



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**PROGRAMA DE ORIENTACIÓN SOBRE EL PROGRAMA AMPLIADO DE
INMUNIZACIÓN (PAI) DIRIGIDOS A LOS PADRES Y REPRESENTANTES
DE NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS QUE ASISTEN AL IVSS HOSPITAL
DR. CÉSAR R. RODRÍGUEZ DE GUARAGUAO EN LA CIUDAD DE
PUERTO LA CRUZ EDO. ANZOÁTEGUI, DURANTE EL PRIMER
TRIMESTRE DEL AÑO 2005.**

(Trabajo especial de Grado presentado como requisito parcial para optar al título de
Licenciado en Enfermería.)

Tutor:
Lic. Sánchez, Rosario

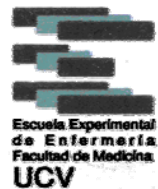
Autoras:
Estanga, Rosela
Portillo, Lilian

Barcelona, 2005

**PROGRAMA DE ORIENTACIÓN SOBRE EL PROGRAMA AMPLIADO DE
INMUNIZACIÓN (PAI) DIRIGIDOS A LOS PADRES Y REPRESENTANTES
DE NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS QUE ASISTEN AL IVSS HOSPITAL
DR. CÉSAR R. RODRÍGUEZ DE GUARAGUAO EN LA CIUDAD DE
PUERTO LA CRUZ EDO. ANZOÁTEGUI, DURANTE EL PRIMER
TRIMESTRE DEL AÑO 2005.**



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



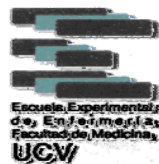
**PROGRAMA DE ORIENTACIÓN SOBRE EL PROGRAMA AMPLIADO DE
INMUNIZACIÓN (PAI) DIRIGIDOS A LOS PADRES Y REPRESENTANTES
DE NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS QUE ASISTEN AL IVSS HOSPITAL
DR. CÉSAR R. RODRÍGUEZ DE GUARAGUAO EN LA CIUDAD DE
PUERTO LA CRUZ EDO. ANZOÁTEGUI, DURANTE EL PRIMER
TRIMESTRE DEL AÑO 2005.**

Trabajo especial de Grado presentado como requisito parcial para optar al título de
Licenciado en Enfermería.)

Tutor:
Lic. Sánchez, Rosario

Autoras:
Estanga, Rosela
CI.10.296.830
Portillo, Lilian
CI. 8.256.908

Barcelona, 2005



AGRADECIMIENTO

En el transcurso de nuestra carrera siempre existió alguien que nos apoyó y ayudó, queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que de una u otra manera formaron parte de este logro, muy especialmente a:

- A nuestra tutora lic. Rosario Sánchez, por su orientación, estímulo, dedicación y consejos lo cual llevo a feliz termino el logro de las metas trazadas.
- Al personal que labora en el Dpto. de Inmunización del Hospital IVSS “Dr. César R. Rodríguez” de Guaragua: a la Dra. Magdalena Franchesqui, Lic Norma Figueredo, TSU. Dolores Rodríguez y al personal del Servicio Social y mantenimiento por habernos dado la oportunidad de aplicar nuestros conocimientos en ese departamento.
- A nuestros profesores por lograr l inmortalidad al compartir sus conocimientos.
- A los Padres y Representantes quienes sin su colaboración no hubiese sido posible este logro.
- Al Dr. Carlos E. Araque, por el valioso aporte de conocimientos y experiencias.
- Al personal docente de la Guardería “Doña Carmen Valverde y a esos maravillosos niños que colaboraron en este logro.
- A todos ustedes ¡MUCHAS GRACIAS!

Lilian y Rosela

DEDICATORIA

A Dios por estar siempre conmigo.

A mis hijos, como ejemplo a seguir y por comprender que el sacrificio de mi ausencia ha valido la pena.

A mis compañeros, por todos los momentos compartidos juntos.

A mi compañera de tesis, por las desveladas juntas, para ver realizado el sueño y la meta propuesta.

A mi madre por su apoyo y colaboración.

A mi tutora, por lo grandes consejos dados en el momento preciso.

Al Dr. Carlos Araque, amigo incondicional y gran profesional, por su apoyo y comprensión.

A todos los que me ayudaron y me apoyaron.

Gracias

Rosela Estanga

DEDICATORIA

A Dios, porque siempre me hizo sentir su presencia y apoyo y por haberme levantado en los momentos en que me sentí cansada.

A mis padres, por el amor que en todo momento me han brindado.

A mis hijos, porque son ellos mi inspiración y Yo su ejemplo a seguir, y por la paciencia que han tenido en los momentos en que tuve que dejarlos solos. Los quiero muchos.

A mis hermanos por cómplices y amigos.

A mi pareja por haber sido paciente y comprensivo y por estar en los momentos en que más lo he necesitado.

A mi compañera de tesis, por haber soportado mi mal humor y por haberme apoyado en los momentos en que me sentí débil.

A mi comadre, porque siempre ha estado allí y por que sirva de incentivo para ella.

A mi amigo Carlos Bastardo por la confianza que siempre estuvo en mí y por sus palabras de aliento en todo momento.

A mi tutora por haber compartido sus conocimientos y consejos.

A mis compañeros, por todos los momentos compartidos.

Dedicado muy especialmente a mi hermano Ricardo, porque se que desde donde quiera que este se siente orgulloso de mi.

Gracias

Lilian Portillo



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN**

**ACTA
TRABAJO ESPECIAL DE GRADO**

En atención a lo dispuesto en los reglamentos de la Escuela de Enfermería, facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, quienes suscriben Profesores designados como jurados del Trabajo Especial de Grado, titulado:

Presentado por las Técnico Superiores:

Apellido y Nombre: Estanga Rosela C.I. N°: 10.296.830

Apellido y Nombre: Portillo A. Lilian M. C.I. N°: 8.256.908

Como requisito parcial para optar al título de: Licenciada en Enfermería.

Deciden: _____

En: _____, a los _____ del mes de : _____
de _____

C.I. N°:

Jurados

C.I. N°:

Coordinador del Jurado

Va sin Enmienda

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi carácter de tutor del Trabajo Especial de Grado, presentado por Estanga Rosela titular de la C.I. N° 10.296.830 y Portillo A. Lilian M. Titular de la C.I. N° 8.256.908 para optar al título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA, titulado: **Programa de orientación de programa Ampliado de Inmunización (PAI) dirigido a padres y representantes de niños menores de tres años que acuden al IVSS Hospital “Dr. César r. Rodríguez” Guaraguao. Estado Anzoátegui. Primer Trimestre 2005**, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Caracas, a los ____ días del mes de ____ de 2005.

Lic. Rosario Sánchez

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
DEDICATORIA	v
APROBACIÓN DEL JURADO	vi
APROBACIÓN DEL TUTOR	vii
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE GRAFICOS	xi
RESUMEN	xii
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
Planteamiento del problema	4
Objetivos	10
Objetivo General	10
Objetivos Específicos	10
Justificación	11
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	13
Antecedentes del Estudio	13
Bases Teóricas	17
Programa Ampliado de Inmunización	17
Enfermedades del Programa Ampliado de Inmunización	19
Inmunización	40
Inmunización Activa	41
Vacunas del Programa Ampliado de Inmunización	43
Inmunidad Pasiva	52
Sistema de Variables	55
Operacionalización de Variables	56
Términos Básicos	57
CAPITULO III. MARCO METODOLÓGICO	58
Diseño de la Investigación	58
Tipo de Estudio	58
Población y Muestra	59
Método e Instrumento de Recolección de Datos	59
Validez	60
Técnicas de Análisis	60

	Pág.
CAPITULO IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	64
CAPITULO V. PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA	77
CAPITULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	83
Conclusiones	
Recomendaciones	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
Anexos	88
A.- Instrumento	
B.- Carta de Validación del Instrumento.	
C.- Tríptico de Vacunas.	

LISTA DE TABLAS

Nº		Pp
1	Información sobre las enfermedades prevenibles por vacunas en los padres y representantes niños menores de tres años que asisten al IVSS Hospital Dr. César R. Rodríguez de Guaraguao en la ciudad de Puerto la Cruz Edo. Anzoátegui, durante el primer trimestre del año 2005.....	65
2	Información sobre la inmunización activa en los padres y representantes niños menores de tres años que asisten al IVSS Hospital Dr. César R. Rodríguez de Guaraguao en la ciudad de Puerto la Cruz Edo. Anzoátegui, durante el primer trimestre del año 2005.....	68
3	Información sobre la inmunización pasiva en los padres y representantes niños menores de tres años que asisten al IVSS Hospital Dr. César R. Rodríguez de Guaraguao en la ciudad de Puerto la Cruz Edo. Anzoátegui, durante el primer trimestre del año 2005.....	71
4	Relación absoluta y porcentual sobre los resultados obtenidos en las enfermedades prevenibles por vacunación, inmunización activa y pasiva en los padres y representantes niños menores de tres años que asisten al IVSS Hospital Dr. César R. Rodríguez de Guaraguao en la ciudad de Puerto la Cruz Edo. Anzoátegui, durante el primer trimestre del año 2005.....	74

LISTA DE GRÁFICOS

Nº		Pp
1	Información sobre las enfermedades prevenibles por vacunas en los padres y representantes niños menores de tres años que asisten al IVSS Hospital Dr. César R. Rodríguez de Guaraguao en la ciudad de Puerto la Cruz Edo. Anzoátegui, durante el primer trimestre del año 2005.....	67
2	Información sobre la inmunización activa en los padres y representantes niños menores de tres años que asisten al IVSS Hospital Dr. César R. Rodríguez de Guaraguao en la ciudad de Puerto la Cruz Edo. Anzoátegui, durante el primer trimestre del año 2005.....	70
3	Información sobre la inmunización pasiva en los padres y representantes niños menores de tres años que asisten al IVSS Hospital Dr. César R. Rodríguez de Guaraguao en la ciudad de Puerto la Cruz Edo. Anzoátegui, durante el primer trimestre del año 2005.....	73
4	Relación absoluta y porcentual sobre los resultados obtenidos en las enfermedades prevenibles por vacunación, inmunización activa y pasiva en los padres y representantes niños menores de tres años que asisten al IVSS Hospital Dr. César R. Rodríguez de Guaraguao en la ciudad de Puerto la Cruz Edo. Anzoátegui, durante el primer trimestre del año 2005.....	76

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**PROGRAMA DE ORIENTACIÓN SOBRE EL PROGRAMA AMPLIADO DE
INMUNIZACIÓN (PAI) DIRIGIDOS A LOS PADRES Y REPRESENTANTES DE
NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS QUE ASISTEN AL IVSS HOSPITAL DR.
CÉSAR R. RODRÍGUEZ DE GUARAGUAO EN LA CIUDAD DE PUERTO LA
CRUZ EDO. ANZOÁTEGUI, DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2005.**

Autoras:

Estanga Rosela

Portillo, Lilian

Tutor:

Lic. Sánchez Rosario

RESUMEN

El presente estudio se encuentra enmarcado en un Programa de orientación sobre el Programa Ampliado de Inmunización dirigido a los padres y representantes de niños menores de tres años, que asisten al IVSS Hospital Dr. Cesar R. Rodríguez de Guaraguao en la ciudad de Puerto la Cruz Edo. Anzoátegui, durante el primer trimestre del año 2005. El diseño de la investigación se adscribe no experimental, de tipo descriptivo y de campo. La recolección de la información se realizó a través de un pre-test y un post-test de 20 ítems. Los datos obtenidos revelaron que el 100% de los padres y representantes que participaron en el programa, demostraron mediante el post-test que un 90,0% conocen cuales son las enfermedades del programa Ampliado de Inmunización y que son prevenible por vacunas.un 91, 2% sobre la inmunización activa, un 86,4% sobre la inmunización pasiva, por ello es la importancia del programa de capacitación a los padres y representantes sobre el PAI, como un instrumento de salud preventivo que se debe aplicar a todo niño para protegerlo de algunas enfermedades infecciosas que puede ser prevenida mediante la aplicación de una vacuna.

INTRODUCCION

El hombre al nacer se encuentra desprovisto de la protección que le permite defenderse de la agresión de los microorganismos que se encuentran en el medio ambiente y que al entrar en el organismo provocan una infección, cuyo término implica la presencia de un microorganismo vivo capaz de causar enfermedad en otro.

En el medio ambiente hay una gran variedad de microorganismos que viven y se multiplican sin dificultad y que en algún momento, hacen contacto con el ser humano que se convierte en su huésped y lo infectan, lo que depende en gran medida de si se tienen o no defensas o anticuerpos para protegerse.

El ser humano siempre ha luchado contra las enfermedades y en su intento por hacerlo, ha logrado descubrimientos maravillosos que le han permitido aumentar su esperanza de vida y gozar de mejores niveles de salud.

Hace tiempo, muchas personas morían durante la infancia o juventud por enfermedades que ahora ya casi no existen o se tienen controladas y las causas de mortalidad en su mayoría, se debían a enfermedades infectocontagiosas.

Fue a partir del siglo XIX, que grandes inventos como el microscopio permitieron conocer las causas, formas de transmisión y

comportamiento de la mayoría de las enfermedades infecciosas, para ello se ha venido creando a través de los tiempos una cantidad de armas para curar las enfermedades, pero también se ha procurado averiguar la manera de cómo prevenirlas.

Entre estos procedimientos se encuentra en la actualidad con los procesos de higiene e inmunización, las vacunas que vienen siendo uno de los mejores medios de prevención con que se dispone en la actualidad frente a diferentes procesos infecciosos.

En razón de ello, es importante fomentar en padres y representantes sobre la importancia que los niños reciban las diferentes vacunas de el Programa Ampliado de Inmunización. Se decide realizar esta investigación que consta de seis capítulos:

El Primer Capítulo, el problema, conformado por el Planteamiento del Problema, Objetivo General y Específicos y la Justificación.

El Segundo Capítulo, marco Teórico conformado por los antecedentes de la investigación, Bases Teóricas, Operacionalización de Variable y Definición de Términos.

El Tercer Capítulo, marco Metodológico conformado por el tipo de estudio, población y muestra, métodos e instrumento para la recolección de datos, validez, tabulación y análisis de datos.

El Cuarto Capítulo, presentación y análisis de los resultados, se describen los resultados de la investigación y la presentación de los mismos.

El Quinto Capítulo, consta del desarrollo de programa

El Sexto Capítulo, se presentan las conclusiones y recomendaciones producto de esta investigación, finalizando con la referencias bibliográficas y los anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

Es sabido que varios siglos antes de Jesucristo, ya se trabajaba en inmunización para prevenir enfermedades que venían agobiando a la humanidad. Nació entonces lo que más tarde sería el proceso de inmunización, mediante la investigación de sustancias capaces de transferir la inmunidad así como su desarrollo y posibles consecuencias en el cuerpo del paciente a proteger. Se hacía necesario erradicar un grupo de enfermedades que luego se denominarían infecto-contagiosas y sus crueles e inmanejables consecuencias, se desarrollarían medio técnicos (Microscopio), medios de cultivo, se aislarían los gérmenes causantes y su comportamiento.

Henderson, D. (1997) refiere que “la primera vacuna fue desarrollada por el médico inglés Edward Jenner en 1796 como protección contra la Viruela” (p.10). Ante la observación de que los tamberos en su tarea diaria contraían una enfermedad propia del ganado vacuno, denominada "cowpox", y estos no se contagiaban posteriormente de Viruela, decidió investigar el tema.

Así tomando material purulento de las pústulas de la ubre de una vaca enferma, lo inoculó por escarificación en el brazo de un niño de 8

años. Como era previsible el pequeño contrajo la afección. Posteriormente volvió a inocularle con el contenido de una vesícula de viruela, comprobando que el paciente permanecía sano.

Continúa señalando Henderson, D. (ob. cit.) que “este método denominado vacuna de Latín "vaccinus", por la procedencia del material utilizado; se difundió rápidamente por todo el mundo y ha logrado que al cabo de 200 años la Viruela haya sido totalmente erradicada” (p. 12).

En ese mismo orden de ideas, Millar, J. (1999) señala que “los trabajos de Robert Koch y otros demostraron que eran provocadas por "microbios" y en esta base en 1879 Louis Pasteur crea la vacuna contra el Cólera sentando de este modo las bases científicas de la inmunización.” (p.12).

Así se recurrió a través del tiempo a la utilización de gérmenes o virus vivos atenuados por medios físicos, químicos o por simple envejecimiento, para minimizar su virulencia; a los mismos muertos; o a sus toxinas previamente inactivadas; finalmente algunas vacunas se componen solo de fragmentos virales o bacterianos que careciendo de potencia agresiva, conservan la propiedad de estimular el sistema inmunológico.

De allí en adelante los hechos se sucedieron en forma ininterrumpida, así lo señala Henderson, D. (ob. Cit.) que, “nombres como los de Emile Roux, Emil Von Behring, Wilhelm Kolle, Jonas Salk,

Albert Sabín e infinidad de otros hombres de ciencia aportaron su valioso esfuerzo en la lucha contra las más variadas enfermedades” (p.11). Estos investigadores crearon vacunas cada día más eficaces.

González, N. (1998) refiere que “en la conservación de la especie no es solamente reproducción y conservación, también cuenta la calidad de vida que esperamos para nuestra descendencia” (p. 16). Cuando las madres se dirigen con su niño al puesto de vacunación, muy probablemente concluyen que no sufrirán de la enfermedad ya que han sido “vacunados” pero al término vacunación inevitablemente debe ir ligado, inmunización.

La inmunización en niños y adultos se fundamentan en hechos científicos conocidos acerca de principios inmunológicos de inmunización activa, pasiva, aspectos epidemiológicos y de salud pública. Donde el uso de las vacunas implica protección parcial o completa contra un agente infeccioso y el asumir riesgos que van desde reacciones leves a severas.

El control de algunas enfermedades mortales, a través de las inmunizaciones, es uno de los mayores logros de este siglo de avance científico. Para mejorar el nivel de salud de la población es necesario establecer mayor énfasis en la promoción y prevención de las enfermedades de manera que el individuo, comience a hacerse más responsable del cuidado de su propia salud.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF y la Organización Panamericana de la Salud. OPS (2004) promovieron a nivel mundial un programa de vacunación, en función de una mejor salud pública, con el fin de reducir los índices de morbilidad mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunas.

En los países en desarrollo como Latinoamérica se han generados importantes cambios en la campaña de vacunación, donde en la época de los setenta con la aplicación del Programa Ampliado de Inmunización, se ha logrado el control y erradicación de múltiples enfermedades infectocontagiosas prevenibles por vacunas.

En Venezuela, según el M. S. D. S. (2004) las inmunizaciones han tenido un gran efecto en la morbilidad y mortalidad infantil y en los últimos veinte años se han alcanzado logros importantes en la reducción de enfermedades prevenibles por vacunas en menores de cinco años, presentándose una cobertura para el año 2003 del 90 por ciento de la población vacunada.

La inmunización es la clave para prevenir la enfermedad entre la población general. Las vacunas benefician tanto a las personas que reciben la vacuna como a las personas no vacunadas y vulnerables que se encuentran a su alrededor, porque la infección ya no podrá propagarse. Además, las inmunizaciones reducen el número de muertes y discapacidades ocasionadas por infecciones, como la tos ferina y la varicela.

Se han desarrollado muchos recursos para combatir las enfermedades. Uno de los medios más efectivo es la vacuna, la cual fortalece las defensas del cuerpo contra enfermedades antes de que esta ataque. Las vacunas son de gran importancia para los niños, ya que son muy vulnerables a los efectos dañinos de la enfermedad. Cuando a estos se les protege de las enfermedades de la infancia, tienen una vida más larga y llegan a ser miembros más productivos, la sociedad tiene más oportunidades de prosperar y mejores condiciones sociales, que conduce a una mejor salud.

De ahí que el profesional de enfermería, como integrante del equipo de salud, juega un papel fundamental en el cumplimiento del Programa Ampliado de Inmunización en los niños menores de tres años, al proporcionar a los padres y representantes el acceso a la educación, comunicación, y servicios de alta calidad sobre la vacuna contra el sarampión, las parotiditis (paperas), la rubéola, la poliomielitis, la difteria, el tétanos (trismo) y la pertusis (tosferina) el haemophilus influenza tipo b, contra la hepatitis b, vacuna neumocócica, la varicela; como medida sanitaria esencial para la prevención de enfermedades transmisibles, dentro del marco de la salud pública en el área comunitaria.

En el IVSS Hospital Dr. Cesar Rodríguez Rodríguez de Guaraguao de la ciudad de Puerto la Cruz Edo. Anzoátegui, las investigadoras observan que, la cobertura de vacunación es de un 89%. En este Centro a pesar de contar con el insumo necesario de vacunas, ésta

no se cumple en un 100 por ciento. En muchos casos debido a la escasa información que recibe los padres y representantes de la aplicación del esquema de inmunización en los niños menores de tres años. La aplicación de las dosis completas de la vacuna se cumple de manera irregular, presentando intervalos prolongados entre una dosis y otras, quizás al poco interés de las madres de acudir al centro a vacunar al niño, originando así el incumplimiento del programa de vacunación, y por lo tanto hace a los niños más propenso a las enfermedades tales como polio, hepatitis, tosferina, sarampión, difteria, tétano y otras, como consecuencia de no recibir la debida protección contra las mismas, afectando de una manera u otra la salud de los infantes. Los planteamientos antes descritos condujeron a la formulación de las siguientes interrogantes:

¿Cuál es la información que poseen los padres y representantes sobre el esquema del Programa Ampliado de Inmunización en niños menores de tres años?

¿Cuál es la información que poseen los padres y representantes en relación a las enfermedades prevenibles por vacunas?

De las anteriores preguntas, surge el siguiente planteamiento de investigación: ¿Cuál sería el contenido de un programa de orientación sobre el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) dirigidos a los padres y representantes de niños menores de tres años que asisten al IVSS Hospital Dr. César R. Rodríguez de Guaraguao en la ciudad de

Puerto la Cruz Edo. Anzoátegui, durante el primer semestre del año 2005.

1.2. OBJETIVOS:

Objetivo General:

- Desarrollar un programa de orientación sobre el Programa Ampliado de Inmunización dirigido a los padres y representantes de niños menores de tres años, que asisten al IVSS Hospital Dr. Cesar R. Rodríguez de Guaraguao en la ciudad de Puerto la Cruz Edo. Anzoátegui, durante el primer semestre del año 2005.

Objetivos Específicos:

- Identificar la información que los padres y representantes de niños menores de tres años tienen en relación al Programa Ampliado de Inmunización (PAI) (Pre-test).
- Elaborar un programa de orientación dirigidos a los padres y representantes de niños menores de tres años, en relación al Programa Ampliado de Inmunización (PAI).
- Aplicar el programa de orientación dirigidos a los padres y representantes de niños menores de tres años, en relación al PAI.

- Detectar los conocimientos de los padres y representantes de niños menores de tres años sobre el PAI, después de realizado el programa de orientación. (Post-test).

1.3 Justificación

La investigación sobre la orientación que tienen los padres y representantes de niños menores de tres años, acerca del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) reviste una actividad importante, porque a través de las vacunas el ser humano se inmuniza contra muchas enfermedades, las cuales son consideradas como la mejor inversión que la comunidad realiza en pro de su salud integral.

Es relevante, por cuanto la enfermera tiene la oportunidad de realizar actividades que promueven una práctica de enfermería en relación al beneficio que tendrán los niños, al ser inmunizados contra enfermedades prevenibles por vacunas, del PAI, asegurando a que estos niños mejoren su condición de salud durante su crecimiento y desarrollo.

Desde el punto de vista práctico, la investigación traerá beneficios a la comunidad. De acuerdo con los objetivos planteados, permitirá a la enfermera planificar actividades educativas para orientar a la comunidad sobre el PAI y lograr a través de acciones positivas individuales y familiares una mejor calidad de vida.

Para la Institución resulta muy provechosa, ya que va a constituir diagnóstico importante sobre el cual actuará el personal de enfermería, puesto que de acuerdo con los resultados obtenidos dará la oportunidad, de tener aumento de la cobertura de las vacunas, como acción preventiva para la disminución de morbilidad y mortalidad en las enfermedades infectocontagiosas prevenibles por la vacuna

Esta investigación reviste importancia, por ser punto de referencia para otras investigaciones relacionado con el tema, ya que servirá de antecedente a otros trabajos de investigación que pretenden profundizar en el tema objeto de estudio.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes

Martínez, J. y Martínez, Y. (1.998), realizaron un estudio sobre la participación de la enfermera en el Programa de Inmunización de los niños que acuden al Ambulatorio “La Sabaneta” de Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. El objetivo principal del estudio fue analizar la participación de la enfermera en el proceso de inmunización de los niños que acuden al Ambulatorio “La Sabaneta” de Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. La población estuvo conformada por 28 enfermeras que laboran en el área de Inmunización del Ambulatorio antes mencionado y la muestra integrada por 8 enfermeras, seleccionadas en forma aleatoria simple.

Los resultados obtenidos demostraron que la totalidad el 100% de los encuestados, participaron directamente en el proceso de inmunización de los niños, lo que expresa el comportamiento de la población respecto a esta factor. La orientación del personal a los padres para que vacunen a sus hijos se realiza perfectamente, una minoría lo hace en forma periódica.

Dentro de las recomendaciones se señalan; orientar a la comunidad por medio de programas de educación para la salud, con respecto al proceso de inmunización, mediante visitas domiciliarias, incentivar a los padres para que acudan al módulo a vacunar a sus hijos; receptividad por parte del personal de enfermería hacia la madre que acude al centro asistencial, que la orientación se amplíe a las comunidades mediante programas y campañas apoyados por el Ministerio de Sanidad; que el Ministerio apoye con los recursos necesarios al personal de enfermería para que éste tenga la disposición todo el material disponible para cumplir eficientemente la labor de vacunación.

Martínez, D. y Farias, M. (1.999), realizaron un trabajo de investigación fundamentado sobre la actuación del personal de enfermería en la ejecución del Programa de Inmunizaciones para niños entre 0 y 5 años, en el Centro Integral de Salud Tipo II “Petra Emilia Moreno” San Félix. Estado Bolívar. El diseño de la investigación fué descriptivo, la población estuvo conformada por 8 enfermeras del Departamento de Inmunizaciones, a quienes se le aplicó un cuestionario tipo encuesta, cuyo resultado demostraron la participación activa en lo asistencial, preventivo y educativo del personal de enfermería para ejecutar los Programas de Inmunizaciones de acuerdo a las necesidades de los niños de 0 a 5 años de la Comunidad. Se recomendó capacitar al personal de enfermería en relación al Programa de Inmunizaciones, desarrollar de manera continua el programa a domicilio para las Comunidades e igualmente integrar a las madres en el proceso de

ampliación de éstos programas, difundir a través de medios impresos, visuales y audiovisuales información sobre el Programa de Inmunización.

Flores, M. y Medina, L. (2.000), presentaron un estudio sobre la “Función Educativa de Enfermería” acerca de la vacuna D.P.T. dirigida a las madres de niños de 2 a más años que acuden al Centro Integral de Salud Tipo II, Vista al Sol de San Félix, Estado Bolívar. El objetivo general que se planteó fue analizar el conocimiento de la vacuna DPT La investigación fue de tipo descriptiva y de campo; el método empleado fue el hipotético deductivo. La población estuvo constituida por 12 enfermeras, que laboran en el área preventiva del mencionado centro.

El instrumento aplicado fue el cuestionario con alternativas. Los resultados del estudio rechazaron la hipótesis de investigación formulada debido a que el nivel de conocimiento de enfermería es diferente, puesto que el 74% de este personal no posee la preparación académica óptima a los avances científicos. Así mismo las acciones educativas no se cumplen a cabalidad, ya que no se aprovechan todas las oportunidades existentes para orientar a las madres acerca de la vacuna (D.P.T.) triple y factores relacionados.

Delgado, A. La Rosa, Y. y Ojeda, M. (2.000), realizaron un estudio cuya finalidad fué diseñar una propuesta de orientación, dirigida a los padres de los niños menores de un año, sobre la importancia al cumplimiento del esquema de inmunizaciones en el desarrollo del niño, como estrategia educativa relacionada con la promoción de la salud. El

diseño de la investigación es no experimental, ya que no se manipuló ninguna variable, el tipo de investigación es descriptiva, pues la misma parte de un diagnóstico de la situación, además de ser un proyecto factible. La muestra estuvo conformada por 35 padres de niños menores de un año, que asistieron a la consulta de Inmunización del Centro de Salud Urbano Tipo II “Dr. Miguel Franco” de Naguanagua, Estado Carabobo., en el tercer trimestre del año 2.000. Para recolectar la información se aplicó a los padres un cuestionario acerca del desarrollo del niño, los factores de riesgo y el esquema de inmunización, el instrumento consta de 22 ítems y obtuvo una confiabilidad de 0,7607 en la escala alfa de Cronbach. Los resultados demostraron que los padres de lo niños menores de un año carecen de información requerida, la talla y edad del niño para sentarse o pararse, como indicadores de desarrollo. Desconocen que la falta de vacunas y el desempleo del padre o de la madre son factores de riesgo, además de carecer información acerca de la dosis y enfermedades que previenen las vacunas Sabin Oral, Triple Bacteriana, por lo cual deben recibir información al respecto. En relación a estos resultados se elaboró una propuesta de orientación para los padres, la cual está basada en la teoría de Aprendizaje Social de Albert Bandura.

Marcano, I. y Tamiche, T. (2.003), realizaron una investigación sobre “La investigación de enfermería comunitaria en el Programa Ampliado de Inmunizaciones en menores de un año en el Centro Integral de Salud Tipo II “El Perú”, Ciudad Bolívar”. El diseño de la

investigación se sustenta en un diseño de tipo descriptivo, documental y no experimental y estuvo conformado por 11 enfermeras comunitarias.

La recolección de la información se realizó aplicando un instrumento de 15 ítems cerrados con 3 alternativas; para que estas enfermeras consignen por sí mismas las respuestas en el instrumento de la justa aplicación de los estadísticos, cuyos resultados fueron favorables a la investigación. Por lo que se llegó a la conclusión que la intervención de la Enfermería Comunitaria en el Programa Ampliado de Inmunizaciones a menores de un año en el Centro Integral de Salud Tipo II “El Perú”, Ciudad Bolívar”, por lo que se recomienda supervisiones permanentes para que las actividades del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) se cumplan en su totalidad.

Estas investigaciones guardan relación con la investigación planteadas, las cuales demuestran las consideraciones de orientación sobre el Programa Ampliado de Inmunización, dirigido a los padres y representantes de los niños menores de tres años, sobre el cumplimiento de las vacunas a fin de prevenir enfermedades infectocontagiosas que interfieran en el completo desarrollo del niño.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Programa Ampliado de Inmunizaciones

Una de las mayores necesidades del ser humano es la protección de la salud, lo cual es obtenible entre otras formas, por medio del cumplimiento de las vacunas administradas a los niños desde que nacen,

protegiéndose contra serias enfermedades. Los padres y representantes deben tener conocimientos de todas las vacunas que su hijo debe recibir, mediante la aplicación de Programa Ampliado de Inmunización.

La Organización Mundial de la Salud en el año 1.974 estableció el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), para poner al alcance de un mayor número de niños los beneficios de la vacunación. El programa se concretó en seis enfermedades y exigió la aplicación de cuatro vacunas diferentes: contra el Sarampión; DPT contra la Difteria, la Pertussis y el Tétano; BCG contra la Tuberculosis y la vacuna oral contra la Poliomiелitis (VOP). En 1.977 la Organización Panamericana de la Salud (OPS), lanzó el Programa de las América.

Los Programas Nacionales de Inmunizaciones fueron creados en la Región de las América con la finalidad de promover la prevención de algunas enfermedades comunes de la niñez por medio de la inmunización.

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), en 2.004 define el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) como:

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 enfermedades inmuno prevenibles y con fuerte compromiso de erradicar y controlar las mismas. (p. 129).

La puesta en marcha del Programa Ampliado de Inmunización permite inmunizar a los niños contra enfermedades infectocontagiosas, reduciendo la morbilidad mortalidad de estas enfermedades, así como también el incremento de la cobertura que se traducen en millones de casos de enfermedades evitadas y vida jóvenes salvadas.

En efecto la implementación del Programa de Inmunizaciones, significa un paso importante hacia el mejoramiento de la salud integral del niño, al reducir las enfermedades que pueden ser prevenibles por inmunizaciones que se encuentra incluida en el programa según el MSDS (2.004), refiere que las enfermedades son: “poliomielitis, sarampión, tétanos, difteria, tosferina (Pertussis), parotiditis, tuberculosis, rubéola y síndrome de rubéola congénita, fiebre amarilla, meningitis y neumonía por Haemophilus Influenza tipo b, Hepatitis B” (p. 129).

Enfermedades del Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

En el medio ambiente hay una gran variedad de microorganismos que viven y se multiplican sin dificultad y que en algún momento, hacen contacto con el ser humano que se convierte en su huésped y lo infectan, lo que depende en gran medida de si se tienen o no defensas o anticuerpos para protegerse.

El **sarampión**, Chin, J. (2001) señala que “es una enfermedad infecciosa, producida por un virus, llamado Morbillivirus, que pertenece a la familia de los paramixovirus.” (p. 12) Cuando una persona pasa

un ataque de sarampión queda inmunizada para toda la vida; sin embargo, es importante prevenir esta infección puesto que puede tener secuelas graves.

Se trata de una enfermedad muy contagiosa, que se transmite a través del contacto directo con una persona infectada, o bien por el aire, con las gotitas de Pflügge (que son las diminutas secreciones expulsadas al hablar, estornudar o toser, y que tienen capacidad para transmitir determinadas infecciones). Generalmente, el sarampión se contrae durante la infancia, entre los 12 meses y los 4 años, aunque con el actual calendario de vacunas es una enfermedad muy infrecuente.

Una vez declarada, la enfermedad tiene dos etapas. La primera se conoce como fase catarral, y sucede cuando el virus afecta las mucosas de los ojos, la nariz y la boca, por lo cual los síntomas son similares a los de un resfriado fuerte. Durante los primeros días de la enfermedad, el niño se siente muy mal, tiene temperatura elevada, los ojos llorosos y enrojecidos, secreción nasal, tos seca, pérdida del apetito y, en algunos casos, diarrea. Hacia el tercer día desciende la temperatura y puede observarse, dentro de la boca, en la cara interna de las mejillas, diminutas manchas blanquecinas, conocidas como manchas de Koplik.

La segunda etapa se inicia a partir del cuarto o quinto día, aunque a veces puede empezar entre el quinto y el séptimo. La temperatura vuelve a subir y se declara la erupción característica del sarampión, llamada exantema, que es el período más virulento de la enfermedad. El

niño se siente muy débil, tose mucho, tiene los ojos, muy inflamados y se muestra muy sensible a la luz fuerte.

La erupción se inicia en la frente y por detrás de las orejas, para luego extenderse hacia el cuello, la cara, el tronco y, en los casos más graves, las extremidades. El exantema presenta un color rojizo oscuro, manchas con relieve, de unos dos o tres centímetros. A medida que se extiende, las manchas se hacen mayores y se unen. El exantema suele desarrollarse a lo largo de 24 horas y el prurito es ligero o incluso nulo.

Estas manchitas pueden extenderse por el resto del cuerpo (tronco, brazos y piernas) en unas 48 horas, en niños de piel oscura suele no notarse tanto. Tras la erupción viene la descamación, que se manifiesta como un polvo fino y blanquecino en los lugares donde hubo erupción. Esta descamación es fácil de identificar incluso en personas de piel oscura. Durante esta fase es probable que se produzca una fiebre alta y, en algunos casos, también síntomas gastrointestinales, como diarreas, vómitos o dolor abdominal.

En caso de que se produzca la infección, el tratamiento administrado por el médico consiste en la administración de antitérmicos para la fiebre y antitusígenos, para afecciones del aparato respiratorio, como la tos. El enfermo tiene que guardar reposo. El sarampión es una enfermedad causada por un virus, por lo que el tratamiento antibiótico sólo se requiere cuando aparecen complicaciones bacterianas.

En el sarampión, alrededor de 30% de los casos tienen una o más complicaciones, siendo más comunes en los niños menores de 1 año; las más importantes son la otitis, la neumonía, la diarrea y la encefalitis. Cuando se da en niños mal nutridos con déficit de vitamina A, puede ocurrir una complicación adicional que es la ceguera por queratitis.

Chin, J. (ob. cit.) Refiere que “existe una relación importante entre el sarampión, la desnutrición y la diarrea; los niños desnutridos tiene mayor riesgo de presentar complicaciones y mayores tasas de mortalidad que los niños bien alimentados” (p. 14).

El sarampión puede causar desnutrición y se ha probado que la agrava en caso de existir esta previamente. Los signos y síntomas del sarampión como fiebre, diarrea, etc., impiden la ingestión normal de alimentos. También se producen diarreas posteriormente a la enfermedad, que pueden durar por largo tiempo, llevando en ocasiones a la desnutrición. Por eso, en los niños con desnutrición, la vacuna no esta contraindicada. Esta enfermedad, como infección sistémica viral, es altamente contagiosa y antes de introducir la vacuna casi todo los niños padecían la enfermedad, dejando una inmunidad de por vida.

Según el manual de Normas Técnicas del Programa Ampliado de Inmunizaciones (2004) presentan las características epidemiológicas del Sarampión.

Agente Infeccioso	El virus del sarampión integra el género de la familia de los paramyxoviridae género morbilivirus.
Reservorio	El Hombre
Distribución	Mundial. Es estacional, siendo más común a fines de invierno y principio de primavera en los climas templados. En los tropicales
Transmisión	De persona a persona, por vía respiratoria, a través de la tos, el estornudo, por gotitas muy pequeñas (aerosol) que puede mantenerse en el aire por un par de horas, o por secreciones respiratorias o de la conjuntiva.
Periodo de incubación	7 a 18 días promedio 10-12 días.
Periodo de transmisibilidad	Desde la aparición de los primeros síntomas (periodo prodrómico) hasta 4 días después del inicio de la erupción.
Susceptibilidad e inmunidad	Todas las personas que no han padecido la enfermedad o que no han sido inmunizadas adecuadamente. Los recién nacidos suelen estar protegidos por los anticuerpos maternos, si su madre ha tenido la enfermedad o ha sido vacunada. Pero después de los 9 meses de edad, cerca del 80% de los niños pierden la inmunidad.
Morbilidad/Mortalidad	Se estima que hay aun entre 30 y 40 millones de caso cada año en el mundo, provocando un número de defunciones estimado en 770,000 por año (Joint WHO-UNICEF Statement). El sarampión es responsable por casi la mitad de los 1.7 millones de muertos anuales por enfermedades prevenibles por vacunación.

La Rubéola, enfermedad benigna y muchas veces sub-notificada. Barreda, P. (2004) la define como “una enfermedad infecciosa transmisible, de evolución generalmente benigna cuyos efectos más deletéreos se pueden producir en el feto si la infección ocurre durante el primero trimestre del embarazo” (p. 8). Los problemas más graves asociados a la rubéola suelen presentarse en mujeres embarazadas que contraen la enfermedad durante la gestación o en los meses anteriores al embarazo.

En estos casos existe un alto riesgo de que el feto se contagie y desarrolle el Síndrome Congénito de la Rubéola, que puede provocar la

aparición de defectos congénitos en el niño, tales como pérdida de visión y ceguera, pérdida de audición, patologías cardíacas, retraso y parálisis cerebral o dificultades a la hora de empezar a caminar. Los bebés con este síndrome pueden presentar bajo peso al nacer, diarrea, neumonía y meningitis. Las primeras 8 semanas de gestación son las más susceptibles para el feto, con mayor probabilidad de defectos congénitos, ya que es una época muy importante del crecimiento fetal, con numerosos órganos y sistemas en pleno desarrollo, que pueden verse dañados por el virus.

Barreda, P. (ob. cit) refiere que “los lactantes con Rubéola Congénita expulsan grandes cantidades de virus en las secreciones faríngeas y en la orina y son una importante fuente de infección para sus contactos.” (p. 9). El reservorio de esta enfermedad es el ser humano. La infección se transmite por contacto directo con los enfermos, a través de gotitas o secreciones de las vías nasales y de la faringe. El período de incubación de la enfermedad es de 14 a 23 días y se puede transmitir una semana antes del período de erupción y, por lo menos, cuatro días después que éste empiece. Dado que no siempre se presentan síntomas, es posible que una persona aparentemente sana transmita el virus.

La infección subclínica o inaparente es una forma de presentación de la infección. En los adultos, la enfermedad generalmente comienza con fiebre leve, dolor de cabeza, malestar general y, a veces, conjuntivitis. Los niños, en cambio, habitualmente presentan pocos síntomas generales o bien no los muestran

aproximadamente al 5º día de iniciados esos síntomas, aparecen pequeñas y finas manchas rosadas difusas que pueden confundirse con sarampión o escarlatina. Se inician en la cara y, después de un día, se generalizan a todo el cuerpo, manteniéndose durante alrededor de tres días. El signo más característico de la enfermedad se presenta antes de la erupción, como ganglios hinchados detrás de la orejas y en la zona del cuello. En mujeres adultas se produce a menudo dolor o inflamación de articulaciones.

Cabe destacar que el control de la Rubéola es importante ya que, si afecta a la mujer embarazada durante el primer trimestre de gestación, existe entre un 80% y un 90% de probabilidad de que el feto nazca con una malformación congénita, que puede hacerse evidente al momento de nacer o luego de 2 o más años. También puede producirse aborto espontáneo o muerte intrauterina. El riesgo desciende a un 10% aproximadamente, si la embarazada se infecta en la semana 16; y es raro que se produzcan malformaciones si la infección se produce después de la semana 20.

Por lo tanto si la embarazada ha tenido contacto con alguien que tenga rubéola o se sospeche que la pueda tener, debe comunicarlo a su médico, para tomar muestras para medir la presencia de anticuerpos y según los resultados se repetirá los exámenes. (Tener anticuerpos de memoria contra la rubéola, significa que la ha tenido en la infancia.)

La Poliomiелitis, enfermedad viral aguda, cuya gravedad varía desde una infección sin síntomas hasta enfermedad febril inespecífica, meningitis aséptica, enfermedad paralítica y muerte. Es transmitida por contacto directo. El virus se trasmite por vía fecal-oral. Una vez infectada una persona, puede convertirse en portador y continuar excretando el virus por sus heces durante muchas semanas.

González, E. (1998) refiere que “la poliomiелitis es producida por los polio virus (género de entero virus) se multiplica en el sistema nervioso central y provoca una parálisis severa causando deformaciones de los miembros con afrontamiento de los músculos y puede causar la muerte”. (p. 45). Todos los virus 1-2-3 causan parálisis, el más frecuentemente aislado en casos de parálisis es el tipo 1, siendo a menudo el responsable de las epidemias. El tipo 3 es el de menor frecuencia.

El período de incubación de la poliomiелitis varía de 4 a 35 días. La infección por el virus de la poliomiелitis no produce, en muchas ocasiones, ningún síntoma o síntomas de menor importancia, tales como: Fiebre, fatiga, dolores de cabeza, vómitos, estreñimiento (o más raramente diarrea), rigidez de nuca, dolor en las extremidades. Los individuos infectados pueden transmitir el virus a otros aunque no tengan ningún síntoma. En casos severos, los músculos de las piernas se afectan con la parálisis flácida aguda (AFP). En los casos más severos, se afectan el cerebro y el sistema respiratorio lo que puede conducir a la muerte.

Así mismo refiere González, E. (ob. cit) que “La poliomielitis generalmente ocurre en niños menores de cinco años, rara vez se da después de los 15 años” (p. 45). Ya que existen enfermedades o síndrome que pueden confundirse con la poliomielitis, es necesario que todos los casos de parálisis flácida sean bien investigados.

EL Tétano Neonatal, Velásquez, M. (2003) la describe como “enfermedad aguda inducida por una exotoxina del bacilo tetánico, que prolifera en medios anaerobios, en el sitio de una lesión” (p. 23). Se caracteriza por contracciones musculares dolorosas, primero en los maseteros y en los músculos del cuello, y después en los del tronco. Uno de los primeros signos comunes que sugieren tétanos es la rigidez abdominal, aunque a veces tal signo se limita a la zona de la lesión. Se presentan espasmos generalizados, a menudo inducidos por estímulos sensoriales; los signos típicos del espasmo tetánico son la posición de opistótonos y la expresión facial conocida como risa sardónica. A veces no se obtienen antecedentes de la lesión o de la aparente vía de entrada del microorganismo.

El tétano neonatal es un grave problema de salud en muchos países en desarrollo donde los servicios de maternidad son limitados y la inmunización contra el tétano es inadecuada. La Organización Mundial de la Salud (2003) calcula que “en los países en desarrollo se produce anualmente un millón de casos de tétanos neonatal (1 % de todos los nacimientos) y unas 800.000 defunciones... Las tasas de mortalidad por tétanos neonatal varían de 2 a 60 casos por 1000 nacidos vivos en los

países en desarrollo.” (p.12). La mayoría de los recién nacidos con tétanos han nacido fuera del hospital, de madres no inmunizadas atendidas por parteras tradicionales.

La enfermedad generalmente se produce por introducción de las esporas tetánicas a través del cordón umbilical durante el parto, al cortar el cordón con un instrumento sucio, o después del parto, al curar el muñón umbilical con sustancias intensamente contaminadas con esporas tetánicas, a menudo como parte de ritos de la natalidad.

El tétano neonatal es característico de un recién nacido que en los primeros días de vida extrauterina succiona y llora adecuadamente ; más tarde muestra dificultad progresiva y luego incapacidad para alimentarse por trismo, rigidez generalizada con espasmos o convulsiones. El período promedio de la incubación de la enfermedad es de unos seis días, con límites de 3 a 28 días. Velásquez, M. (2003) señala que “en general, la tasa de letalidad por tétanos neonatal es muy alta; entre los casos con períodos breves de incubación excede del 80%.” (p. 23).

Las medidas de control importantes incluyen la acreditación de las parteras; la supervisión profesional y la enseñanza en cuanto a métodos, equipo y técnicas de asepsia obstétrica; la educación de las madres, los familiares y las personas auxiliares respecto a la práctica de asepsia *estricta del* muñón umbilical del recién nacido.

La hepatitis B, anteriormente conocida como hepatitis del suero, es una enfermedad del hígado causada por el virus de la hepatitis B. La

enfermedad es bastante común. Baltimore W. (1998) menciona que cualquier persona puede contraer la hepatitis B, pero las personas en mayor riesgo incluyen:

- Drogadictos que comparten agujas.
 - Ciertos trabajadores del servicio médico que tienen contacto con sangre infectada.
 - Personas que tienen sexo sin protección con múltiples parejas.
 - Gente que viven en instituciones tales como centros de problemas del desarrollo.
 - Pacientes de hemodiálisis.
 - Ciertos contactos en la casa de una persona infectada.
- (p23).

El virus de la hepatitis B se encuentra en la sangre y, con menor frecuencia, en la saliva, el semen y otras secreciones ó fluidos corporales de una persona infectada. Es transmitido por el contacto directo con los fluidos corporales infectados, generalmente por agujas ó el contacto sexual. El virus de la hepatitis B no es transmitido por el contacto ocasional.

Los síntomas de la hepatitis B pueden aparecer de 1½ a seis meses después del contagio, pero generalmente en plazo de tres meses y en ello incluyen cansancio, pérdida de apetito, fiebre, vómito y de vez en cuando, dolor de las articulaciones, urticaria ó ronchas. La orina puede llegar a oscurecerse, y entonces la ictericia (amarillamiento de la piel y la parte blanca de los ojos) puede aparecer. Algunos individuos pueden experimentar poca ó ninguna sintomatología.

El virus puede encontrarse en la sangre y otros fluidos corporales varias semanas antes de que aparezcan los síntomas y persistir generalmente por varios meses después. Baltimore W. (ob. cit) refiere que “aproximadamente 6 a 10 por ciento de los adultos infectados son portadores del virus a largo plazo; este porcentaje es mucho más alto (70-90%) para los niños infectados a temprana edad.” (p. 24). No existe ningún medicamento ó antibiótico para tratar a una persona una vez que aparezcan los síntomas. Generalmente, reposo en cama es todo lo necesario para los casos no complicados.

Los portadores de la hepatitis B deben seguir buenas prácticas higiénicas para asegurarse de no contaminar directamente con su sangre ú otros fluidos corporales a las personas con las que tengan contacto directo. Los portadores no deben compartir maquinas de afeitar, cepillos de dientes ó ningún otro objeto que pueda contaminarse con sangre ú otras secreciones. Además, los miembros de la casa que sean susceptibles, deben ser inmunizados con la vacuna contra la hepatitis B. Es importante que los portadores informen a su dentista y médico sobre su estado de portador de Hepatitis B.

Tosferina, enfermedad puede ser muy seria en los lactantes (menos de 1 año de edad) donde puede conducir a la bronconeumonía y menos frecuentemente, a la inflamación del cerebro. Millar, R. (1998), la define como “una enfermedad respiratoria, causada por las bacterias bordetella pertussis.... En casos raros (1 de cada 200), la tosferina puede

dar lugar a la muerte (especialmente en niños menores de 1 año de edad”. (p. 8)

Afecta a gente en todo el mundo y puede ocurrir a cualquier edad.

Se encuentra en adolescentes pero puede posiblemente también ocurrir en adultos donde causa generalmente una enfermedad más leve que no se diagnostica a menudo. Los adolescentes pueden obtener la enfermedad de un hermano o hermana mayor o de un adulto con la forma leve de la enfermedad.

Las bacterias se encuentran en la región nasofaríngea (nariz y garganta) en la gente infectada. Las bacterias pasan a través del aire en las gotitas producidas durante el estornudo y/o tos. Las personas en la primera fase de la enfermedad son más contagiosas. Los antibióticos acortarán la duración del tiempo en que la enfermedad puede ser transmitida. Los niños con tos ferina que están en guarderías deben ser mantenidos en casa hasta que sean tratados con antibióticos por lo menos 5 días ó más y cuando estén médicamente bien para poder regresar.

La aparición de síntomas es generalmente 6 a 20 días después del contagio. Si se expone una persona a la tos ferina, ciertos antibióticos pueden ayudar a prevenir o aminorar la enfermedad. La primera etapa comienza como gripe, con aumento de la secreción nasal, estornudos, fiebre baja y tos. La tos dura una a dos semanas y después se agrava.

La segunda etapa incluye tos incontrolable, expulsión de flemas seguido por un ruido como chillido cuando se respira. Durante la expulsión de flema severa, una persona puede vomitar, sus labios o cara pueden ponerse azules debido a la falta de oxígeno. Entre cada episodio de expulsión de flemas una persona puede aparecer estar bien. Esta etapa puede durar cuatro a seis semanas.

Millar, R. (ob. cit.) afirma que “para confirmar el diagnóstico, debe hacerse un cultivo con hisopo de una muestra de la parte posterior de la nariz, tomada durante la primera etapa de la enfermedad, para comprobar el crecimiento *de bacterias Bordetella*” (p. 8).

Ciertos antibióticos pueden hacer la enfermedad menos severa si se comienzan en la primera etapa de la enfermedad pero los lactantes menores de 6 meses de edad y personas con casos severos pueden necesitar ser hospitalizados. Los casos severos pueden requerir oxígeno y sedantes suaves para ayudar a controlar los episodios de expulsión de flemas.

Puede prevenirse vacunando a los niños en edad temprana. La vacuna de la tos ferina se da a los 2, 4, 6, y 18 meses de edad, y otra vez antes de que el niño entre a la escuela. Por lo menos 4 dosis son necesarias para proteger a un niño contra la enfermedad.

Los miembros de la casa y otros niños en contacto directo (tales como otros niños en la guardería) deben ser tratados con antibióticos, si no han sido vacunados. Si se comienza temprano, esto puede prevenir la

enfermedad o hacerla menos severa. El contacto cercano con menores de 7 años quienes no están vacunados o quienes han recibido menos de cuatro dosis de vacuna contra la tos ferina debe comenzar el proceso de vacunación inmediatamente. Los niños que desarrollan síntomas respiratorios en plazo de 20 días después del contagio deben ver a un médico inmediatamente y ser examinados en búsqueda de tos ferina

La difteria, es una enfermedad causada por bacterias (*Corynebacterium Diphtheriae*) que usualmente afectan las amígdalas, garganta, nariz, o la piel. Es un padecimiento raro y más común ocurre en personas que no han sido vacunadas y que viven en condiciones de hacinamiento. La enfermedad se transmite a otros por medio del contacto directo con descargas de secreciones de nariz, garganta, piel y ojos de las personas infectadas.

Refiere Millar, R. (ob. cit.), que “existen dos tipos de difteria. Uno en nariz y garganta, y el otro en la piel.” (p. 30). Los síntomas incluyen dolor de garganta, temperatura leve, y glándulas linfáticas aumentadas ó inflamadas en el cuello. Se puede formar una membrana en la garganta. Las lesiones de la piel pueden ser dolorosas, hinchadas y enrojecidas. Una persona con difteria también puede no tener síntomas, usualmente aparecen de dos a cinco días después del contagio, con margen de uno a seis.

Las personas no tratadas infectadas con difteria usualmente son contagiosas por hasta dos semanas, y menos frecuentemente por más de cuatro. Si son tratadas con los antibióticos apropiados, el periodo de

contagio puede limitarse a menos de cuatro días. El recuperarse de la difteria no siempre produce inmunidad duradera.

La única medida y la forma más efectiva de control es la de mantener el más alto nivel de vacunación en la comunidad. Otros métodos de control incluyen el pronto tratamiento de casos y el programa de vigilancia en la comunidad. Cualquiera que tiene contacto con una persona con difteria deberá ser examinada en busca de la enfermedad, tratada con antibiótico y vacuna, posiblemente tenga que permanecer alejada de la escuela ó el trabajo, hasta que se determine que la enfermedad ha desaparecido.

Las parotiditis o paperas epidémica suele ser leve en la infancia y se caracteriza por la inflamación de las glándulas salivares parótidas que tenemos a ambos lados de la cara, de ahí su nombre. Sin embargo, también puede causar meningitis vírica y sordera. En adolescentes y adultos se pueden inflamar los testículos y ser causa de esterilidad permanente. Además, en ocasiones se afectan otras glándulas como el páncreas, provocando dolor abdominal intenso.

Barreda, P. (2004) señala que “la enfermedad es viral, aguda y altamente contagiosa que se caracteriza principalmente por el aumento de volumen de las glándulas salivales y que generalmente ocurre en la infancia”. (p. 56). Se transmite por contacto directo e ingresa al organismo por vía respiratoria y usualmente tarda en aparecer de dos a tres semanas. Los casos de paperas se han disminuido dramáticamente con la introducción de la vacuna contra las paperas. Muchos niños tienen

síntomas muy leves o no tienen ningún síntoma. A continuación, se enumeran los síntomas más comunes de las paperas. Sin embargo, cada individuo puede experimentar los síntomas de una forma diferente. Los síntomas pueden incluir los siguientes: Malestar general leve, molestias en las glándulas salivares, las cuales pueden estar inflamadas y dolorosas, puede ser unilateral o bilateral: alcanza su máxima expresión al tercer día remite lentamente en un plazo de tres a siete días.

La Tuberculosis, enfermedad por micobacterias que es importante como causa de incapacidad y muerte en muchas zonas del mundo. La infección inicial suele ser asintomático; la sensibilidad a la tuberculina se manifiesta en unas pocas semanas. Las lesiones, por lo general, curan y no dejan alteraciones residuales, excepto calcificación ocasional de los ganglios linfáticos pulmonares o traqueo bronquiales. García, M. (2003). Manifiesta que “aproximadamente el 95% de las personas infectadas inicialmente entran a esta fase de latencia, a partir de la cual existe el peligro permanente de reactivación.” (p. 34)

Así mismo expresa García, M. (ob. cit.) que “el 5% de los casos, aproximadamente, la infección inicial puede evolucionar de manera directa hasta culminar en tuberculosis pulmonar o, por la diseminación linfo hematógena del bacilo, causar afección pulmonar, miliar, meníngea o de localización extrapulmonar.” (p.35). En los lactantes, los adolescentes y los adultos jóvenes es más frecuente que la infección inicial tenga consecuencias y pronóstico graves.

La tuberculosis extrapulmonar es menos común que la pulmonar. Puede afectar cualquier órgano o tejido, incluye meningitis tuberculosa, y tuberculosis hematológica aguda (miliar), y afecta los ganglios linfáticos, la pleura, el pericardio, los riñones, los huesos y las articulaciones, la laringe, la piel, los intestinos, el peritoneo y los ojos.

Señala García, M. (ob cit) que: “el agente infeccioso es *Mycobacterium tuberculosis* y *M. africanum* principalmente en el hombre, y *M. bovis* en particular en el ganado vacuno.” (p.35). Otras micobacterias a veces producen un cuadro clínico prácticamente idéntico a la tuberculosis y los agentes etiológicos se identifican solo por cultivo de los microorganismos. El reservorio principalmente es el hombre. En algunas zonas, el ganado vacuno enfermo; en raras ocasiones los primates, los tejones u otros mamíferos.

En teoría dura todo el tiempo que se expulsan en el esputo bacilos tuberculosos viables. Algunos enfermos no tratados o tratados de manera inadecuada pueden mostrar intermitentemente bacilos en el esputo, durante años. El grado de transmisibilidad depende del número de bacilos expulsado y de su virulencia, la suficiencia de la ventilación, la exposición de los bacilos al sol o a la luz ultravioleta, y las oportunidades para dispersarse en aerosol por tos, estornudos, habla o canto. La quimioterapia antimicrobiana eficaz por lo común disminuye la transmisibilidad a niveles insignificantes en el término de días o semanas. Los niños con tuberculosis primaria por lo común no son infectantes

Para la prevención se debe educar a la población sobre el modo de transmisión y los métodos de control de la enfermedad. Mejorar las condiciones sociales que aumentan el riesgo de infección, como el hacinamiento. Hacer que las instalaciones médicas, de laboratorio y de radiología sean asequibles para el examen de pacientes, contactos y sospechosos, y para el tratamiento temprano de casos y personas en grave riesgo de contraer la infección; también debe haber camas para quienes necesitan hospitalización.

La fiebre amarilla, es una enfermedad viral transmisible, prevenible y curable. García, M. (ob. cit.) declara que “esta enfermedad es causada por el virus de la fiebre amarilla, del género *Flavivirus* y es transmitida por el mosquito *Aedes aegypti* y por mosquitos selváticos del género *Haemagogus*.” (45). Existen dos formas de transmisión, selvática y urbana.

Se transmite de un primate enfermo (mono) a un individuo sano, a través de un agente, el mosquito *Aedes aegypti*, los síntomas son fiebre alta repentina, piel y mucosas amarillas, manifestaciones hemorrágicas, sangrado espontáneo de mucosas. Aunque la fiebre amarilla puede afectar individuos de todas las edades, las personas de mayor edad presentan un riesgo mayor de infección severa y los síntomas generalmente evolucionan entre 3 y 6 días después de la picadura del mosquito.

Ahora bien, en el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) existen otras enfermedades que se deben tener en consideración como

son: la Influenza, enfermedades neumocócica, meningocócica, la rabia y la varicela.

Enfermedad Neumocócica, son enfermedades infecciosas del tracto respiratorio, bacteriemia y meningitis en niños. Según Bellantini, A. (ob cit) refiere que “es una enfermedad invasiva producida por el *Streptococcus pneumoniae*, causas morbilidad y mortalidad en jóvenes y ancianos”. (15). Este patógeno es un colonizador habitual de la rinofaringe de personas sanas, pudiendo causar infecciones de las vías respiratorias superiores, otitis media y sinusitis aguda; siendo más característico de ésta enfermedad la neumonía.

Meningococo C Bellantini, A. (ob. cit.) señala que “la bacteria *Neisseria meningitidis* tiene 10 familias o serotipos (entre ellos el C) y causa fundamentalmente sepsis y meningitis.” (p. 16). Esta bacteria es uno de los principales patógenos responsables de meningitis y septicemia fulminante. La enfermedad se manifiesta con meningitis meningocócica, cuando es aguda, se presenta con súbito dolor de cabeza intenso, fiebre, náuseas, vómitos, fotofobia y cuello duro. Adicionalmente los siguientes signos neurológicos pueden ser vistos: letargia, delirio, coma y/o convulsiones. Esta enfermedad ocurre frecuentemente en forma esporádica, como pequeños brotes o casos aislados.

La varicela, enfermedad cosmopolita, muy contagiosa, frecuente en niños en quienes es habitualmente benigna. Braude A. (1998) refiere que “el virus varicela-zoster (VVZ) puede producir 2 enfermedades: la varicela que resulta de la infección primaria por el virus y el herpes

zoster que se produce por su reactivación” (p. 42). Es un virus exclusivamente humano siendo el hombre el único reservorio y fuente de infección. La varicela es una afección endémica con períodos en que se torna epidémica.

Igualmente Braude A. (1998) señala que “prácticamente todos los individuos se infectan en el curso de su vida, estimándose que en el área urbana 90 % de los mayores de 30 años y casi todos los mayores de 60 tendrían anticuerpos frente a VVZ.” (p. 42). Se contagia por contacto directo con las lesiones cutáneas y por inhalación de secreciones respiratorias que contienen el virus. El período de contagio se extiende desde 1 o 2 días antes de comenzar la erupción hasta la aparición de las costras.

El período de estado se caracteriza por la aparición de la erupción cutáneo-mucosas constituida por lesiones máculo-pápulo eritematosas que en 24 horas se transforman en vesículas. Las mismas son de tamaño y forma variable, tensas, con contenido líquido claro, simulando "gotas de rocío" y están rodeadas de una areola rosada. Posteriormente pierden tensión y el contenido se hace turbio, aunque no purulento. A los 2 a 4 días se convierten en costrosas y en 4 a 6 días más se desprenden sin dejar cicatriz. La mejor prevención de la varicela es evitar los posibles contactos. Sin embargo, por ser una enfermedad altamente contagiosa, es difícil de evitar el contagio.

Por consiguiente, en la doble vertiente salud-enfermedad el hombre ha intentado controlar los procesos de enfermedad, mediante la

curación de las mismas pero también se ha procurado la manera de prevenirlas, entre estos procedimientos se cuentan con la inmunización.

Inmunización

En los grupos humanos la inmunización representa una medida más eficaz para el control de las enfermedades transmisibles. Esta se basa en la epidemiología de la enfermedad en cual se quiere luchar y en principios de administración sanitaria.

Spiess, H. (1.997) describe la inmunización como “el proceso de poner en marcha una respuesta inmune” (p. 8). De esta manera, se aumentan las defensas del organismo ante los agentes nocivos, para lograr activar el sistema inmune. El sistema inmunitario representa una compleja estructura orgánica, basada en la interacción estímulo, respuesta que permite proveer en forma continúa y sistemática de defensas, las cuales ofrecerán inmunidad al huésped, en sus manifestaciones fisiológicas más importantes y proviene de procesos celulares.

En efecto, la inmunización como proceso induce o aumenta la resistencia a una enfermedad infecciosa. Hay dos tipos: la inmunidad natural y la adquirida. Al respecto González, S. (2.000) describe la inmunidad natural “la llamada también innata, es la resistencia que naturalmente se opone a una infección a veces por barreras mecánicas, fisiológicas y por factores genéticos ante la invasión de los microorganismos” (p. 23). Así pues la inmunidad natural comprende

todos los mecanismos propios del ser humano ante la infección, creando la misma persona su autodefensa.

En cambio cuando se trata de inmunidad adquirida, el organismo susceptible a una enfermedad infecciosa puede hacerse resistente de una manera natural o artificial.

González, S. (2000) señala “inmunidad adquirida de adaptación, se desarrolla cuando el cuerpo esta expuesto a varios antígenos y construye una defensa que es especifica para dicho antígeno” (p. 24). De ello se deduce que el cuerpo esta diseñado para protegerse de las enfermedades, de tal manera que cuando se expone a una misma enfermedad el organismo reconoce el culpable y empieza a destruirlo.

Por consiguiente en el proceso de inmunización, se pretende aumentar la resistencia del organismo frente a las infecciones, hay dos formas de inmunidad: la activa y la pasiva.

Inmunidad Activa

El organismo humano puede hacerse resistente de una manera natural por contacto repetido con el agente etiológico, por sufrir la enfermedad en forma clínica aparente o inaparente y artificialmente cuando es causada por vacunas elaboradas a base de microorganismos o sus productos.

Osuna, A. (1998) al referirse a la Inmunización activa señala:

Consiste en la aplicación de todo o parte de un microorganismo o producto modificado de éste para provocar una respuesta Inmunológica semejante a la infección natural, pero que presente un riesgo mínimo o nulo para el receptor. La respuesta puede ser humoral o celular y la protección puede ser completa o parcial con respuesta toda la vida o ameritar refuerzos a distintos intervalos (Pág. 43).

De esta manera el objetivo de la inmunización es producir un grado de resistencia, igual o mayor al que resultaría de haber padecido la enfermedad clínica específica, pero sin los peligros de esta para el individuo. Por consiguiente la base de la inmunización activa se apoya en la vacunación, como uno de los métodos de prevención mas eficaces que se dispone para hacer frente a una serie de enfermedades infecciosas.

En consecuencia, la inmunización activa es muy eficaz, ya que produce el estímulo para activar el sistema de defensa confiriéndole al vacunado una protección que pueda durar toda la vida. En ella se incluye las vacunas del PAI que dan protección parcial o completa contra determinado agente infeccioso.

Vacunas del Programa Ampliado de Inmunización

La vacuna suele consistir en dosis muy pequeñas del propio agente (forma inactiva o atenuada) que origina la enfermedad, por lo que provoca la creación de anticuerpos que permanecen en el organismo y lo protegen en el caso de futuros contagios. La técnica de administración depende del tipo de vacuna.

Spiess, H. (1997), define la vacuna como:

Un preparado de antígenos procedentes de microorganismos patógenos (microbios muertos de cepas virulentas o vivos de cepas atenuadas), cuya finalidad es la creación de anticuerpos que reconozcan y ataquen a la infección y por lo tanto produzcan la inmunidad del organismo inoculado. (p. 10).

La vacuna estimula al sistema inmunitario para producir sus propios anticuerpos, lo que da lugar a una inmunidad de una larga duración para estar exento de enfermedades infecciosas. Las dos grandes propiedades que deben reunir las vacunas son la eficacia y la inocuidad. La eficacia depende de que la vacuna contenga los antígenos responsables del poder inmunológico, que son aquellos que inducen una buena respuesta inmune. Las bacterias y los virus están compuestos por numerosos antígenos, que pueden ser constitutivos o estructurales,

contenidos en determinadas estructuras de la bacteria (flagelos, fimbrias, cápsulas, pared celular, membrana citoplasmática, ribosomas) o secretados, de los cuales solo algunos pueden considerarse antígenos protectores o inmunizantes. La inocuidad supone que la vacuna esta desprovista de poder patógeno, y debe lograrse este objetivo sin que se modifiquen los antígenos responsables del poder inmunológico.

Para Millar, J (2000), las vacunas se clasifican en dos grandes

Vacunas vivas o atenuadas y muertas o inactivas. y cada grupos: una, a su vez, en vacunas bacterianas y víricas. Las vacunas inactivadas pueden dividirse en vacunas con bacterias o virus totales y vacunas con antígenos purificados. Estas últimas pueden prepararse a partir de antígenos secretados modificados, como las anatoxinas o toxoides (vacunas antitóxicas), o de antígenos constitutivos de las bacterias. (p. 8)

Las vacunas atenuadas vivas, son gérmenes vivos cuya virulencia ha sido reducida, con el fin de no causar una enfermedad grave, pero aún conserva su poder antígeno capaz de estimular al organismo humano para que produzca anticuerpos. Los antígenos vivos están constituidos por gérmenes vivos atenuados. Los antígenos vivos reproducen la infección natural. Se multiplican en el organismo, y por consiguiente aumenta, el estímulo del sistema retículo-endotelial. Esto, provoca una respuesta inmune rápida y masiva, proporcionando una inmunidad bastante duradera. A pesar de ser muy eficaces y de que los métodos y técnicas modernas de preparación permiten usarlos con gran margen de seguridad, siempre y que sea posible, es mejor usar un antígeno que no tenga capacidad de multiplicación.

El PAI, establece vacunar con antígenos a todos los niños, según las pautas de inmunizaciones, en función de la actividad biológica de las vacunas utilizadas de acuerdo a las situación epidemiológica local entre otras.

La vacuna Antisarampionosa, tiene su inicio en niños desde 1.963, al emplearse vacunas atenuadas e inactivas. Según el MSDS (2.004), “en la actualidad la vacuna de sarampión son virus vivos mas atenuados, conocidos por cepas de Schwartz y cepa Edmonston Zagreb” (p. 69). La vacuna es liofilizada y reconstituida con agua destilada estéril inmediatamente antes de la administración. Se presenta como antígeno simple (antisarampionosa), combinada con la vacuna contra rubéola (SR) o combinada con rubéola y papera (SRP). Para la conservación de la vacuna, puede ser en forma segura a temperatura de 20° C sin pérdida de potencia.

De acuerdo al esquema vigente del Ministerio de Sanidad y Desarrollo Social (2004), señala que: “a vacuna contra el sarampión, sea como antígeno simple o vacuna combinada se administra por vía subcutánea una dosis de 0,5 ml y debe ser aplicada a partir de los 12 meses de edad”.(p. 69). La respuesta vacunal se produce a partir de la segunda semana y la reacción máxima de los anticuerpos se produce entre 4 a 6 semanas después de la infección o vacunación.

Las reacciones adversas presentadas por la vacuna pueden ser, fiebre y en ciertos casos al comenzar la segunda semana de vacunado, suele presentarse una erupción generalizada que dura 1 a 3 días; por lo

general las reacciones son moderadas y bien toleradas y no surgen complicaciones. Esta vacuna está contraindicada en personas con enfermedad aguda severa.

La vacuna Antirubeólica, contiene virus de rubéola atenuados, no contiene proteínas de huevos o de pollo. El MSDS (2004), señala que “se encuentra en forma monovalente (R) o asociada a sarampión, doble viral (SR), o con sarampión, parotiditis triple viral (SRP)” (p.72). Puede ser conservada en el nivel central a una temperatura de 20°C, en nivel local en 2°C + 8°C; una vez reconstituida debe ser utilizada en un lapso de 8 horas.

La dosis estándar de la vacuna es de 0,5 ml, administrados por vía subcutánea en la parte superior del brazo. El esquema básico de vacunación corresponde a una dosis a partir de los 12 meses. Según el MSDS (2004) señala que “para el control de la rubéola se recomienda el uso de vacunas combinadas SR en las campañas y acciones de bloqueo y SRP, para los esquemas nacionales” (p. 71). La respuesta vacunal se produce se produce a partir de 2 semanas. Las reacciones adversas presentadas, son fiebre y rash cutáneo, cuando son vacunados con SRP.

La vacuna antiparatoidea, es una suspensión liofilizada de una cepa de virus vivos atenuados de parotiditis, se presenta en vacuna combinada de sarampión y rubéola, SRP. El MSDS (2004), “recomienda al año de edad, como vacuna triple. La dosis es de 0.5 ml. Aplicada por vía subcutánea en la región antero lateral del muslo o en la

región deltoidea, según la edad.” (p. 72). La duración de la inmunidad es igual o mayor a 20 años.

La vacuna trivalente viral, producida por virus vivos atenuados, que contiene cepas de sarampión, rubéola y parotiditis. El MSDS (2004), recomienda que “la dosis de administración es 0.5 ml. Por vía subcutánea en la región postero superior del brazo en la región deltoidea, según la edad.” (p. 73). Se puede administrar simultáneamente con otras vacunas, únicamente observando y respetando los sitios de inoculación, diferentes según el tipo de vacuna.

La vacuna pentavalente, compuesta por dos frascos, Hib en forma liofilizada y vacuna DPT combinada con la Hepatitis B. El MSDS (2004), recomienda “administrar 0.5 ml por vía intramuscular profunda en el tercio medio de la cara antero lateral externa del muslo. Se aplica tres dosis a los 2, 4 y 6 meses.” (p. 74). Si se interrumpe la vacunación, se debe seguir aplicando la dosis correspondiente. Esta vacuna no debe mezclarse con otras vacunas, excepto su liofilizado de Hib. Su eficacia vacunal se da entre 6ta y 8ava semana.

La vacuna antipoliomielítica, se presenta de dos tipos: Vacuna Oral de Poliovirus o tipo Sabín (OPV), preparadas con cepas de los diferentes virus vivos atenuados para uso oral; recomendada por su facilidad de administración. Y la vacuna Poliovirus inactivos (IPV) para aplicación parenteral, subcutánea o intramuscular. El MSDS (2004), recomienda la inmunización primaria con la vacuna OPV trivalente a

partir de 2 meses de edad, puede aplicarse a los niños y adolescentes hasta los 18 años de edad.

Vacuna DPT o TRIPLE Bacteriana (Difteria, Pertussi, Tétanos), contiene toxoides diftérico y tetánico en formol, purificados y absorbidos, así como vacuna pura de Bordet-Gengou (Pertussi). El MSDS (2004), indica que “se administra a los 2 meses de edad con intervalo de 4 semanas entre dosis. Se aplica en la antero lateral del muslo, en el tercio medio 0.5 ml”. (p. 76). Después de cada interrupción, no se debe comenzar el esquema de vacunación, se debe seguir con el esquema siguiente. Esta vacuna no debe congelarse.

Vacuna Doble Bacteriana (TD y td), es una asociación de toxoides diftéricos y tetánicos purificados y adsorbidos en hidróxido o fosfato de aluminio, viene en presentación de TD (infantil) y Td (adulto), según la presentación. El MSDS (2004), recomienda que “la dosis que se administra es de 0,5 ml, tanto para adulto como para niños > de 5 años, intramuscular profunda en la región deltoidea, en adultos o en la cara antero del muslo en niños > de 5 años.

Toxoide Tetánico, su efectividad para la inmunización activa fue demostrada en la Segunda Guerra Mundial. La vacuna actual es segura y eficaz, se administra por vía intramuscular profunda y confiere protección después de las dosis al 90%. El MSDS (2004), refiere que “se ha demostrado que la inmunización adecuada con toxoide tetánico en mujeres en edad fértil, que incluye embarazadas, previene el tétano neonatal” (p. 79). La protección del recién nacido ocurre por que el

anticuerpo antitoxina materno es transportado a través de la placenta en la circulación fetal. Se recomienda la primera dosis a las mujeres en edad fértil y la segunda dosis cuatro semanas después.

HAEMOPHILUS INFLUENZAE tipo b, son vacunas conjugadas, presentadas en forma liofilizada. El MSDS (2004), indica que “debe ser administrada 0,5 ml por vía intramuscular, son serie de 3 dosis con intervalo de 2 meses entre ellas a partir de los dos meses de edad.” (p. 81) Las vacunas conjugadas requieren entre 2 y 3 dosis para alcanzar un buen nivel de anticuerpos.

Vacuna antihepatitis B, obtenida por reingeniería genética, vacuna inactivada. El MSDS (2004) recomienda “dosis de administración de 0.5 ó 1 ml según el fabricante. La estrategia de vacunación está basada a nivel universal durante la infancia y por prevención de la transmisión perinatal.” (p. 82). Cuando se utiliza la vacuna combinada, el esquema de vacunación contempla 3 dosis (a los 2, 4 y 6 meses de vida).

Vacuna BCG, es una vacuna replicativa, liofilizada, cuyo contenido es una suspensión de bacilos vivos (Calmette-Guerin) que corresponde a una cepa de *Mycobacterium Boris* atenuada, preparada a partir de una cepa estándar mantenida y suministrada anualmente por Instituto Pasteur de Paris. Se presenta en ampollas de 10 y 20 dosis, que se reconstituye en solución salina normal o agua destilada.

El MSDS (2004), recomienda “una dosis al nacimiento 0.05 a 0.1 ml se aplica en la región deltoidea derecha o izquierda, protege contra la tuberculosis, la inmunidad producida por la vacuna es prolongada.” (p. 85). Luego de aplicada la vacuna aparece entre los dos y tres días, un nódulo plano de 3mm con reacción eritematosa que desaparece rápidamente.

Vacuna contra la Fiebre Amarilla, de virus vivos atenuados, eficaces y seguras, en niños y adultos especialmente residentes en áreas enzooticas de fiebre amarilla. Toda persona residente en zona urbana, rural o en la selva de área endémica debe estar inmunizada contra la fiebre amarilla.

Es primordial que las vacunas, sueros y globulinas, se mantengan constantemente refrigeradas desde su fabricación hasta su utilización; siendo en cada caso variables las condiciones de almacenamiento para cada vacuna, la trasgresión de esta normativa, inutiliza en corto lapso el producto, haciendo sus efectos aleatorios o nulos.

López, J. (2001) manifiesta que se entiende por cadena de frío “el conjunto de normas, actividades y procedimientos que aseguran la correcta conservación de los inmunobiológicos durante su transporte, manejo y distribución, desde el momento en que finaliza su producción hasta que son aplicados al usuario.” (p. 32)

La vacuna poliomielítica oral una vez descongelada deberá conservarse en el refrigerador entre +2 y -8° C, hasta un máximo de 6 meses, protegida de la luz. Con relación a la vacuna contra la fiebre amarilla, una vez diluida deberá conservarse entre 0 y 4°C y no deberá utilizarse después de 1 hora de reconstituida.

No se recomienda utilizar paquetes fríos congelados para empacar y distribuir las vacunas, excepto en el caso la vacuna oral contra el polio. Si se utilizan paquetes fríos congelados, se deben dejar un período de tiempo a temperatura ambiente hasta que comiencen a presentar gotas de agua sobre la superficie (formación de sudor), e ir separados de las vacunas por una lámina de cartón o intercalando papel periódico doblado. Si los paquetes fríos son colocados dentro del termo inmediatamente después de ser retirado del congelador pueden congelar las vacunas y destruir su actividad biológica.

En la actualidad la existencia de centro de vacunas, oficiales y privados, sujetos en su accionar a normas legales vigentes, claras y supervisadas por autoridades competentes, hace aconsejable la concurrencia a tales centros para concretar la inmunización.

Para lograr el objetivo del PAI, es fundamental la participación del profesional de enfermería en la promoción de la salud en la comunidad, a fin de que los padres y representantes tomen conciencia para que mejore su salud y prevenir enfermedades infectocontagiosas en

niños menores de un año, pues puede afectar su desarrollo motor, crecimiento y por ende su bienestar psico social y mental.

Es por ello, que cuando la enfermera emprende la valoración de una comunidad, es imperativo comprender los valores y las creencias englobados. Las diferencias presentadas entre una comunidad y otros sobre estos aspectos, se basan principalmente en factores socioeconómicos, culturales, geográficos y étnicos, rasgos únicos que influyen en las prioridades de una comunidad y en la forma en que se enfrentan a sus problemas y que son fundamentales para establecer una buena educación para la salud entre la familia que allí conviven.

Inmunidad Pasiva

La inmunidad pasiva, involucra anticuerpos que se producen en el cuerpo de otra persona, como en el caso de los lactantes que poseen inmunidad pasiva, dado que ellos nacen con los anticuerpos que les transfiere la madre a través de la placenta. Dichos anticuerpos desaparecen entre los 6 y 12 meses de edad.

En ese mismo orden de ideas, Osuna, A. (1998) describe que “la inmunidad pasiva es natural cuando se recibe los anticuerpos formados en la madre a través de la vía placentaria o por el calostro.” (46). Los niños nacen con una inmunidad natural contra la enfermedad gracias a la transmisión de anticuerpos de la madre al feto a través de la barrera

placentaria. Esta inmunidad se mantiene durante el periodo en que los niños son amamantados al pecho, ya que la madre transmite anticuerpos al bebé a través de la leche.

La madre puede transferir anticuerpos al feto por vía transplacentaria, protegiéndole frente a diversos agentes que podrían ser letales durante un periodo de susceptibilidad especial por la inmadurez de su sistema inmune. La respuesta inmunológica frente al antígeno inmunizante es específica y depende, entre otras cosas, de la naturaleza de aquél.

La antitoxina también constituye una forma de inmunización pasiva. Al respecto González, S. (2.000) manifiesta que “ las antitoxinas son los anticuerpos resultantes de la acción de una toxina en el organismo animal.” (p. 52). Estos sueros son obtenidos de sangre de animales, generalmente del caballo, que han sido previamente inmunizado activamente con toxinas propias del germen productor de la enfermedad correspondiente.

Al inyectarse la toxina modificada se produce una gran elevación del nivel de anticuerpos en el animal. Después de obtenido el suero se procesa y purifica y el producto final son las globulinas de dicho suero, que son las que contienen los anticuerpos específicos, antitoxina tetánica, difteria. La dosificación se hace en unidades antitóxicas internacionales.

Respecto a los sueros e inmunoglobulinas, a denominación de sueros incluye los preparados biológicos que contienen anticuerpos y

cuya administración por vía parenteral produce una inmunidad adquirida pasiva frente a determinadas enfermedades infecciosas.

González, N. y Macias, M. (1998) las define como “un sustituto del proceso natural de inmunización y confiere de manera pasiva un estado temporal de la inmunidad, que solo perdura en el tiempo en que los anticuerpos transferidos tardan en metabolizarse.” (p. 7). Se obtienen a partir del hombre o de un animal que ha adquirido la inmunidad, ya espontáneamente por infecciones (clínicas o inaparentes) o artificialmente por inmunización.

La administración de sueros se caracteriza en que, a diferencia de la vacunación, la inmunidad provocada es de aparición inmediata, pero menos intensa y poco duradera. Por estas características, los sueros se emplean en la prevención a corto plazo y, además, en el tratamiento de las enfermedades infecciosas, especialmente en situaciones de urgencia cuando no hay tiempo suficiente para producir una inmunización activa.

A su vez, señalan González, N. y Macias, M. (ob. cit.) que “se pueden dividir en sueros de origen animal o heterólogos y sueros de origen humano o homólogos: las inmunoglobulinas son las más importantes.” (p. 8). El carácter homólogo de los anticuerpos humanos los convierten en la solución ideal para reducir al mínimo el riesgo de aparición de reacciones adversas. Los sueros a su vez pueden asociarse con las vacunas, lo cual constituye, la serovacunación.

CADENA DE FRIO

El buen funcionamiento de cualquier programa de inmunizaciones tiene su fundamento en el estricto cumplimiento de la llamada cadena de frío. Está constituida por una complicada red, que no puede fallar en ninguno de sus puntos, ni siquiera de forma transitoria, y que realmente funcionan como eslabones, de ahí que este término sea utilizado de forma internacional. La minuciosidad de la cadena de frío aportará la eficacia necesaria a todo programa de vacunaciones.

Definición. Se denomina "cadena de frío" al complejo sistema de conservación, manejo, transporte y distribución de las vacunas que asegura su conservación en condiciones adecuadas de luz y temperatura, garantizando su inmunogenicidad, desde la salida del laboratorio fabricante hasta su administración al paciente.

En la cadena de frío participan varios elementos, todos ellos fundamentales. En primer lugar están las personas que manipulan las vacunas y los sanitarios que las administran. Además, también hay que contar con el material que sirve para almacenar las vacunas y para trasladarlas de uno a otro punto. La posibilidad de contar con los recursos humanos y materiales necesarios y su operatividad depende finalmente de la disponibilidad de los medios económicos que aseguren su financiación

PERSONAL RESPONSABLE DE LA CONSERVACION

Finalmente, comentaremos que en los puntos de vacunación debe existir una persona responsable de la cadena de frío que tendrá a su cargo las siguientes actividades:

- Comprobar diariamente la temperatura, registrando la máxima y mínima en la gráfica mensual.
- Vigilar que el almacenamiento se realiza de manera adecuada.
- Supervisar la disponibilidad de vacunas, previendo las necesidades.
- Revisar periódicamente el espesor de la capa de hielo del congelador (no debe superar los 5 mm).
- Controlar la fecha de caducidad de cada lote, eliminando las vacunas caducadas.
- Comprobar la tarjeta de temperatura en el momento de recepción de las vacunas.

Sistema de variable

Variable: Programa de orientación sobre el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) dirigidos a los padres y representantes de niños menores de tres años.

Definición conceptual: Un programa educativo sobre las enfermedades infecto contagiosas prevenibles por vacuna (PAI) dirigida a la comunidad o a un determinado objetivo

Definición operacional: Son las actividades educativas que ofrecen los profesionales de enfermería a los padres y representantes de los niños menores de tres años en relación a enfermedades infectocontagiosas prevenibles por vacunas (PAI) y de la inmunización activa y pasiva.

Cuadro de variables

Definición de Términos Básicos

Anticuerpo: Inmunoglobulina esencial para el sistema inmune, producida por el tejido linfoide en respuesta a la exposición a bacterias, virus o a otras sustancias antigénicas. Cada anticuerpo es específico contra un antígeno. Cada clase de anticuerpos se denomina según su acción. Entre los muchos anticuerpos están las aglutininas, las bacteriolisinas, las opsoninas y las precipitinas.

Antígeno: Que provoca una reacción inmunológica o reacciona con anticuerpos.

Epidemia: Enfermedad, generalmente contagiosa, que se difunde rápidamente entre un determinado segmento de la población humana, por ejemplo, entre todos los que viven en una determinada zona geográfica, y que se suele manifestar de forma periódica.

Epidemiología: Estudio de la presentación, distribución y causas de las enfermedades humanas.

Período de Incubación: Tiempo entre la exposición a un organismo patógeno y el comienzo de los síntomas de la enfermedad. 2. tiempo necesario para inducir el desarrollo del embrión a partir de un huevo o el desarrollo y la replicación de células tisulares o microorganismos en un medio de cultivo. 3. tiempo de demora en la aparición de una reacción o proceso químico.

Período Infeccioso: Período de tiempo durante el que es más probable que el contacto con un sujeto infectado produzca el contagio de la enfermedad.

Programa de Vigilancia: Un esfuerzo continuo y deliberado de alguna agencia para monitorear la ocurrencia, prevalencia y desarrollo de alguna enfermedad.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

Variable: Orientación sobre inmunización dirigida a los padres y representantes de niños menores de tres años.

Definición operacional: Son las actividades educativas que ofrecen los profesionales de enfermería a los padres y representantes de los niños menores de tres años en relación a enfermedades infectocontagiosas prevenibles por vacunas (PAI) y de la inmunización activa y pasiva.

DIMENSION	INDICADORES	SUB INDICADORES	ITEMS
<p>Programada Ampliado de Inmunización. PAI</p> <p>Son los conocimientos que los padres y representantes de niños menores de 5 años tienen acerca de las enfermedades prevenibles por vacunas y de las inmunizaciones activas y pasivas.</p>	<p>Enfermedades prevenibles por vacunas: son los conocimientos que los padres y representantes tienen en relación a las enfermedades infectocontagiosas que afecta el estado de salud de los niños menores de tres años y pueden ser prevenibles por vacunas.</p> <p>Inmunización Activa Son los conocimientos que los padres y representantes acerca de las defensas, protección que adquieren sus niños al administrarle las vacunas.</p> <p>Inmunización Pasiva. Son los conocimientos que los padres y representantes tienen en relación a las defensas que le transmiten a su hijo al nacer (inmunidad transmitida por la madre) y la adquirida por suero inmunológico, o por la acción de una toxina animal.</p>	<p>Enfermedades Prevenibles</p> <p>Difteria</p> <p>Tétano</p> <p>Tos ferina</p> <p>Sarampión</p> <p>Rubéola</p> <p>Poliomielitis</p> <p>Hepatitis</p> <p>Tuberculosis</p> <p>Vacunas</p> <p>Tipos y dosis de vacunas</p> <p>Cadena de frío</p> <p>Inmunización pasiva</p> <p>Materna</p> <p>Antitoxina</p> <p>Inmunoglobulina</p>	<p>1-2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10</p> <p>11</p> <p>12-13-14-</p> <p>15</p> <p>16</p> <p>17-18</p> <p>19</p> <p>20</p>

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3. 1 Diseño de la Investigación.

Atendiendo al problema de estudio, la investigación se adscribe el diseño experimental en la modalidad de cuasi experimental definido por Bandura como “el procedimiento estándar es manipular una variable y luego medir sus efectos sobre otra. Todo esto conlleva a una teoría de la personalidad que dice que el entorno de uno causa nuestro comportamiento.” (p. 12). En tal sentido se busca conocer la información que poseen los padres y representantes sobre el esquema de vacunación en niños menores de tres años.

3. 2 Tipo de estudio

De acuerdo a las características del problema y los objetivos planteados, el estudio es de tipo descriptivo y de campo por cuanto permite caracterizar, analizar e interpretar las interrogantes planteadas. Hernández, R. Fernández, C. Y Baptista, P. (1998) refieren que los estudios descriptivos consisten “en describir como se manifiesta determinado fenómeno.” (p. 46).

3.3 Población y Muestra

De acuerdo a lo enunciado por Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (1998) “Una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificación” (p. 204). La población estudiada estuvo conformada por veinticinco (25) familias que acuden IVSS Hospital Dr. Cesar R. Rodríguez de Guaraguao en la ciudad de Puerto la Cruz Edo. Anzoátegui durante el primer trimestre 2005.

En cuanto a la unidad de análisis o de observación, está conformada por las veinticinco 25 familias con niños menores de cinco años, lo que obedeció a que la misma es un grupo pequeño y pudo ser estudiada en forma integral. En ese sentido Pineda, E. Alvarado, E. y Canales, F. (1994) define la muestra como “un subconjunto de parte del universo o población en que se llevará a cabo la investigación con el fin posterior de generalizar los hallazgos del todo” (p. 108).

3.4 Método e Instrumento de Recolección de Datos

Para recolectar la información se utilizó el método de la encuesta, a través de un instrumento tipo cuestionario (pre y post-test), el cual permite conocer el nivel de información que poseen padres y representantes de niños menores de tres años, antes y después de participar en el taller educativo.

3.5 Validez

La validez del instrumento utilizado se realizó a través de juicio de expertos en contenido y metodología, y el tutor de la investigación, los cuales hicieron las respectivas sugerencias y correcciones que fueron tomadas en cuenta por los investigadores para mejorar el instrumento.

3.6 Procedimiento para la recolección de datos

El procedimiento para la recolección de la información se llevo a cabo de la siguiente manera:

- Entrevista y entrega de la comunicación al Director, la Jefe del Dpto. de Inmunización y a la Jefe de Enfermería del hospital “Dr. Cesar R. Rodríguez de Guaraguao, solicitando autorización para la investigación.
- Luego de haber sido concedida la autorización se realizo entrevista a los padres y representantes de niños menores de tres años para solicitar su participación en la investigación.
- Se aplico el instrumento a los 25 padres y representantes de niños menores de tres años (pre-test).
- Se aplico el programa a los 25 padres y representantes de niños menores de tres años.
- Se aplico el post-test posterior al programa a los 25 padres y representantes de niños menores de tres años.

3.7 Técnica de Análisis de los Resultados.

Ésta fue realizada con el análisis de los resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario en el pre-test, luego de analizado los datos se procede a realizar el programa, para luego recolectar los resultados por medio de un post-test.

CAPITULO IV

RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN

Presentación de los Resultados

Para la presentación de los resultados obtenidos en la investigación, se uso como técnica de análisis la estadística descriptiva, como son las frecuencias absolutas y relativas.

Los resultados se presentan mediante cuadros estadísticos representados en frecuencia absoluta y porcentajes de cada uno de los ítems.

Una vez tabulados los resultados, se realizan y analizan y se representa gráficamente.

CUADRO N° 1

Total de porcentaje del indicador enfermedades prevenibles por vacunas en el programa de orientación dirigido a padres y representantes niños menores de tres años que asisten al Hospital Dr. César R. Rodríguez de Guaraguao en la ciudad de Puerto la Cruz Edo. Anzoátegui, durante el I trimestre del año 2005.

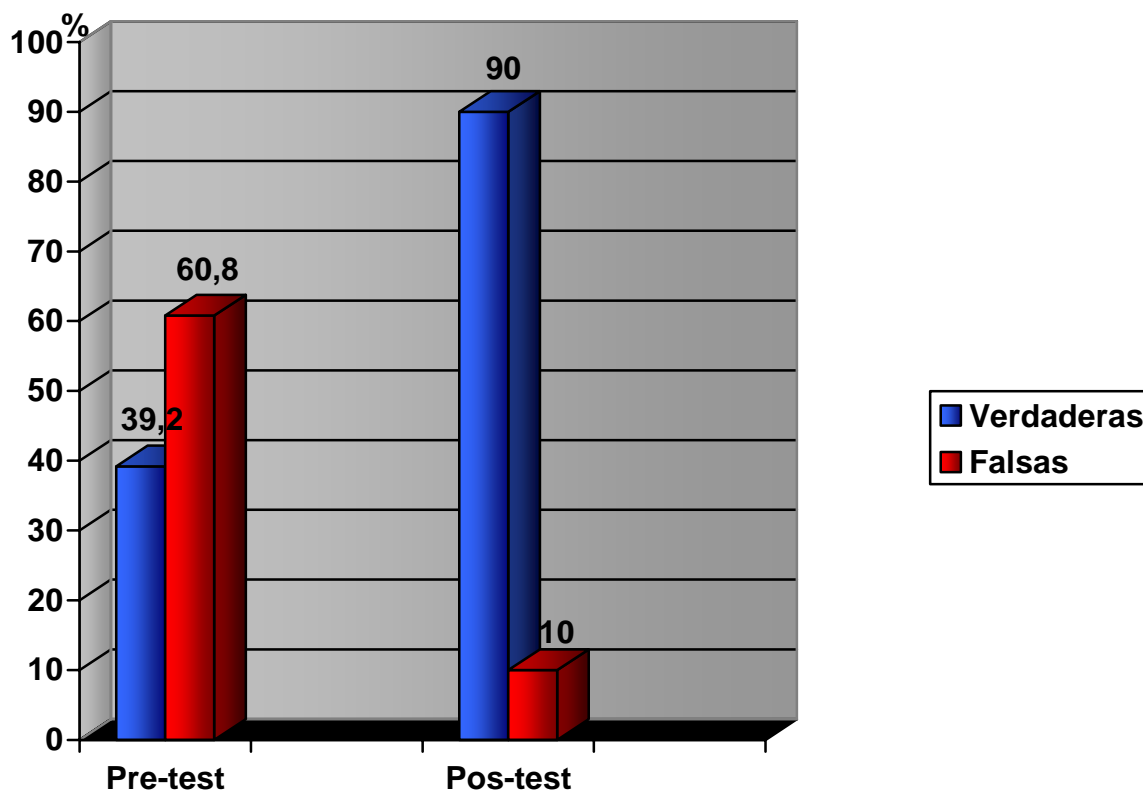
Item	Pre- Test						Post - Test					
	Verdaderas		Falsas		Total		Verdaderas		Falsas		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1.- Enf Prev.	8	32	17	68	25	100	23	92	2	8	25	100
2.-V. del PAI	7	28	18	72	25	100	23	92	2	8	25	100
3.-Difteria	12	48	13	52	25	100	25	100	-	-	25	100
4.-El Tétano	11	44	14	56	25	100	22	88	3	12	25	100
5.-Tos ferina	12	48	13	52	25	100	23	92	2	8	25	100
6.-Sarampión	10	40	15	60	25	100	22	88	3	12	25	100
7.-Rubéola	12	48	13	52	25	100	23	92	2	8	25	100
8.-Poliomielitis	7	28	18	72	25	100	21	84	4	16	25	100
9.-Hepatitis B	9	36	16	64	25	100	22	88	3	12	25	100
10.-Tuberculosis	10	40	15	60	25	100	21	84	4	16	25	100
TOTAL PROMEDIO %	9.8	39.2	15.2	60.8	25	100	22.5	90.0	2.5	10.0	25	100

Fuente: Instrumento Aplicado

Al analizar el total de promedio de la variable enfermedades prevenibles por vacuna se observa un promedio del 39,2% de respuestas verdaderas en el pre-test y un promedio de 60,8% de respuestas falsas. En el post-test el promedio arrojó un 90.0% de respuestas verdaderas y un 10.0% de respuestas falsas, al realizar el cuadro comparativo las respuestas verdaderas del pre-test y post-test se evidencia un aumento positivo de las respuestas verdaderas de un 50.8%. Estos resultados nos dan como conclusión que después de aplicado el programa resultó alto en relación al aprendizaje que tuvieron los padres y representantes de los niños menores de tres años, que asistieron a la actividad.

GRAFICO N° 1

Relación porcentual del indicador enfermedades prevenibles por vacunas del programa de orientación sobre el PAI dirigido a los padres y representantes de niños menores de tres años que acuden al IVSS Hospital Dr. César R. Rodríguez de Guaraguao en la ciudad de Puerto la Cruz Edo. Anzoátegui, durante el primer trimestre del año 2005.



Fuente: Cuadro N° 1

CUADRO N° 2

Total de promedio de porcentaje del indicador Inmunización Activa en el programa de orientación dirigido a padres y representantes niños menor de tres años que asisten al Hospital Dr. César R. Rodríguez de Guaraguao en la ciudad de Puerto la Cruz Edo. Anzoátegui, durante el I trimestre del año 2005.

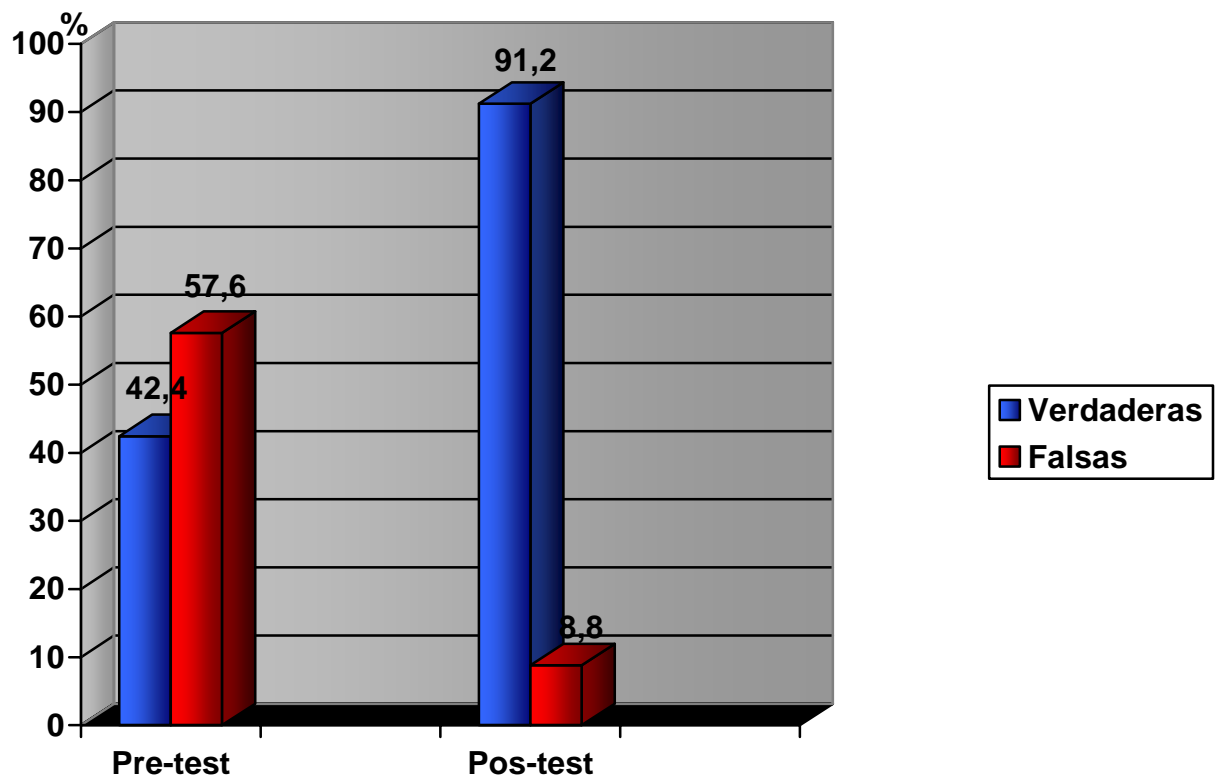
Item Cont Item	Pre – test						Post - test					
	Verdaderas		Falsas		Total		Verdaderas		Falsas		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
11.Vac.enferm PAI	12	48	13	52	25	100	22	88	3	12	25	100
12.- La inm activa	10	40	15	60	25	100	21	84	4	16	25	100
13.-dosis de prev.para BCG	7	28	18	72	25	100	22	88	3	12	25	100
14.-vacunas recién nacido	12	48	13	52	25	100	24	96	1	4	25	100
15.- Cad. frío asegura	12	48	13	52	25	100	25	100	-	-	25	100
TOTAL PROMEDIO%	10.6	42.4	14.6	57.6	25	100	22.8	91.2	2.2	8.8	25	100

Fuente: Instrumento Aplicado

Al analizar el total de promedio de la variable referido a la inmunización activa se observa un promedio del 42.4% de respuestas verdaderas en el pre-test y un promedio de 14.6% de respuestas falsas. En el post-test el promedio arrojó un 91.2% de respuestas verdaderas y un 8.8% de respuestas falsas, al realizar el cuadro comparativo las respuestas verdaderas del pre-test y post-test se evidencia un aumento positivo de las respuestas verdaderas de un 48,8%. Estos resultados nos dan como conclusión que después de aplicado el programa resultó alto en relación al aprendizaje que tuvieron los padres y representantes de los niños menores de tres años, que asistieron a la actividad

GRAFICO N° 2

Relación porcentual del indicador inmunización activa del programa de orientación sobre el PAI dirigido a los padres y representantes de niños menores de tres años que acuden al IVSS Hospital Dr. César R. Rodríguez de Guaraguao en la ciudad de Puerto la Cruz Edo. Anzoátegui, durante el primer trimestre del año 2005.



Fuente: Cuadro N° 2

CUADRO N° 3

Información sobre la inmunización pasiva en los padres y representantes niños menores de tres años que asisten al IVSS Hospital Dr. César R. Rodríguez de Guaraguao en la ciudad de Puerto la Cruz Edo. Anzoátegui, durante el primer trimestre del año 2005.

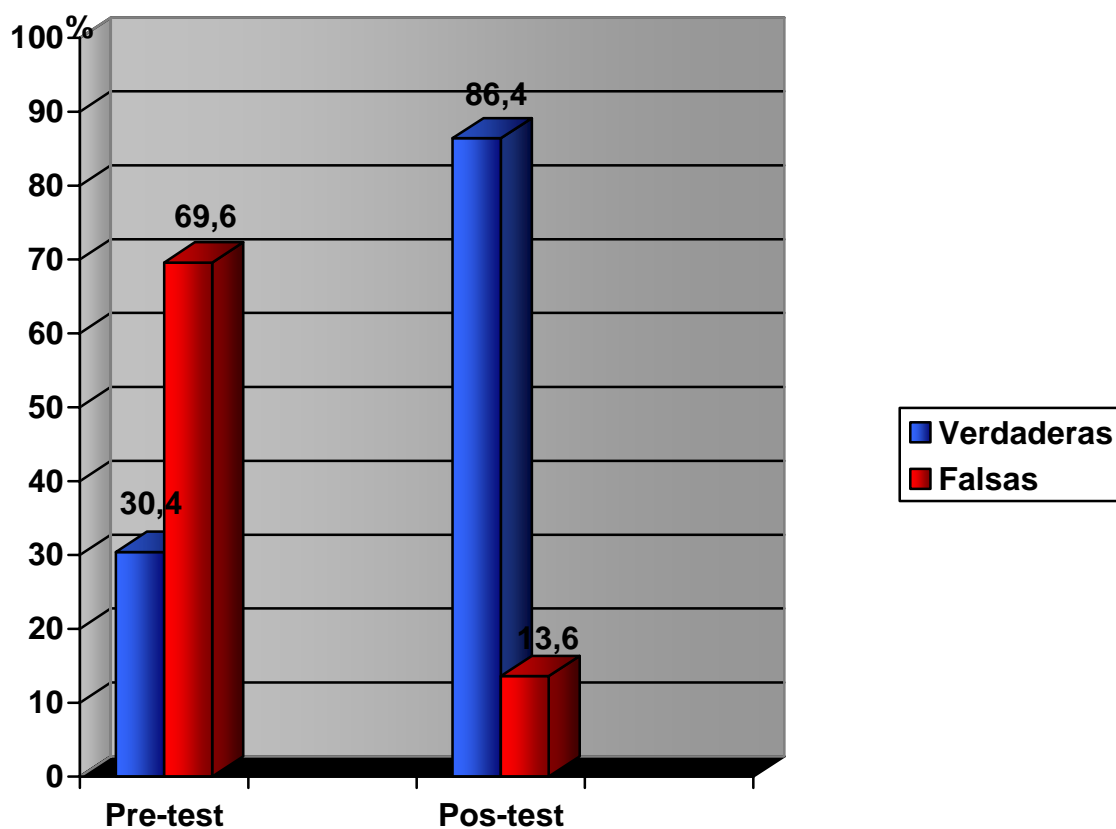
Item Cont Item	Pre – test						Post - test					
	Verdaderas		Falsas		Total		Verdaderas		Falsas		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
16.-La inmuniz. pasiva	7	28	18	72	25	100	22	88	3	12	25	100
17.-La emb. Vac. toxoide tetánico	7	28	18	72	25	100	21	84	4	16	25	100
18.-La inmun. Mat. da prot. niño	5	20	20	80	25	100	22	88	3	12	25	100
19.- La antitoxina tetánica protege	9	36	16	64	25	100	22	88	3	12	25	100
18.- Las inmuno emplean tto.	10	40	15	60	25	100	21	84	4	16	25	100
Total Promedio %	7.6	30.4	17.4	69.6	25	100	21.6	86.4	3.4	13.6	25	100

Fuente: Instrumento Aplicado

Al analizar el total de promedio de la variable enfermedades prevenibles por vacuna se observa un promedio del 30.4% de respuestas verdaderas en el pre-test y un promedio de 69.6% de respuestas falsas. En el post-test el promedio arrojó un 86.4% de respuestas verdaderas y un 13.6% de respuestas falsas, al realizar el cuadro comparativo las respuestas verdaderas del pre-test y post-test se evidencia un aumento positivo de las respuestas verdaderas de un 56,0%. Estos resultados nos dan como conclusión que después de aplicado el programa resultó alto en relación al aprendizaje que tuvieron los padres y representantes de los niños menores de tres años, que asistieron a la actividad.

GRAFICO N° 3

Relación porcentual del indicador inmunización pasiva en estudio del programa de orientación sobre el PAI dirigido a los padres y representantes de niños menores de tres años que acuden al IVSS Hospital Dr. César R. Rodríguez de Guaraguao en la ciudad de Puerto la Cruz Edo. Anzoátegui, durante el primer trimestre del año 2005.



Fuente: Cuadro N° 3

CUADRO N° 4

Relación absoluta y porcentual sobre los resultados obtenidos en las enfermedades prevenibles por vacunación, inmunización activa y pasiva en los padres y representantes niños menores de tres años que asisten al IVSS Hospital Dr. César R. Rodríguez de Guaraguao en la ciudad de Puerto la Cruz Edo. Anzoátegui, durante el primer trimestre del año 2005.

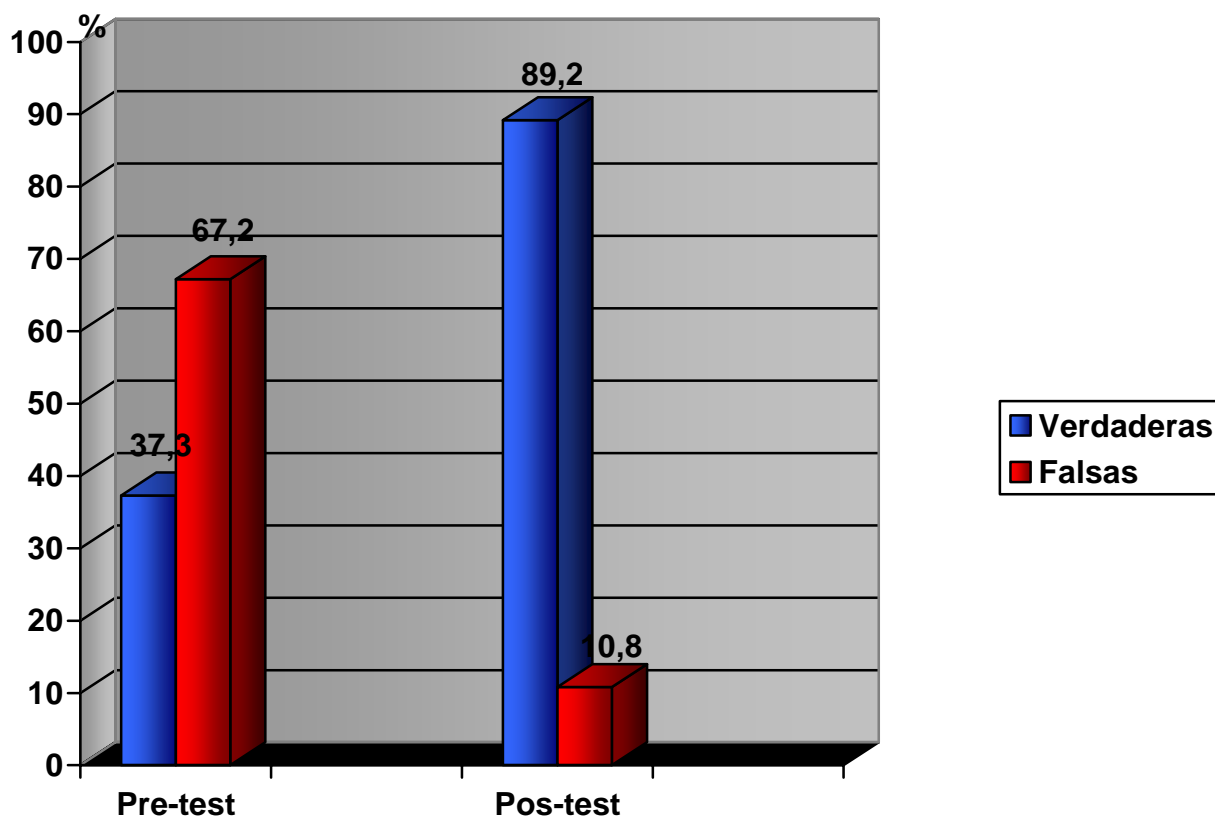
Items Cont Items	Pre – test						Post - test					
	<i>Verdaderas</i>		<i>Falsas</i>		<i>Total</i>		<i>Verdaderas</i>		<i>Falsas</i>		<i>Total</i>	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Enf.Prev.Vac.	9.8	39.2	15.2	60.8	25	100	22.5	90.0	2.5	10.0	25	100
Inmun. Act.	10.6	42.4	14.4	57.6	25	100	22.8	91.2	2.2	8.8	25	100
Inmun.Pas.	7.6	30.4	17.4	69.6	25	100	21.6	86.4	3.4	13.6	25	100
Total Promedio %	9.3	37.3	15.7	62.7	25	100	22.5	89.2	2.7	10.8	25	100

Fuente: Instrumento Aplicado

Al analizar el total de la variable en estudio se observa en el pre-test un promedio del 37,3% de respuestas verdaderas, y un promedio de 62,7 de respuestas falsas. En el post-test el promedio de porcentaje arrojó un 89,2% de respuestas verdaderas y un 10,8 de respuestas falsas, al comparar las respuestas verdaderas del pre-test y post-test se evidencia un aumento positivo de las respuestas verdaderas de un 51,9%. Estos resultados nos llevo a la conclusión que el programa aplicado resulto alto en relación a los aprendizaje que tuvieron los padres y representantes que asistieron a la actividad

GRAFICO N° 4

Relación porcentual de la variable en estudio sobre el programa de orientación sobre el PAI dirigido a los padres y representantes de niños menores de tres años que acuden al IVSS Hospital Dr. César R. Rodríguez de Guaraguao en la ciudad de Puerto la Cruz Edo. Anzoátegui, durante el primer trimestre del año 2005.



Fuente: Cuadro N°

CAPITULO V

PRESENTACION DEL PROGRAMA

PROGRAMA DE ORIENTACIÓN SOBRE EL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN (PAI) DIRIGIDO A PADRES Y REPRESENTANTES DE NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS QUE ACUDEN AL IVSS HOSPITAL “DR. CESAR R. RODRIGUEZ” GUARAGUAO PUERTO LA CRUZ ESTADO ANZOÁTEGUI. PRIMER TRIMESTRE 2005

Introducción

La vacunación de grupos humanos es una de las medidas más efectiva para prevenir la enfermedad y la muerte entre los niños. En razón de ello, después de identificar por un pre-test, los conocimientos que tienen los padres y representantes sobre las vacunas del programa PAI y las enfermedades prevenibles por éstas, surge este programa de orientación, dirigido a los padres y representantes de los niños menores de tres años, para fortalecer el cumplimiento del esquema de inmunización, a fin de prevenirlos de enfermedades infectocontagiosas que afecta la salud del niño.

El Programa Ampliado de Inmunización tiene como propósito principal, fomentar los conocimientos sobre las vacunas, para proteger a los niños de enfermedades peligrosas de la niñez que pueden causar problemas de salud serios y hasta la muerte.

Justificación

Las vacunas del Programa Ampliado de Inmunización constituyen el método más seguro de protección contra las enfermedades infecciosas y ha permitido reducir o erradicar enfermedades transmisibles. Es importante fomentar en las madres y representantes sobre la importancia de que los niños reciban las diferentes vacunas aplicadas en el programa de inmunización y mejorar la calidad de vida por medio de la protección y prevención de enfermedades en las personas y en la población.

Es por ello, que se hace pertinente realizar este programa, como guía precisa de motivación y orientación que los padres y representantes deben saber sobre las vacunas que deben administrarse a sus niños menores de tres años, las enfermedades que previenen, las contraindicaciones, efectos indeseables, las dosis a administrar y la conservación de las mismas (cadena de frío) para obtener una inmunización efectiva. A su vez, el programa permitirá aumentar la cobertura de vacunación y ayudará a que todo niño, tengan su esquema completo de vacunación al cumplir tres años.

Objetivo Terminal:

Al finalizar el programa de orientación los padres y representantes de niños menores de tres años, estarán en capacidad de conocer que son las vacunas e inmunizaciones, las enfermedades prevenibles por vacunas en el Programa Ampliado de Inmunización.

Sinopsis de Contenido

Programa Ampliado de Inmunización. PAI

Enfermedades prevenibles por vacunación.

Inmunidad activa y pasiva

Programa Ampliado de Inmunización. PAI - Enfermedades prevenibles por vacunación - Inmunidad activa y pasiva.

Objetivo General: Describir las enfermedades del Programa Ampliado de Inmunización, vacunas que las previenen y la inmunización pasiva y activa.

Objetivo Específico	Contenido	Estrategias Metodológicas		Recursos	Actividades de Evaluación	Tiempo
		Facilitador	Participante			
Al finalizar las actividades de enseñanza y aprendizaje, los padres y representantes estarán en capacidad de: 1. Nombrar las vacunas del Programa PAI	Explicación del programa en relación al pre-test. Vacunas del Programa PAI: Difteria, Tétano, Tos ferina, Sarampión, Rubéola, Paperas, Hepatitis, Poliomielitis, Tuberculosis.	Micro-exposición Mapa mental Organización de subgrupos. Entrega de material de apoyo. Asistir en los grupos en la discusión. Estimulación de la creatividad de los participantes. Llegar a conclusión	Participación en el taller. Asistir a la exposición. Leer y discutir el material de apoyo. Llegar a conclusiones. Escribirlas en el papel bond. Presentarla en plenaria.	Facilitadores, Estudiantes. Investigadores. Especialistas. Retroproyector . Lámina. Marcadores. Vídeo.	Intervención de los participantes. Los participantes presentan conclusiones en rotafolio.	45min.

Objetivo Específico	Contenido	Estrategias Metodológicas		Recursos	Actividades de Evaluación	Tiempo
		Facilitador	Participante			
2. Explicar las enfermedades prevenibles por vacunas	Difteria, Tétano, Tos ferina Sarampión , Rubéola Paperas, Hepatitis Poliomielitis Tuberculosis.	Micro-exposición Mapa mental Organización de subgrupos. Entrega de material de apoyo. Asistir en los grupos en la discusión. Estimulación de la creatividad de los participantes. Llegar a conclusión	Participación en el taller. Asistir a la exposición. Leer y discutir el material de apoyo. Llegar a conclusiones. Escribirlas en el papel bond. Presentarla en plenaria.	Facilitadores, Estudiantes. Investigadores. Especialistas. Retroproyector. Lámina. Marcadores. Vídeo.	Intervención de los participantes. Los participantes presentan conclusiones en rotafolio.	45 min.
3. Explicar con sus propias palabras que es una inmunidad activa y pasiva.	Explicación del programa en relación al pretest.	Micro-exposición Mapa mental Organización de subgrupos. Entrega de material de apoyo. Asistir en los grupos en la discusión. Estimulación de la creatividad de los participantes. Llegar a conclusión	Participación en el taller. Asistir a la exposición. Leer y discutir el material de apoyo. Llegar a conclusiones. Escribirlas en el papel bond. Presentarla en plenaria.	Facilitadores, Estudiantes. Investigadores. Especialistas. Retroproyector. Lámina. Marcadores. Vídeo.	Intervención de los participantes. Los participantes presentan conclusiones en rotafolio.	45 min

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este capítulo se presentan las conclusiones y recomendaciones que dio lugar al análisis y resultados de la investigación.

Los padres y representantes que participaron en el programa, demostraron mediante el post-test que un 90,8% conocen cuales son las enfermedades del Programa Ampliado de Inmunización que son prevenible por vacunas.

Los padres y representantes que participaron en el programa, demostraron mediante el post-test que un 91,2% conocen que a través del esquema de inmunización se puede adquirir una inmunización activa del niño menor de tres años.

Los padres y representantes que participaron en el programa, demostraron mediante el post-test que un 86,4% conocen de la inmunidad transmitida por la madre y que desaparece entre 6 a 12 meses y la adquirida por suero inmunológico en determinada enfermedad.

Por otra parte la implementación de este programa, busca afianzar los conocimientos de padres y representantes de niños menores de tres años tengan en relación al Programa Ampliado de inmunizaciones y, así lograr una mayor cobertura de este; disminuyendo la morbilidad y mortalidad de las enfermedades prevenibles por vacunas, es por ello que se recomienda:

- ◆ La capacitación de los padres y representantes en la necesidad de que sus niños deben tener su esquema de vacunación completo al cumplir los tres años de edad.
- ◆ Promover acciones de salud en las comunidades para divulgar conocimientos y actitudes positivas en relación a las vacunaciones.
- ◆ Dar a conocer los resultados a las autoridades del IVSS Hospital Dr. Cesar Rodríguez Rodríguez de Guaraguao de la ciudad de Puerto la Cruz Edo. Anzoátegui, a fin de establecer políticas que contribuyan a mejorar las coberturas del PAI.
- ◆ Dar a conocer estos resultados al Distrito Sanitario, ya que los resultados obtenidos darán la oportunidad, de conocer la cobertura de las vacunas; en los centros asistenciales, así se tomaran acciones preventiva para la disminución de morbilidad y mortalidad en las enfermedades infectocontagiosas prevenibles por la vacuna.

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

CUESTIONARIO PARA RECOLECTAR INFORMACIÓN
SOBRE INMUNIZACIONES, QUE TIENEN LOS PADRES Y
REPRESENTANTES DE NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS QUE
ACUDEN AL IVSS HOSPITAL “DR CESAR RODRIGUEZ R.” DE
GUARAGUAO, EDO. ANZOATEGUI.

Elaborado por:

Estanga, Rosela

C.I: 10.296.830

Portillo A. Lilian M.

C.I.: 8.256.908

Puerto la Cruz, 2005

Presentación

El presente cuestionario esta dirigido a los padres y representantes de niños menores de tres años que acuden al IVSS “Dr. Cesar R. Rodríguez” de Guaraguao y tiene como finalidad recaudar información sobre la aplicación del programa ampliado de Inmunización.

Esta información es importante para realizar el trabajo especial de grado titulado “Programa de Orientación sobre Inmunizaciones a los padres y representantes de niños menores de tres años”.

El cuestionario esta conformado por 20 preguntas de selección simple donde solo una es la verdadera.

Cabe señalar que el presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación para optar el título de Licenciada en Enfermería en la Universidad Central de Venezuela.

Sus respuestas serán una importante contribución para mejorar la aplicación del Programa Ampliado de Inmunización.

Instrucciones

- A.- Lea cuidadosamente cada una de las preguntas formuladas en el cuestionario que se presenta a continuación.
- B.- Las preguntas han sido diseñadas de una manera que usted podrá responder marcando con una “X” la opción que considere se ajusta a la realidad.
- C.- Recuerde contestar todas las preguntas.
- D.- Si tiene dudas, en relación con alguna pregunta solicita información al encuestador.
- E.- Su opinión será anónima, por favor no lo firme, agradecemos su sinceridad en las respuestas.
- F- Sus respuestas serán utilizadas por los investigadores.

Gracias por su colaboración.

CUESTIONARIO

ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNA

1.- Algunas enfermedades prevenibles por vacuna (PAI):

- a) Tuberculosis, poliomielitis, triple (tétano, difteria, tosferina) __
- b) Gripe, Tos ferina- Sarampión _____
- c) Rabia, Poliomielitis, Fiebre Amarilla _____

2.- Las vacunas del PAI previenen:

- a) Enfermedades infecto contagiosas _____
- b) Accidentes _____
- c) La caída del pelo _____

3.-La Difteria es una enfermedad:

- a).-Infectocontagiosa _____
- b).-Viral _____
- c).-Hereditaria _____

4.- Sabe usted como se llama la vacuna contra el Tétano:

- a) Antitoxina tetánico _____
- b) Toxoide _____
- c) Toxoide Tetanico _____

5.- La Tos ferina es una enfermedad que se previene por:

- a) Vacuna_____
- b) Ejercicios_____
- c) Aislamiento_____

6.- El Sarampión se previene por:

- a) Vacunación _____
- b) Con antibióticos_____
- c) Con reposo y aislamiento_____

7- La Rubéola en la embarazada trae complicaciones:

- a) Al feto _____
- b) Al niño_____
- c) Al Adulto_____

8- La poliomielitis es una enfermedad que se previene:

- a) Por vacunas_____
- b) Con vitaminas_____
- c) Haciendo Dieta_____

9- La Hepatitis B es una enfermedad que se evita con:

- a) Vacunas_____
- b) Reposo_____
- c) Exámenes de laboratorio_____

10.- La Tuberculosis es una enfermedad que se previene por:

- a) Vacunas _____
- b) Alimentación balanceada_____
- c) Con vitaminas_____

INMUNIZACIÓN ACTIVA

11.- Algunas de las vacunas del PAI son:

- a) AntiHepatitis B, Antituberculosas_____
- b) AntiAmarilica, Antigripal____
- c) Antirrábica, AntiHepatitis A_____

12.- La inmunización activa es la que se obtiene por:

- a) Vacunas_____
- b) Alimentos_____
- c) Con medicamentos_____

13.- Para prevenir la tuberculosis cuantas dosis de la BCG es necesario aplicar

- a) Tres dosis_____
- b) Una dosis_____
- c) Una dosis y un refuerzo_____

14.- Las vacunas que se deben aplicar de rutina al recién nacido son:

- a) BCG, Polio, Hepatitis_____
- b) Gripe, Fiebre Amarilla, Antirrábica_____
- c) Sarampión, Rubéola, Triple_____

15.- La cadena de frío asegura:

- a) La correcta conservación de la vacuna_____
- b) El almacenamiento de la vacuna_____
- c) El transporte de la vacuna y la administración_____

INMUNIZACIÓN PASIVA

16.-La inmunización pasiva se adquiere de manera:

- a) Natural_____
- b) Con vitaminas_____
- c) Con tratamientos_____

17.-La embarazada debe vacunarse con toxoide tetánico, para prevenir:

- a) Gripe_____
- b) Tétano Neonatal_____
- c) Tétano del Adulto_____

18.- La inmunidad materna da protección al niño:

- a) Durante los primeros seis meses de vida_____
- b) Después del año_____
- c) Después de los 3 años_____

19.- La Antitoxina tetánica protege:

- a) Por poco tiempo_____
- b) Por toda la vida_____
- c) Hasta los cinco años_____

20.- Las inmunoglobulinas se emplean en tratamiento de:

- a) Algunas inmunodeficiencias_____
- b) Gripe_____
- c) Diarrea_____

INMUNIZACIONES.

INMUNIZACIÓN: CONSISTE EN LA ADMINISTRACIÓN DE TODO O PARTE DE UN MICROORGANISMO, ATENUADO O INACTIVADO, PARA EVOCAR UNA RESPUESTA INMUNOLÓGICA SIMILAR A LA PRODUCIDA POR LA INFECCIÓN NATURAL,

Vacuna: Suspensión de microorganismos atenuados o muertos administrada por vía intradérmica, intramuscular, oral o subcutánea para inducir inmunidad activa frente a enfermedades infecciosas.

Inmunidad Activa: Forma de inmunidad adquirida a largo plazo, que protege el cuerpo de una nueva infección, como resultado de la aparición de anticuerpos que se desarrollan de forma natural tras una infección previa o de forma artificial después de una vacunación.

Inmunidad Pasiva: Forma de inmunidad adquirida que se consigue por medio de los anticuerpos transmitidos de forma natural al feto a través de la placenta, a través del calostro a un lactante o artificialmente mediante la inyección de antisuero para tratamiento o profilaxis.

Enfermedades Prevenibles por Vacuna: Tuberculosis, poliomielitis, sarampión, difteria, tétano, tos ferina, hepatitis A y B, Parotiditis, entre otras.



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
ESCUELA DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE MEDICINA



CARACAS-VENEZUELA

Elaborado por:

TSU: Rosela Estanga

TSU: Lilian Portillo



En nuestro país el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) tiene como esquema de vacunación:

- **B C G**, o vacuna contra la tuberculosis, que protege contra las formas mas graves de la enfermedad, recomendada en el Recién Nacido.

- **Antipolio**, o vacuna contra la poliomielitis, recomendada a los 2,4,6 meses y, por estar el país en fase de Erradicación de la Polio, todo menor de 5 años debe recibir una dosis adicional (refuerzo) en cada jornada nacional de vacunación (anual).

- **Triple (bacteriana)**, o vacuna contra la difteria, tosferina y tétanos, a los 2, 4, 6 meses y 1 refuerzo al año de la tercera dosis y otro a los 4 años. Recomendada por la Sociedad Venezolana de Pediatría y Puericultura (SVPP).

- **Trivalente Viral**, o vacuna contra el sarampión, la rubéola, y la parotiditis, recomendada a los 12 meses y un refuerzo a los 4 años (recomendado por la SVPP).

Haemophilus Influenzae tipo B, llamada también vacuna contra la meningitis que protege contra infecciones (neumonías, meningitis, celulitis, epiglotitis, etc.) causadas por este germen sugiriéndose su aplicación a los 2,4 y 6 meses con un refuerzo a los 15 meses (recomendado por la SVPP).

- **Anti-amarílica**, vacuna contra la fiebre amarilla, recomendada a los

12 meses y un refuerzo cada 10 años.

- **Anti-Hepatitis B**, que protege contra la hepatitis B, recomendada desde recién nacido con esquema 0,1 y 6 meses.

- **Toxoide Tetánico**, que protege contra el tétanos neonatal y no neonatal recomendado en mayores de 3 años y mujeres en edad fértil (12 a 44 años) con refuerzos.

Adicionalmente al esquema del MSDS, la Sociedad Venezolana de Pediatría y Puericultura recomienda para Venezuela en este año (2004):

- **Varicela**, vacuna contra la varicela o lechina, recomendada desde los 12 meses.

- **Hepatitis A**, o vacuna contra la hepatitis A, recomendada desde los 12 meses con refuerzo entre los 6 meses y el año después de la primera dosis.

-**Streptococcus pneumoniae (Heptavalente)**, o vacuna contra las enfermedades (neumonía, meningitis, etc.) causadas por este germen, recomendada a los 2,4,6 meses con refuerzo entre los 12 y 15 meses

La Sociedad Venezolana y la Sociedad Norteamericana de Pediatría para el año 2004 recomienda además de las

inmunizaciones ya nombradas:

- **Influenzae**, o la llamada vacuna contra la **gripe** a partir de los 12 meses con recolocación anual.

Evidentemente estos esquemas son básicamente orientados a la población infantil y existen ciertas variantes según las condiciones del niño, las condiciones epidemiológicas, y por otra parte hay recomendaciones específicas para viajeros, adultos, ancianos, algunas enfermedades, epidemias, etc que deben ser conversadas con su médico.

En conclusión, **si podemos prevenir** la aparición de algunas enfermedades con la colocación de vacunas **¿por que lamentar?** Vacunemos a nuestros niños y estaremos contribuyendo a la formación del recurso más valioso de un país su gente.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARREDA, Pedro (2004). **Las Enfermedades Infecciosas**. América Academia de Pediatría. Illinois. AAP.

BALTIMORE, W (1998) **Todo sobre la vacuna** .Ediciones Disclaimer. Buenos Aires. Argentina.

BELLANTINI, Antonio (1999). **Inmunología Básica**. Interamericana. México. D.F.

BRAUDE, Antonio (1998). **Enfermedades Infecciosas**. Ediciones Panamericanas. Buenos Aires. Argentina

CASTAÑEDA, Coria. (1997). **El virus de la Influenza**. Revista enfermedades Infecciosas en Pediatría. Public Health. México.

CHIN, J. (2001). **El control de las enfermedades transmisibles**. Decimoséptima edición. Publicación Científica y Técnica. N° 581. Washington.

DEBBASG, Roberto. (2001). **Enfermedades en Pediatría**. Editorial Médica Panamericana. Colombia.

DELGADO, A., LA ROSA, Y. y OJEDA, M., (2.000). Propuesta de un programa de Orientación Dirigido a los Padres Sobre La Importancia del Cumplimiento del Esquema de Inmunizaciones en el Desarrollo de los Niños menores de 1 año. Atendido en el Ambulatorio Urbano del Estado Carabobo. T.E.G. Escuela de Enfermería. Universidad Central de Venezuela.

FLORES, Migdalia y MEDINA, Luisa (2.000). Función Educativa de Enfermería” acerca de la vacuna D.P.T. dirigida a las madres de niños de 2 a más años que acuden al Centro Integral de Salud Tipo II, Vista al Sol de San Félix, Estado Bolívar. T.E.G. Escuela de Enfermería. Universidad Central de Venezuela.**GARCÍA, María (2003)**. La Vacunación de BCG. **Diseases Sociey of América Universidad de Chicago**.

GONZÁLEZ, Eugenia (1998). **Inmunización en Pediatría**. Ediciones Mediterráneo. Trillas. México.

GONZÁLEZ, N. y MACIAS, M. (1999) **Inmunizaciones en Pediatría**. Editorial Maw-Hill. Interamericana. México.

GONZÁLEZ, Salvador. (2.000). **Las Inmunizaciones**. Edición Nueva Editorial. Interamericana. S. A. México

HENDERSON, Darwin (1997) **Programas de vacunación**. Universidad de Chile. Santiago de Chile.

HERNANDEZ, Roberto, FERNANDEZ, C. y BAPTISTA, P. (1998) **Metodología de Investigación. 2da Edición**. Editorial Maw-Hill Interamericana. México.

LÓPEZ, Juan (2000). **Combatiendo la enfermedad**. Proyecto Unido de la Cyberescuela de las Naciones Unidas.

MARCANO, I. y TAMICHE, T. (2.003). Programa Ampliado de Inmunizaciones en niños menores de un año. En el Centro Integral de Salud Tipo II “El Perú”, Ciudad Bolívar. Edo. Bolívar T.E.G. Escuela de Enfermería Universidad Central de Venezuela.

MARTÍNEZ, J. y MARTÍNEZ, Y. (1.998). Participación de la enfermera en el Programa de Inmunización de los niños que acuden al Ambulatorio “La Sabaneta” de Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. T.E.G. Escuela de Enfermería. TEG Escuela de Enfermería. Universidad central de Venezuela. MARTÍNEZ, D. Y FARIAS, M. (1.999). Actuación del personal de enfermería en la ejecución del Programa de Inmunizaciones para niños entre 0 y 5 años, en el Centro Integral de Salud Tipo II “Petra Emilia Moreno”. . San Félix. Edo. Bolívar. TEG Escuela de Enfermería. Universidad Central de Venezuela.

MILLAR, Ross (1998). **Informe de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud**. México.

MILLAR, Juan (1999). **Vacunación Intradérmica contra la viruela**. Boletín Informativo Panamericano

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social, MSDS. (2004). **Manual de Normas Técnicas del Programa Ampliado de Inmunizaciones.** Venezuela.

Organización Panamericana de la Salud. OPS/ Organización Mundial de la Salud. (1974). **Vacunación Segura.** Venezuela.

Organización Panamericana de la Salud. (OPS). Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF (2004). **Manual de Capacitación para la Vigilancia Epidemiológica e Inmunizaciones en los Niveles locales.** Venezuela.

OSUNA, Antonio. (1998). **Origen y Control de la Inmunizaciones.** Interamericana. México. D.F.

PEREA, Eduardo (1998). **Enfermedades Infecciosas.** Ediciones Salvat. Barcelona.

PINEDA, E., ALVARADO, E. y CANALES, F. (1994) **Metodología de Investigación.** 2da Edición. Panamericana de la Salud.

RODRÍGUEZ WMA, Macías PM, Hernández PM. (2001). Vacuna contra el sarampión. En: Macías PM. **Temas de pediatría. Asociación Mexicana de Pediatría A. C. Inmunizaciones.** 2ª Ed. McGraw Hill Interamericana, México, D. F. 2001.

SPIESS, H. (1997). **Vacunaciones.** Ediciones Amaro. Paz Montalvo. Madrid. España.

VELÁSQUEZ, M. (2003). **Tétanos.** Revista de Salud. Vol. 7. Ministerio de Salud. Costa Rica.

.

