



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO MATERNO-INFANTIL

**CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN
NIÑOS DE 0 A 6 MESES DE EDAD
CENTRO PEDIÁTRICO PEREIRA ROSSELL, CENTRO COORDINADO
DEL CERRO Y CENTRO DE ASISTENCIA DEL SINDICATO MÉDICO
DEL URUGUAY**

AUTORES:

Br. Aberastury, Judith
Br. Borello, Renzo
Br. Cardozo, Silvana
Br. Fulgueiras, Mónica
Br. Hernández, Fabiana
Br. Larrosa, Elizabeth

TUTOR:

Lic. Enf. Pérez, Mercedes

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 1998

INDICE

• INTRODUCCION	Página 3
• OBJETIVOS	Página 4
• ANTECEDENTES	Página 5
• MARCO TEORICO	Página 6
• DISEÑO METODOLOGICO	Página 12
• RESULTADOS	Página 13
• CONCLUSIONES	Página 17
• ROL DE ENFERMERIA	Página 20
• AGRADECIMIENTOS	Página 21
• BIBLIOGRAFIA	Página 22
• ANEXOS	Página 24
ANEXO 1 Vacunas	
ANEXO 2 Cobertura vacunas	
ANEXO 3 Nivel socioeconómico y de instrucción	
ANEXO 4 Varios	
ANEXO 5 Marco conceptual	

INTRODUCCION

El siguiente trabajo fue realizado por seis estudiantes de Generación 92 correspondientes al Plan 71 del Instituto Nacional de Enfermería (I.N.D.E.), en Agosto de 1998.

El estudio fue llevado a cabo en los Servicios de Vacunación de tres Centros Asistenciales de Montevideo: Centro Pediátrico Pereira Rossell, Centro Coordinado del Cerro y Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (C.A.S.M.U.).

Dichos centros fueron seleccionados por diferentes motivos:

- el C.P.P.R. por ser el Centro de referencia nacional.
- el C.C. del C. por datos aportados por la Directora del Servicio de Inmunizaciones de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa (C.H.L.A.), Dra. Laurani quien nos informó que dicha zona presenta un alto índice de población con un bajo índice de inmunización.
- el C.A.S.M.U. por ser una Institución de asistencia médica colectiva perteneciente al sector privado, en la cual se han realizado experiencias previas de trabajos con el I.N.D.E., permitiéndonos una mayor accesibilidad.

Para efectuar el mismo se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, tomando una muestra de conveniencia, de 90 niños de 0 a 6 meses de edad, 30 en cada centro anteriormente mencionado.

Esta muestra fue seleccionada por razones operativas:

- a) en primer lugar por carecer de la distribución del universo por Centros que nos permitiera tomar una muestra representativa.
- b) en segundo lugar por facilidad y tiempo.

El método utilizado para la recolección de datos fue entrevista a la madre y observación del carné de vacunación del niño.

El instrumento empleado para dicho fin fue un formulario.

Una de las metas mínimas planteadas en Atención Primaria de Salud a alcanzar por los países que integran la Organización Panamericana de la Salud para el año 2000 es: "Proporcionar inmunización al 100% de los niños menores de un año contra difteria, tos ferina, tétanos, tuberculosis, sarampión y poliomielitis."

Durante nuestra experiencia clínica como estudiantes realizada en el Centro Pediátrico Pereira Rossell y en el Primer Nivel de Atención nos enfrentamos a que la mayor parte de los niños menores de un año procedentes de medios socioeconómico y de instrucción medio bajo se encontraban incompletamente inmunizados; desconociendo que sucedía en los otros medios.

Dada esta situación, las consecuencias que de ella se derivan, la inexistencia de trabajos publicados en Montevideo sobre el tema, la proximidad del año 2000 y teniendo en cuenta que la cobertura a nivel nacional de vacunas en los primeros seis meses de vida (excepto B.C.G.) es menor al 90% para el total del país y menor al 85% para Montevideo, nos propusimos investigar si el nivel socio económico y de instrucción materno influyen en el cumplimiento del esquema de vacunación.

Nos planteamos la siguiente situación problema: "¿Cuál es la relación que existe entre el cumplimiento del esquema de vacunación en niños de 0 a 6 meses de edad y el nivel socioeconómico y de instrucción materno, en el cual están inmersos?"

Se decidió tomar el rango de 0 a 6 meses de edad por ser el periodo en el cual el niño recibe mayor número de dosis en relación al tiempo. Siendo también según nuestra experiencia el lapso en el cual se daba el mayor incumplimiento del esquema de vacunación.

Cabe resaltar además, la importancia de la vacunación como una forma de suministrar defensas al organismo, previniendo enfermedades y reduciendo riesgos.

OBJETIVOS

GENERAL: Determinar la relación entre el cumplimiento del esquema de vacunación en niños de 0 a 6 meses de edad según nivel socioeconómico y de instrucción materno.

ESPECIFICOS: * Identificar el nivel socioeconómico de la familia de la que proceden los niños de 0 a 6 meses de los siguientes centros de vacunación: Centro Pediátrico Pereira Rossell, Centro Coordinado del Cerro y C.A.S.M.U.

* Identificar el nivel de instrucción de la madre.

* Determinar el cumplimiento del esquema de vacunación.

* Determinar que relación existe entre las variables nivel socio económico, nivel de instrucción materno y cumplimiento del esquema de vacunación.

ANTECEDENTES

A lo largo de la revisión bibliográfica que realizamos nos encontramos con diversas investigaciones, de las cuales se apreció un predominio de temas vinculados al tercer nivel de atención.

En lo que respecta al primer nivel, se vieron enfocados hacia las realidades y tendencias locales y regionales, como por ejemplo la realizada en el Centro de Salud "El Pato" (Málaga-España) en 1992; basada en la captación activa (metodología de acción multidisciplinaria con el fin de captar poblaciones mal/no inmunizadas con riesgo de sufrir enfermedades prevenibles por vacunación).

La captación fue realizada por tres métodos: telefónico, postal y/o domiciliario.

Los niveles socioeconómicos y de instrucción de la población referida eran muy heterogéneos.

El resultado obtenido fue que en 1993 se llegó prácticamente al 100% de inmunizaciones en menores de 6 años, siendo en 1991 del 80%, eliminándose el riesgo de enfermedades prevenibles por vacunación (principal objetivo planteado).

A nivel nacional, uno de los trabajos realizados por la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa (C.H.L.A.)*, a cargo de la Dra. Laurani, fue el de los Asentamientos 6 y 7 de Maldonado Nuevo, en 1995.

El mismo surge a raíz de que las coberturas de vacunación descendieron a niveles preocupantes en las cohortes 1993 (90%) y 1994 (80%) siendo del 98% entre 1987 y 1991.

Según el relevamiento municipal el Asentamiento N°6 consta de 210 viviendas y el N°7 de 217.

Para la encuesta se tomaron solo hogares donde vivían niños menores de 7 años, realizándose 126 encuestas (45 en el Asentamiento N°6 y 81 en el N°7).

Estos asentamientos eran de reciente formación con viviendas precarias y constituidas por familias que se trasladaron por razones de trabajo desde diferentes puntos del país.

El nivel de instrucción de la madre en su mayoría era de primaria completa.

De los resultados se destaca que:

- a) de la muestra de 188 niños el 34% debe alguna vacuna, pero sin embargo las madres percibían la vacunación como una necesidad.
- b) los menores de un año eran llevados a control pediátrico pero sin embargo no cumplían con la actualización de las vacunas.
- c) el 40% de las madres manifestó no disponer de un vacunatorio accesible.

* Dra. Laurani: Encuesta en Asentamientos 6 y 7 de Maldonado Nuevo. 1995.

MARCO TEORICO

En América Latina el descenso de la mortalidad desde comienzos del siglo XX obedeció esencialmente al progreso socioeconómico y educativo, junto con mejoramientos de la higiene y factores de progresos terapéuticos como sulfamidas, antibióticos, disponibilidad de inmunizaciones, sales de rehidratación, etc.

Actualmente se están produciendo cambios en la constitución de la sociedad y la familia que se ve constantemente amenazada de disolución, lo cual influye en el crecimiento y desarrollo del niño.

Entendiéndose por crecimiento y desarrollo al conjunto de cambios somáticos y funcionales que se producen en el ser humano desde su concepción hasta la adultez. Estos conceptos implican una visión dinámica, evolutiva y prospectiva del ser humano y es una característica diferencial en la asistencia al niño.

Una de las funciones indispensables para la supervivencia del niño es la capacidad de defensa del organismo contra la acción agresiva de elementos que le son extraños y pueden dañarlo.

Los procesos de crecimiento, desarrollo y reproducción infantil son el resultado de la interacción de factores genéticos y las condiciones ambientales y sociales en que viven, influyendo entre sí.

Es posible afirmar que existen factores sociológicos en toda enfermedad, y el hecho en sí de ser considerada como tal depende de factores sociales.

Según Bonaba *: "El niño está siempre en inminencia de peligro social, porque es social la causa de la mayor parte de las enfermedades frecuentes y graves de la infancia".

Las enfermedades no son uniformes, sino que por el contrario, se observa que algunas son más frecuentes en determinados grupos sociales. Ello es debido a que el medio expone a los individuos a factores de riesgo y por otra parte, que el pertenecer a determinado grupo social suele implicar pautas de comportamiento que pueden resultar perjudiciales a la salud.

La actitud asumida por el individuo y su núcleo familiar ante la enfermedad, se ven influenciadas por el medio y éste a su vez influye en su evolución y pronóstico.

El conocimiento de los factores de riesgo permite realizar acciones tendientes a la prevención o la minimización del daño.

La gente suele responder ante la enfermedad desde la perspectiva de su cultura, por tanto suele responder ante ésta de un modo previsible.

Surge de estos hechos la importancia de conocer la estructura social y los diferentes modos de vida, pues proporcionan con frecuencia las clases de la naturaleza y causas de las enfermedades.

* Citado por Saldrún de Rodríguez, María L.: Problemas médico - sociales de la infancia. Arch. Pediat. Uruguay 21: 1012 - 1016, 1950.

Son múltiples los programas y estrategias que diferentes organizaciones nacionales e internacionales han puesto en marcha para disminuir los índices de morbilidad infantil.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (P.A.I.), promovido por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), para el Uruguay es uno de ellos; cuyo primer objetivo fue disminuir la morbilidad resultante de seis enfermedades prevenibles por vacunación: tuberculosis, tétanos, difteria, tos convulsa, poliomielitis y sarampión.

Se regularon los requisitos básicos y técnicos para la producción, transporte, almacenamiento y distribución (cadena de frío) de las vacunas.

El P.A.I. incluye además controles de calidad, encuestas sobre el estado inmunitario de las poblaciones, respuesta a las vacunaciones y vigilancia epidemiológica.

Los calendarios de vacunación se establecieron tomando en cuenta el óptimo de capacidad de respuesta de los niños frente a los diferentes antígenos y la situación epidemiológica de cada país.

VACUNACION

REFERENCIA HISTORICA

El desarrollo de vacunas eficaces y seguras es un proceso cada vez más acelerado. Ya los chinos, hace más de 2000 años inducían empíricamente inmunidad activa contra la viruela mediante inoculación, no exenta de riesgos, con material obtenido de pústulas o de costras de enfermos. Pero no fue sino hasta 1796 cuando el médico británico Edward Jenner realizó la primer inmunización moderna, inoculando el virus de la vacuna para obtener respuesta inmune frente a la viruela.

Tras estudiar los trabajos de Jenner, en 1885 el químico francés Louis Pasteur abrió el camino para la inmunología y el descubrimiento de las vacunas preventivas actuales, mediante la utilización de un virus atenuado, el de la rabia.

Es recién en el siglo XX y particularmente en las últimas décadas, cuando el desarrollo de vacunas altamente eficaces y con mínimos efectos secundarios se puede calificar de explosivo.

DEFINICION

La vacunación es un procedimiento que pretende evitar la infección natural y estimular una inmunidad activa y duradera en un individuo susceptible, mediante la introducción deliberada (por vía oral o parenteral) de un antígeno (microbio muerto, vivo o atenuado, fracción del mismo o producto bacteriano) que ha perdido el poder patógeno pero no el de inducir inmunidad.

Debe diferenciarse de la inmunización pasiva (o de préstamo) tendiente a modificar o prevenir.

Es un procedimiento que pretende evitar la infección natural y estimular una inmunidad activa y transitoriamente la infección natural mediante la administración de anticuerpos (sueros antitóxicos, gamaglobulinas).

Dentro del Certificado Esquema de Vacunación vigente actualmente en nuestro país están incluidas las siguientes vacunas en el rango de 0 a 6 meses: BCG, D.P.T., Antipoliomielítica y Hib. (Ver Anexo N° 1).

NIVEL SOCIOECONOMICO Y NIVEL DE INSTRUCCION

En la sociedad uruguaya podríamos diferenciar tres clases sociales: alta, media y baja. Tomando como referencia la escala de medición de nivel socioeconómico propuesta por Graffar en 1956 ** la que se centra en cinco criterios (instrucción, fuente de ingresos, vivienda, barrio y ocupación), los cuales se refieren a las características sociales, económicas y culturales del núcleo familiar, seleccionamos algunos de los criterios o aspectos con el fin de analizar las condicionantes socio económicas tales como: vivienda, servicios, trabajo, estructura familiar,...

El nivel socioeconómico y de instrucción materno desempeñan un papel a tener en cuenta en el proceso salud-enfermedad del niño, dado que la infancia es uno de los períodos más vulnerables donde el crecimiento y desarrollo están ligados estrechamente a factores exógenos.

El descenso alcanzado en la tasa de mortalidad infantil no es directamente representativo de una mejora en la calidad de vida de la población dado que existen medidas estrictamente ligadas al cuidado sanitario como: suero de rehidratación oral, vacunación, programa de I.R.A., etc., que mejoran este indicador sin cambiar las condiciones socioeconómicas y de instrucción.

En lo que respecta al nivel de instrucción, nuestro país tiene una de las tasas de analfabetismo más bajas de América Latina, inferior al 4 %, según Censo de Población y Vivienda de 1996.

A pesar de lo cual es alta la deserción escolar y bajo el porcentaje de alumnos que continúan al ciclo de enseñanza media, siendo en nuestro país la enseñanza pública, laica y gratuita en todos los niveles y obligatoria en el ciclo primario y ciclo básico secundario.

** Siskewich, A. y Grunberg, J.: Un método simplificado de clasificación social. Análisis de validez, de producibilidad, simplificación y eficiencia operativa del método de M. Graffar. Adaptación para su aplicación a las características demográficas regionales. Vol. XXXI - N° 5 - 1981. Courier (CIB). Pág. 485 - 491.

SELECCIÓN DE VARIABLES

• NIVEL SOCIOECONOMICO

Definición conceptual: determinado por el lugar que ocupa la familia dentro del sistema productivo y el entorno en el que se desenvuelve.

Clasificación: variable independiente, cualitativa, ordinal.

Categorías: serán las siguientes según los indicadores a desarrollar:

BAJO: Vivienda precaria: construida con materiales de desecho: cartón, lata y chapa.(1)

Servicio: agua ausencia (0)
de pozo. (1)
luz eléctrica: ausencia. (1)
presencia (3)
pozo negro o letrina. (1)
Tenencia de la vivienda: agregado o intruso. (1)
Trabajo: inestable o ninguno. (1)
Estructura familiar: dependiente de otra. (1)

MEDIO: Vivienda modesta: paredes sin revocar, techos livianos de zinc o dolmenit,
pisos sin revestir. (3)

Servicios: agua de O.S.E. (3)
presencia de luz eléctrica. (3)
existencia saneamiento. (3)
pozo negro (1)
Tenencia de la vivienda: inquilino o usufructuario. (3)
Trabajo: estable. (3)
Estructura familiar: independiente. (3)

ALTO: Vivienda buena: paredes revocadas, pisos revestidos, techo de planchada. (5)

Servicios: agua de O.S.E. (3)
presencia de luz eléctrica. (3)
saneamiento. (3)
Tenencia de la vivienda: propietario (5)
inquilino (3)
Trabajo estable. (3)
Estructura familiar: independiente. (3)

Puntaje: Nivel socio económico bajo (1 - 10)
medio (11 - 21)
alto (22 - 30).

Como indicador del nivel socioeconómico se toma la escala de medición de Graffar modificada. (Ver Anexo N° 3),

• NIVEL DE INSTRUCCION

Definición conceptual: está determinado por el último año aprobado por la madre en el sistema educativo vigente.

Clasificación: variable independiente, cualitativa, ordinal.

Tomando como base la escala de medición propuesta por Graffar, se determinan las siguientes categorías:

- Analfabetismo.
- Primaria - completa.
- incompleta.
- Secundaria - completa o U.T.U.
- incompleta.
- Terciaria - completa.
- incompleta.

El nivel de instrucción de los padres puede actuar como un factor positivo para que éste lo sea en los hijos, o como un factor de riesgo para que se repita en los mismos.

El analfabetismo real o funcional genera dificultades graves en lo social como marginalidad, trabajo inestable y mal remunerado, dificultades en las relaciones sociales incluida la relación médico-paciente.

• CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACION

Definición conceptual: cumplimiento de las dosis reglamentarias del esquema de vacunación en los primeros seis meses de vida del niño, (con un rango de dos meses de tolerancia independientemente de la causa).

Clasificación: variable dependiente, cualitativa, nominal.

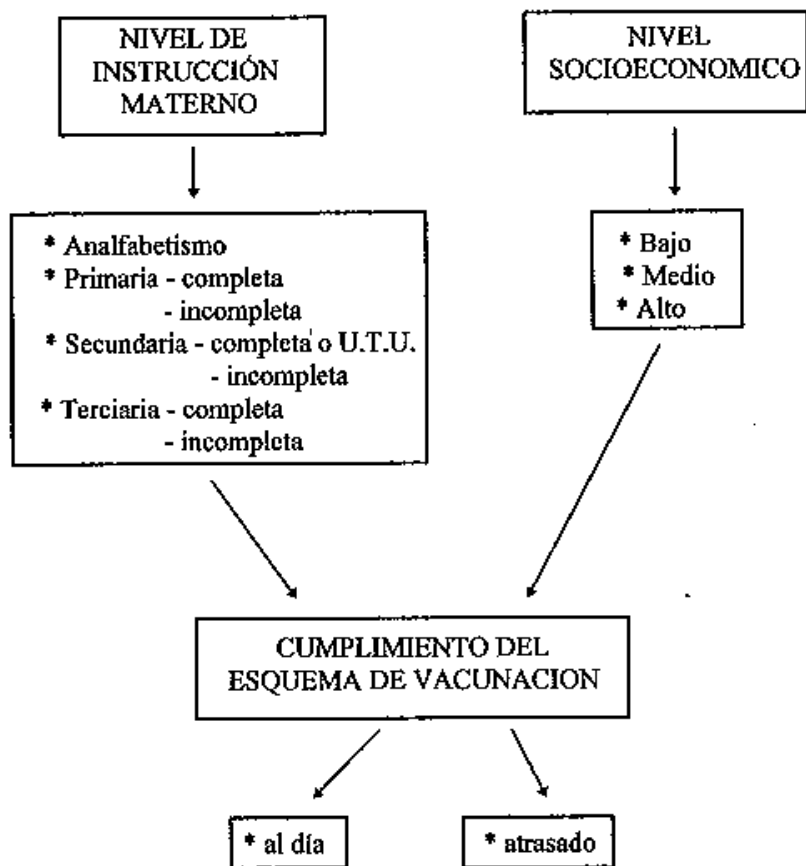
Categorías: - Al día.
- Atrasado.

Indicadores:

- 1) EDAD DEL NIÑO, tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha.
- 2) ESQUEMA DE VACUNACION, calendario de vacunación establecido en el P.A.I.

RELACION ENTRE LAS VARIABLES

Las variables que el presente estudio relacionan son Cumplimiento del Esquema de Vacunación (dependiente) con el Nivel de Instrucción materno y el Nivel Socioeconómico (ambas independientes).



HIPOTESIS

El nivel socioeconómico y de instrucción de la madre de los niños de 0 a 6 meses está relacionado con el cumplimiento del esquema de vacunación.

DISEÑO METODOLOGICO

El tipo de estudio según Campos* se define como: "el esquema general o marco estratégico que le da unidad, coherencia y sentido práctico a todas las actividades que se emprenden para buscar respuesta al problema y objetivos planteados".

Nuestra investigación según el problema planteado consiste fundamentalmente en establecer la comparación entre variables, donde se propone una hipótesis, la que los investigadores nos propondremos probar o negar.
Este estudio es descriptivo, de corte transversal.

El área que este estudio abarca es, inmunizaciones en niños de 0 a 6 meses de edad del Centro Pediátrico Pereira Rossell, Centro Coordinado del Cerro y C.A.S.M.U.

El universo es 3657 niños de 0 a 6 meses de edad nacidos en Montevideo en el período entre Enero y Junio de 1998.
(Dato aportado por la Secretaría del Plan Aduana del Ministerio de Salud Pública).

Se toma una muestra de conveniencia de 90 niños de 0 a 6 meses de edad de Montevideo, que se asisten en los Centros mencionados, 30 de cada uno de ellos.

El método ha emplear para la recolección de datos es la entrevista a la madre, utilizaremos la de tipo estructurada y la observación del carne de vacunación del niño.

La fuente de información es primaria, obteniéndose la misma a través del contacto directo con el sujeto en estudio.

El instrumento que se empleará es un formulario. (Ver Anexo N° 4).
Las preguntas incluidas son de respuesta simple, múltiple y dicotómica; las cuales están dirigidas a recabar información acerca del niño, nivel de instrucción materno y nivel socioeconómico del núcleo familiar.

Previo a la aplicación del formulario se realizará una prueba de campo para determinar su calidad o si se requieren modificaciones.

Las variables identificadas que serán objeto de estudio son: a) nivel socio económico, b) nivel de instrucción materno y c) cumplimiento del Certificado Esquema de Vacunación; las que serán analizadas individualmente.

Las variables que deben cruzarse son:

- a) cumplimiento del esquema de vacunación con nivel socioeconómico.
- b) cumplimiento del esquema de vacunación con nivel de instrucción materno.

La tabulación y el procesamiento de los datos se realizará a través de Tablas de Frecuencias y Gráficos con las variables seleccionadas.

* Campos, A.: Método, Plan y Proyecto en la investigación Social, Colección Salud y Sociedad. Programa Centroamericano de Ciencias de la Salud. (CSUCA), 1982, Pág. 111.

RESULTADOS

TABLA 1 Distribución del nivel socioeconómico de niños de 0 a 6 meses por Centro, Agosto 1998

NIVEL SOCIOECONOMICO

Centros	BAJO		MEDIO		ALTO		TOTAL	
C.P.P.R.	10	33,33%	18	60,00%	2	6,67%	30	100,00%
C.C. del C.	17	56,67%	11	36,66%	2	6,67%	30	100,00%
C.A.S.M.U.	1	3,33%	12	40,00%	17	56,67%	30	100,00%
TOTAL	28	31,11%	41	45,56%	21	23,33%	90	100,00%

En términos generales, no se observa aparentemente diferencia en cuanto al nivel socioeconómico medio; predominando el nivel bajo en las instituciones públicas.

TABLA 2 Distribución del nivel de instrucción de la madre

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Centros	ANALF.		P. INC.		P. COM.		S. INC.		S. COM.		T. INC.		T. COM.		TOTAL	
C.P.P.R.	1	3,33%	4	13,33%	9	30,00%	11	36,66%	5	16,67%	0	0%	0	0%	30	100,00%
C.C. del C.	3	10,00%	2	6,66%	7	23,34%	13	43,33%	5	16,67%	0	0%	0	0%	30	100,00%
C.A.S.M.U.	0	0%	0	0%	0	0%	4	13,33%	9	30,00%	9	30,00%	8	26,66%	30	100,00%
TOTAL	4	4,44%	6	6,67%	16	17,78%	28	31,11%	19	21,11%	9	10,00%	8	8,89%	90	100,00%

En términos generales, en las instituciones públicas el nivel de instrucción es menor, pues no se alcanza el nivel terciario.

TABLA 3 Distribución del esquema de vacunación por Centro

ESQUEMA DE VACUNACION

Centros	AL DIA		ATRASADO		TOTAL	
C.P.P.R.	22	73,33%	8	26,67%	30	100,00%
C.C. del C.	21	70,00%	9	30,00%	30	100,00%
C.A.S.M.U.	27	90,00%	3	10,00%	30	100,00%
TOTAL	70	77,78%	20	22,22%	90	100,00%

En términos generales encontramos que el mayor porcentaje de la población presenta el esquema de vacunación al día.

TABLA 4 Distribución del cumplimiento del esquema de vacunación en función del nivel socioeconómico

	BAJO		MEDIO		ALTO		TOTAL	
AL DIA	21	30,00%	32	45,72%	17	24,28%	70	100,00%
ATRASADO	7	35,00%	9	45,00%	4	20,00%	20	100,00%
TOTAL	28	31,11%	41	45,56%	21	23,33%	90	100,00%

GRAFICO 1 Cumplimiento del esquema de vacunación por nivel socioeconómico



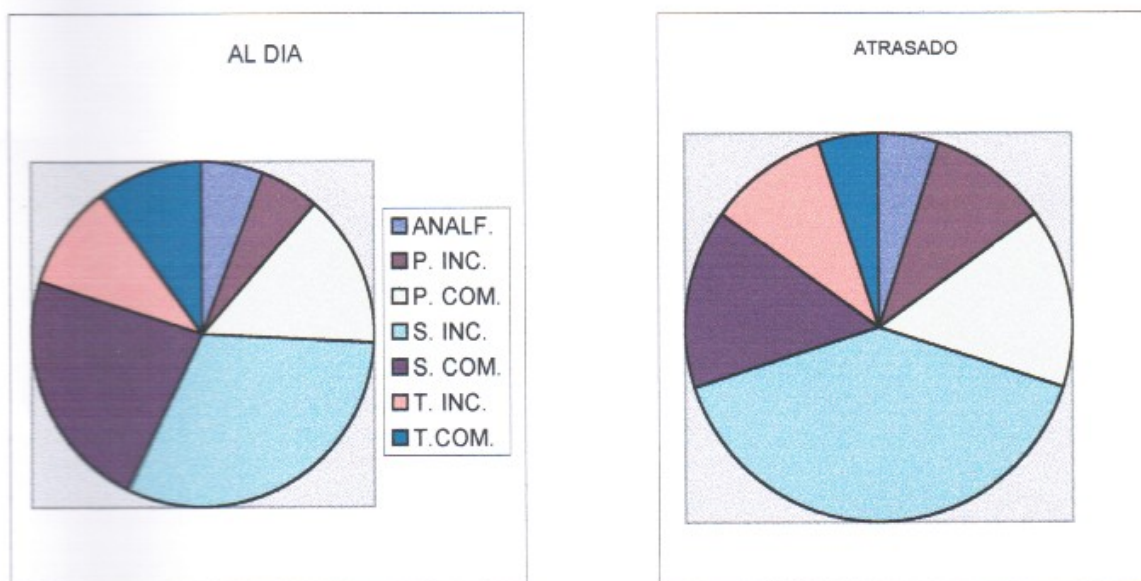
En los Gráficos 1 y 2 se aprecia claramente que no existe una diferencia significativa entre las variables.

TABLA 5 Distribución del cumplimiento del esquema de vacunación según el nivel de instrucción de la madre

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

C.E.V.	ANALF.		P. INC.		P. COM.		S. INC.		S. COM.		T. INC.		T. COM.		TOTAL	
AL DÍA	4	5,71%	4	5,71%	10	14,23%	22	31,42%	16	22,35%	7	10,00%	7	10,00%	70	100,00%
ATRASADO	1	5,00%	2	10,00%	3	15,00%	8	40,00%	3	15,00%	2	10,00%	1	5,00%	20	100,00%
TOTAL	5	5,55%	6	6,66%	13	14,44%	30	3,33%	19	21,11%	9	10,00%	8	8,88%	90	100,00%

GRAFICO 2 Cumplimiento del esquema de vacunación según nivel de instrucción de la madre



Entonces nos planteamos, ¿existe presunta asociación entre las variables?

Para contestar esta interrogante realizamos el Test de X^2 , obteniendo estos valores:

TABLA	X^2 s/ tabla	X^2 hallado
1	9,49	37,29
2	21,03	56,35
3	5,99	3,94
4	4,49	0,26
5	12,59	1,69

Para las Tablas 1 y 2 como el valor de X^2 hallado es superior al de la tabla decimos que existe presunta asociación, pero somos conscientes que la prueba que seleccionamos presenta algunos inconvenientes debido a que tenemos celdas con menos de cinco individuos; no siendo así para las Tablas 3, 4 y 5.

-) Pero en ningún caso el X^2 indica relación entre las variables, para ello deberíamos realizar otro tipo de Test estadístico como ser la diferencia de proporciones.

)

CONCLUSIONES

Del análisis de los datos obtenidos en los tres centros asistenciales, Centro Pediátrico Pereira Rossell, Centro Coordinado del Cerro y C.A.S.M.U. y contrariamente a lo esperado, se observa que aparentemente no existe relación entre las variables estudiadas. Esto nos lleva a pensar que el cumplimiento del esquema de vacunación es independiente del nivel socio económico y de instrucción de la madre del niño de 0 a 6 meses.

Este hecho puede estar relacionado con diferentes factores:

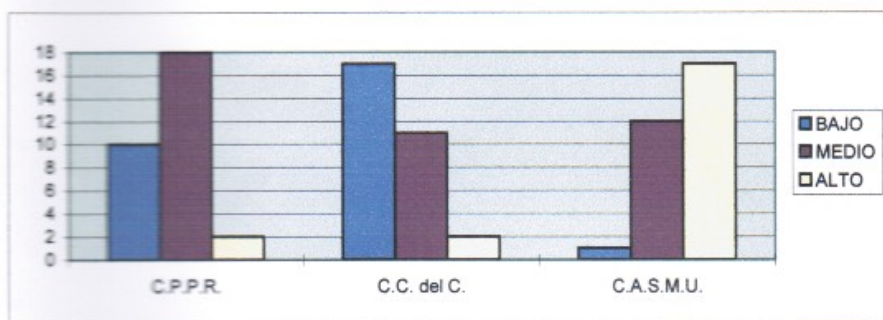
1. Todas las entrevistas fueron realizadas en centros asistenciales donde las madres concurren con sus hijos a control. Estos resultados podrían variar si las entrevistas fueran realizadas en salas de internación, o aleatoriamente casa por casa.
2. El cumplimiento del esquema de vacunación en el nivel socio económico bajo es requisito para adquirir ciertos beneficios sociales.
3. Por el seguimiento que realiza la C.H.L.A. en los casos de incumplimiento ya sea a través de citaciones (ver Anexo N° 2), vacunatorios móviles y control del Programa Adriana.
4. El único dato que se pudo constatar de las entrevistas realizadas fue el cumplimiento del esquema de vacunación.

Específicamente en cada centro asistencial los resultados obtenidos se detallan a continuación:

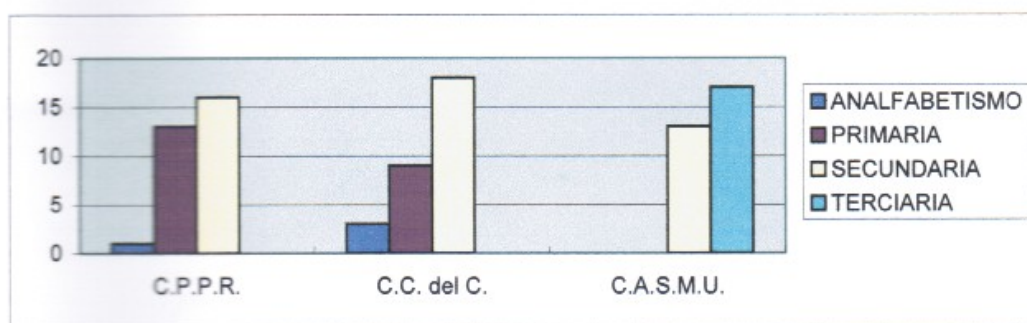
- Centro Pediátrico Pereira Rossell: el nivel socio económico predominante es el medio, el nivel de instrucción es secundaria incompleta y el cumplimiento del esquema de vacunación se da en un 73% de los casos.
Parcialmente en este centro se cumple con lo esperado, dado que es un centro de referencia nacional.
- En el Centro Coordinado del Cerro: el nivel socio económico predominante es el bajo como lo esperábamos, el nivel de instrucción es también secundaria incompleta y el cumplimiento del esquema de vacunación se da en un 70% de los casos.
Estos dos últimos porcentajes son más elevados de lo esperado.
- En el C.A.S.M.U.: el nivel socio económico predominante es el alto, el nivel de instrucción es terciaria incompleta y el cumplimiento del esquema de vacunación se da en un 90% de los casos.
Las variables se comportan dentro de lo esperado.

En cada Centro Asistencial los resultados obtenidos se detallan a continuación:

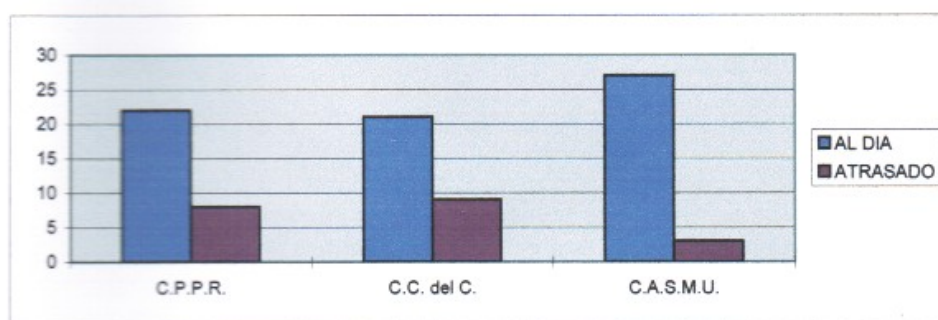
Distribución del Nivel socio económico por Centro.



Distribución del Nivel de Instrucción por Centro.



Distribución del Cumplimiento del Esquema de Vacunación por Centro.



De los objetivos planteados para el desarrollo de la investigación concluimos que, dentro de los específicos:

- a) Identificamos el nivel socioeconómico de las familias según los criterios establecidos para tal fin.**
- b) Identificamos el nivel de instrucción materno.**
- c) Se constató a través de la observación del carnet de vacunación su cumplimiento.**
- d) Determinamos que no existe una presunta asociación entre las variables planteadas.**

Por lo anteriormente mencionado vemos que cumplimos con el objetivo general.

ROL DE ENFERMERIA

Las primeras edades de la vida son las que mayor preocupación nos exigen dado por la vulnerabilidad del niño frente a factores ambientales, sociales, culturales y económicos. Por ello es fundamental que la actuación de Enfermería esté dirigida al grupo familiar, en especial a la madre, mediante la elaboración de estrategias que nos permitan prevenir, reducir riesgos y rehabilitar en aquellos casos que así lo exijan.

Dicha actuación incluye funciones de asistencia, docencia, administración e investigación.

- A) Asistencia:** que es la prestación de cuidados integrales directos al usuario.
- B) Docencia:** realizada a diferentes niveles: a individuos y grupos, al personal a su cargo y a otros profesionales del equipo.
- C) Administración:** asegura que las funciones y actividades ha desarrollarse se realicen en forma sistemática, racional y ordenada, respondiendo a necesidades y asegurando el uso adecuado de los recursos.
- D) Investigación:** con el fin de ampliar y profundizar conocimientos, buscar experimentalmente solución a problemas, difundir y aplicar las mejoras obtenidas y alcanzar un campo propio de conocimientos.

Las actividades que desempeña la Licenciada en Enfermería en relación a las diferentes funciones son:

- **Brindar información a la madre sobre la importancia de la inmunización, sus beneficios, cumplimiento en tiempo y forma, entre otros.**
- **Controlar el cumplimiento del esquema de vacunación.**
- **Administrar recursos.**
- **Inmunizar y llevar el registro pertinente.**
- **Control de calidad.**
- **Llevar adelante la ejecución del Plan Aduana.**
- **Programar y realizar visitas domiciliarias en los casos que lo requieran.**
- **Promover y participar activamente en todas las actividades de formación continuada dirigidas al equipo de salud y la comunidad.**
- **Participar en diferentes investigaciones en su campo.**
- **Evaluar los resultados obtenidos en el trabajo realizado.**

Identificamos que las acciones de enfermería deben comenzar lo más precozmente posible, o sea desde el nacimiento del niño.

AGRADECIMIENTOS

- **Directora del Servicio de Inmunizaciones de la C.H.L.A.**
Dra. Laurani
- **Licenciada en Enfermería Jefe del Sector de Vacunaciones del Policlínico del C.A.S.M.U.**
Licenciada en Enfermería Milka Arguello.
- **Licenciada Jefe del Departamento de Enfermería del C. P. Pereira Rossell.**
- **Sr. Aguerre Encargado de la sección Estadística de A.S.S.E.**
- **Sra. Mirta Beltrán de la Secretaría del Plan Aduana.**

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Bonaba, L. Citado por Saldrún de Rodríguez María L.: Problemas médico - sociales de la infancia.
Arch. Pediat. Uruguay 21: 1012 - 1016, 1950.
- Ciganda, N. y Danón, A.: Nivel socioeconómico, su importancia en la atención pediátrica.
Trabajo del curso de postgrado. Primer año.
Escuela de Graduados. Facultad de Medicina.
- Curminsky, M.: Inmunizaciones y crecimiento.
Manual de crecimiento y desarrollo del niño. Cap. 6.
Serie Paltex. Editorial: O.P.S.
- Danón, A.: Nivel socioeconómico, su importancia en las actitudes asumidas frente a la enfermedad en Pediatría.
Escuela de Graduados. Facultad de Medicina. 1982.
- Hernández de Canales, F.: Metodología de la Investigación.
Manual para el Desarrollo de Personal de Salud.
Serie Paltex. Editorial: O.P.S.
- Hotal de Peluffo, M. y colaboradores,: Temas de Bacteriología y Virología.
Tomo II. Editorial: Librería Médica.
- <http://www.paidos.net/vacunas/pf.htm>
<http://www.ssa.gob.mx/conava/antec.html>
<http://ecomedic.sarenet.es/ecomedic/inmuvacu.htm>
Enciclopedia Microsoft Encarta 97.
- Meneghello. Programas de Vacunación.
Pediatría. Vol. I Cap. 18.
- Merck & Co., Inc.: Infecciones de la infancia. Procedimientos de inmunización durante la infancia.
Pediatría y Genética. Cap. 194.
Editorial: Librería Médica. 1994.
- Polit, D.: Investigación Científica en Ciencias de la Salud.
Editorial: Interamericana.
- Ruocco, G.: Vacunación. La vacunación anti - Hib.
Archivos de Pediatría del Uruguay. Vol. 67 N° 3 Setiembre 1996.
Vol. 64 N° 3 Octubre 1993

- Sitkewich, A. y Grunberg, J.: Un método simplificado de clasificación social. Análisis de validez, de producibilidad, simplificado y eficiencia operativa del método de M. Graffar. Adaptación para su aplicación a las características demográficas regionales. Vol. XXXI N° 5 1981.
- Yarzabal.: Inmunización activa. Estado actual del Plan Nacional de Vacunación. Prevención de enfermedades infecciosas. Cap. I
- Revista Atención Primaria de Salud
Cobertura Vacunal a los dos años de edad en una zona urbana socialmente desfavorecida. Vol. 9 N° 3 M.S.P. UNICEF Marzo 1992
- Revista Rol de Enfermería
Estructura familiar y jerarquía de necesidades. N° 196 Diciembre 1994
Vacunaciones infantiles. N° 210 Febrero 1996
Protocolo de investigación. N° 152 Abril 1991

INSTITUTO NACIONAL ENFERMERIA
BIBLIOTECA
HOSPITAL DE CURSOS
AV. ITALIA 1100 1° PISO
MONTEVIDEO - URUGUAY

00347

ANEXOS

ANEXO 1 VACUNAS

VACUNAS DEL C.E.V. ENTRE 0 Y 6 MESES

VACUNA ANTITUBERCULOSA (BCG)

Fue ensayada por Calmette y Guérin desde 1908, pero se aplicó recién a partir de 1924. Es una suspensión liofilizada de bacilos vivos atenuados de *Mycobacterium Tuberculosis* capaces de multiplicarse en el huésped, confiriendo inmunidad de larga duración.

La inoculación de la vacuna no da lugar a reacciones de hipersensibilidad dañina, sino que, por el contrario, la reinfección encuentra al organismo en mejores condiciones para controlar la invasión microbiana y defenderse de una acción bacteriana agresiva.

Se aplica por vía intradérmica en la región deltoidea entre las 48 y 72 horas del recién nacido, en dosis de 0,1 cc. No se realiza test tuberculínico previo, salvo en casos especiales.

La vacunación la realiza la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa, desde 1987.

Reacciones: normalmente la inyección da lugar a una pequeña pústula superficial que evoluciona aproximadamente en treinta días, cubriéndose con una costra que deja una cicatriz indeleble.

La inyección demasiado profunda (subcutánea), puede producir abscesos locales.

Contraindicaciones: no deben vacunarse niños antes de que superen los 2000 gr. de peso vivo, o si padecen de enfermedades graves, síndrome de inmunodeficiencia o afecciones cutáneas generalizadas y muy extensas.

Tuberculosis: infección bacteriana crónica.

Su nombre deriva de la formación de unas estructuras celulares características llamadas tuberculomas, donde los bacilos quedan encerrados.

Tuberculosis perinatal: los recién nacidos la pueden adquirir por: a) diseminación transplacentaria a través de la vena umbilical hacia el hígado fetal, b) aspiración o deglución de líquido amniótico infectado o c) exposición postnatal a una tuberculosis activa de un contacto íntimo por inoculación transportada por el aire.

Alrededor del 50% de los niños nacidos de madres con una tuberculosis activa, desarrollan la enfermedad durante el primer año de vida si no se administra una quimioprofilaxis o la vacuna.

La presentación clínica es inespecífica, pero habitualmente se caracteriza por una afectación multiorgánica. La presencia de fiebre, letargia, distrés respiratorio, hepatosplenomegalia o retraso del crecimiento alertan sobre la posibilidad de una tuberculosis en un recién nacido con el antecedente de una exposición a esta enfermedad.

Grupos vulnerables: familias de bajos recursos.

Para el diagnóstico puede ser de utilidad el examen y cultivo de aspirados traqueales, orina, lavado gástrico y LCR en busca de bacilos ácido-resistentes. La radiografía de tórax muestra habitualmente infiltrados miliares. Para confirmar el diagnóstico puede ser necesaria la biopsia de hígado, ganglios linfáticos o pulmón y pleura.

Efecto sobre el crecimiento: afectación secundaria a la desnutrición, falta de alimentos, inapetencia y síndrome febril prolongado.

Quimioprofilaxis: el primer agente quimioterapéutico específico fue la Estreptomina, descubierta en 1944 por S. A. Waksman. En 1948 se descubrió el Ácido Paraaminosalicílico y más tarde la Isoniacida.

VACUNA TRIPLE BACTERIANA (DPT)

Es una mezcla de toxoide tetánico, toxoide diftérico más una suspensión de *Bordetella pertussis*.

La protección activa contra la difteria y el tétanos es dada por los agentes infectantes (*Corynebacterium diphtheriae* y *Clostridium tetani* respectivamente), capaces de invadir el organismo y de producir una exotoxina, que al penetrar al torrente circulatorio da origen a los síntomas específicos.

La dosis útil para la protección de niño es de 20 a 30 Lf (unidades de floculación) de toxoide diftérico, 10 Lf de toxoide tetánico y de 10000 a 20000 gérmenes de *Bordetella pertussis*.

Se administra por vía intramuscular profunda en región glútea en el niño. Como el hidróxido de aluminio tiende a sedimentar, el producto debe ser agitado fuertemente antes de su uso.

La combinación de los antígenos se aplica en tres dosis a los 2, 4 y 6 meses de edad, con dos inyecciones de refuerzo. En la edad escolar solo se combinan los toxoides diftérico y tetánico.

La posibilidad de combinar sin inconvenientes esta inmunización ha implicado ventajas administrativas, menores molestias para el niño, y reducción de costos, sin alteración de la protección individual de cada componente, ni aumento de las reacciones locales o generales.

Reacciones: localmente se manifiesta por enrojecimiento, tumefacción y dolor en el sitio de inyección.

Las complicaciones neurológicas, y en especial las encefalopatías, se relacionan con el componente pertussis de la vacuna (1 por cada 310000 vacunados). En todo caso los riesgos deben ser comparados con los que se corren al no vacunar al niño. Las convulsiones, por ejemplo, son mucho más frecuentes con la tos ferina que después de la inmunización, y la enfermedad es causa de una elevada proporción de encefalopatías, a veces mortales.

Difteria: enfermedad contagiosa aguda caracterizada por la formación de una pseudomembrana fibrinosa, por lo general sobre la mucosa respiratoria, y por la lesión del tejido miocárdico y nervioso, secundaria a una exotoxina. El agente causal, *Bacilo Corynebacterium Diphtheriae* fue descubierto en 1833.

El período de incubación (1 a 4 días) y el período prodrómico (12 a 24 Hs) se encuentran entre los más cortos de las enfermedades bacterianas.

En los niños aparecen frecuentemente náuseas, vómitos, escalofríos, cefalea y fiebre.

Efecto sobre el crecimiento: afectación secundaria a la desnutrición. Imposibilidad de incorporar alimentos por la dificultad ventilatoria.

Durante los paroxismos, o a continuación de ellos, pueden expulsarse cantidades copiosas de moco viscoso, los lactantes y los niños por lo general lo tragan, pero también aparecen como grandes burbujas por los orificios nasales. Es característico el vómito después de los paroxismos. En los lactantes, las crisis de asfícticas, con o sin cianosis, pueden ser más frecuentes que las paroxífticas.

Grupos vulnerables: familias de bajos recursos, condiciones de hacinamiento.
Mayor riesgo: menores de un año. Máximo riesgo: menores de seis meses.

Efecto sobre el crecimiento: afectación secundaria a la desnutrición por: incremento de la cantidad de calorías exigidas por la fiebre, la tos y el llanto; ausencia del estímulo para mamar por el malestar general; costumbres tradicionales que someten al niño a una dieta inadecuada y los vómitos inducidos por la tos ferina.

VACUNA ANTIPOLIOMIELITICA

Vacuna trivalente que contiene los polio virus I (Brunhilde), II (Lansing) y III (Leon) vivos y atenuados.

Las primeras vacunas, de inoculación parenteral, fueron preparadas por Jonás Salck con los tres tipos de virus, inactivados por el formol. Empezó a utilizarse en 1951, en tres dosis sucesivas.

Alrededor de 1960 se descubrió y difundió la vacuna viva y atenuada de Sabin, que se administra por vía oral. El cultivo se efectúa en tejidos renales de mono, logrando la pérdida del poder neurolítico y de su reversibilidad a la condición patógena, sin inactivarla.

La vacuna oral logra varios propósitos, ya que los virus se multiplican activamente en el intestino del receptor, creando inmunidad intestinal y eliminándose luego gran cantidad. La difusión de virus atenuados protege a otros susceptibles, desplazando al virus patógeno.

La fórmula más usada hoy es 800000 a 1 millón de TCID/50 (unidades infectantes) para el virus I, 100000 TCID/50 para el II y 300000 a 500000 para el virus III.

Se administra por vía oral, 2 gotas, a los 2, 4 y 6 meses; con dos refuerzos posteriores.

Contraindicaciones: en inmunodeficiencia, displasia tímica o tratamiento con inmunosupresores. Debe ser también omitida en enfermedades relacionadas con la inmunidad celular, linfomas, leucemias, tumores malignos generalizados. En estos casos no existe contraindicación para la vacuna inactivada parenteral.

Poliomielitis: enfermedad infecciosa vírica aguda del S.N.C. con una amplia gama de manifestaciones, incluyendo enfermedad menor inespecífica, meningitis aséptica (poliomielitis no paralítica) e hipotonía flácida de varios grupos musculares (poliomielitis paralítica). La enfermedad fue descrita por el ontólogo alemán J. Von Heine en 1840.

Se transmite por contacto directo con las secreciones de la garganta y las heces de una persona infectada y rara vez a través del agua o de alimentos contaminados.

Las formas clínicas varían, pero los dos patrones básicos son la enfermedad menor (tipo abortivo) y la enfermedad mayor (que puede ser paralítica o no paralítica).

La enfermedad menor se presenta sobretudo en los niños pequeños, es leve y no afecta al SNC. Los síntomas consisten en fiebre discreta, malestar, dolor de cabeza y de garganta y vómitos.

En la enfermedad mayor los síntomas pueden aparecer después de varios días de buen estado general. La incubación suele ser de 7 a 14 días. Suele haber fiebre, cefalea intensa, rigidez de nuca y espalda, dolor muscular profundo, y a veces, hiperestésias y parestésias. Es posible que este cuadro de meningitis aséptica no evolucione, o por el contrario, que la enfermedad progrese, con pérdida de algunos reflejos tendinosos y aparición de hipotonía o parálisis asimétrica de grupos musculares, según la localización de las lesiones en la médula espinal o el bulbo. La disfagia, la regurgitación nasal y la voz nasal son signos precoces de afectación bulbar.

La glucorraquia es normal, las proteínas del LCR se hallan ligeramente elevadas y el número de células suele oscilar entre 10 y 300/uL (con predominio de linfocitos).

- Grupos vulnerables: menores de cinco años. A mayor edad de infección, mayor probabilidad de contraer la forma paralítica.

Efecto sobre el crecimiento: secundaria a las secuelas invalidantes.

Tratamiento: no se ha descubierto ningún fármaco eficaz frente a los poliovirus, por lo que el tratamiento debe ser exclusivamente sintomático.

Se debe utilizar calor húmedo y fisioterapia para estimular la musculatura, tratamientos iniciados por la enfermera australiana Elizabeth Kenny; además son necesarios los fármacos antiespasmódicos para conseguir la relajación muscular.

Durante la convalecencia debe usarse terapia ocupacional.

VACUNA ANTIHAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO b (Hib)

La vacuna Anti-Hib fue lanzada comercialmente por primera vez en 1985, luego de haberse demostrado en los '70, su inmunogenicidad humana, así como la actividad bactericida del suero y seguridad. Estaba compuesta por polisacáridos capsulares (PRP) del Hib, siendo su eficacia reconocida solamente en niños mayores de 18 años.

Posteriormente, aparecen las vacunas conjugadas, preparadas a partir de cápsula purificada de *H. influenzae* tipo b, polirribosilribitol (PRP) conjugado con proteínas (Carrier) portadoras de: toxoide diftérico (PRP-D), proteína de membrana externa de *Neisseria meningitidis* (PRP-PME), toxoide tetánico (PRP-T) y proteína portadora mutante diftérica (HbOC, confiriendo inmunidad a menores de 2 años.

Se administra por vía intramuscular profunda, a los 2, 4 y 6 meses, con refuerzo posterior.

Presentación: frasco de vacuna liofilizada más una ampolla de solvente de 0,5 ml.

Reacciones: si aparecen, son leves, transitorias y ocurren en las primeras 24 Hs. Puede haber dolor local y enrojecimiento en el lugar de inyección.

La membrana característica es de color gris sucio, es dura y fibrosa y puede estar firmemente adherida, por lo que extracción causa una hemorragia.

Antes del descubrimiento de la antitoxina diftérica en 1894 por el bacteriólogo francés Pierre Roux y el médico alemán Emil von Behring, la tasa de mortalidad de la difteria alcanzaba un promedio del 35% y en los casos de afectación laríngea, era tan elevada que alcanzaba un 90%.

El uso generalizado de la antitoxina en el tratamiento ha producido un descenso de la tasa de mortalidad a aproximadamente un 5%.

La prueba de Schick, que se utiliza para determinar si un individuo es inmune o no a la difteria, fue desarrollada en 1913 por el pediatra húngaro-americano Béla Schick.

Tétanos: enfermedad infecciosa aguda grave del sistema nervioso causada por el *Clostridium Tetani* caracterizada por espasmos tónicos intermitentes de los músculos voluntarios. El tétanos es causado por una exotoxina (tetanospasmina), bacilo delgado, móvil, grampositivo, anaerobio y esporulado. Las esporas pueden encontrarse en el suelo y en las heces de los animales.

Penetran al organismo por las heridas. El tétanos puede aparecer tras una herida tanto trivial como claramente contaminada, dependiendo del potencial de oxidación-reducción del tejido lesionado. La infección también puede desarrollarse en el útero tras el parto y en el cordón umbilical del recién nacido (tetanus neonatorum).

La enfermedad clínica no confiere inmunidad. El período de incubación comprende de 2 a 50 días. El síntoma más frecuente es la contractura de la mandíbula. Otros síntomas incluyen dificultad para tragar, inquietud, irritabilidad, rigidez de nuca, brazos o piernas, cefalea, dolor de garganta, escalofríos y espasmos tónicos. Luego, el usuario tiene dificultad para abrir la mandíbula (trismo); el espasmo de los músculos faciales produce una expresión característica con la sonrisa fija y las cejas levantadas (risa sardónica).

El tratamiento consiste en la completa limpieza y debridación de la herida para eliminar los clostridiums, el uso de antibióticos (Penicilina), la neutralización de la toxina con antitoxina, reducción de los espasmos musculares y asistencia respiratoria.

Grupos vulnerables: familias de bajos recursos, en climas húmedos y cálidos.

La población de recién nacidos constituye el grupo de mayor riesgo.

Efecto sobre el crecimiento: escaso debido a su alta letalidad.

Alrededor de un 95% de los enfermos muere.

Tos Ferina: enfermedad bacteriana aguda altamente contagiosa, caracterizada por tos paroxística o espasmódica que suele terminar con una inspiración cacareante prolongada de tono alto (el gallo).

El agente causal es *Bordetella pertussis*, un pequeño cocobacilo gramnegativo inmóvil.

La transmisión se produce por la aspiración del agente esparcida en el aire por el usuario.

El período de incubación tiene una duración media de 7 a 14 días.

La *Bordetella pertussis* invade la mucosa de la nasofaringe, tráquea, bronquios y bronquiolos, causando un aumento de la secreción de moco, inicialmente fluido y más tarde viscoso y pegajoso. La enfermedad dura unas seis semanas y se divide en tres fases: catarral, paroxística y de convalecencia.

VACUNA TOXOIDE - TETANICO - T.T.

FECHA	VENCE	FIRMA DEL VACUNADOR	SELLO

CERTIFICADO VIGENTE HASTA: _____

REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY
 Ministerio de Salud Pública
 Dirección Epidemiología **CRONOGRAMA DE VACUNACIONES HABITUALES**
 según edades de aplicación recomendadas

VACUNAS	E D A D E S											
	M E S E S							A Ñ O S				
	0	1	2	3	4	5	6	12	5	12	10a	
B. C. G.	■							■				
D. P. T.			■		■		■	■				
POLIO			■		■		■					
H i b			■		■		■					
S. R. P.								■				
d. T.										■		
T. T. *												■

* Particular atención las embarazadas



REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY
 Ministerio de Salud Pública
 Dirección Epidemiología

CERTIFICADO DE VACUNACION

Fecha de nacimiento Lugar

Nombre

VACUNA ANTITUBERCULOSA - B.C.G.

FECHA	FIRMA DEL VACUNADOR	SELLO

VACUNA ANTIPOLIOMIELITICA -

FECHA	VENCE	FIRMA DEL VACUNADOR	SELLO

VACUNA CUADRUPLE - (DIFTERIA - PERTUSIS - TETANO - H. INFL. B) - D.P.T.-Hib

FECHA	VENCE	FIRMA DEL VACUNADOR	SELLO

VACUNA TRIPLE VIRAL - (SARAMPION - RUBEOLA - PAPERAS) - S.R.P.

FECHA	VENCE	FIRMA DEL VACUNADOR	SELLO

VACUNA TRIPLE BACTERIANA - (DIFTERIA - PERTUSIS - TETANO) - D.P.T.

VENCE	VENCE	FIRMA DEL VACUNADOR	SELLO

VACUNA DOBLE BACTERIANA - (DIFTERIA TETANO) - d. T.

VENCE	VENCE	FIRMA DEL VACUNADOR	SELLO

CENTROS DE VACUNACION DE MONTEVIDEO

- C.H.L.A.
- Dispensario de Focos.
- Dispensario C. P. Pereira Rossell.
- Dispensario del Cerro.
- Dispensario Hospital Maciel.
- Dispensario Hospital Pasteur.
- Dispensario Colonia Saint Bois.
- C. M. I. - Maciel -
- C. P. Pereira Rossell.
- Clínica Preventiva. Centro de Salud.
- Hospital Maciel.
- Instituto Cachón.
- Puesto Carrasco.
- Puesto Pedro Visca.
- Puesto Sayago.
- C. M. I. del Cerro.
- Santiago Vázquez.
- Piedras Blancas.
- C. de Salud del Cerrito.
- C. M. I. de Unión.
- Sub. C. J. Del Hipódromo.
- Sub. C. Cerrito Norte.
- Sub. C. Cruz de Carrasco.
- Policlínica Artigas.
- Saint Bois.
- Euskal Erría 71.
- Filtro.
- C. Materno Infantil N° 2.
- C. Materno Infantil N° 3.
- C. Materno Infantil N° 5.
- C. Materno Infantil N° 6.
- Centro Materno Infantil N° 1.
- Salud y Bienestar Escolar.
- U.T.E.
- Palacio Legislativo.
- Comisión Nacional de Educación Física.
- Cruz Roja Uruguaya.
- Banco de Seguros.
- A.N.T.E.L.
- Hospital Central de las Fuerzas Armadas.
- Hospital policial.
- División Universitaria.
- M.E.C.

- A.N.C.A.P.
- Administración Nacional de Puertos.
- Clínica Médica B.R.O.U.
- Banco Hipotecario.
- CARE N° 1.
- C. Materno Infantil Armada.
- Boisso Lanza.
- Base Aérea N° 1.
- Servicio Salubridad (Dante).
- Servicios Médicos.
- Laboratorio de Higiene.
- Punta de Rieles.
- Colón.
- Iriarte (Aguiles Lanza).
- 3 de Abril.
- Giraldez.
- La Teja.
- Uruguayana - Parque Bellán.
- I.N.V.E. 16.
- José Pedro Varela.
- Buceo.
- Lavalleja.
- Casavalle.
- I.N.V.E. 9 Y 10.
- Paso de la Arena.
- Móvil.
- Casabó.
- La Paloma.
- Mercado Modelo.
- Policlínica Barrio Sur.
- Policlínica S.A.O.
- Policlínica Luisa Tiraparé.
- C.E.M.E.CO.
- Círculo Católico de Obreros.
- C.U.D.A.M.
- G.R.E.M.C.A.
- Hospital Británico.
- Hospital Evangélico.
- I.M.P.A.S.A.
- Centro de Canillitas.
- Sociedad Médica Universal.
- Uruguay España.
- C.I.M.A.
- Médica Uruguaya.
- A.E.P.S.M.
- Asociación Empleados Civil de la Nación.

- C.A.S.M.U. (Asilo).
- Casa de Galicia.
- Sanatorio Casa de Galicia.
- Centro Asist. Quirúrgico.
- C.A.S.M.U. (Agraciada).
- Servicio Médico Integral.
- Barrio Porvenir.
- Complejo Habitacional Gral. Artigas M2.
- Malvin Sur.
- Pro - Hospital del Norte.
- Jardines de Peñarol.
- Círculo Católico Colón.
- UPECA C.A.S.M.U. C. CCO. 4639.
- UPECA C.A.S.M.U. Colón.
- UPECA C.A.S.M.U. Piedras Blancas.
- Evangélico Cerro.
- Asociación Española Belvedere.
- Asociación Española Cerro.
- AMULP (L. Pintos).
- O.C.A.
- U.C.M.
- UPECA - Paso de la Arena.
- Laboratorio Bacteriológico.
- Casa de Galicia - Av. Italia.
- MEDILAB.
- Clínica Setiembre - SEMM.
- Universal Unión.
- Policlínica La Teja.
- Clínica Setiembre - CCO.
- Americano.
- SEMM Shopping.
- SEMM Central.
- Policlínica Peñarol.
- CUDAM Colón.
- U.C.M.
- MIDU.
- SEMM - Golf.
- BIOHEM
- Medical Center.

(Datos aportados por el Dpto. de Vacunaciones de C.H.L.A. Noviembre de 1998).

CITACIONES

Seccional: J23

JJ13 M.S.P. 02-12-97

COMISION-HONORARIA PARA LA LUCHA ANTITUBERCULOSA

Programa Nacional de Vacunacion

El niño nacido el día 09-02-94 debe recibir las siguientes vacunas para evitar enfermar de:

Dosis	Vacuna	Enfermedad
2	D.P.T.	Difteria, Tetanos y Tos convulsa
2	POLIO	Poliomielitis
1	S.R.P.	Sarampion, Rubeola y Paperas

Le agradecemos concurrir al puesto de vacunacion más próximo a su domicilio o consultar por los teléfonos 498489 ó 401622 posibles diferencias con su carné

999980

CITACIONES

Montevideo

Seccional: J23

JJ11 M.S.P. 02-12-97

COMISION HONORARIA PARA LA LUCHA ANTITUBERCULOSA

Programa Nacional de Vacunacion

El niño nacido el día 09-11-94 debe recibir las siguientes vacunas para evitar enfermarse de:

Dosis	Vacuna	Enfermedad
3	D.P.T.	Difteria, Tetanos y Tos convulsa
3	POLIO	Poliomielitis

Le agradecemos concurrir al puesto de vacunación más próximo a su domicilio o consultar por los teléfonos 498489 ó 401622 posibles diferencias con su carné

036655

ANEXO 2 COBERTURA VACUNAS

COHORTES 1995 1996 URUGUAY POR DEPARTAMENTO

DEPARTAMENTO	H.I.B.		3° D.P.T. POLIO		B.C.G.	
	1995	1996	1995	1996	1995	1996
ARTIGAS	87	83	97	95	100	100
CANELONES	84	76	93	88	99	99
CERRO LARGO	82	74	95	93	100	100
COLONIA	93	88	98	96	100	99
DURAZNO	82	80	93	88	100	99
FLORES	97	95	100	99	100	100
FLORIDA	89	86	96	94	100	100
LAVALLEJA	92	84	99	96	100	100
MALDONADO	90	85	96	94	100	99
MONTEVIDEO	80	73	89	85	98	98
PAYSANDU	90	79	95	90	100	99
RIO NEGRO	92	89	97	95	100	100
RIVERA	87	83	94	90	99	99
ROCHA	89	83	96	91	100	100
SALTO	82	75	93	86	100	99
SAN JOSE	84	76	94	89	99	98
SORIANO	91	82	96	91	100	99
TACUAREMBO	91	83	96	93	100	99
TREINTA Y TRES	87	80	95	93	100	100
TOTAL DEL PAIS	84	78	92	89	99	99

Datos parciales aportados por la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes cerrados al 30/09/98.

ANEXO 3 NIVEL SOCIOECONOMICO Y DE INSTRUCCION

MEDICION

En 1956 Graffar propuso una escala de clasificación social basada en cinco criterios:

- instrucción
- fuente de ingresos
- vivienda
- barrio
- ocupación

Dicho autor resalta que todo sistema de clasificación debe ser simple y considerar aquellos datos de naturaleza objetiva que sean fáciles de obtener.

En nuestro medio Grunerg y Sitkewich utilizaron dicha escala modificada diciendo que: "era válida, confiable y simple, pudiendo ser aplicable sin dificultad por cualquier integrante del equipo de salud."

PROTOCOLO propuesto en el curso sobre "Medición de variables sociales" en Mayo de 1980 en el Instituto de Clínica Pediátrica y Puericultura, Dr. Luis Morquio.

0) Protocolo de la encuesta: Edad _____ Sexo _____
Posición ordinal en la familia _____

1) Ocupación del jefe de familia

- I) desocupado, changas (0)
- II) jubilado u obrero manual (1)
- III) obrero semicalificado (3)
- IV) obrero o empleado calificado, pequeño artesano, comerciante, rentista (5)

2) Ingresos mensuales del jefe de familia

- I) menos de un sueldo mínimo (0)
- II) un sueldo mínimo (1)
- III) dos sueldos mínimos (3)
- IV) tres sueldos mínimos (5)
- V) más de tres (5)

3) Educación del jefe de familia

- I) analfabeto (0)
- II) primaria incompleta (0)
- III) primaria completa (1)
- IV) secundaria primer ciclo y UTU incompletas (3)
- V) secundaria primer ciclo completas (5)
- VI) preparatorios (5)
- VII) universidad incompleta o completa (5)

4) Tipo de vivienda

Materiales en que está construida:

- I) rancho de barro (0)
- II) rancho de lata o material de desecho (1)
- III) rancho de madera, chapa de zinc, fibrocemento (1)
- IV) casita o apartamento de mampostería con techos de zinc o fibrocemento (3)
- V) pieza de mampostería, ladrillos, bloques (3)
- VI) casita o apartamento interior de mampostería (5)
- VII) casa o apartamento de mampostería (5)
- VIII) casa o apartamento de lujo (5)

5) Tamaño y comodidades de la vivienda:

- I) un ambiente (0)
- II) dos ambientes (2)
- III) tres ambientes (2)
- IV) cuatro ambientes (3)

6) Origen del agua de la casa:

- I) arroyo, río, cachimba, etc. (0)
- II) aljibe o pozo (2)
- III) red pública extradomiciliaria (2)
- IV) red pública intradomiciliaria (3)

7) Equipamiento de cocina:

- I) brasero (0)
- II) primus, cocina económica (2)
- III) cocinilla a queroseno o a supergas (3)
- IV) cocina a gas, eléctrica o supergas (5)

8) Luz eléctrica:

- I) no en la casa ni en el barrio (0)
- II) si en el barrio pero no en la casa (1)
- III) si en la casa (3)

9) Artefactos eléctricos:

- I) refrigerador no (0)
si (3)
- II) televisor no (0)
si (2)

10) Personas por habitación:

- I) duerme toda la familia en una habitación (0)
- II) duermen los padres con alguno de sus hijos en una habitación (1)
- III) duermen los padres solos y los hijos en otra habitación (3)

11) Zona de residencia:

- I) cartegril (0)
- II) barrio obrero (2)
- III) barrio popular (4)
- IV) barrio clase media (6)
- V) barrio residencial (6)

12) Tenencia:

- I) ocupante de hecho (0)
- II) vivienda de emergencia (0)
- III) inquilino (2)
- IV) propietario (5)

13) Auto o camión:

- I) no (0)
- II) sí, viejo (1)
- III) sí, nuevo (3)

...

ANEXO 4 VARIOS

MODELO DE LA ENTREVISTA

Somos un grupo de estudiantes de generación 92 del Instituto Nacional de Enfermería que estamos realizando una investigación sobre el estado inmunitario de los niños en sus primeros seis meses de vida relacionado a su entorno.

Si Ud. acepta responder algunas preguntas ayudaría a que podamos realizar nuestro estudio.

No necesitamos conocer su nombre, sino datos generales.

FECHA: ___ / ___ / ___

SERVICIO: _____

¿ Qué relación de parentesco tiene con respecto al niño ?

- padre/madre _____
- hermanos _____
- otros familiares _____
- otros no familiares _____

1) ¿ Qué edad tiene el niño ? Tiene _____ meses cumplidos.

2) ¿Cuál fue el peso del niño al nacer? Peso _____ Kg.

3) Con respecto al esquema de vacunación: ¿ cuáles fueron las dosis recibidas por el niño hasta el momento actual?

- BCG _____
- DPT _____
- Polio _____
- Hib _____

4) Con respecto al núcleo familiar:

a) ¿Cuál es el último año que la madre aprobó a nivel educativo ?

- analfabeta _____
- primaria incompleta _____
- primaria completa _____
- secundaria incompleta _____
- secundaria completa _____
- U.T.U. _____
- terciaria incompleta _____
- terciaria completa _____

b) ¿ Cuántas personas viven en la casa ? Viven _____ personas.

c) ¿ Qué tipo de trabajo desempeñan los padres?

- madre _____
- padre _____

PLANIFICACION DE ACTIVIDAD: "RECOLECCION DE DATOS"

DESTINATARIOS: Madres cuyos hijos tengan de 0 a 6 meses de edad que se asistan en C. P. Pereira Rossell, C. C. del Cerro y C.A.S.M.U.

OBJETIVO GENERAL: Aplicar un instrumento de recolección de datos a la población destinataria.

OBJETIVO ESPECIFICO: Recabar información acerca del cumplimiento del Esquema de Vacunación y del nivel socioeconómico y de instrucción de la misma.

FECHA DE REALIZACION: Agosto de 1998.

CONTENIDO: Formulario.

METODOLOGIA: Semidirigida.

TIEMPO: 10 minutos aproximadamente.

RR. HH.: Seis estudiantes del I.N.D.E.

RR. MM.: papel
lapicera
computadora.

ESPACIO: Sala de espera de los diferentes vacunatorios.

PRUEBA DE CAMPO

La prueba de campo fue realizada en el Servicio de Vacunación del C. P. Pereira Rossell en el mes de Julio de 1998.

Se tomó una muestra de 15 niños a los cuales se le aplicó el modelo de entrevista planteada.

Los resultados mostraron que dicho modelo es aplicable a la población, no requiriendo de modificaciones.

MATRIZ DE PROGRAMACION

ACTIVIDAD	POBLACION	COBERTURA	CONCENTRACION	RENDIMIENTO	INSTRUMENTO	TOTAL HS.	TOTAL ACTIV.
Aplicación de Formulario de recolección de datos.	Madres cuyos hijos tengan de 0 a 6 meses de edad que se asistan en: CASMIU, C.P. Pereira Rossell y C.C. del CERRO.	100%	1	6	Ses estudios del IN.D.E.	15	90

CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	Nov-97	Dic-97	Ene-98	Feb-98	Mar-98	Abr-98	May-98	Jun-98	Jul-98	Ago-98	Set - 98	Enc-99	Feb-99
Conformación del grupo de trabajo.													
Selección del área a trabajar.													
Determinación del Problema a abordar.													
Recolección de información y antecedentes.													
Establecimiento de objetivos.													
Elaboración del Marco teórico.													
Estructuración del Diseño metodológico													
Presentación del Protocolo.													
Puesta a prueba del Formulario.													
Aplicación del Formulario.													
Recolección de datos.													
Análisis de los datos.													
Evaluación.													
Conclusiones.													
Presentación final.													

ANEXO 5 MARCO CONCEPTUAL

Clasificación de Tipos de Investigación:

- a) según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información:
- 1) retrospectiva: registro de datos que ocurrieron en el pasado.
 - 2) prospectiva: los hechos se registran a medida que ocurren.
 - 3) retroprospectiva: se registra la información sobre los hechos ocurridos anteriormente al diseño del estudio, y el registro continúa según los hechos.
- b) según el período y secuencia del estudio:
- 1) transversal: estudia las variables simultáneamente en el mismo momento.
 - 2) longitudinal: estudia una o más variables a lo largo de un período, que varía según el problema investigado y las características de la variable que se estudia, el tiempo es importante.
El análisis del comportamiento de la variable puede ser:
 - a) continua a lo largo del período.
 - b) desarrollado en forma periódica.
- c) según el control que tiene el investigador de las variables en grupos de individuos o unidades, se clasifican en:
- 1) cohortes: interesa conocer parte de la población expuesta a la causa o la variable condicionante enfermó o presentó determinado resultado.
Se parte de la causa hacia el efecto.
 - 2) casos.
 - 3) controles.
En los casos y controles se desea conocer que parte de la población que presentó determinado problema o fenómeno estuvo expuesta a la causa o al factor asociado a ese problema.
Se parte del efecto a la causa.
- d) según análisis y alcance de los resultados:
- 1) descriptivo: determinar como es o como está la situación de las variables a estudiarse en una población, la frecuencia con que ocurre un fenómeno u en quienes, donde y cuando se presenta.
 - 2) analítico: está dirigido a contestar porque ocurre determinado fenómeno, cual es la causa o factor de riesgo asociado a ese fenómeno.
Se compara la relación causa-efecto entre grupos de estudio y control, lo que permite explicar el origen o causa de un fenómeno.
 - 3) experimental: son utilizados en estudios clínicos o biomédicos, se caracterizan por la introducción del factor causal o de riesgo para la situación posterior del efecto.

Relación entre cada uno de los tipos de investigación:

Los estudios descriptivos se pueden relacionar con los de tipo a) y con los del tipo b).

Los estudios analíticos se pueden relacionar con los de tipo a), b) y c).

Universo y muestra:

Universo: es el conjunto de individuos y objetos de los que se desea conocer algo en una investigación.

Muestra: subgrupo de la población del universo.

Método e instrumento para recolección de datos:

Método: es el medio o camino a través del cual se establece la relación entre el investigador y el consultado para la recolección de datos y el logro de los objetivos.

Por ejemplo: la entrevista, la observación y el cuestionario.

Entrevista: se entiende por ésta la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto.

Hay dos tipos de entrevistas: estructurada y no estructurada.

Estructurada: se caracteriza por estar estandarizada, donde se plantean idénticas preguntas en el mismo orden a cada uno de los participantes.

Instrumento: es el mecanismo que utiliza el investigador para recolectar y registrar la información. Por ejemplo: formulario, pruebas psicológicas, escala de opiniones, etc.

La fuente de información primaria se obtiene a través del contacto directo con el sujeto en estudio.

El formulario es un instrumento impreso destinado a obtener respuestas a los diferentes indicadores utilizados para medir las variables en estudio según el problema planteado.

Las preguntas incluidas en su mayoría son de respuesta múltiple (preguntas con varias alternativas) y escaso número son de respuesta dicotómica (las que tienen dos alternativas).

Plan de tabulación y análisis:

La elaboración de datos presupone la preparación de un plan de tabulación que consiste en una serie de cuadros que atienden a los objetivos de la encuesta, permiten la presentación de las mismas en forma sistemática.

Para el análisis de los datos se pueden utilizar diferentes pruebas estadísticas.