un año (35).

Según Gonzales D. (Lima ,2012), encontró que los factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación en las madres con niños menores de un año; en un mayor porcentaje fueron el ingreso económico, gasto de pasaje para ir a vacunar al niño, la creencia sobre las vacunas, desconocimiento de la gratuidad de las vacunas, el trato del personal de enfermería, la información de las citas posteriores y de las reacciones post vacúnales (36).

2.2.19.1 Factores sociodemográficos y culturales

Factores Culturales Comprende todas aquellas manifestaciones de un pueblo: tradiciones, costumbres, conocimientos, creencias, ciencia. Que son

determinantes en la formación de la personalidad y el desarrollo de los seres humanos (37).

La cultura forma parte del medio social con el que interacciona el individuo humano desde el nacimiento hasta la muerte. Nuestro país se caracteriza por su gran diversidad cultural. Esta se ve reflejada también en las diferentes percepciones del proceso salud enfermedad y en la relación entre la vida y la muerte. Aunque el accionar de salud en las últimas décadas se ha desplegado bajo el marco declarativo de la participación comunitaria, los equipos de salud han desarrollado limitadamente sus capacidades para comprender cómo la población entiende su relación con la vida, la salud, el desarrollo familiar y comunal (38).

En la Constitución de la OMS la salud se define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta definición va más allá del paradigma biomédico occidental tradicional, que trata el cuerpo, la mente y la sociedad como entidades distintas, y refleja un concepto más holístico de la salud. Según las estimaciones de la OMS, al menos un 80% de la población de los países en desarrollo utiliza los sistemas curativos tradicionales como principal fuente de atención sanitaria (39).

A. FACTORES SOCIALES:

Conjunto de normas, leyes, principios que determinan o influyen en el proceder o comportamiento de los individuos de una sociedad. Dicho de aquellas cualidades, que sirven para distinguir a alguien o algo de sus semejantes. Comprende lo siguiente: Ocupación y estado civil.

1. Ocupación: Ocupación el trabajo a través de las distintas etapas de desarrollo de la humanidad, ha permitido un conflicto permanente de carácter médico- social o más bien biológico social, a la vez que nuestro estado de salud está íntimamente ligado a las exigencias físicas, psicológicas y del ambiente donde se desarrolla una ocupación, ya sea trate medio rural. En el ambiente laboral donde la madre pasa gran parte de la vida teniendo que guardar relaciones estrechas con el nivel de conocimiento (40).

Se clasifica en:

a. Trabajadora Independiente: Se entiende por trabajador independiente o trabajadores independientes aquellas personas que no están vinculadas a una empresa mediante un contrato de trabajo, sino mediante un contrato de servicios y son remunerados bajo la figura de honorarios o comisiones. Estas personas, conocidas también como contratistas, tienen un tratamiento especial desde el punto de vista tributario e incluso de seguridad social.

b. Trabajadora Dependiente: Se entiende por trabajador o trabajadora dependiente, toda persona natural que preste servicios personales en el proceso social de trabajo bajo dependencia de otra persona natural o jurídica. La prestación de su servicio debe ser remunerado.

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

- a) **Soltero(a):** Aquellas personas que no se encuentran comprometidas legalmente con otras.
- b) **Casado(a):** Aquella persona que ha contraído matrimonio civil o eclesiástico.
- c) **Conviviente:** Es el término que se utiliza para aquellas personas que conviven juntos por más de 2 años.
- d) **Divorciado(a):** Aquella persona que ha roto el vínculo legal con su pareja.
- e) **Viudo(a):** Aquella persona que no tiene pareja, producto de la muerte del cónyuge.

B. FACTORES DEMOGRÁFICOS:

Es el estudio estadístico sobre un grupo de población humana que analiza su volumen, crecimiento y características en un momento o ciclo. Por lo tanto, estas características, son cualidades que se consideran en el análisis de una población determinada. Comprende lo siguiente:

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

- a) **Adolescente** (entre 11 y 19 años)
- b) **Joven** (entre 20 y 30 años)
- c) **Adulta** (entre 31 y 45 año)

2. Número de hijos: Se refiere al número total de hijos nacidos vivos que ha tenido la madre hasta el momento en que registra su último hijo. Entre ellos:

- a) 1
- b) 2 a 3
- c) 4 a más

3. Lugar de procedencia: Es el medio natural, en el cual el individuo nace y vive con sus tradiciones y costumbres. Así tenemos al hombre de la costa, sierra y la selva. Cada uno como miembros de su grupo presenta características peculiares, aunque dichas reglas no pueden ser consideradas universales, porque cambian cuando emigran de un lugar a otro adaptándose al medio social donde migra. Las personas de la sierra generalmente presentan actitudes de desconfianza hacia los demás limitando su posibilidad de comunicación y están más sujetos a sus hábitos y costumbres propios de su territorio. En cambio, los de la costa son más extrovertidos y han superado sus hábitos y costumbres de sus antecesores por tener un ritmo de vida ligero, rápido especialmente en las grandes ciudades.

- a. **Urbano:** Se denomina zona urbana a aquella porción geográfica altamente poblada, característica de las grandes ciudades acompañadas del comercio y la tecnología, el turismo y muchas veces, las desigualdades sociales. Pero el criterio para considerar a una zona, como zona urbana, es variable; aunque podemos hablar de a partir de unos 2000 habitantes aproximadamente.

- b. **Urbano-Marginal:** Se denomina zona urbano marginal a aquella proporción geográfica que se encuentran a las afueras de las ciudades donde la gente vive en extensa pobreza, algunos han vivido ahí toda su vida ya que en este lugar nacieron pero muchos son personas que emigran de las zonas rurales por la falta de empleo y posibilidades de desarrollo buscando algo mejor para ellos y sus hijos pero son golpeados por la discriminación de la ciudad y obligados a vivir en los cinturones de pobreza de las zonas urbanas.

- c. **Rural:** Se les llama zona rural a todas aquellas áreas geográficas ubicadas a las afueras de las ciudades. Es, por tanto, lo opuesto a lo urbano, y podemos decir que cualquier zona que no pertenezca a las ciudades es, por lo tanto, rural. Las zonas rurales se caracterizan por contar con una densidad poblacional bastante baja, a menudo con viviendas aisladas o asentamientos pequeños de gente.

C. FACTORES CULTURALES: Definida como todas aquellas manifestaciones de un pueblo, que determinan su formación y desarrollo humanos. Comprende lo siguiente:

1. Grado de instrucción: Según J. Brunner sostiene que el grado de instrucción es el nivel de estudio sistemático escolarizado y constituye el último grado cursado y aprobado por la persona. Se clasifica en:

- a. **Primaria:** Es cuando la persona alcanzó educación primaria completa o incompleta.
- b. **Secundaria:** Es cuando la persona alcanzo educación secundaria completa o incompleta.

- c. **Superior:** Es cuando la persona alcanza educación superior universitaria y/o técnica completa o incompleta (41).

2. Conocimiento: El diccionario de la real academia española, define al conocimiento como la acción de conocer. Conocer es adquirir la noción de las cosas, mediante el entendimiento. Es una relación que se establece entre el sujeto que conoce y el objeto conocido.

El conocimiento tiene un carácter individual y social; puede ser: personal, grupal y organizacional, ya que cada persona interpreta la información que percibe sobre la base de su experiencia pasada, influida por los grupos a los que perteneció y pertenece. También influyen los patrones de aceptación que forman la cultura de su organización y los valores sociales en los que ha transcurrido su vida.

Las inmunizaciones han revolucionado la salud del niño en todo el mundo, si bien, no todas las vacunas protegen al 100% de las enfermedades inmunoprevenibles, estas disminuyen drásticamente el riesgo de adquirirlas, principalmente en niños menores de 2 años. Estas enfermedades afectan principalmente cuando las madres tienen menor acceso a los servicios de salud y medios informativos, debido a los escasos recursos económicos con que cuentan, predominando la desinformación y el desconocimiento de las inmunizaciones. Por tanto, el mejoramiento de los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres es una de las estrategias principales del Programa Global de la Organización Mundial de la Salud para el control de enfermedades prevenibles por vacuna (42).

2.2.19.2 Factores Institucionales

Están referidos a todas las causas inherentes a los centros de salud que pueden impedir, dificultar o influir en la motivación para que las personas

asistan o no a los centros de vacunación y den cumplimiento al esquema de Inmunización recomendado para sus hijos, estos factores pueden estar representados por: accesibilidad al servicio, disponibilidad de biológicos, horario de atención, el trato que reciben del personal de salud en la admisión del usuario y encargado de la vacunación, tiempo de espera, información que recibe acerca de las vacunas, etc.

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

Horario de atención. Realizar un viaje a una unidad de salud con un niño sano puede no ser la primera prioridad para personas con muchas cosas importantes que hacer. Para muchos progenitores, particularmente para algunas madres, conseguir y preparar los alimentos de cada día implica trabajar de sol a sol. Otras trabajan en la agricultura, fuera de la casa, o tienen

Horarios de trabajo inflexible u otras obligaciones familiares, o no disponen de alguien que cuiden de sus otros hijos menores. Los horarios de atención en los establecimientos de salud deben ser programadas de modo que resulten convenientes para los padres. Los gestores de las unidades de salud deben evaluar los horarios de vacunación al menos una vez al año y 26 modificarlos, si fuera necesario, para responder a las necesidades de las comunidades.

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

Tiempo de espera. Dada la misión de las organizaciones de salud de mejorar las condiciones sanitarias de la población mediante la atención; reduciendo desigualdades, conteniendo costos y satisfaciendo a los usuarios con respeto a su autonomía y valores; el usuario es el personaje principal en los escenarios de la prestación de servicios, sus expectativas es la satisfacción de la atención tanto del prestador de servicios y las de la propia institución.

Dentro de la calidad en servicios de salud, Donabedian considera dos dimensiones: la técnica y la interpersonal. La primera busca los mayores beneficios para el paciente sin riesgos en la prestación, la segunda pretende respetarlo como ser humano integral buscando su satisfacción plena; dentro de esta última se encuentra el tiempo de espera para recibir la atención en un servicio de salud, además, deriva del compromiso gubernamental establecido en 1978 en Alma Ata, bajo el propósito de lograr la meta Salud para todos los ciudadanos del mundo ; cualquier país aspira a una cobertura

de servicios de salud básicos para 100 % de la población. Desde esta perspectiva; el tiempo de espera para recibir consulta constituye una barrera o condición de accesibilidad de tipo organizacional y según Donabedian, se precisa como indicador de resultado en cuanto a la importancia de la opinión del usuario.

2.2.20 Marco legal en Bolivia

Ley 3300 de vacunas

Según el Manual Técnico del Programa Ampliado de Inmunización familiar y comunitaria 2016: esta Ley fue promulgada en diciembre del año 2005, esta Ley tiene los siguientes objetivos:

- Establecer una política sanitaria nacional de prevención, en cumplimiento a su obligación constitucional.
- Programar, organizar, ejecutar y controlar las acciones tendientes a garantizar la obligatoriedad y gratuidad de la prevención de enfermedades inmunoprevenibles a través de los servicios de vacunación.
- Proveer los recursos económicos permanentes y necesarios para el logro y cumplimiento de los objetivos señalados.

Además, en su artículo 2º declara que, para el Estado, todas las actividades relacionadas con la inmunización de enfermedades prevenibles, son una prioridad nacional, siendo que la salud es un derecho de la población boliviana. Por lo tanto, esta ley garantiza el financiamiento para la adquisición de vacunas y otros suministros del PAI, así como para las acciones del




















programa y otras que el Estado pudiese determinar a través de la Ley de Presupuesto General de la Nación.

Contenido de las vacunas en el PAI de Bolivia

Las vacunas contienen organismos similares a los que producen las enfermedades contra las cuales actúan. Sin embargo, debido a que estos organismos son más débiles, en lugar de enfermarnos nos ayudan a adquirir defensas contra esas enfermedades, sin tener que padecerlas.

TIPO DE VACUNA	CONTENIDO DE LA VACUNA
BCG	Vacuna viva Liofilizada derivada de la cepa atenuada de mycobacteriumbovis (cepa del bacilo Calmette Guerin)
Antipolio	Vacuna trivalente de virus atenuados de poliomielitis (cepa Sabin)
Pentavalente	Toxoide diftérico, toxoide tetánico, bacilos muertos de Bordetellapertusis, preparado purificado del antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B, oligosacárido capsular purificado y polisacárido capsular de HaemophilusInfluenzae Tipo b y como adyuvante, fosfato de aluminio. Se trata de un líquido blanquecino turbio que puede asentarse y depositarse en el fondo y dispersarse al agitar el frasco.
Antirrotavírica	Rotavirus atenuados humano. Cepa RIX4414
Influenza	Vacuna trivalente de virus inactivados, fraccionados (cepas AH 1 N1. AH3N2 y tipo B)
Antineumococcica	Sacáridos del antígeno capsular del StreptococoPneumoniae, serotipos 1,3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C. 19A, 19F y 23F conjugados con proteína diftérica CRM 197. Como adyuvante, aluminio.
SRP	Virus vivos atenuados de la rubéola (cepa Wistar RA27/3), sarampión (cepa Edmonston-Zagreb) y parotiditis (cepa Leningrad-Zagreb), neomicina y albúmina.
Antiamarílica	Suspemihn d é m V i 1 1 o s atenuados, contiene la cepa 17~-204c, ultivada en huevos de gallina.
Dt	Toxoides contra la difteria y el tétanos. Timerosal como conservante
Hepatitis B	Vacuna inactiva recombinante contiene la subunidad de antígeno de superficie (HBsAg) del virus de la hepatitis B. purificado y obtenido por la técnica de ADN, contiene hidróxido de aluminio como adyuvante y 0.005% de timerosal como conservante.

ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN BOLIVIA

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	VÍA	EDAD DE APLICACIÓN	DOSIS Y CANTIDAD
BCG	Formas graves de Tuberculosis 	Intra dérmica 	Dosis única Recién Nacido	1 Dosis 0,1 ml
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Coqueluche, Hepatitis B, neumonías y meningitis por Hib 	Intra muscular 	1ra dosis 2 meses 2da dosis 4 meses 3ra dosis 6 meses	5 Dosis 0,5 ml
		Intra muscular 	4ta dosis 1er Refuerzo 18 a 23 meses 5ta dosis 2do Refuerzo 4 años	
Anti polio	Poliomielitis 	Intra muscular 	1ra dosis 2 meses	1 Dosis 0,5 ml
		Oral 	2da dosis 4 meses 3ra dosis 6 meses 4ta dosis 1er Refuerzo 18 a 23 meses 5ta dosis 2do Refuerzo 4 años	4 Dosis 2 Gotas
Anti neumocócica	Neumovax y meningitis 	Intra muscular 	1ra dosis 2 meses 2da dosis 4 meses 3ra dosis 6 meses	3 Dosis 0,5 ml
Anti rotavirus	Diarreas severas por rotavirus 	Oral 	1ra dosis 2 meses hasta los 3 meses 2da dosis 4 meses hasta los 7 meses	2 Dosis 1,5 ml
Anti Influenza Estacional Pediátrica	Influenza estacional 	Intra muscular 	Niños de 6 a 11 meses: 1ra dosis al contacto 2da dosis al mes de la 1ra Niños de 12 a 23 meses: 1 sola dosis	2 Dosis 0,25 ml
SHP	Sarampión, Rubéola, Paroquias 	Subcutánea 	Dosis Única de 12 a 23 meses	1 Dosis 0,5 ml
Anti amarilla	Fiebre Amarilla 	Subcutánea 	Dosis Única de 12 a 23 meses	1 Dosis 0,5 ml
dT adulto	Difteria, Tétanos neonatal y tétanos del adulto (Hombres y Mujeres) 	Intra muscular 	De 7 a 9 años 1ra dosis al contacto 2da dosis a los 2 meses	2 Dosis 0,5 ml
		Intra muscular 	De 10 a 49 años 1ra dosis al contacto 2da dosis al mes 3ra dosis a los 6 meses	3 Dosis 0,5 ml
Anti Influenza Estacional adulto	Influenza 	Intra muscular 	Mayores a 65 años	1 dosis 0,5 ml cada año

La salud... un derecho para vivir bien

2.3 Hipótesis

Los factores socioculturales que influyen en los padres para el incumplimiento del esquema de vacunación de sus hijos internados en el Servicio de Pediatría del Hospital Municipal Plan 3000 de agosto a octubre de 2018 son: la juventud de los padres, el sexo masculino, grado de instrucción incompleto, tener muchos hijos, no tener una vivienda propia, la distancia del centro de salud, inconvenientes con el idioma y el estar solteros, poca disponibilidad de tiempo, olvido de la fecha de vacunación y falta de apoyo.

Los padres de familia que incumplen con el esquema de vacunación de sus hijos menores de 2 años en el Servicio de Pediatría del Hospital Municipal Plan 3000 de agosto a octubre de 2018 poseen conocimientos inadecuados sobre las vacunas.

2.5 Marco teórico contextual

El Hospital Municipal Plan 3000 distrito 8 ubicado en la zona Los Pocitos se fundó el 30 de septiembre de 2011 siendo el segundo hospital Municipal de segundo nivel en el municipio de Santa cruz de la Sierra.

Se inauguró con los servicios de emergencias, medicina interna, ginecología, cirugía, neonatología, consulta externa, después se inauguró el servicio de quirófano y UCI.

Actualmente el hospital cuenta con los servicios de emergencias, consulta externa, UTI, sala de partos, quirófano, neonatología, ginecología, medicina, cirugía y pediatría. Además de comedor y una sola morgue, entre otras instalaciones que requiere un centro hospitalario de esta categoría.

El servicio de Pediatría se fundó el 16 de febrero de 2012 con la atención de 22 pacientes ya que contaba con 22 camas habilitadas, un pediatra de piso, 10 licenciadas de enfermería y 6 auxiliares de enfermería.

Actualmente el servicio de Pediatría cuenta con 4 salas distribuidas según el diagnóstico médico. La sala 1 para traumatología, síndromes convulsivos, abscesos e ITU, sala 2 enfermedades diarreicas agudas, gastroenteritis y disenterías; sala 3 infecciones respiratorias agudas, neumonías, bronconeumonías, bronquiolitis, síndrome bronquial obstructivo, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Y sala 4 para aislamientos como enfermedades inmunodeprimidas.

3. Diseño Metodológico

3.1 Tipo de estudio

Según el periodo de estudio:

Debido a que los sujetos de estudio ya están internados en el Hospital, la recolección de datos se basará en el tipo de estudio **RETROPROSPECTIVO**, es decir que será tanto Prospectivo como Retrospectivo.

Los estudios de tipo **Prospectivo** poseen una característica fundamental, es la de iniciarse con la exposición de una supuesta causa, y luego seguir a través del tiempo a una población determinada hasta determinar o no la aparición del efecto. Este tipo de estudio es muy utilizado en epidemiología. Cuando se realiza un estudio prospectivo, una vez planteada la hipótesis, se define la población que participará en la observación, esta puede ser a partir de un grupo de edad, individuos que practican una profesión e inclusive a todo una sector o comunidad.

Los estudios de tipo **Retroprospectivo** buscan las causas a partir de un efecto que ya se presentó. Los estudios retrospectivos parten de un efecto y regresan a buscar la causa. Es como si fuésemos hacia atrás, por esto es retrospectivo.

Según el tiempo de recolección de datos:

En el presente estudio según el periodo en el que se recolecta los datos es de tipo **TRANSVERSAL**, es decir que solamente se recolectará la información de los sujetos en estudio una sola vez, no habrá un segundo levantamiento de datos, ni seguimiento. Los estudios de tipo transversal en

general, se realizan para examinar la presencia o ausencia de una enfermedad u otro resultado de interés, en relación con la presencia o ausencia de una exposición, ambos hechos ocurriendo en un tiempo determinado y en una población específica. En este sentido, los estudios transversales proveen una «fotografía» en un punto específico del tiempo, tanto del aspecto estudiado como de las características relacionadas al mismo, en otras palabras, el actual estatus de enfermedad es examinado en relación al actual nivel de exposición (43).

Según el alcance de los resultados:

Para el presente estudio según el alcance de los resultados se tendrá en cuenta en primer lugar, el tipo de estudio **DESCRIPTIVO**, es decir que se tendrá como base la descripción de los fenómenos que suceden alrededor de las variables en relación a los objetivos planteados para la presente investigación. El estudio de tipo Descriptivo busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis, con el fin de establecer su estructura o comportamiento (44). “Describe tendencias de un grupo o población”. Su objetivo central es obtener un panorama más preciso de la magnitud del problema o situación y sus resultados se ubican en un nivel intermedio en cuanto a la profundidad de los conocimientos se refiere (45).

En segundo lugar, se tendrá en cuenta el tipo de estudio **NO EXPERIMENTAL**, ya que en ninguna fase de la investigación se experimentará con los sujetos en estudio, las herramientas de recolección de datos servirán solo para recolectar la información y describirla. El investigador observa lo que ocurre de forma natural, sin intervenir de manera alguna. La intención de los estudios exploratorios no busca establecer, ni

probar relaciones de causa-efecto entre las variables, por lo tanto, se utilizan los diseños no experimentales (aleatorios o no) para el acopio de datos y alcanzar los objetivos de investigación. Los diseños no experimentales se realizan sin modificar variables, es decir, no hay variación intencional de alguna variable para medir su efecto sobre otra, sino que se observan los fenómenos tal como se presentan en su contexto natural. En este tipo de estudios, las variables independientes ocurren y no se pueden manipular, al igual que los efectos que ellas tienen. Hernández, Fernández y Baptista (46) indican que la “la investigación no experimental es sistemática y empírica en la que las variables independientes no se manipulan porque ya han sucedido. Las inferencias sobre las relaciones entre las variables se realizan sin intervención o influencia directa”.

3.1.1 Enfoque de la investigación

El enfoque que se les dará a las variables planteadas en el presente estudio corresponde al tipo **MIXTO**, ya que se tendrá en cuenta la parte Cuantitativa y la parte Cualitativa, ambos tipos de enfoque serán tomadas en cuenta el momento de redactar y dar valor a las variables. Bajo la perspectiva cuantitativa, la recolección de datos es equivalente a medir. De acuerdo con la definición clásica del término, medir significa asignar números a objetos y eventos de acuerdo a ciertas reglas. Muchas veces el concepto se hace observable a través de referentes empíricos asociados a él (47). Los estudios de corte cuantitativo pretenden la explicación de una realidad social vista desde una perspectiva externa y objetiva. Su intención es buscar la exactitud de mediciones o indicadores sociales con el fin de generalizar sus resultados a poblaciones o situaciones amplias. Trabajan fundamentalmente con el número, el dato cuantificable (48). La investigación cualitativa estudia la realidad en su contexto natural y cómo sucede, sacando e interpretando fenómenos de acuerdo con las personas implicadas. Utiliza variedad de

instrumentos para recoger información como las entrevistas, imágenes, observaciones, historias de vida, en los que se describen las rutinas y las situaciones problemáticas, así como los significados en la vida de los participantes (49).

3.2 Universo

El universo del presente estudio estuvo conformado por 98 pacientes pediátricos menores de 2 años internados en el Servicio de Pediatría del Hospital Municipal Plan 3000, junto a sus respectivos padres o apoderados que los acompañaron en los meses de agosto a octubre de 2018.

3.3 Muestra

Para el presente estudio la muestra lo conformaron 48 pacientes pediátricos menores de 2 años y 48 padres y/o apoderados.

La muestra del presente estudio tiene las siguientes características: Es de tipo No probabilística: Al no tener todos los sujetos del universo, la misma posibilidad de ser elegidos para la muestra. Es aleatorio simple: ya que este tipo de muestras garantiza que todos los individuos que componen la población objetivo tienen la misma oportunidad de ser incluidos en la muestra.

Es un Muestreo por conveniencia, ya que la muestra está disponible en el tiempo o periodo de investigación.

3.4 Identificación de variables

Variable independiente:

- Factores socioculturales de los pacientes pediátricos y sus padres

Variable dependiente:

- Incumplimiento del esquema de vacunación en pacientes internados menores

3.5 Criterios de inclusión y exclusión**Criterios de inclusión**

- Paciente menor de 2 años
- Periodo de internación de agosto a octubre.
- Contar con Historia clínica.
- Tener padre y/o apoderado
- Ser padre y/o apoderado de paciente pediátrico
- Deseo explícito de participar en el estudio

Criterios de exclusión

- Periodo internación fuera de periodo de estudio.
- No tener un padre y/o apoderado identificado.
- Ser paciente terminal.

3.6 Unidad de análisis

- Paciente pediátrico internado menor de 2 años.
- Padre y/o apoderado de paciente internado.

3.7 Operacionalización de variables

Objetivo N° 1: Cuantificar a los pacientes pediátricos menores de 2 años con esquema de vacunación incompleta internados en el Servicio de Pediatría, según: sexo, edad, patología de ingreso, lugar de nacimiento.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR
Sexo	Cualitativa	Descripción anatómica de los genitales de la persona, que le otorga una identidad de género.	<ul style="list-style-type: none"> - Masculino - Femenino 	Número y porcentaje según sexo del paciente.
Edad	Cuantitativa	Periodo de tiempo que ha transcurrido para una persona desde su nacimiento hasta un momento específico del tiempo.	<ul style="list-style-type: none"> - Menos de 6 meses. - De 6 a 12 meses, - De 13 a 18 meses. - De 19 a 24 meses. 	Número y porcentaje según edad del paciente.
Patología de ingreso	Cualitativa	Enfermedad debidamente diagnosticada que padece el paciente pediátrico, por el cual es internado en el Hospital.	<ul style="list-style-type: none"> - IRA - EDA - Enf. cardiaca. - Fractura. - Intoxicación. - Otros. 	Número y porcentaje según patología de ingreso del paciente.

Lugar de nacimiento	Cualitativa	Lugar, territorio o espacio físico donde ha nacido una persona.	<ul style="list-style-type: none">- Santa Cruz- La Paz- Cochabamba- Oruro- Potosí- Sucre- Tarija- Beni- Pando	Número y porcentaje según lugar de nacimiento del paciente.
---------------------	-------------	---	---	---

Objetivo N° 2: Identificar a los padres de familia de los pacientes pediátricos menores de 2 años con esquema de vacunación incompleta, según: edad, sexo, lugar de nacimiento, grado de instrucción, ocupación laboral, número de hijos, condición de vivienda, distancia del Centro de Salud, idioma y estado civil.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR
Edad	Cuantitativa	Periodo de tiempo que ha transcurrido para una persona desde su nacimiento hasta un momento específico del tiempo.	<ul style="list-style-type: none"> - Menos de 18 - De 18 a 25 años. - De 26 a 35 años. - De 36 a 40 años. - Más de 40 años 	Número y porcentaje según edad del padre.
Sexo	Cualitativa	Descripción anatómica de los genitales de la persona, que le otorga una identidad de género.	<ul style="list-style-type: none"> - Masculino - Femenino 	Número y porcentaje según sexo del padre.
Lugar de nacimiento	Cualitativa	Lugar, territorio o espacio físico donde ha nacido una persona.	<ul style="list-style-type: none"> - Santa Cruz - La Paz - Cochabamba - Oruro - Potosí 	Número y porcentaje según lugar de nacimiento

			<ul style="list-style-type: none"> - Sucre - Tarija - Beni - Pando 	del padre.
Grado de instrucción	Cualitativa	Estudios cursados y certificados que obtuvo una persona.	<ul style="list-style-type: none"> - Sin estudios. - Solo primaria. - Hasta secundaria. - Hasta Técnico medio. - Hasta universidad. - Hasta pos grado. 	Número y porcentaje según grado de instrucción del padre.
Ocupación laboral.	Cualitativa	Actividad laboral que realiza la persona en función de sus conocimientos.	<ul style="list-style-type: none"> - Ama de casa. - Empleado. - Comerciante. - Venta de alimentos. - Otros. 	Número y porcentaje según ocupación laboral del padre.
Número de hijos	Cuantitativa	Cantidad de hijos que han sido concebidos por los padres.	<ul style="list-style-type: none"> - Solo 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - Más de 5 	Número y porcentaje según número de hijos del padre.

Condición de vivienda	Cualitativa	Estado de la vivienda donde permanece la familia con los hijos.	<ul style="list-style-type: none"> - Propia - Alquilada - Anticrético - Caseros - Casa de familiar (suegro, padre, hermanos, etc.) 	Número y porcentaje según condición de vivienda del padre.
Distancia del centro de salud	Cualitativa	Percepción de la distancia que hay entre el domicilio del padre hasta el centro de salud más cercano donde hay vacunas.	<ul style="list-style-type: none"> - Cerca - Lejos - Muy lejos 	Número y porcentaje según condición de vivienda del padre.
Idioma materno	Cualitativa	Idioma que habla el padre de familia desde que era niño.	<ul style="list-style-type: none"> - Castellano - Quechua - Aymara - Guaraní - Otros. 	Número y porcentaje según idioma del padre.
Estado civil	Cualitativa	Condición en la que viven los padres de familia, en relación a la unión legal que se ejerce en el país.	<ul style="list-style-type: none"> - Soltera(o) - Casada(o) - Viuda(o) - Concubina(o) 	Número y porcentaje según estado civil del padre.

Objetivo N° 3: Describir los conocimientos que poseen los padres de familia respecto a las vacunas, calendario del esquema de vacunación, efectos adversos y beneficios.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR
Concepto de vacuna	Cualitativa	Son medicamentos que previenen enfermedades infecciosas futuras. Activan nuestro cuerpo para que forme defensas contra ellas. Contienen una parte del microorganismo causante de la enfermedad o el germen entero, pero muerto o debilitado.	<ul style="list-style-type: none"> - Sustancia que permiten crear defensas contra virus o bacterias dentro del cuerpo del bebe. - Sustancia que permiten crecer y desarrollarse al cuerpo del bebe. - Sustancia que no permiten crear defensas contra virus o bacterias dentro del cuerpo del bebe. - No sé. 	Número y porcentaje según conocimiento del concepto de vacuna del padre.
Enfermedades que previenen las vacunas	Cualitativa	Enfermedades que pueden ser prevenidas mediante la inoculación de vacunas en el organismo del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> - Hepatitis B, difteria, tétanos, sarampión, rubeola, paperas, varicela, rotavirus, hepatitis A y gripe, etc. - Fallas cardíacas, enfermedades de la piel, alteraciones mentales, fiebre. 	Número y porcentaje según conocimiento las enfermedades que previenen las vacunas.

			- No sé.	
Vacunas para recién nacido	Cualitativa	Dosis de vacunas para los recién nacidos según el esquema de vacunación disponible en el país.	- Pentavalente APO y BCG Hepatitis B y Antipolio e influenza - No sé.	Número y porcentaje según conocimiento de vacunas del padre.
Vacunas a los 2-4 meses.	Cualitativa	Dosis de vacunas para los niños(as) con 2 a 4 meses de edad según el esquema de vacunación disponible en el país.	- Pentavalente APO. y Antipoli, pentavalente y rotavirus. e Antipolio influenza. - No sé.	Número y porcentaje según conocimiento del padre.
Vacunas antes del primer año	Cualitativa	Dosis de vacunas para los niños antes del primer año de vida según el esquema de vacunación disponible en el país.	- BCG, pentavalente, neumococo, APO, HvB, Rotavirus, Influenza, antiamarilica. e - BCG, Pentavalente, Neumococo, APO, HvB, Rotavirus, Influenza. e - Solo BCG, Antipolio e Influenza. - No sé.	Número y porcentaje según conocimiento de vacunas del padre.

Reacciones adversas de las vacunas.	Cualitativa	Efectos causados por las vacunas en el organismo del niño, signos y síntomas que pueden presentar de forma aleatoria.	<ul style="list-style-type: none"> - Fiebre leve. - Dolor y malestar general. - Llanto e irritabilidad. - Todo lo anterior. - Ninguna de las anteriores. - No sé. 	Número y porcentaje según conocimiento de vacunas del padre.
Contraindicaciones de la vacuna	Cualitativa	Situación en la cual está estrictamente contra indicado administrar vacunas a los niños.	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando está llorando. - Cuando tiene fiebre y diarreas. - Cuando tiene sarpullido. - No sé. 	Número y porcentaje según conocimiento de vacunas del padre.
Costo de las vacunas	Cualitativa	Precio monetario de la colocación y de las vacunas como producto a los padres de familia..	<ul style="list-style-type: none"> - Deben cobrar solo las jeringas. - Deben cobrar solo la colocada. - No deben cobrar nada por vacunar. 	Número y porcentaje según conocimiento de vacunas del padre.

Objetivo N° 4: Determinar las principales razones por las cuales los padres no pudieron completar adecuadamente el esquema de vacunación en los pacientes pediátricos menores de 2 años, según disponibilidad de tiempo, olvido de la fecha de vacunación y falta de apoyo.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR
Disponibilidad de tiempo	Cuantitativa	Esta variable hace referencia al tiempo que tienen los padres para dedicarlo a llevar a sus hijos a los Centros de vacunación.	<ul style="list-style-type: none"> - No tengo tiempo para llevar a mi hijo a vacunar. - Tengo poco tiempo para llevar a mi hijo a vacunar. - Si tengo tiempo para llevar a mi hijo a vacunar. 	Número y porcentaje según disponibilidad de tiempo.
Olvido de fecha de vacunación	Cualitativa	Esta variable hace referencia a la posibilidad de que los padres olviden la fecha de vacunación de sus hijos.	<ul style="list-style-type: none"> - Siempre me olvido de la fecha de vacunación. - A veces me olvido de la fecha de vacunación. - Nunca me olvido de la fecha de vacunación. 	Número y porcentaje según olvido de la vacunación.
Falta de apoyo	Cualitativa	Esta variable hace referencia a la falta de apoyo que tienen los padres para llevar a vacunar a sus hijos.	<ul style="list-style-type: none"> - Nadie me apoya para llevar a mi hijo a vacunar. - Tengo quien me apoya para llevar a mi hijo a vacunar. 	Número y porcentaje según olvido de la vacunación.

3.8 Instrumentos y técnicas de estudio

La recolección de datos se llevó a cabo durante un periodo de estudio determinado, y se utilizaron las siguientes técnicas e instrumentos:

La observación:

La observación a través de los sentidos es el método más antiguo utilizado por los investigadores para describir un problema que ha sido identificado y se desea estudiar para cumplir algunos objetivos planteados. La observación tiene ventajas importantes como permitir al investigador describir, explicar, y comprender algunas variables planteadas para estudiar un problema mayor. Por su condición natural no precisa de algún tipo de instrumento físico, tan solo haciendo uso del sentido de la vista se puede aplicar este método en cualquier lugar y momento que se desee utilizar.

En la observación ordinaria, no científica, se realizan percepciones casuales u ocasionales, comprobando los hechos tal y como se presentan espontáneamente, sin hipótesis previa, es decir, sin intencionalidad de buscar una relación entre dos o más variables, y no en el sentido de observación sin teoría. La observación científica es aquella que utiliza hipótesis expresas y manifiestas, a pesar de que se puedan obtener observaciones científicas por azar o no conexas con objetivos de investigación.

En el presente estudio la observación se ha aplicado a los pacientes pediátricos, quienes al momento de ingresar al Servicio de Pediatría del Hospital Municipal Plan 3000, se les pedía el carnet de vacunación como protocolo de atención, para poder verificar el cumplimiento del calendario de vacunas de acuerdo a su edad. En caso de no tener actualizado su

calendario de vacunación pasaban a formar parte de la muestra de estudio y se les aplicaba los otros instrumentos para la recolección de datos. No se llegó a utilizar las historias clínicas de los pacientes, ya que los instrumentos estaban dirigidos a los padres de los pacientes, quienes aportaban todos los datos requeridos.

El cuestionario:

El cuestionario permite recolectar información precisa para las personas interesadas porque sus preguntas definen patrones uniformes que catalogan las respuestas proporcionando enumeración y comprobación de estos resultados. Para su realización es necesario determinar el planeamiento del problema, los objetivos del mismo y definir, llegado el caso, una hipótesis. Una vez estructurado, el investigador recurrirá a los conocimientos propios, además de la experiencia en el tema y también a experiencias de otros investigadores, para generar el cuestionario en mención y poder recabar la información, procesarla y analizarla con respecto al tema e intereses deseados. Según Hernández, Fernández y Baptista, el cuestionario «consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir».

En el presente estudio el cuestionario fue de tipo cerrado según la forma de contestación del encuestado. Todas las preguntas planteaban múltiples opciones de contestación para cada interrogante planteada. Solamente se admitía una sola respuesta para cada pregunta.

3.9 Plan de análisis estadístico

El plan de análisis estadístico está basado en una **etapa de elaboración de instrumentos**, donde se plasmaron las interrogantes que buscaban responder a las variables planteadas. En una siguiente **etapa de aplicación de instrumentos**, se aplicaron a los sujetos de estudio en el lugar de estudio, en este caso fueron a los padres de los niños que tenían incompleto su calendario de vacunación dentro del servicio de Pediatría del Hospital Municipal Plan 3000. En una consiguiente **etapa de obtención de resultados totales** se sumaron las respuestas de cada pregunta para obtener los valores totales y así agruparlos en cada variable. Finalmente, en la **etapa de obtención de valores porcentuales** se tabularon los resultados en una computadora con la ayuda de un software que fue el Excel y se obtuvieron los gráficos porcentuales para su posterior análisis y discusión.

3.10 Aspectos éticos

En el año 1947 la enunciación del Código de Nuremberg marcó una de las primeras medidas de protección de las personas humanas en pro del ejercicio de la autonomía; en él se señala que el consentimiento voluntario es esencial y que, en ausencia de la posibilidad de ejercerla, si fuere necesario, deberá existir un representante legal; no podrá haber coacción, fraude, engaño o presión sobre los probandos. Obliga al investigador a proporcionar una información comprensible relacionada con la naturaleza, la duración, el propósito, el método utilizado, las molestias, los inconvenientes, los daños y los efectos en la salud de las personas que participen en un protocolo de investigación. En este código se espera que los experimentos obtengan buenos resultados para la comunidad, que se estudie la historia natural de la enfermedad y que debe evitarse el sufrimiento físico y mental de las personas.

En la investigación donde se experimente con seres humanos, se hace fundamental la aplicación de los principios de beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia. El principio de autonomía, bien llamado también respeto por las personas, se basa en el fundamento de que el ser humano posee la capacidad de darse a sí mismo su actuar como persona, es decir, determinar su propia norma; autónomamente tiene la libertad de elegir, aplicando su propio razonamiento y una vez analizados los aspectos negativos y positivos, determinará qué conducta seguir. Kant señala que el hombre es persona por la capacidad que tiene de darse a “sí mismo el imperativo categórico de la ley moral”; una persona ejerce su autonomía cuando no es influenciado por personas o circunstancias (50).

En el presente estudio se ha tomado en cuenta las normativas internacionales de la ética en los estudios de investigación, ya que primeramente se ha protegido la identidad de los sujetos de estudio, tanto de los pacientes pediátricos como de sus respectivos padres. Tampoco se ha condicionado a los sujetos de estudio, ya que por su aceptación o negativa a participar en el estudio no obtenían nada, ni eran discriminados en su atención hospitalaria.

4. Resultados

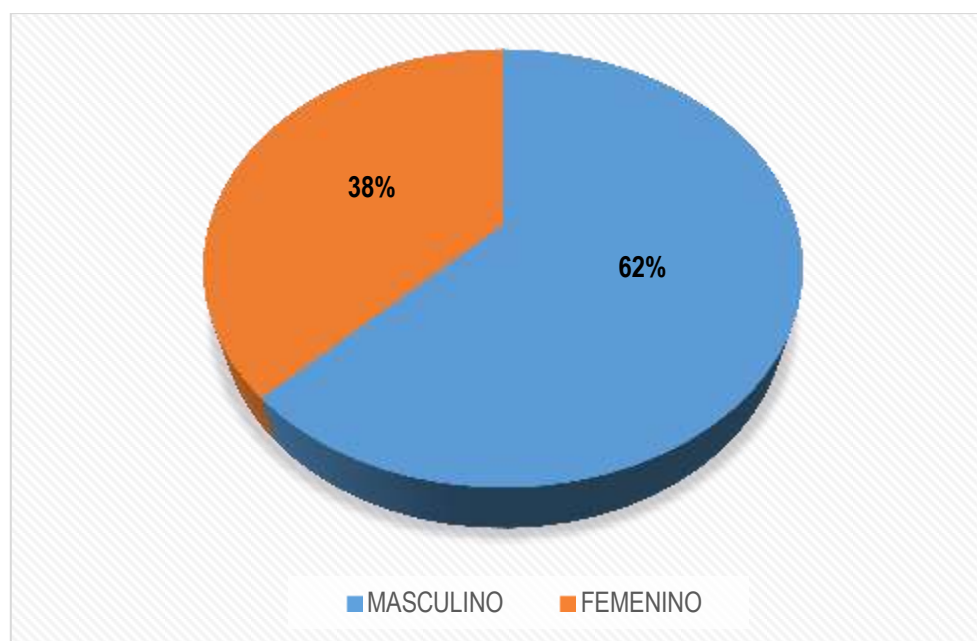
4.1 Presentación de resultados y análisis

CUADRO Nro. 1: PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN SEXO. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.

SEXO DEL PACIENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	30	62%
FEMENINO	18	38%
TOTAL	48	100%

FUENTE: INSTRUMENTO PROPIO.

GRÁFICO Nro. 1: PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN SEXO. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.



FUENTE: Cuadro 1.

Análisis de resultados del Gráfico Nro. 1.-

Respecto al sexo de los pacientes pediátricos que tenían su calendario de vacunación incompleto, el 62% de ellos eran de sexo masculino y el restante 38% eran pacientes de sexo femenino.

Diversos estudios consideraron el sexo del paciente pediátrico como variable de estudio, por ejemplo, el estudio llevado en la La Paz, Bolivia: ***Esquema completo de vacunación en niños hospitalizados***, fue realizado con el objetivo de verificar el esquema completo de vacunación recomendada por el Programa Ampliado de Inmunizaciones (P.A.I.) en niños de uno a 4 años internados en el Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uria”. La Paz- Bolivia. Fue un estudio observacional. Durante seis meses se revisaron los Carné de Salud de 277 niños de uno a cuatro años de edad, internados en los diferentes servicios del Hospital del Niño y se registraron el cumplimiento de las siguientes vacunas: BCG, pentavalente, polio oral y triple viral. Los resultados mostraron que, del total de 277 niños internados e incluidos en el estudio, 155 fueron del sexo femenino y 122 del sexo masculino.

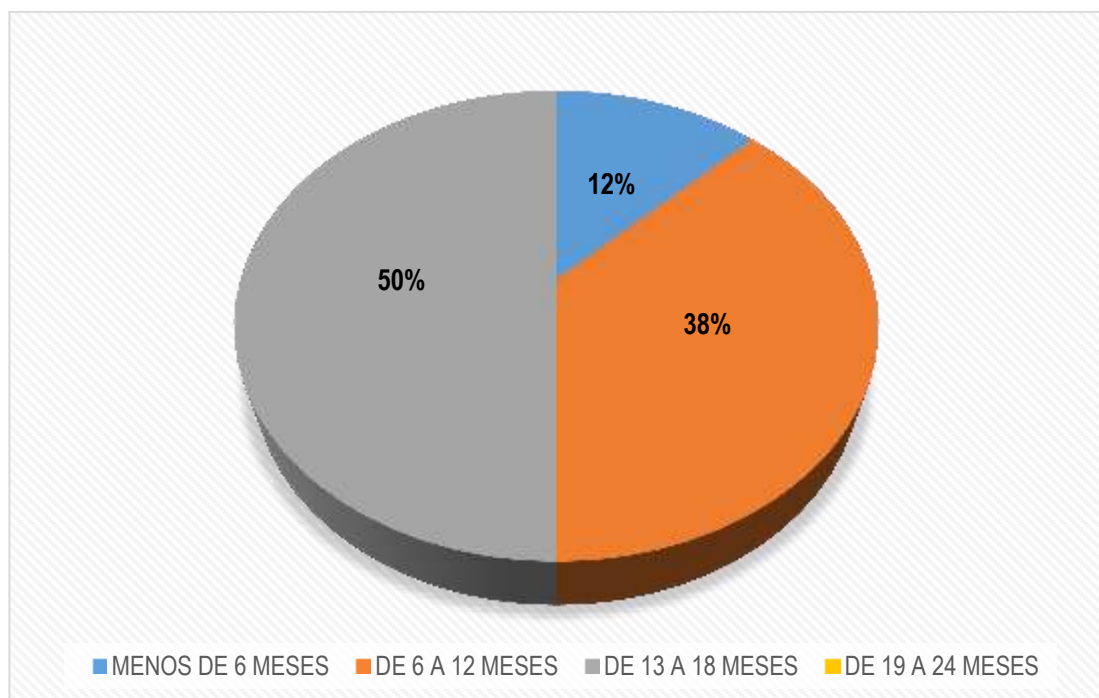
Otro estudio llevado a cabo en Ecuador, titulado: **Factores asociados al incumplimiento del esquema de vacunación en niños de 0 a 5 años de edad que pertenecen a un subcentro de salud de la ciudad de Guayaquil**. Tenía el objetivo de: Determinar los factores asociados al incumplimiento del esquema de vacunación en niños de 0 a 5 años de edad. Evidenció que de la población que se estudió, que fueron 50 niños junto sus cuidadores. En base al sexo 50% son varones y el otro 50% eran mujeres.

CUADRO Nro. 2: PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN EDAD. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.

EDAD DEL PACIENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOS DE 6 MESES	6	12%
DE 6 A 12 MESES	18	38%
DE 13 A 18 MESES	24	50%
TOTAL	48	100%

FUENTE: INSTRUMENTO PROPIO.

GRÁFICO Nro. 2: PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN EDAD. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.



FUENTE: Cuadro 2.

Análisis de resultados del Gráfico Nro. 2.-

Respecto a la edad de los pacientes pediátricos que tenían su calendario de vacunación incompleto, el 50% de ellos, en mayoría, tenían edades de 13 a 18 meses. A continuación, el 38% de pacientes tenían edades de 6 a 12 meses. Con un 12% restante estaban los pacientes con edades de menos de 6 meses.

La edad fue considerada por algunos otros estudios como el llevado a cabo en Ecuador, titulado: **Factores asociados al incumplimiento del esquema de vacunación en niños de 0 a 5 años de edad que pertenecen a un subcentro de salud de la ciudad de Guayaquil**. Tenía el objetivo de: Determinar los factores asociados al incumplimiento del esquema de vacunación en niños de 0 a 5 años de edad. Evidenció que de la población que se estudió, que fueron 50 niños junto sus cuidadores. Un 30% de niños tenían 1 año de edad y un 28% tenían de 4 a 6 meses.

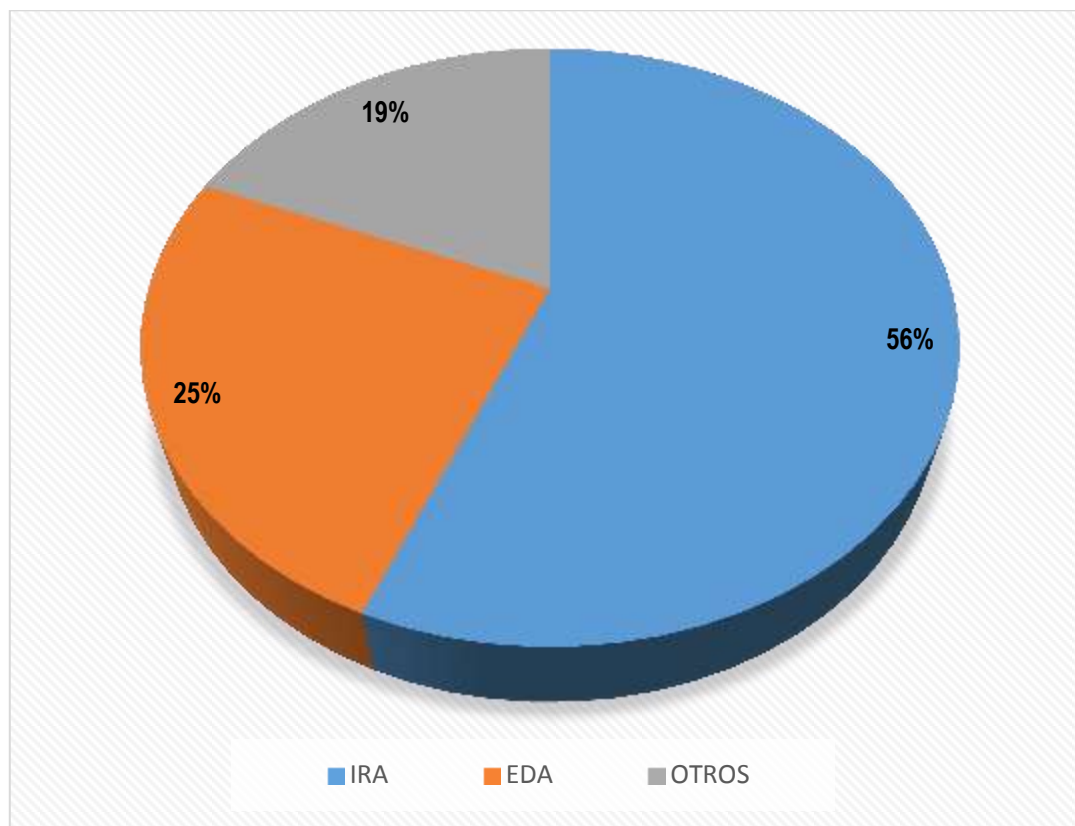
Otro estudio, también llevado en Ecuador, se tituló: **“INCUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNAS EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 24 MESES EN EL CENTRO DE SALUD DE CHONTACRUZ”**, que fue un estudio de tipo descriptivo, transversal, en el cual se aplicó una encuesta a madres de niños menores de 24 meses del Centro de Salud. Los resultados revelan que los niños con retraso o abandono del esquema de vacunas se encuentran en edades entre 13 a 24 meses.

CUADRO Nro. 3: PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN PATOLOGÍA DE INGRESO. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.

PATOLOGÍA DE INGRESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
IRA	27	56%
EDA	12	25%
OTROS	9	19%
TOTAL	48	100%

FUENTE: INSTRUMENTO PROPIO.

GRÁFICO Nro. 3: PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN PATOLOGÍA DE INGRESO. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.



FUENTE: Cuadro 3.

Análisis de resultados del Gráfico Nro. 3.-

Respecto a la patología de ingreso de los pacientes pediátricos que tenían su calendario de vacunación incompleto, el 56% de ellos, la mayoría, tenían infecciones de respiratorias agudas. A continuación, el 25% de pacientes tenían Enfermedades diarreicas agudas. Con el 19% restante estaban los pacientes que ingresaron con otras patologías no específicas.

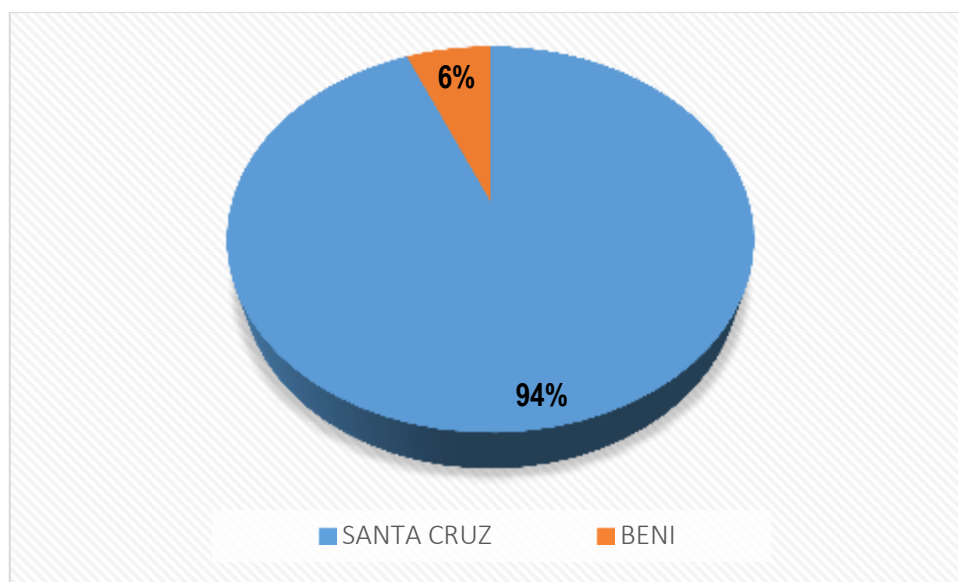
El Hospital Municipal Plan 3000 atiende a todo tipo de pacientes pediátricos con todo tipo de patologías, las cuales pueden ser tratadas en el mismo hospital por medio de consulta externa, por medio de la internación en el servicio de Pediatría o por medio de la referencia a otro nosocomio de mayor complejidad. En el presente estudio se evidencia una mayoría del os pacientes con Infecciones respiratorias agudas, que pueden ser consideradas comunes como epidemias que suelen aparecer en la región.

CUADRO Nro. 4: PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN LUGAR DE NACIMIENTO. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.

LUGAR DE NACIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SANTA CRUZ	45	94%
BENI	3	6%
TOTAL	48	100%

FUENTE: INSTRUMENTO PROPIO.

GRÁFICO Nro. 4: PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN LUGAR DE NACIMIENTO. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.



FUENTE: Cuadro 4.

Análisis de resultados del Gráfico Nro. 4.-

Respecto al lugar de nacimiento de los pacientes pediátricos que tenían su calendario de vacunación incompleto, el 94% de ellos, la mayoría, nacieron en Santa Cruz de la Sierra. A continuación, con el 6% restante de pacientes están los que nacieron en Beni.

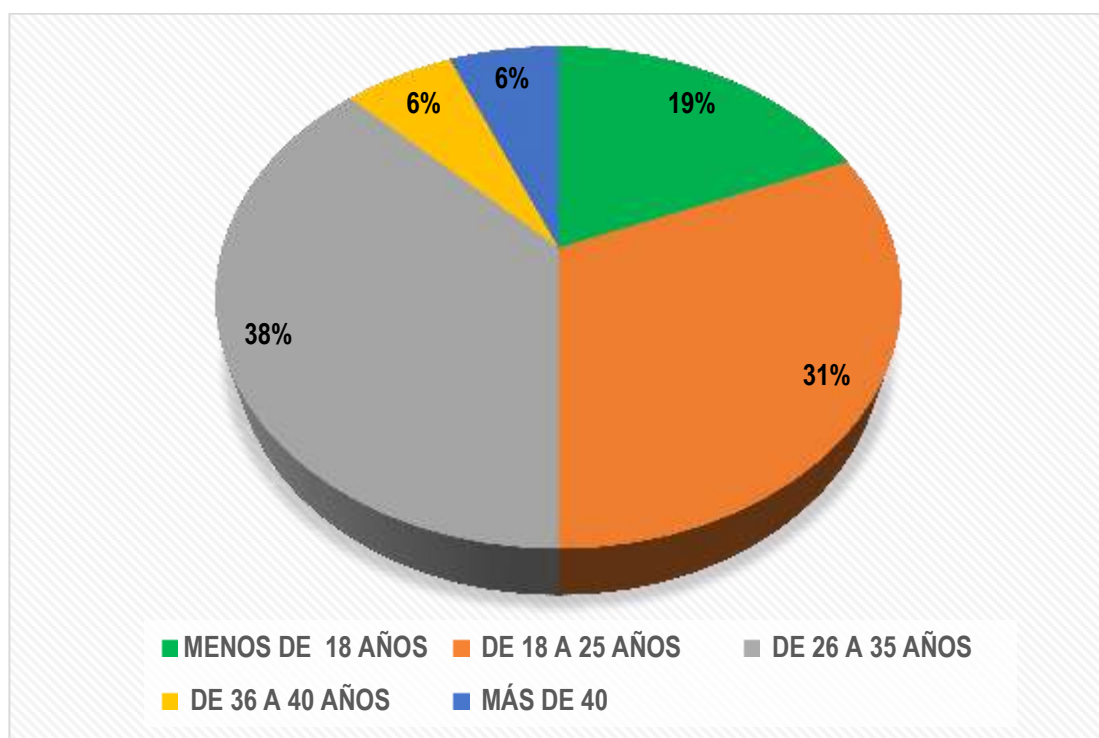
El estudio muestra una tendencia mayoritaria de los pacientes que nacieron en Santa Cruz, sin embargo, no se puede descartar que los padres no necesariamente hayan nacido en el mismo departamento, esto pone en evidencia la migración interna en Bolivia. Respecto a las diferencias con niños que han nacido en otros departamentos se puede evidenciar algunos factores propios de cada región, ya que la atención es muy distinta en cada uno de los centros de salud, sus programas de cobertura, la forma de trabajo del personal de salud para captar niños en etapa de vacunación es diferente tanto de departamento en departamento como de centros de salud en un mismo departamento.

CUADRO Nro. 5: PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN EDAD. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.

EDAD DEL PADRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOS DE 18 AÑOS	9	19%
DE 18 A 25 AÑOS	15	31%
DE 26 A 35 AÑOS	18	38%
DE 36 A 40 AÑOS	3	6%
MÁS DE 40	3	6%
TOTAL	48	100%

FUENTE: INSTRUMENTO PROPIO.

GRÁFICO Nro. 5: PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN EDAD. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.



FUENTE: Cuadro 5.

Análisis de resultados del Gráfico Nro. 5.-

Respecto a la edad de los padres de los pacientes pediátricos que tenían su calendario de vacunación incompleto, el 38% de ellos, la mayoría, tenían de 26 a 35 años. A continuación, el 31% de padres tenían de 18 a 25 años de edad. Seguidamente con un 19% estaban los padres con edades de menos de 18 años. Con el 6% están los padres con edades de 36 a 40 años y con el restante 6% están los padres con más de 40 años.

Otros estudios han tomado en cuenta la edad del padre de familia, como el estudio llevado a cabo en Perú, Iquitos titulado: **FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS, CULTURALES Y EL CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO DE INMUNIZACIONES EN LACTANTES, PUESTO DE SALUD I-2 MASUSA. PUNCHANA, 2015.** Que tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre los Factores Sociodemográficos, culturales y el Cumplimiento del Calendario de Inmunizaciones en Lactantes, el método empleado fue el cuantitativo y el diseño no experimental, transversal, correlacional. La muestra estuvo constituida por 154 madres que acudieron al programa de inmunizaciones de las cuales el 64,9% tuvieron entre 20 a 30 años.

Otro estudio llevado a cabo en Ecuador, titulado: **Factores asociados al incumplimiento del esquema de vacunación en niños de 0 a 5 años de edad que pertenecen a un subcentro de salud de la ciudad de Guayaquil.**

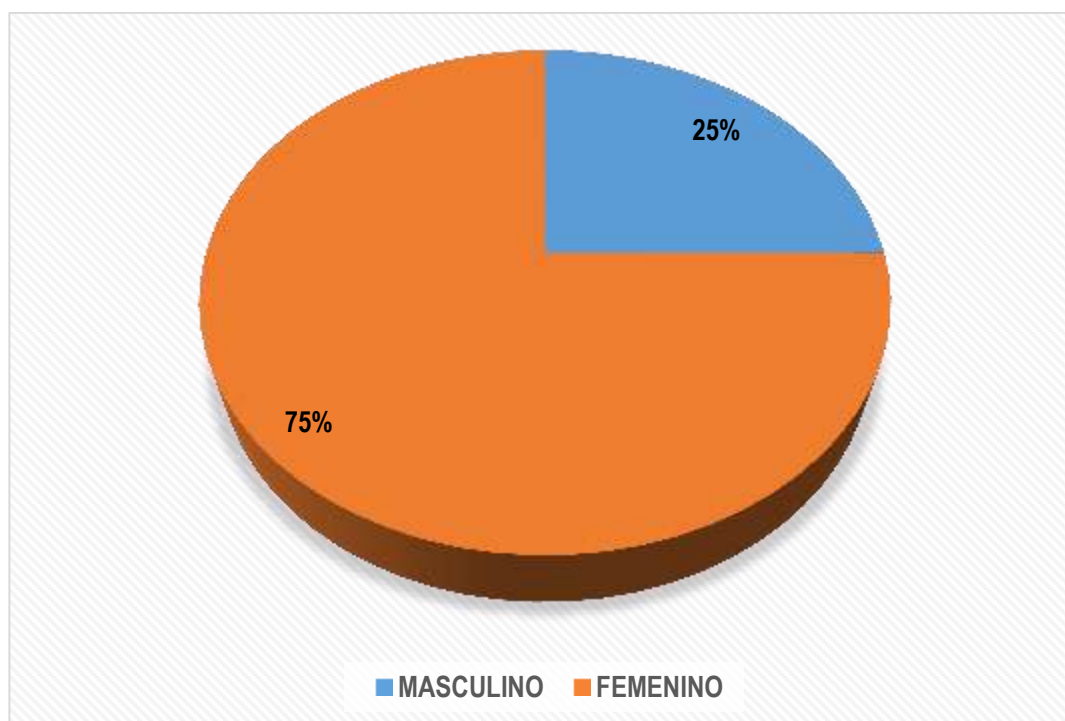
Que fue de tipo descriptivo con enfoque prospectivo, de método cuantitativo y diseño transversal y que se tomó fueron 50 niños junto sus cuidadores. Concluyo que respecto a la edad de los padres un 34% del total tenían de 26 a 35 años.

CUADRO Nro. 6: PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN SEXO. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.

SEXO DEL PADRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	12	25%
FEMENINO	36	75%
TOTAL	48	100%

FUENTE: INSTRUMENTO PROPIO.

GRÁFICO Nro. 6: PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN SEXO. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.



FUENTE: Cuadro 6.

Análisis de resultados del Gráfico Nro. 6.-

Respecto al sexo de los padres de los pacientes pediátricos que tenían su calendario de vacunación incompleto, el 75% de ellos, la mayoría, eran mujeres. Y el 25% restante eran varones.

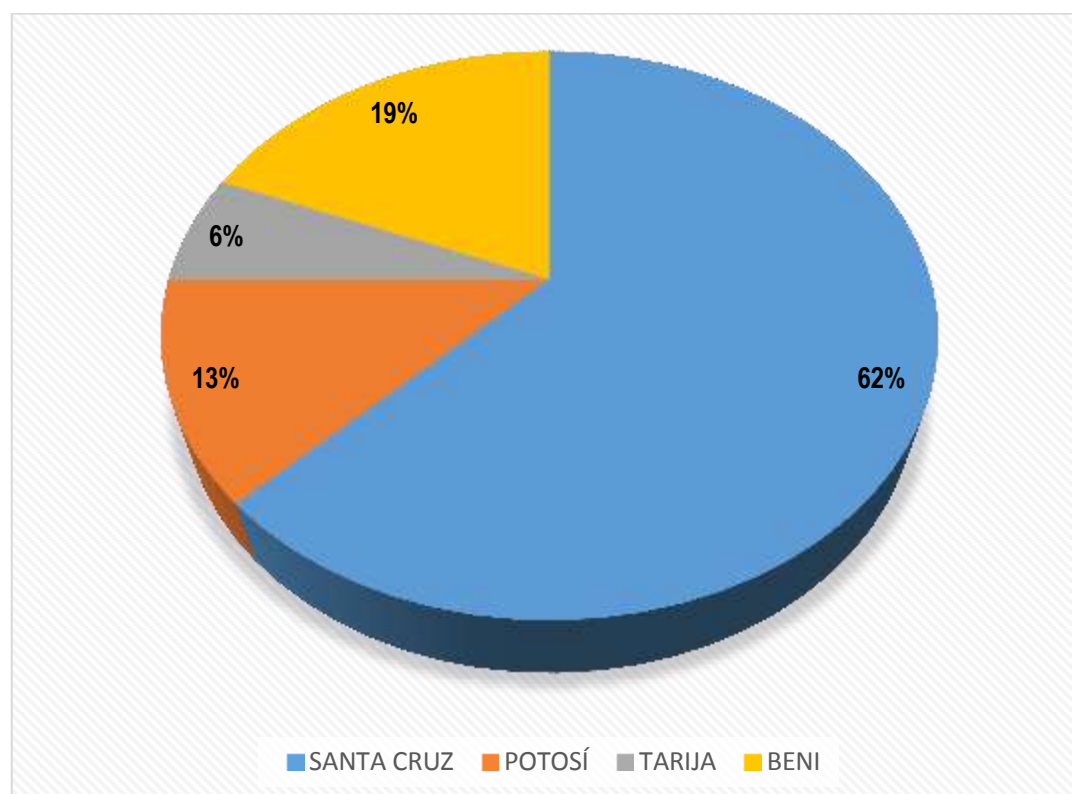
El sexo como variable también fu estudiado en el estudio llevado a cabo en Ecuador, titulado: **Factores asociados al incumplimiento del esquema de vacunación en niños de 0 a 5 años de edad que pertenecen a un subcentro de salud de la ciudad de Guayaquil**. Que fue de tipo descriptivo con enfoque prospectivo, de método cuantitativo y diseño transversal y que se tomó fueron 50 niños junto sus cuidadores. Concluyo que respecto al sexo de los padres de los pacientes pediátricos el 76% era femenino.

CUADRO Nro. 7: PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN LUGAR DE NACIMIENTO. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.

LUGAR DE NACIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SANTA CRUZ	30	62%
POTOSÍ	6	13%
TARIJA	3	6%
BENI	9	19%
TOTAL	48	100%

FUENTE: INSTRUMENTO PROPIO.

GRÁFICO Nro. 7: PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN LUGAR DE NACIMIENTO. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.



FUENTE: Cuadro 7.

Análisis de resultados del Gráfico Nro. 7.-

Respecto al lugar de nacimiento de los padres de los pacientes pediátricos que tenían su calendario de vacunación incompleto, el 62% de ellos, la mayoría, nacieron en Santa Cruz de la Sierra. A continuación, el 19% de padres nacieron en Beni. Con el 13% están los padres que nacieron en Potosí y con el restante 6% están los padres que nacieron en Tarija.

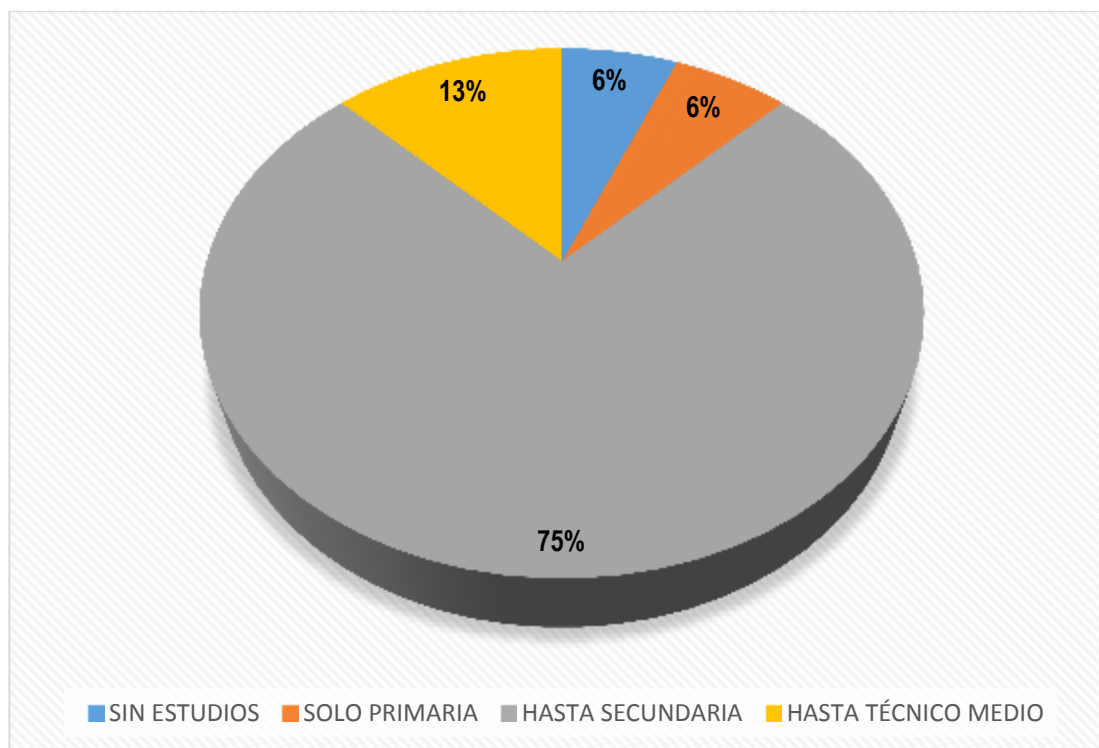
Existe diferencias notables entre las personas de las distintas regiones de Bolivia, a nivel sociocultural las personas de occidente tienen marcadas algunas actitudes distintas a las personas del oriente boliviano. Sin embargo, a todos por medio del Ministerio de Salud se ofrece la posibilidad de acceder a las dosis de vacunación de forma gratuita en los centros de salud y algunas campañas de vacunación. La actitud con la cual asumen este servicio ya depende cada persona tanto dependiendo de los factores socioculturales que posea.

CUADRO Nro. 8: PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN ESTUDIOS	3	6%
SOLO PRIMARIA	3	6%
HASTA SECUNDARIA	36	75%
HASTA TÉCNICO MEDIO	6	13%
TOTAL	48	100%

FUENTE: INSTRUMENTO PROPIO.

GRÁFICO Nro. 8: PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.



FUENTE: Cuadro 8.

Análisis de resultados del Gráfico Nro. 8.-

Respecto al grado de instrucción de los padres de los pacientes pediátricos que tenían su calendario de vacunación incompleto, el 75% de ellos, la mayoría, solo estudiaron hasta grado secundario. A continuación, el 13% de padres estudiaron hasta técnico medio. Con el 6% están los padres que estudiaron solo hasta primaria y con el restante 6% están los padres sin estudios.

El nivel de educación de los padres determina muchas veces las actitudes frente a los tratamientos médicos que puedan optar para ellos y para sus hijos. Diversos estudios han tomado en cuenta esta variable como el llevado a cabo en Ecuador, titulado: **Factores socios - culturales que inciden en el cumplimiento del esquema de inmunización en niños menores de un año que acuden al Centro de Salud Puerto López. Publicado el 2018.** El objetivo principal de la investigación consiste en evaluar los factores socioculturales que inciden en el cumplimiento del esquema de inmunización de niños menores de un año que acuden al Centro de Salud de Puerto López, el diseño metodológico es descriptivo, analítico, y transversal; el universo fue de 224 seleccionándose por técnica de muestreo 144 niños, el 21% de los niños presentan esquema de vacuna incompleto y se encontró un total del 58% de las madres de los niños con educación primaria.

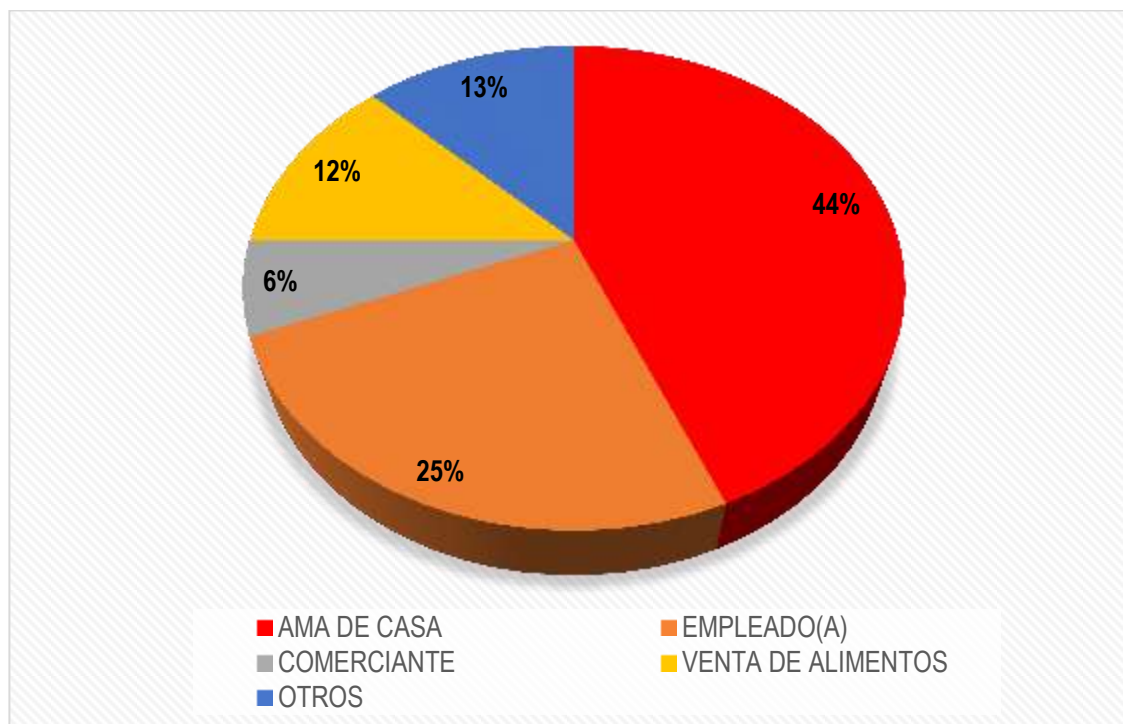
Otro estudio llevado a cabo en Perú, Iquitos titulado: **FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS, CULTURALES Y EL CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO DE INMUNIZACIONES EN LACTANTES, PUESTO DE SALUD I-2 MASUSA. PUNCHANA, 2015,** concluyó que de 154 madres que acudieron al programa de inmunizaciones. 50% tuvieron educación primaria solamente.

CUADRO Nro. 9: PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN OCUPACIÓN LABORAL. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.

OCUPACION LABORAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AMA DE CASA	21	44%
EMPLEADO(A)	12	25%
COMERCIANTE	3	6%
VENTA DE ALIMENTOS	6	12%
OTROS	6	13%
TOTAL	48	100%

FUENTE: INSTRUMENTO PROPIO.

GRÁFICO Nro. 9: PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN OCUPACIÓN LABORAL. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.



FUENTE: Cuadro 9.

Análisis de resultados del Gráfico Nro. 9.-

Respecto a la ocupación laboral de los padres de los pacientes pediátricos que tenían su calendario de vacunación incompleto, el 44% de ellos, la mayoría, se dedicaban a las labores de ama de casa. A continuación, el 25% de padres eran empleados. Con el 13% están los padres que se dedicaban a otras ocupaciones. Con el 12% están los padres que se dedicaban a la venta de alimentos y con el 6% restante estaban los padres que eran comerciantes.

La ocupación laboral de los padres incide directamente en las responsabilidades que pueden asumir, ya que el tiempo que deben hacer para cumplir las necesidades de sus hijos se debe descontar del tiempo que necesitan para trabajar. Por ejemplo existen estudios que contemplaron la ocupación de los padres como el llevado a cabo en Perú titulado: **FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS, CULTURALES Y EL CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO DE INMUNIZACIONES EN LACTANTES, PUESTO DE SALUD I-2 MASUSA. PUNCHANA, 2015**, que tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre los Factores Sociodemográficos, culturales y el Cumplimiento del Calendario de Inmunizaciones en Lactantes. PS I-2 Masusa, el método empleado fue el cuantitativo y el diseño no experimental, transversal, correlacional. La muestra estuvo constituida por 154 madres que acudieron al programa de inmunizaciones, se encontró que el 61,7% tuvieron trabajo independiente.

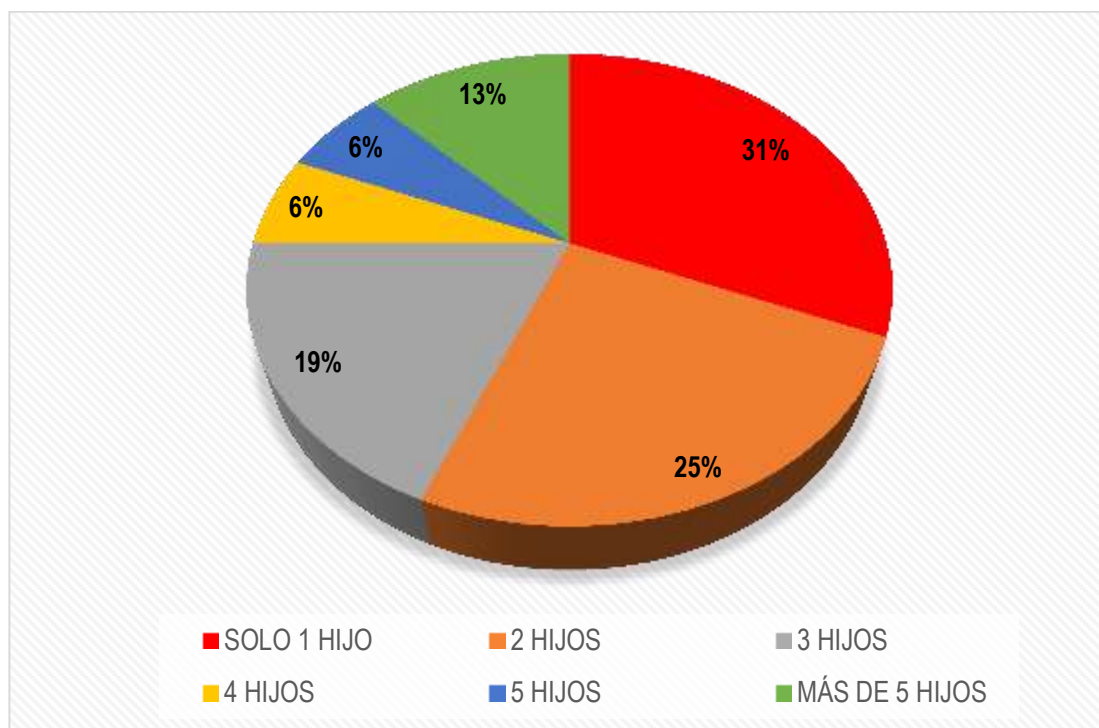
Otro estudio también hecho en Perú, titulado: **FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNAS EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO. HOSPITAL REFERENCIAL DE FERREÑAFE. 2016**, estudió a 416 madres de niños menores de un año y encontró que el 73,7% de madres tienen ocupación amas de casa.

CUADRO Nro. 10: PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN NÚMERO DE HIJOS. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.

NÚMERO DE HIJOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLO 1 HIJO	15	31%
2 HIJOS	12	25%
3 HIJOS	9	19%
4 HIJOS	3	6%
5 HIJOS	3	6%
MÁS DE 5 HIJOS	6	13%
TOTAL	48	100%

FUENTE: INSTRUMENTO PROPIO.

GRÁFICO Nro. 10: PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN NÚMERO DE HIJOS. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.



FUENTE: Cuadro 10.

Análisis de resultados del Gráfico Nro. 10.-

Respecto al número de hijos que tenían los padres de los pacientes pediátricos que tenían su calendario de vacunación incompleto, el 31% de ellos, la mayoría, solo tenían un solo hijo. A continuación, el 25% de padres tenían dos hijos. Con el 19% están los padres que tenían tres hijos. Con el 13% están los padres que tenían más de 5 hijos. Con el 6% estaban los padres que tenían cuatro hijos y con el otro 6% restante están los padres que tenían cinco hijos.

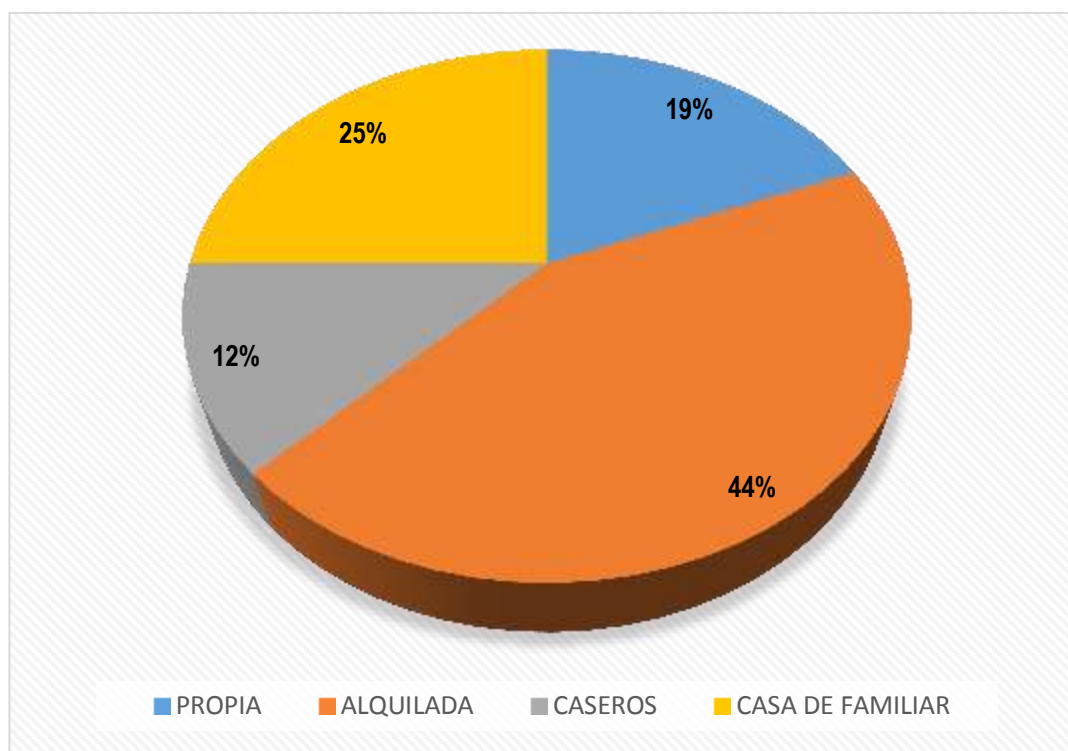
La cantidad de hijos puede incidir como factor en contra al momento de atender las necesidades de salud de todos los hijos, la ocupación de una familia numerosa es más grande, sin embargo, podemos tomar en cuenta como ejemplo otro estudio llevado a cabo en Perú titulado: **FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS, CULTURALES Y EL CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO DE INMUNIZACIONES EN LACTANTES, PUESTO DE SALUD I-2 MASUSA. PUNCHANA, 2015**, que tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre los Factores Sociodemográficos, culturales y el Cumplimiento del Calendario de Inmunizaciones en Lactantes. PS I-2 Masusa, el método empleado fue el cuantitativo y el diseño no experimental, transversal, correlacional. La muestra estuvo constituida por 154 madres que acudieron al programa de inmunizaciones, se encontró que el 59,9% tuvieron entre 2 a 3 hijos.

CUADRO Nro. 11: PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN CONDICIÓN DE VIVIENDA. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.

CONDICIÓN DE VIVIENDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROPIA	9	19%
ALQUILADA	21	44%
CASEROS	6	12%
CASA DE FAMILIAR	12	25%
TOTAL	48	100%

FUENTE: INSTRUMENTO PROPIO.

GRÁFICO Nro. 11: PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN CONDICIÓN DE VIVIENDA. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.



FUENTE: Cuadro 11.

Análisis de resultados del Gráfico Nro. 11.-

Respecto a la condición de la vivienda de los padres de los pacientes pediátricos que tenían su calendario de vacunación incompleto, el 44% de ellos, la mayoría, vivían en condición de alquiler. A continuación, el 25% de padres vivían en casa de algún familiar. Con el 19% están los padres que tenían su casa propia. Con el 12% restante están los padres que vivían en condición de caseros.

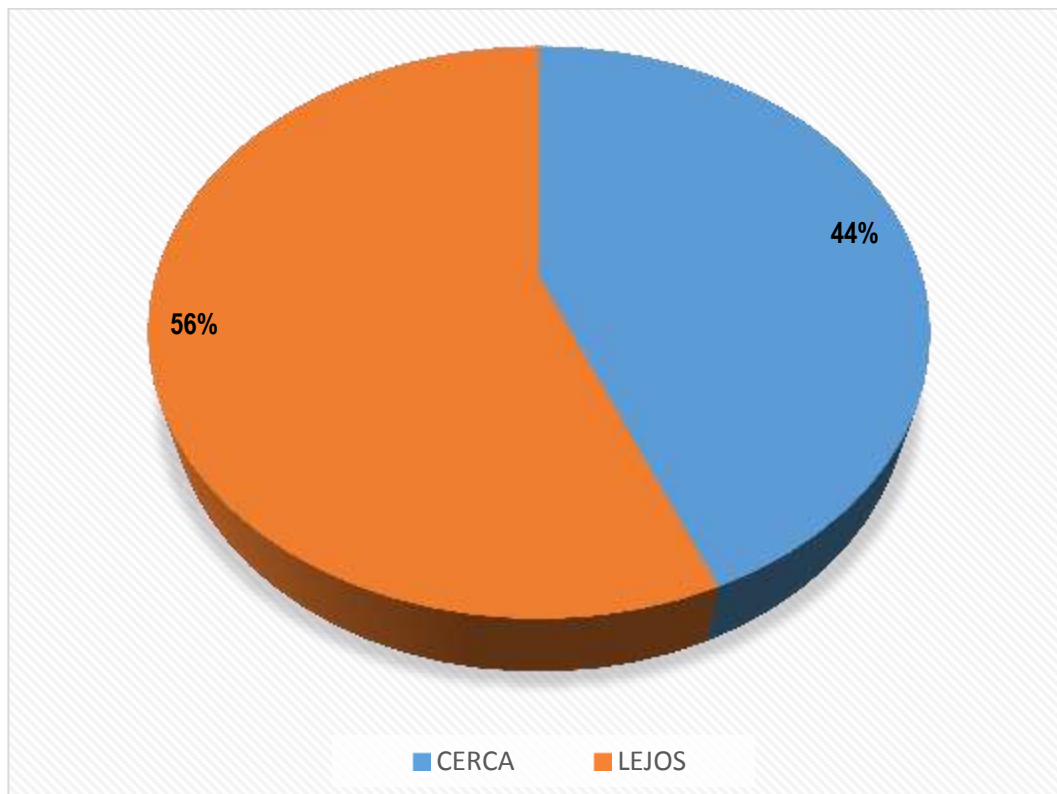
La condición de la vivienda es un factor a tomar en cuenta por los padres de familia porque es considerada una necesidad de primer orden, para todos los padres es necesario contar con un espacio físico donde poder criar a los hijos. El hecho de no contar con una casa propia afecta directamente a la economía y las demás necesidades que hay en el hogar. Esto lleva a que el padre se plantee ocuparse en más de un trabajo y deje poco tiempo para atender las necesidades de sus hijos.

CUADRO Nro. 12: PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN DISTANCIA DE LA VIVIENDA AL CENTRO DE SALUD. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.

DISTANCIA DE LA VIVIENDA AL CENTRO DE SALUD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CERCA	21	44%
LEJOS	27	56%
TOTAL	48	100%

FUENTE: INSTRUMENTO PROPIO.

GRÁFICO Nro. 12: PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN DISTANCIA DE LA VIVIENDA AL CENTRO DE SALUD. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.



FUENTE: Cuadro 12.

Análisis de resultados del Gráfico Nro. 12.-

Respecto a la distancia existente de la vivienda y el Centro de Salud, los padres de los pacientes pediátricos que tenían su calendario de vacunación incompleto, refieren en su mayoría (56%), que el centro de salud quedaba lejos de su vivienda. A continuación, con el restante 44% están los padres que refirieron que el Centro de Salud quedaba cerca a su domicilio.

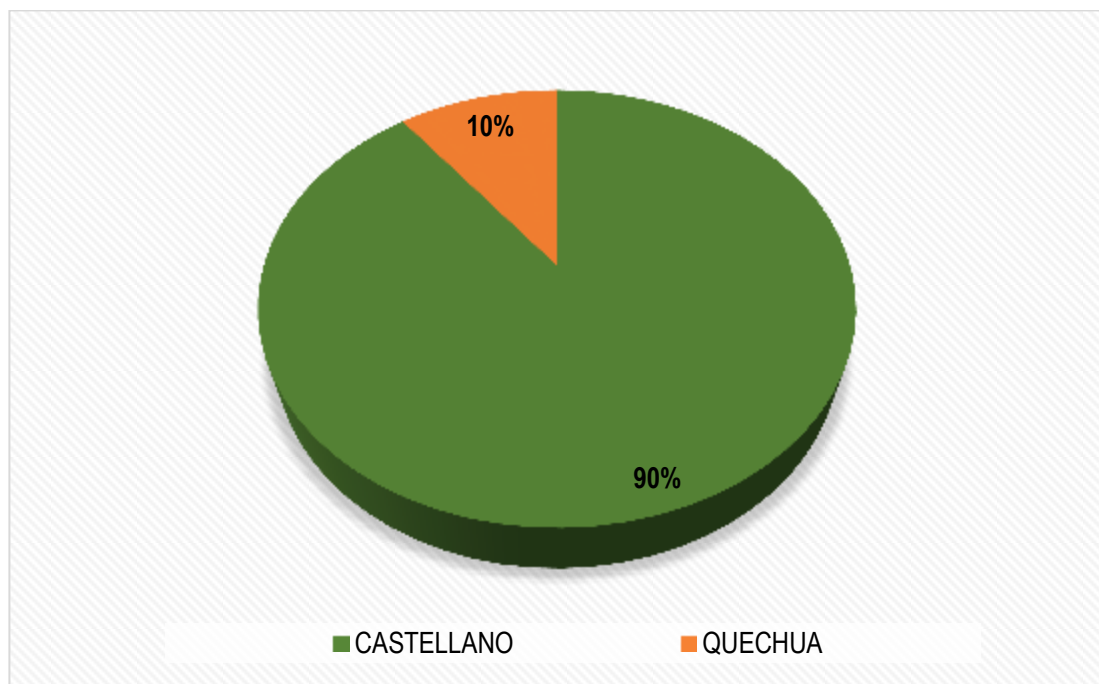
La distancia que hay de un hogar al Centro de Salud es relativo, porque habrá personas que vivan más cerca que otras de los establecimientos de salud. Sin embargo, la situación se complica para quienes viven más lejos del Centro de salud o de cualquier institución que brinda servicio de vacunación. Esto puede ocasionar que el padre o la madre se planteen la posibilidad de no acudir al Centro de Salud por las vacunas y más bien esperan a alguna campaña de vacunación para aprovechar la distancia asequible. Un estudio llevado a cabo en Ecuador, titulado: **Factores socio-culturales que inciden en el cumplimiento del esquema de inmunización en niños menores de un año que acuden al Centro de Salud Puerto López. Publicado el 2018**, estudió a 144 niños, donde el 21% de los niños presentan esquema de vacuna incompleto, existió un 13% de las madres que menciono esperar al personal de salud que acuda a su hogar para realizar la respectiva vacunación. Otro estudio realizado en Perú, titulado: **FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO DEL CALENDARIO DE VACUNACIÓN EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS**, encontró que los factores institucionales de la madre de niños menores de 5 años que influyen en el abandono del calendario de vacunación son: acceso a los establecimientos de salud.

CUADRO Nro. 13: PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN IDIOMA MATERNO. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.

IDIOMA MATERNO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASTELLANO	43	90%
QUECHUA	5	10%
TOTAL	48	100%

FUENTE: INSTRUMENTO PROPIO.

GRÁFICO Nro. 13: PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN IDIOMA MATERNO. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.



FUENTE: Cuadro 13.

Análisis de resultados del Gráfico Nro. 13.-

Respecto al idioma materno de los padres de los pacientes pediátricos que tenían su calendario de vacunación incompleto, en su mayoría (90%), refiere que su idioma materno es el castellano. A continuación, con el restante 10% están los padres que refirieron que su idioma materno es el quechua.

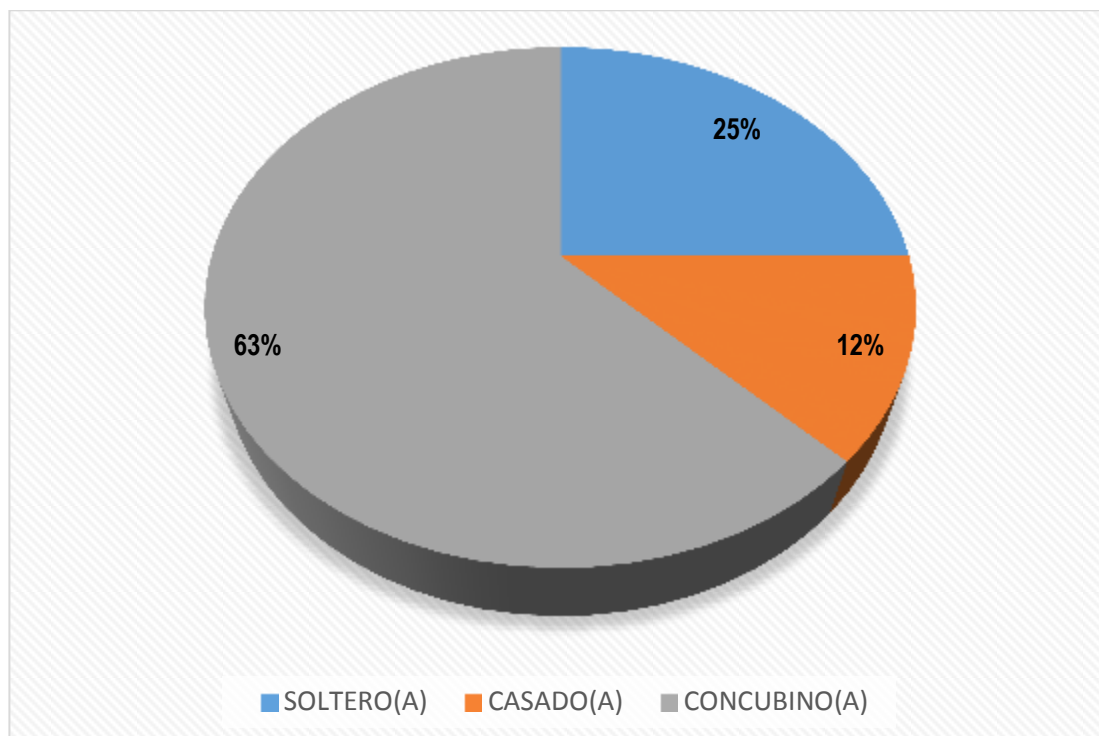
El idioma puede ser un factor en contra cuando el que es hablado por los padres no es el mismo que el que se utiliza en los establecimientos de salud, actualmente en el estado plurinacional de Bolivia se respeta el idioma materno, es más se incita a conservar el idioma materno de los profesionales de salud, para que puedan llegar de una forma más directa a las personas que desean conservar su lengua materna.

CUADRO Nro. 14: PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN ESTADO CIVIL. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERO(A)	12	25%
CASADO(A)	6	12%
CONCUBINO(A)	30	63%
TOTAL	48	100%

FUENTE: INSTRUMENTO PROPIO.

GRÁFICO Nro. 14: PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO SEGÚN ESTADO CIVIL. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.



FUENTE: Cuadro 14.

Análisis de resultados del Gráfico Nro. 14.-

Respecto al estado civil de los padres de los pacientes pediátricos que tenían su calendario de vacunación incompleto, el 63% de ellos, la mayoría, tenían un estado civil de concubino(a). A continuación, el 25% de padres eran solteros. Con el 12% restante están los padres que eran casados.

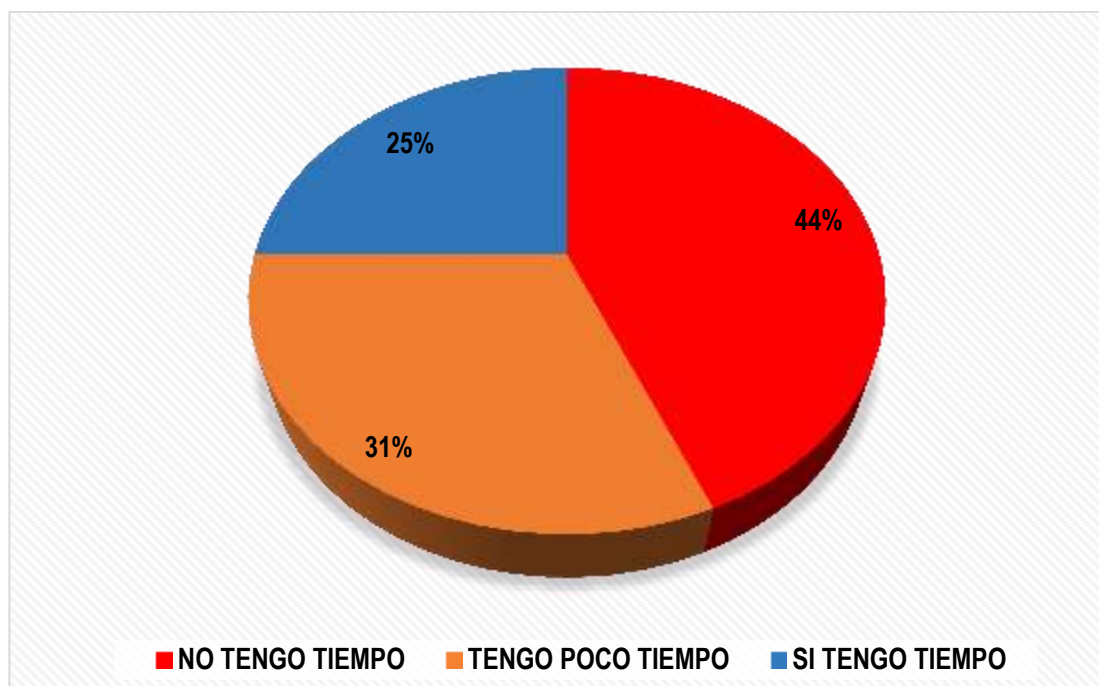
El estado civil de los padres puede influenciar en ciertas funciones dentro del núcleo familiar, el hecho que la madre sea soltera dificulta que ella pueda atender todas las necesidades de sus hijos ante la ausencia de un padre. La misma estabilidad matrimonial limita la responsabilidad del padre o madre que no está legalmente casada o casado. Existe un estudio llevado a cabo en Perú titulado: **FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS, CULTURALES Y EL CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO DE INMUNIZACIONES EN LACTANTES, PUESTO DE SALUD I-2 MASUSA. PUNCHANA, 2015**, que tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre los Factores Sociodemográficos, culturales y el Cumplimiento del Calendario de Inmunizaciones en Lactantes. PS I-2 Masusa, el método empleado fue el cuantitativo y el diseño no experimental, transversal, correlacional. La muestra estuvo constituida por 154 madres que acudieron al programa de inmunizaciones, se encontró que el 58,4% de los padres de familia eran convivientes.

CUADRO Nro. 15: INCUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS SEGÚN DISPONIBILIDAD DE TIEMPO DE LOS PADRES. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.

DISPONIBILIDAD DE TIEMPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO TENGO TIEMPO	21	44%
TENGO POCO TIEMPO	15	31%
SI TENGO TIEMPO	12	25%
TOTAL	48	100%

FUENTE: INSTRUMENTO PROPIO.

GRÁFICO Nro. 15: INCUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS SEGÚN DISPONIBILIDAD DE TIEMPO DE LOS PADRES. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.



FUENTE: Cuadro 15.

Análisis de resultados del Gráfico Nro. 15.-

Según el gráfico la mayoría de los padres de los pacientes pediátricos que tenían su calendario de vacunación incompleto, refieren que no tenían tiempo para llevar a sus hijos al centro de vacunación, estos padres conformaban un 44% del total. A continuación, un 31% de los padres de familia refieren que tienen poco tiempo para llevar a sus hijos a vacunar. Finalmente, el restante 25% de los padres refieren que si tienen tiempo para llevar a sus hijos a vacunarse.

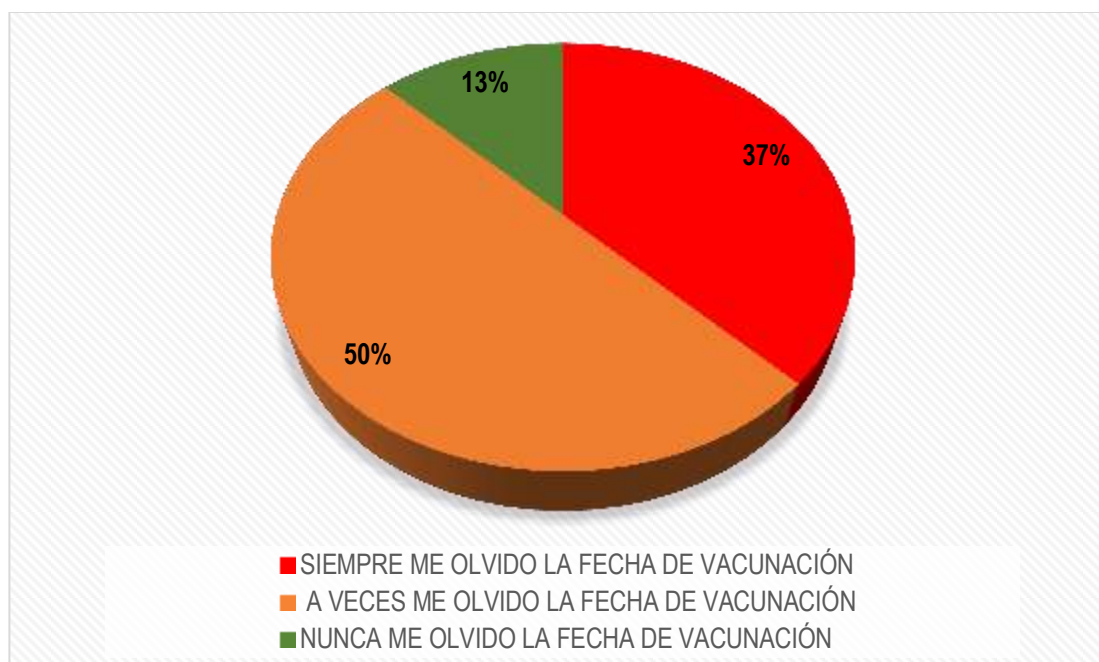
Esta variable considera el tiempo que tienen los padres de familia para poder acudir con sus hijos a recibir la vacuna correspondiente al esquema de vacunación vigente. El periodo ideal para recibir cada una de las vacunas se basa en el calendario de vacunación propuesto por el Ministerios de Salud a través de los distintos niveles de atención en salud, especialmente el primer nivel donde entran los Centros de Salud.

CUADRO Nro. 16: FRECUENCIA DE OLVIDO DE LA FECHA DE VACUNACIÓN POR LOS PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.

FRECUENCIA DE OLVIDO DE FECHA DE VACUNACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE ME OLVIDO LA FECHA DE VACUNACIÓN	18	37%
A VECES ME OLVIDO LA FECHA DE VACUNACIÓN	24	50%
NUNCA ME OLVIDO LA FECHA DE VACUNACIÓN	6	13%
TOTAL	48	100%

FUENTE: INSTRUMENTO PROPIO.

GRÁFICO Nro. 16: FRECUENCIA DE OLVIDO DE LA FECHA DE VACUNACIÓN POR LOS PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.



FUENTE: Cuadro 16.

Análisis de resultados del Gráfico Nro. 16.-

Según el gráfico la mayoría de los padres de los pacientes pediátricos que tenían su calendario de vacunación incompleto, refieren que a veces olvidan la fecha de vacunación de sus hijos, estos padres conformaban un 50% del total. A continuación, un 37% de los padres de familia refieren que siempre se le olvida la fecha de vacunación. Finalmente, el restante 13% de los padres refieren que nunca se les olvida llevar a sus hijos a vacunarse.

Para dar valor a esta variable los padres han debido considerar muchos factores, entre ellos el tiempo que tienen disponible, el calendario semanal de trabajo que llevan, entre otros. Ya que todo lo anterior mencionado puede incidir en la decisión del padre para llevar a su hijo a recibir su vacuna dentro del periodo que el calendario de vacunas establece. Para tener una idea más amplia se puede observar los resultados del estudio llevado a cabo en Ecuador, titulado: **Factores socios - culturales que inciden en el cumplimiento del esquema de inmunización en niños menores de un año que acuden al Centro de Salud Puerto López. Publicado el 2018.** El objetivo principal de la investigación consiste en evaluar los factores socioculturales que inciden en el cumplimiento del esquema de inmunización de niños menores de un año que acuden al Centro de Salud de Puerto López, el diseño metodológico es descriptivo, analítico, y transversal; el universo fue de 224 seleccionándose por técnica de muestreo 144 niños, el 15% de los padres indican llevarlo cuando se acuerdan de la vacunación.

CUADRO Nro. 17: INCUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS SEGÚN DISPONIBILIDAD DE APOYO A LOS PADRES. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.

APOYO PARA LLEVAR A VACUNAR A HIJO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NADIE ME APOYA PARA LLEVAR MI HIJO A VACUNAR	33	69%
TENGO QUIEN ME APOYA PARA LLEVAR MI HIJO A VACUNAR	15	31%
TOTAL	48	100%

FUENTE: INSTRUMENTO PROPIO.

GRÁFICO Nro. 17: INCUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS SEGÚN DISPONIBILIDAD DE APOYO A LOS PADRES. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.



FUENTE: Cuadro 17.

Análisis de resultados del Gráfico Nro. 17.-

Según el gráfico la mayoría de los padres de los pacientes pediátricos que tenían su calendario de vacunación incompleto, refieren que nadie los apoya para llevar a su hijo a vacunar, estas conforman un 69% del total. El restante 31% de los padres refieren que tienen quien los apoye para llevar a sus hijos a vacunarse al Centro de Salud.

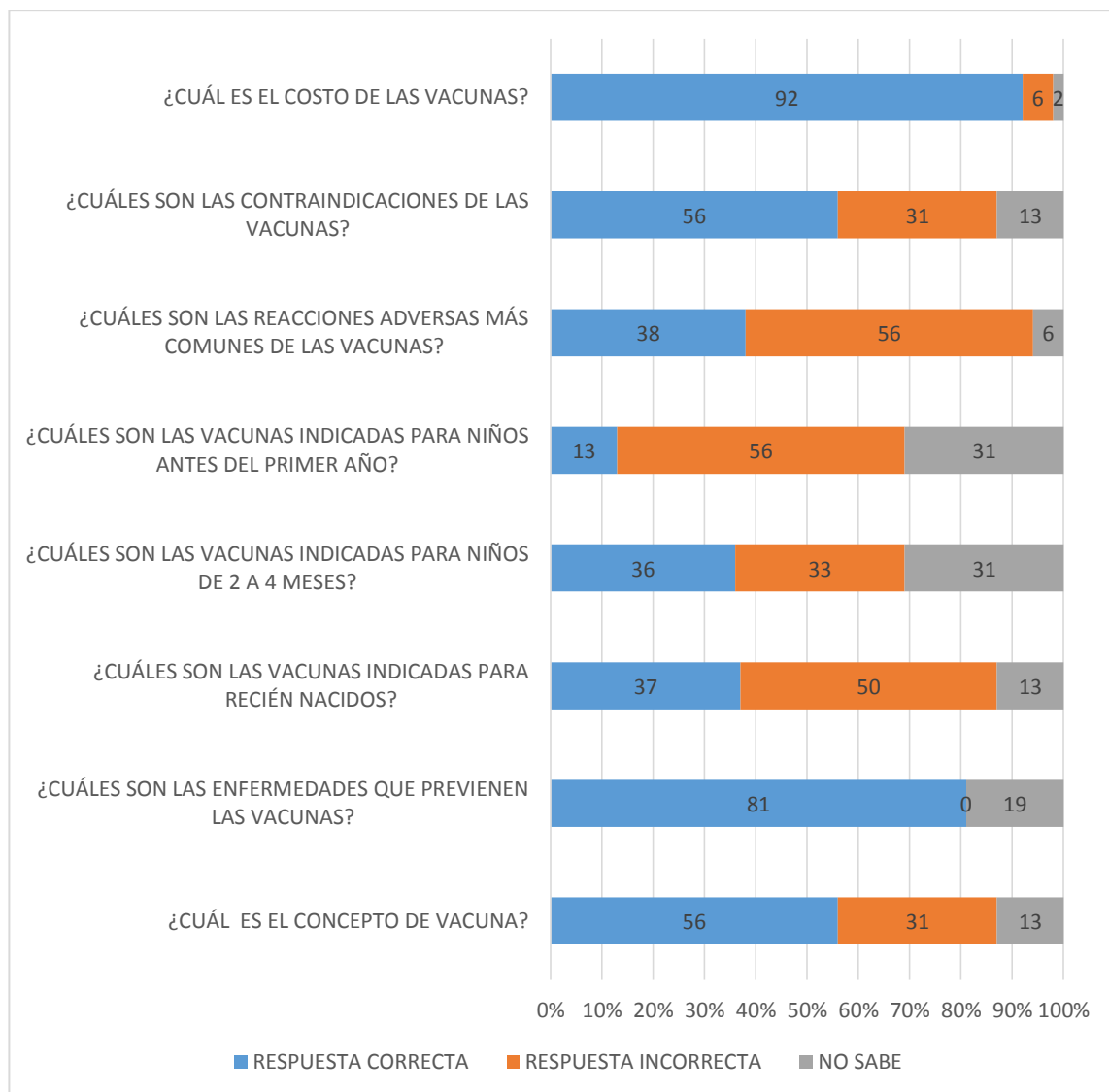
Para dar valor a esta variable los padres de familia debieron considerar algunos otros factores como, por ejemplo, el estado civil, el tiempo que disponen para llevar a sus hijos a vacunarse, entre otros. Esto evidencia que será más difícil para un padre o madre soltera llevar a sus hijos a vacunar que un padre o madre que si tiene el apoyo de un cónyuge para poder responder a estas necesidades.

CUADRO Nro. 18: CONOCIMIENTOS SOBRE VACUNAS DE LOS PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.

PREGUNTA	RESPUESTA CORRECTA	RESPUESTA INCORRECTA	NO SABE	TOTAL
¿CUÁL ES EL CONCEPTO DE VACUNA?	27	15	6	48
¿CUÁLES SON LAS ENFERMEDADES QUE PREVIENEN LAS VACUNAS?	39	0	9	48
¿CUÁLES SON LAS VACUNAS INDICADAS PARA RECIÉN NACIDOS?	18	24	6	48
¿CUÁLES SON LAS VACUNAS INDICADAS PARA NIÑOS DE 2 A 4 MESES?	17	16	15	48
¿CUÁLES SON LAS VACUNAS INDICADAS PARA NIÑOS ANTES DEL PRIMER AÑO?	6	27	15	48
¿CUÁLES SON LAS REACCIONES ADVERSAS MÁS COMUNES DE LAS VACUNAS?	18	27	3	48
¿CUÁLES SON LAS CONTRAINDICACIONES DE LAS VACUNAS?	27	15	6	48
¿CUÁL ES EL COSTO DE LAS VACUNAS?	44	3	1	48

FUENTE: INSTRUMENTO PROPIO.

GRÁFICO Nro. 18: CONOCIMIENTOS SOBRE VACUNAS DE LOS PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000. AGOSTO A OCTUBRE 2018.



FUENTE: Cuadro 18.

Análisis de resultados del Gráfico Nro. 18.-

En cuanto a los conocimientos que tenían los padres de familia de los pacientes pediátricos con vacunación incompleta, podemos observar que:

- ✓ Respecto a la pregunta sobre el costo de vacunas, la mayoría de padres, un 92% respondió correctamente la interrogante, un 6% respondió incorrectamente y un 2% refirió no saber la respuesta.
- ✓ Respecto a la pregunta sobre las contraindicaciones de las vacunas, la mayoría de padres, un 56% respondió correctamente la interrogante, un 31% respondió incorrectamente y un 13% refirió no saber la respuesta.
- ✓ Respecto a la pregunta sobre las reacciones adversas más comunes de las vacunas, la mayoría de padres, un 56% respondió incorrectamente la interrogante, un 38% respondió correctamente y un 6% refirió no saber la respuesta.
- ✓ Respecto a la pregunta sobre las vacunas que deben aplicarse a los niños antes del primer año, la mayoría de padres, un 56% respondió incorrectamente la interrogante, un 13% respondió incorrectamente. Y un 31% respondió no saber la respuesta.
- ✓ Respecto a la pregunta sobre las vacunas que deben aplicarse a los niños de 2 a 4 meses, la mayoría de padres, un 36% respondió correctamente la interrogante, un 33% respondió incorrectamente. Y un 31% respondió no saber la respuesta.
- ✓ Respecto a la pregunta sobre las vacunas que deben aplicarse a los recién nacidos, la mayoría de padres, un 50% respondió incorrectamente la interrogante, un 37% respondió correctamente. Y un 13% respondió no saber la respuesta.
- ✓ Respecto a la pregunta sobre las enfermedades que previenen las vacunas, la mayoría de padres, un 81% respondió correctamente la interrogante, un 19% respondió no saber la respuesta.

- ✓ Respecto a la pregunta sobre el concepto de las vacunas, la mayoría de padres, un 56% respondió correctamente la interrogante, un 31% respondió correctamente. Y un 13% respondió no saber la respuesta.

Los conocimientos de los padres de familia son importantes para asumir una postura frente a la adquisición o no de las vacunas para sus hijos, diversos estudio puede dar fe que el conocimiento del os padres es importante, como el llevado a cabo en Perú, titulado: **FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INCUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACION EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO EN EL CENTRO DE SALUD MI PERU LIMA- 2017**, donde el objetivo era; determinar los factores que influyen en el incumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de un año en el Centro de Salud “Mi Perú” – Ventanilla 2017, fue un estudio de naturaleza cuantitativa de tipo descriptivo, no experimental y de corte trasversal. La muestra estuvo conformada por 56 madres de niños menores de un año con calendario incompleto. Se utilizó como **técnica** la encuesta y como **instrumento** un cuestionario estructurado. Los **resultados** fueron; de un total de 100% (56) madres, el factor más influyente es el cognitivo con un 71%,(40) esto se debe a la falta de conocimiento de las madres en temas relacionados a la vacunación.

Existe otro estudio llevado a cabo en Perú titulado: **FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS, CULTURALES Y EL CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO DE INMUNIZACIONES EN LACTANTES, PUESTO DE SALUD I-2 MASUSA. PUNCHANA, 2015**, que tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre los Factores Sociodemográficos, culturales y el Cumplimiento del Calendario de Inmunizaciones en Lactantes. PS I-2 Masusa, el método empleado fue el cuantitativo y el diseño no experimental, transversal, correlacional. La muestra estuvo constituida por 154 madres que

acudieron al programa de inmunizaciones, se encontró que el 39,0% de madres presento un nivel de conocimiento bajo, mientras que el 61.1 % presentaron un nivel de conocimiento medio/ alto respecto a las vacunas.

Otro estudio realizado en Perú, titulado: **FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNAS EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO. HOSPITAL REFERENCIAL DE FERREÑAFE. 2016**, de tipo descriptivo correlacional, no experimental, la muestra conformada por 118 madres se les evaluó con el Cuestionario de Factores Socioculturales y la Matriz de Análisis del calendario de Vacunación. Respecto al procesamiento estadístico, se trabajó con el programa SPSS, utilizando el estadístico Gamma, dentro los principales hallazgos de factores sociales tenemos que 91.5% refieren tener conocimiento de todas las vacunas.

Otro estudio llevado a cabo en Perú, titulado: **FACTORES DETERMINANTES EN EL CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACION EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS**, encontró que, existe relación significativa entre la influencia del conocimiento de las madres en el cumplimiento del calendario de vacunas en los niños menores de 5 años gracias al apoyo de la enfermera en los consultorios de inmunizaciones. Así mismo también hay madres adolescentes que tienen un nivel de conocimientos bajo quienes tienen alto porcentajes de niños sin calendario completo de vacunas con desnutrición.

Un estudio llevado a cabo en La Paz, Bolivia: ***Esquema completo de vacunación en niños hospitalizados***, se llevó a cabo con el objetivo de verificar el esquema completo de vacunación recomendada por el Programa Ampliado de Inmunizaciones (P.A.I.) en niños de uno a 4 años internados en un hospital pediátrico. Durante seis meses se revisaron los Carné de Salud

de 277 niños de uno a cuatro años de edad, internados en los diferentes servicios del Hospital del Niño y se registraron el cumplimiento de las siguientes vacunas: BCG, pentavalente, polio oral y triple viral. Los resultados mostraron que del total de 277 niños incluidos en el estudio, 91% recibieron la vacuna BCG; 80% la vacuna pentavalente No 1, 70 % la vacuna pentavalente No 2 y solamente 58% cumplieron con la tercera dosis. En forma similar 80% cumplieron con la vacuna contra la poliomielitis No 1; 71% con la No 2 y 61% con la tercera dosis. La vacuna triple viral fue administrada solamente al 56% de los niños estudiados.

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

- ✓ La mayoría de pacientes pediátricos que tenían su calendario de vacunación incompleto eran de sexo masculino (62%), tenían edades de 13 a 18 meses (50%), ingresaron con infecciones de respiratorias agudas (56%) y nacieron en Santa Cruz de la Sierra (94%).
- ✓ La mayoría de los padres de los pacientes pediátricos con vacunación incompleto tenían de 26 a 35 años (38%), la mayoría eran mujeres (75%) que solo estudiaron hasta grado secundario (75%) y se dedicaban a las labores de ama de casa (44%), la mayoría solo tenían un solo hijo y vivían en condición de alquiler, refieren en su mayoría que el centro de salud quedaba lejos de su vivienda (56%), su idioma materno es el castellano y tenían un estado civil de concubino(a).
- ✓ La mayoría de los padres de los pacientes pediátricos que tenían su calendario de vacunación incompleto, refieren que no tenían tiempo para llevar a sus hijos al centro de vacunación (44%) y que a veces olvidan la fecha de vacunación de sus hijos (50%), refieren además que nadie los apoya para llevar a su hijo a vacunar (69%).
- ✓ En cuanto a los conocimientos que tenían los padres, la mayoría respondió correctamente respecto al: costo de vacunas, las contraindicaciones de las vacunas, sobre las vacunas que deben aplicarse a los niños de 2 a 4 meses, sobre las enfermedades que previenen las vacunas y sobre el concepto de las vacunas. Respondieron incorrectamente sobre las reacciones adversas más comunes de las vacunas, sobre las vacunas que deben aplicarse a los niños antes del primer año y sobre las vacunas que deben aplicarse a los recién nacidos.

5.2 Recomendaciones

A los padres de familia:

- ✓ Tomar conciencia sobre las consecuencias que pueden padecer los hijos al no estar vacunados, tomarse un tiempo para buscar información científica sobre los beneficios de las vacunas y sobre el esquema de vacunas que rige en Bolivia.
- ✓ Evitar obtener información de personas no autorizadas o sin conocimientos científico sobre los efectos de las vacunas, no asumir como ciertas los comentarios y experiencias ficticias vividas por algunos padres de familia.

A los profesionales de enfermería:

- ✓ Captar con interés a todos los pacientes pediátricos que ingresan al Servicio de Pediatría del Hospital Municipal Plan 3000, atendiendo solícitamente la necesidad de contar con su esquema de vacunación completa.
- ✓ Brindar educación sanitaria respecto al calendario de vacunas, beneficios y efectos adversos a los padres de familia de todos los pacientes pediátricos que asisten al Servicio de Pediatría del Hospital Municipal Plan 3000.
- ✓ Coordinar con los estudiantes de enfermería la elaboración de material didáctico escrito e impreso con información relacionado a las vacunas para poder entregar a los padres y asistentes.

A la jefatura de enfermería:

- ✓ Proponer una normativa interna para la atención de pacientes pediátricos, solicitando de manera obligatoria la presentación del carnet de vacunación al momento de solicitar una consulta para los niños por los padres.

- ✓ Organizar jornadas de capacitación para el personal de enfermería sobre la captación de pacientes pediátricos y modalidades de abordaje a padres de familia para detectar niños con esquema de vacunación incompleta.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la OMS: principios. [Online]. Suiza. Recuperado de <http://www.who.int/about/mission/es/>.
2. Mero J GK. Las inmunizaciones un Derecho Humano y un Bien Público. Voces ciudadanas. Noviembre; 2(11). 2014
3. World Health Organization. *World health report 2005: make every mother and child count*. Geneva: WHO, 2005. www.who.int/whr/2005/en/index.html
4. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual de procedimientos del subsistema alerta acción SIVE – ALERTA. Ministerio de salud pública, Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica; 2013.
5. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>
6. EL COMERCIO. Uno de cada diez niños no fue vacunado en 2016, según Unicef y la OMS. [Online]; 2017 [cited 2018 marzo 2. Available from: <http://www.elcomercio.com/tendencias/ninos-vacunas-unicef-omsenfermedades.html>
7. Elizabeth González Aznar RACAFRB. Identidad de la vacuna contra *Streptococcus pneumoniae* “Quimi-Vio”. Revista bionatura. Febrero; 2(1). 2017
8. Fernández V., Rondón de Gómez R. Significado que le otorga la enfermera en la atención primaria en salud. [Tesis]. Venezuela: Universidad de Maracaibo, 2015.
9. <https://www.ine.gob.bo/index.php/notas-de-prensa-y-monitoreo/item/3072-cobertura-de-vacunacion-en-la-ninez-supera-80>
10. <https://www.minsalud.gob.bo/3098-13-vacunas-del-esquema-nacional-llegaron-al-80-de-cobertura-en-bolivia>
11. Gómez y Sánchez. Creencias populares que tienen las madres sobre la vacunación en niños menores de 1 año. Portales médicos 2009. <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2229/1/Creenci>

as-Populares-que-tienen-las-Madres-sobre-la-Vacunacion-en-ninos-menores-de-1-ano.htm

12. D.A. Hokey, «The current state of tuberculosis vaccines,» *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, pp. 2142-2146, Octubre del 2013.
13. N. Guiso, «Impact de la vaccination sur l'épidémiologie des maladies infectieuses,» *MEDECINE/SCIENCES*, pp. 399 - 403, 2007.
14. M. d. S. y. D. Bolivia, *Manual de vacunación PAI Comunitario y Familiar*, La Paz: MSyD, 2013.
15. N. Guiso, «Bordetella pertussis and Pertussis Vaccines,» <http://cid.oxfordjournals.org/>, pp. 1565 - 1569, Octubre del 2014.
16. I. M. A. E. e. a. Tanja Popovic, «Molecular Epidemiology of Diphtheria,» *The Journal of Infectious Diseases*, pp. 168 - 177, 2000.
17. R. S. John B. Robbins, «The Diphtheria and Pertussis Components of Diphtheria-Tetanus Toxoids–Pertussis Vaccine Should Be Genetically Inactivated Mutant Toxins,» *The Journal of Infectious Diseases*, pp. 81 - 88, 2005.
18. R. T. P. T. M. Cook, «Tetanus: A review of the literature,» *British Journal of Anaesthesia*, pp. 477 - 487, 2001.
19. A. G. V. Dietz, «Factors affecting the immunogenicity and potency of tetanus toxoide: implications for the elimination of neonatal and non-neonatal tetanus as public health problems,» *Bulletin of the World Health Organization*, pp. 81 - 93, 1997.
20. G.H.A.F.E.J. Espinall, «Hepatitis B prevention, diagnosis, treatment and care: a review,» *Society of occupational Medicine*, pp. 531 - 540, 2011.
21. Y.Z.L.G. Chunyu Zhang, «Strategies to prevent hepatitis B virus infection in China: Immunization, screening, and standard medical practices,» *BioScience Trends*, pp. 7 -12, 2013.
22. Y. S. Maya Ram, «Hepatitis B: Infection, Vaccination and Autoimmunity,» *IMAJ*, pp. 61 - 64, 2008.
23. A.C.B.G. U.K. Griffiths, «Dose-specific efficacy of Haemophilus influenzae type b conjugate vaccines: a systematic review and meta-

- analysis of controlled clinical trials,» *Epidemiology, infectology Cambridge University*, pp. 1343 - 1355, 2012.
24. E.R.M. Dominic F. Kelly, «Haemophilus influenzae type b conjugate vaccines,» *Revista de Inmunología Blackwell Publishing*, pp. 163 - 174, 2004.
 25. N.H.d. Jesus, «Epidemics to eradication: the modern history of poliomyelitis,» *Virology journal, Bio Med Central*, pp. 1 - 18, Julio 2007.
 26. O.M.K. Neal Nathanson, «From Emergence to Eradication: The Epidemiology of Poliomyelitis Deconstructed,» *American Journal Epidemiology*, pp. 1213 - 1229, October 2010.
 27. M.A.A.R.J.T.S. Saraswathy Subramaniam, «Viral Aetiology of Acute Flaccid Paralysis Surveillance Cases, before and after Vaccine Policy Change from Oral Polio Vaccine to Inactivated Polio Vaccine,» *Journal of Tropical Medicine*, pp. 1 - 6, 2014.
 28. K.L.B.S.J.H. Sarah J. White, «Measles, Mumps, and Rubella,» *National Institutes of Health*, pp. 550 - 559, 2012.
 29. I.G.O.V.S.P. Iana H. Haralambieva, «The genetic basis for interindividual immune response variation to measles vaccine: new understanding and new vaccine approaches,» *National Institute of Health*, pp. 57 - 70, January 2013.
 30. I.M.A.L. Joseph B Babigumira, «Health economics of rubella: a systematic review to assess the value of rubella vaccination,» *BMC Public Health*, pp. 1471 - 1483, 2013.
 31. J.A. Dudgeon, «Mumps and Varicella vaccines,» *Archives of Disease in Childhood*, pp. 55 - 61, 2011.
 32. Definición de Factor. Disponible en URL:<http://www.es.thefreedictionary.com/factor>. Revisado el 16 de Enero del 2015.
 33. Doño N “Factores asociados a niñas y niños no vacunados y a los que no completan el esquema básico de vacunación. Guatemala, 2012. Disponible en URL:biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/09/03/Dono-Nusly.pdf. Revisado el 20 de Setiembre del 2014.

34. Rodríguez .J, Tomalá A “Factores que influyen en el nivel de conocimientos de las madres adolescentes sobre el esquema del P.A.I. Ecuador, 2013”. Disponible en [URL:http://www.repositorio.upse.edu.ec](http://www.repositorio.upse.edu.ec). Revisado el 10 de octubre del 2014.
35. Ashqui S “Factores socio culturales que influyen en la tasa de abandono de las vacunas Antipolio, Pentavalente y Rotavirus en niños menores de 1 año. Ecuador ,2014. Disponible en URL: epo.uta.edu.ec/.../7970/Ashqui%20Chacha%20Silvia%20Patricia.pdf.R evisado el 25 de octubre del 2014.
36. Gonzales D. “Factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación en las madres con niños menores de un año. Lima, 2012”. Disponible en URL: [http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2515/1/Gonzales Sotelo Dina Cirila 2012.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2515/1/Gonzales%20Sotelo%20Dina%20Cirila%202012.pdf).
37. López A. Sociedad de la información y cultura mediática. Madrid: Carlos; 2003.
38. Albuja G. Imbabura en la Cultura Nacional. Ecuador: Casa de la Cultura; 2009.
39. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud de los pueblos Indígenas de las Américas. Quito: Nuevo Arte; 2009
40. Gonzales D C. Factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación en las madres con niños menores de un año en el Centro de Salud de Mala, 2011. Tesis. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011.
41. Brunner J. Grado de Instrucción. Disponible en URL: [www.eumed.net/libros/Pág. 30-40](http://www.eumed.net/libros/Pág.30-40). Revisado el 10 de diciembre del 2014.
42. P. Núñez. La gestión de la información, el conocimiento, la inteligencia y el aprendizaje organizacional desde una perspectiva socio-psicológica. Ed. 56 Acimed 2004. Disponible en URL:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102494352004000300004&script=sci_arttext. Revisado el 10 de diciembre del 2014.

43. Enarson DA, Kennedy SM, Miller DL. Choosing a research study design and selecting a population to study. *Int J Tuberc Lung Dis*; 8 (9): 1151-6. 2004
44. Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, M. del P. *Metodología de la investigación* (6ta ed.). México D.F.: McGRAW-HILL / Interamericana Editores, S.A. DE C.V. 2014
45. Rojas-Soriano, R. *Guía para realizar investigaciones sociales* (38ava ed.). México, D. F: Plaza y Váldes Editores. 2013
46. Hernández R., Fernández C. y Baptista P. *Metodología de la investigación*. (Quinta Edición). México: McGraw-Hill. 2010
47. Gómez, Marcelo M.: "Introducción a la Metodología de la Investigación Científica". Edit. Brujas. Córdoba, Argentina. 2006
48. Galeano, M. María Eumelia. "Diseño de Proyectos en la investigación cualitativa". Fondo Medellín, Editorial Universidad EAFIT. Colombia. 2004
49. Blasco, J. E., Pérez, J. A.: "Metodologías de investigación en las ciencias de la actividad física y el deporte: ampliando horizontes". Editorial Club Universitario. España. 2007
50. Ministerio de Salud. Normas técnicas de regulación de ens: clínicos en seres humanos. Chile. 2000

ANEXOS

7. Anexos

Anexo 1: Carta de autorización



UNIVERSIDAD AUTONOMA "JUAN MISAEL SARACHO"
DIRECCION DE POSTGRADO DE SALUD.
Santa Cruz - Bolivia
Calle Velasco No 580, 3er. Piso Telf. 3370219

Santa Cruz 03 de octubre de 2018.

A:

Dra. Carmen Banegas

Directora Hospital Municipal Plan 3.000

Lic. Rosa Estela

Jefe de Enfermeras de Hospital Municipal Plan 3.000

PRESENTE.-

Rosa Estela Cuzman Pérez
LIC. EN ENFERMERIA
M.P. G-543
Jefa de Enfermería
Hosp. Municipal Plan 3000



REF: SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA RECOLECCION DE DATOS DE INVESTIGACION, CON FINES DE ELABORACION DE TESIS.

Tema: "Factores socioculturales que influyen en el incumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de 2 años en pacientes internados en el servicio de Pediatría del Hospital Plan 3000"

Saludo a usted cordialmente, el motivo de la presente es para certificar que la **Lic. Lourdes E. Copatiti Nina**; es alumna regular de la Maestría Enfermería Neonatología Pediátrica IV. Versión.

Solicito a su autoridad el poder brindar la colaboración para la recolección de sus datos en la elaboración de su Tesis.

Agradeciendo su gentil atención me despido con las consideraciones más distinguidas.

Atentamente,

Elizabeth Tejerina D.
Lic. Elizabeth Tejerina D.

COORDINADORA OPERATIVA DE POSGRADO SALUD

U.A.J.M.S.

Elizabeth Tejerina D.
BIOQUIMICA - FARMACIA
COORDINADORA

AC/M.A.P.C
Secretaría.
C.c. ARCHIVO



Santa cruz 30 de julio de 2018

A:

Lic. Rosa Estela Guzmán Pérez


Rosa Estela Guzmán Pérez
LIC. EN ENFERMERIA
M.P. G-543
Jefe de Enfermería
Hosp. Municipal Plan 3000

JEFA DE ENFERMERAS DEL HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000

PRESENTE.-

REF: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN DE DATOS DE INVESTIGACIÓN, CON FINES DE ELABORACIÓN DE TESIS.

Saludo a usted cordialmente, el motivo de la presente es para solicitar su autorización para recolectar datos para la elaboración de mi tesis con el tema:

"FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN EL INCUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS EN PACIENTES INTERNADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL PLAN 3000"

Mi persona Lic. Lourdes E. Copatiti Nina; es alumna regular de la Maestría Enfermería Neonatología pediátrica IV. Versión.

Agradeciendo de antemano su gentil colaboración me despido con las consideraciones más distinguidas.

Atentamente,


Lourdes E. Copatiti Nina
LIC. EN ENFERMERIA
M.P. Prof. C- 1630

Lic. Lourdes E. Copatiti Nina

C.I. 8561636 PT

Anexo 2: Cuestionario

FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN EL INCUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN PACIENTES INTERNADOS MENORES DE 2 AÑOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000 DE AGOSTO A OCTUBRE DE 2018.

Dirigido a: Padres de familia con pacientes pediátricos internados en el Servicio de Pediatría del Hospital Municipal Plan 3000.

Instrucciones: Lea detenidamente cada pregunta y elija una sola opción como respuesta.

Objetivo: Obtener información de los padres cuyos hijos tienen incompleto su esquema de vacunación.

¿Qué edad tiene?	<input type="checkbox"/> Menos de 18 <input type="checkbox"/> De 18 a 25 años. <input type="checkbox"/> De 26 a 35 años. <input type="checkbox"/> De 36 a 40 años. <input type="checkbox"/> Más de 40 años
Indique su sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Indique el lugar donde nació	<input type="checkbox"/> Santa Cruz <input type="checkbox"/> La Paz <input type="checkbox"/> Cochabamba <input type="checkbox"/> Oruro <input type="checkbox"/> Potosí <input type="checkbox"/> Sucre <input type="checkbox"/> Tarija <input type="checkbox"/> Beni <input type="checkbox"/> Pando
¿Qué grado de instrucción tiene?	<input type="checkbox"/> Sin estudios. <input type="checkbox"/> Solo primaria. <input type="checkbox"/> Hasta secundaria. <input type="checkbox"/> Hasta Técnico medio. <input type="checkbox"/> Hasta universidad. <input type="checkbox"/> Hasta pos grado.
¿En que trabaja?	<input type="checkbox"/> Ama de casa. <input type="checkbox"/> Empleado. <input type="checkbox"/> Comerciante. <input type="checkbox"/> Venta de alimentos. <input type="checkbox"/> Otros.

<p>¿Cuántos hijos tienen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Solo 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Más de 5
<p>¿En qué condición de tiene su vivienda?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Anticrético <input type="checkbox"/> Caseros <input type="checkbox"/> Casa de familiar (suegro, padre, hermanos, etc.)
<p>¿Cómo es la distancia desde su casa hasta el centro de salud?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cerca <input type="checkbox"/> Lejos <input type="checkbox"/> Muy lejos
<p>¿Cuál es su idioma materno?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Castellano <input type="checkbox"/> Quechua <input type="checkbox"/> Aymara <input type="checkbox"/> Guaraní <input type="checkbox"/> Otros.
<p>¿Cuál es su estado civil?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Soltera(o) <input type="checkbox"/> Casada(o) <input type="checkbox"/> Viuda(o) <input type="checkbox"/> Concubina(o)
<p>¿Tiene usted disponibilidad de tiempo para llevar a vacunar a su hijo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No tengo tiempo para llevar a mi hijo a vacunar. <input type="checkbox"/> Tengo poco tiempo para llevar a mi hijo a vacunar. <input type="checkbox"/> Si tengo tiempo para llevar a mi hijo a vacunar.
<p>¿Con que frecuencia se olvida la fecha de vacunación de su hijo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Siempre me olvido de la fecha de vacunación. <input type="checkbox"/> A veces me olvido de la fecha de vacunación. <input type="checkbox"/> Nunca me olvido de la fecha de vacunación.
<p>¿Tiene usted quien le apoye para llevar a su hijo a vacunar?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nadie me apoya para llevar a mi hijo a vacunar. <input type="checkbox"/> Tengo quien me apoya para llevar a mi hijo a vacunar.

DATOS DEL PACIENTE INTERNADO:

Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Edad	<input type="checkbox"/> Menos de 6 meses. <input type="checkbox"/> De 6 a 12 meses, <input type="checkbox"/> De 13 a 18 meses. <input type="checkbox"/> De 19 a 24 meses.
Patología de ingreso	<input type="checkbox"/> IRA <input type="checkbox"/> EDA <input type="checkbox"/> Enf. cardiaca. <input type="checkbox"/> Fractura. <input type="checkbox"/> Intoxicación. <input type="checkbox"/> Otros.
Lugar de nacimiento	<input type="checkbox"/> Santa Cruz <input type="checkbox"/> La Paz <input type="checkbox"/> Cochabamba <input type="checkbox"/> Oruro <input type="checkbox"/> Potosí <input type="checkbox"/> Sucre <input type="checkbox"/> Tarija <input type="checkbox"/> Beni <input type="checkbox"/> Pando

TEST DE CONOCIMIENTOS

Dirigido a: Padres de familia con pacientes pediátricos internados en el Servicio de Pediatría del Hospital Municipal Plan 3000.

Instrucciones: Lea detenidamente cada pregunta y elija una sola opción como respuesta.

Objetivo: Obtener información de los padres cuyos hijos tienen incompleto su esquema de vacunación.

Concepto de vacuna	<input type="checkbox"/> Sustancia que permiten crear defensas contra virus o bacterias dentro del cuerpo del bebe. <input type="checkbox"/> Sustancia que permiten crecer y desarrollarse al cuerpo del bebe. <input type="checkbox"/> Sustancia que no permiten crear defensas contra virus o bacterias dentro del cuerpo del bebe. <input type="checkbox"/> No sé.
Enfermedades que previenen las vacunas	<input type="checkbox"/> Hepatitis B, difteria, tétanos, sarampión, rubeola, paperas, varicela, rotavirus, hepatitis A y gripe, etc. <input type="checkbox"/> Fallas cardiacas, enfermedades de la piel, alteraciones mentales, fiebre. <input type="checkbox"/> No sé.
Vacunas para recién nacido	<input type="checkbox"/> Pentavalente y APO <input type="checkbox"/> BCG y Hepatitis B <input type="checkbox"/> Antipolio e influenza <input type="checkbox"/> No sé.
Vacunas a los 2-4 meses.	<input type="checkbox"/> Pentavalente y APO. <input type="checkbox"/> Antipoli, pentavalente y rotavirus. <input type="checkbox"/> Antipolio e influenza. <input type="checkbox"/> No sé.
Vacunas antes del primer año	<input type="checkbox"/> BCG, pentavalente, neumococo, APO, HvB, Rotavirus, Influenza, antiamarilica. <input type="checkbox"/> BCG, Pentavalente, Neumococo, APO, HvB, Rotavirus, Influenza. <input type="checkbox"/> Solo BCG, Antipolio e Influenza. <input type="checkbox"/> No sé.
Reacciones adversas de las vacunas.	<input type="checkbox"/> Fiebre leve. <input type="checkbox"/> Dolor y malestar general. <input type="checkbox"/> Llanto e irritabilidad. <input type="checkbox"/> Todo lo anterior. <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores. <input type="checkbox"/> No sé.
Contraindicaciones de la vacuna	<input type="checkbox"/> Cuando está llorando. <input type="checkbox"/> Cuando tiene fiebre y diarreas. <input type="checkbox"/> Cuando tiene sarpullido. <input type="checkbox"/> No sé.
Costo de las vacunas	<input type="checkbox"/> Deben cobrar solo las jeringas. <input type="checkbox"/> Deben cobrar solo la colocada. <input type="checkbox"/> No deben cobrar nada por vacunar.