

**CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN EN NIÑOS DE 0 A 6 AÑOS DE EDAD EN EL BARRIO LOS OCOTES, LA TRINITARIA, CHIAPAS.**

**ALUMNOS:** Pérez Hernández Carlos Eduardo

Gordillo Hernández Daniel Guadalupe

Vázquez González Enrique

**CATEDRATICO:** MIREYA DEL CARMEN GARCIA

**MATERIA:** T ALLER DE ELABORACION DE TESIS

**CARRERA:**

LIC. ENFERMERIA

**GRADO Y GRUPO:**

9NO "A"

## INDICE

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>4</b>
<b>Capítulo 1 .....</b>	<b>6</b>
1.1 Planteamiento del problema.....	6
1.2 Preguntas de investigación .....	11
1.3 Objetivos .....	11
1.3.1 Objetivo general.....	12
1.3.2 Objetivos específicos .....	12
1.4 Justificación .....	13
1.5 Hipótesis .....	17
<b>1.6 Metodología .....</b>	<b>18</b>
1.6.1 Generalidades.....	18
1.6.2 Diseño de la investigación.....	19
1.6.3 Enfoque de la investigación .....	19
1.5.4 Población .....	21
1.6.5 Muestra y muestreo.....	21
1.6.6 Técnica de recolección de datos .....	22
1.6.7 Instrumentos de recolección de datos .....	23
1.6.8 Técnicas de procesamiento de datos .....	25
1.6.9 Herramientas para el procesamiento de datos.....	26
<b>CAPITULO 2.....</b>	<b>28</b>
<b>2.1 LOS VIRUS Y SU EVOLUCIÓN .....</b>	<b>28</b>
<b>2.2 PRIMEROS CULTIVOS DE TEJIDOS Y CÉLULAS EN LA CREACIÓN DE VACUNAS.....</b>	<b>30</b>
2.2.1 La promesa de obtener cultivos celulares para la creación de las vacunas .....	31
<b>2.3 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LAS VACUNAS .....</b>	<b>33</b>
<b>2.4 DESARROLLO PRUEBAS Y REGLAMENTOS PARA LAS VACUNAS .....</b>	<b>40</b>
2.4.1 En el resto del mundo .....	41
2.4.2 Etapas en el desarrollo y las pruebas de vacunas .....	41
2.4.3 Primeros pasos: Estudios de laboratorio y en animales .....	42
Etapa de exploración .....	42
2.4.4 Etapa preclínica .....	42
2.4.5 Solicitud de IND .....	43
2.4.6 Sigüientes pasos: Estudios clínicos con humanos .....	44

Fase I de los ensayos con la vacuna.....	44
2.4.7 Fase II de los ensayos con la vacuna.....	44
2.4.8 Fase III de los ensayos con la vacuna.....	45
2.4.9 Sigüientes pasos: Aprobación y autorización oficial.....	46
2.4.10 Vigilancia posterior una vez emitida la autorización oficial.....	46
2.4.11 Fase IV de los ensayos.....	47
2.4.12 Investigación y pruebas de vacunas.....	48
2.4.13 Vacunas en México.....	49
2.4.14 Aportaciones.....	51
<b>CAPITULO 3.....</b>	<b>54</b>
<b>3.1 GENERALIDADES DE LAS VACUNAS.....</b>	<b>54</b>
<b>3.2 La Cartilla de Vacunación en México.....</b>	<b>65</b>
<b>CAPITULO 4.....</b>	<b>73</b>
<b>4.1 ANALISIS Y RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>73</b>
4.1.1 Pregunta 1.....	73
4.1.2 Pregunta 2.....	74
4.1.3 Pregunta 3.....	74
4.1.4 Pregunta 4.....	75
4.1.5 Pregunta 5.....	75
4.1.6 Pregunta 6.....	76
4.1.7 Pregunta 7.....	76
<b>4.2 SUGERENCIAS Y PROPUESTAS.....</b>	<b>77</b>
<b>4.3 CONCLUSIÓN.....</b>	<b>79</b>
<b>4.4 Bibliografía.....</b>	<b>81</b>
<b>4.4.1 LISTA DE REFERENCIAS.....</b>	<b>82</b>
<b>4.5 ANEXOS.....</b>	<b>88</b>

## INTRODUCCIÓN

La sociedad en la actualidad es cambiante en su razón es decir sus distintas formas de pensar, en los medios y en el saber de los conocimientos. Por lo que realzar la importancia de la vacunación como medio preventivo forma parte de una educación sanitaria promocional y preventiva ante la presencia o riesgos susceptibles a todos los tipos de enfermedades existentes. El protocolo de investigación se enfoca en la búsqueda de conocer las deficiencias que aplican la no aceptación de biológicos y promover que el uso en la aplicación de vacunas es realmente benéfico para salud en todas las edades, desde el nacimiento como el envejecimiento. Como también los resultados obtenidos pueden resultar totalmente contrarios a lo que se espera.

Hoy en día es fácil de pertenecer a sociedades que rigen su propio comportamiento social y cultural, por lo que resulta un factor a favor y en contra de la aplicación de vacunas aceptándose como un mecanismo de protección y defensa o por el contrario como un arma silenciosa que ataca la inmunidad de nuestro cuerpo, dicha investigación centra un segundo enfoque el de reconocer el por qué evitan que un niño/a pueda ser vacunada, algunos de estos factores se dan por tabúes, mitos, experiencias personales, por obligación o presión social.

Diversos y numerosos factores a lo largo de la historia contribuyen a la investigación científica y hasta ahora moderna para erradicar y combatir enfermedades del alto índice de mortalidad e incluso enfermedades idiopáticas.

Por ello se presenta una investigación detallada de los orígenes de la vacunación, su desarrollo y una manera sencilla de poder visualizar el punto de origen y las facilidades que esta tiende a tener.

# Capítulo 1

## 1.1 Planteamiento del problema

La OMS menciona que “la salud es el estado completo del bienestar físico psicológico y social no solo la ausencia de enfermedad sino la consecuencia que afecte la salud de la persona” (OMS, 1949).

En otras palabras, la salud se define como el completo bienestar de las personas, va más allá de las no apariciones de enfermedades, es un alto grado de eficiencia del metabolismo y las funciones tanto celular como social, esto como concepto de la Organización Mundial de la Salud. Probablemente una de las maneras más eficaces y comunes de lograr un estado de salud adecuado incida desde el nacimiento, como principal cuidado de los recién nacidos e infantes, es una responsabilidad totalmente dirigida a los padres de familia.

La medicina preventiva juega un papel importante debido a sus diversos métodos de anticiparse a enfermedades exclusivas en niños, hoy en día contamos con alternativas biológicas que previenen y brindan anticuerpos para estar listos frente a una enfermedad para poder combatirla.

Estas vacunas (alternativas biológicas) benefician a los infantes y a toda la población, al evitar miles de muertes por poliomielitis, difteria, sarampión, tos y tétanos, así como a disminuir la propagación de enfermedades contagiosas causadas por otros microorganismos como rotavirus, neumococo, influenza,

hepatitis b, rubeola, tuberculosis entre otras. Haciendo hincapié la OMS afirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”.

Como prerrogativa inherente de este derecho la razón del ser humano está dividida en dos diferentes prospectos, determinando una influencia de salud positiva y negativa, el primero de ellos; se fundamenta en la cultura y creencias, el segundo prospecto es la afirmación o ciencia. Los diferentes resultados lanzados por la estadística nacional han detectado a poblaciones de niños que no cumplen con su esquema completo de vacunación, esto se debe al poco conocimiento y carencia de educación de los padres, sobre los efectos preventivos en la aplicación de vacunas.

El lugar de ubicación, es decir la procedencia y vivienda de las personas, da origen a la cultura, y la cultura ejerce sobre las personas predominantes ideas o tabús erróneos que no se emplean como medios de acción preventivo, por ejemplo; existen padres de familia que piensan que las vacunas son sustancias venenosas, nocivas para la salud de los niños, aparte de ser dolorosas participan como mecanismo dañino que determina un mal desarrollo fisiológico en la de los niños.

Ciertas religiones y sistemas de creencias promueven perspectivas alternativas para la vacunación. Las objeciones religiosas a las vacunas se basan por lo general en: los dilemas éticos relacionados con el uso de células de tejidos humanos para crear vacunas, y creencia de que el cuerpo es sagrado y que no

debe recibir ciertos químicos, sangre o tejidos de animales, y que debe ser sanado por Dios, o por medios naturales.

Por ejemplo, la iglesia católica reconoce el valor de las vacunas y la importancia de proteger la salud individual y comunitaria. Sin embargo, afirma que sus feligreses deben buscar alternativas cuando estén disponibles, a las vacunas que se producen usando líneas celulares derivadas de fetos abortados. Los científicos cristianos no tienen una política formal contra las vacunas, pero en general confían en la oración para sanar; creen que las intervenciones médicas, que podrían incluir a las vacunas, son innecesarias

La mayoría de personas con este tipo de ideologías viven en lugares marginados, son poblaciones indígenas en donde la salud es aún un tema desconocido e irrelevante, incluso se pueden encontrar grupos formados en contra de la utilización de estos métodos, y llevan por nombre grupo antivacunas. Lo establecido por la OMS, al derecho de salud, los niños deben contar con los requerimientos de protección necesarios para garantizar su bienestar y mejorar la calidad de vida evitando la aparición de enfermedades que en cuestión de periodos pueden ser perjudiciales y mortales, de no ser tratadas a tiempo.

Las perspectivas culturales y opiniones discrepantes hacia la vacunación, incluyendo objeciones libertarias y religiosas, así como las sospechas ante las



vacunas, indican la necesidad de continuar con la comunicación y la colaboración entre funcionarios médicos y de salud pública y el público con respecto a políticas de vacunación aceptables y eficaces.

Los académicos de la salud y la medicina han descrito a la vacunación como uno de los diez máximos logros de la salud pública durante el siglo XX. Sin embargo, la oposición a la vacunación desde que se descubrió la vacunación misma (ciertamente la práctica de la virulación, previa a la vacunación, también sufrió críticas: Los críticos de la vacunación han adoptado diversas posturas, como: la oposición a la vacuna contra la viruela en Inglaterra y Estados Unidos a mediados y finales del siglo XIX, y las ligas antivacunación resultantes;

las controversias más recientes sobre la vacunación, como las que surgieron por la seguridad y eficacia de la vacunación contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP), el sarampión, las paperas y las rubéola (MMR); y el uso de un conservante que contenía mercurio llamado timerosal.

Evitar las ideas negativas o tabús, como barrera ante la aplicación de vacunas, principia el uso de procedimientos que puedan influir en la forma de pensar de un individuo con el fin de aclarar por medio de fundamentos comprensibles y claros, el uso beneficioso de la aplicación de las alternativas biológicas en los niños según la edad que corresponda.

Por ende, tras las diversas maneras de pensamiento del ser humano, en la actualidad pueden encontrarse a un gran número de niños con el esquema de vacunación nacional incompleto, como también a niños que cuentan con las inmunizaciones correspondientes y completas. Como objeto de estudio este proyecto busca centrarse en un lugar en específico, en el Barrio de los Ocotes del municipio de la Trinitaria, Chiapas, y establecer: que los sistemas de inmunizaciones se han implementado en nuestro país.

Sin embargo hay quienes se quedan al margen de los programas de vacunación sistemática y son las que se encuentran en lugares aislados así como barrios urbanos marginales, grupos indígenas, grupos vulnerables por situaciones de pobreza y bajo nivel de educación; estas poblaciones no tienen acceso a vacunación a causa de distintas barreras sociales, personas que carecen de información o de motivación y personas que se niegan a vacunarse por lo que es necesario de manera emergente brindar oportunidades para que conozcan de los beneficios de la vacunación y que como responsables de la salud de sus hijos tanto afectivamente como legalmente les atribuye velar por la salud de la población infantil; pues de esta manera no solo se da solución a un problema familiar si no social de la calidad.

Este tema de investigación es muy importante ya que el conocimiento sobre el cumplimiento al esquema de vacunación en niños menores de 0 a 6 años de edad nos llevaría a argumentar la importancia de la cobertura de vacunación en el barrio de los ocotes de la trinitaria, Chiapas siendo esta región con bajo recurso socioeconómico.

## 1.2 Preguntas de investigación

¿Qué porcentaje de niños de 0 a 6 años en el Barrio de los Ocotes del municipio de la Trinitaria, Chiapas no están inmunizados?

¿Qué porcentaje de niños de 0 a 6 años en el Barrio de los Ocotes del municipio de la Trinitaria, Chiapas si están inmunizados?

¿Por qué razón los padres de familia de los niños, no cuentan con el esquema nacional de vacunación completo de los infantes?

## 1.3 Objetivos

### 1.3.1 Objetivo general

Cuantificar la cobertura de inmunizaciones de niños de 0 a 6 años en el Barrio de los Ocotes de la Trinitaria, Chiapas.

### 1.3.2 Objetivos específicos

- a. Identificar el índice de niños menores de 0 a 6 años en el Barrio de los Ocotes de la Trinitaria Chiapas que no están inmunizados.
- b. Determinar el nivel de conocimiento y orientación de los padres de familia hacia las inmunizaciones sobre los infantes.
- c. Determinar los factores que llevan al incumplimiento de las inmunizaciones en los niños.
- d. Evaluar el porcentaje de niños no inmunizados e inmunizados en sus respectivas edades correspondientes.

## 1.4 .Justificación

Este estudio busca identificar y cuantificar, ante la inquietante falta de incumplimiento del esquema nacional de vacunación en niños de 0 a 6 años de edad en el Barrio de los Ocotes de la Trinitaria, Chiapas, garantizando el uso adecuado como determinante para concientizar a la población y padres de familia sobre el beneficio de las alternativas biológicas, con información real sobre las acciones que ejercen las vacunas y la diversidad de beneficios que se adquieren en el infante eliminando creencias o tabús que ellos tienen acerca de los biológicos.

Instruir a los padres de familia principia un paso más a la real importancia de la aplicación de vacunas y sus efectos curativos-preventivos. Sin embargo la ignorancia que tiende a tener estos temas de salud infantil implica un cierto grado de educación poblacional en especial a las personas con deseos de formar una familia y de las que ya están formadas, entre padres e hijos, esto como complicación de las culturas y tabús adoptadas por la misma.

Algunos riesgos en la no adquisición y aplicación de los biológicos necesarios (según la edad) pueden contraer severas consecuencias en el desarrollo infantil de los niños en los contextos físicos y fisiológicos. Es importante disminuir la cantidad extensa de niños que no han adquirido las vacunas, para evitar riesgos posibles de presentar enfermedades severas.

Para algunos padres de familia, la vacunación contra la viruela provocaba miedos y protestas, ya que había que rasgar la carne del brazo de un niño e introducir la linfa de la ampolla de una persona que había sido vacunada aproximadamente una semana antes. Algunos opositores, incluidos los clérigos locales, creían que la vacuna “no era cristiana” porque provenía de un animal; para otros opositores, el descontento con la vacuna contra la viruela reflejaba su desconfianza general ante la medicina y a las ideas de Jenner sobre la transmisión de la enfermedad. Al sospechar de la eficacia de la vacuna, algunos escépticos alegaban que la viruela era el resultado de material en descomposición en la atmósfera. Por último, mucha gente objetaba la vacunación porque creía que atentaba contra su libertad personal, una tensión que empeoró cuando el gobierno desarrolló políticas para la vacunación obligatoria.

En la actualidad se distinguen casos de enfermedades reemergentes y emergentes que degradan el bienestar de una persona o de un niño, por eso es importante reducir y prevenir patologías

De tal manera como rehabilitadores de la salud debemos de encargarnos de ofrecer a la comunidad en general la información adecuada y la asistencia prolongada para una mejor adecuación de salud en nuestras vidas, a través de un control epidemiológico sobre la correcta ejecución de los biológicos, de la misma forma innovar programas para la disponibilidad y asesoramiento continuo sobre su uso, apoyo con información técnico y científico para la aplicación de las vacunas, entre otros.

Una persona puede quedar inmune a una enfermedad específica de diversas maneras; para algunas enfermedades, como el sarampión y la varicela, tener la enfermedad, por lo general, conduce a una inmunidad de por vida; la vacunación es otra manera de quedar inmune a una enfermedad. Estas dos formas de inmunización, por enfermedad o vacunación, son ejemplos de *inmunidad activa*, que surge cuando el sistema inmunológico de una persona funciona para producir anticuerpos y activar otras células inmunológicas para ciertos patógenos. Si la persona se encuentra nuevamente con ese patógeno, las células inmunológicas a largo plazo específicas estarán preparadas para combatirlo.

Las vacunas funcionan debido a esta función del sistema inmunológico; están formadas por una versión muerta, debilitada o parcial de un patógeno. Cuando recibe una vacuna, la versión del patógeno que ésta contenga no será lo suficientemente fuerte o abundante como para enfermarle, pero es suficiente para que su sistema inmunológico genere anticuerpos en contra del patógeno; como resultado, usted obtiene inmunidad futura contra la enfermedad sin haberse enfermado. Si se ve expuesto nuevamente ante el patógeno, su sistema inmunológico lo reconocerá y lo podrá combatir.

Aunque los tiempos han cambiado, las emociones y las creencias profundamente arraigadas, ya sean filosóficas, políticas o espirituales, que subyacen a la oposición a las vacunas, se han mantenido relativamente constantes desde que Edward Jenner introdujo la vacunación.

Las vacunas están diseñadas para generar una respuesta inmunológica que protegerá a la persona vacunada de exposiciones futuras a la enfermedad. Sin embargo, los sistemas inmunológicos individuales son tan diferentes que, en algunos casos, el sistema inmunológico de la persona no generará una respuesta adecuada. Como resultado, no estará protegido con eficacia después de la vacunación.

Dicho esto, la eficacia de la mayoría de las vacunas es alta. Después de recibir la segunda dosis de la vacuna MMR (sarampión, paperas y rubéola), o la vacuna independiente contra el sarampión, un 99.7% de las personas vacunadas quedan inmunes contra el sarampión. La vacuna inactiva contra la polio ofrece un 99% de eficacia después de tres dosis. La vacuna contra la varicela tiene entre un 85 y un 90% de eficacia en la prevención de todas las infecciones contra la varicela, pero es 100% eficaz en la prevención de varicela moderada y grave



## 1.5 Hipótesis

“La falta de adherencia al esquema nacional de vacunación, es causada por la falta de conocimiento en los padres de familia”

## 1.6 Metodología

### 1.6.1 Generalidades

Este cuestionamiento hace referencia a los pasos que como investigador se deben realizar para llevar a cabo el estudio, es decir al proceso metodológico de la investigación.

El método es la ruta o camino a través del cual llega a un fin propuesto y se alcanza el resultado prefijado o como el orden que se sigue en las ciencias para hallar, enseñar y defender la verdad, podremos distinguir cierta relación del método y de la técnica, Parece ser que la confusión sobre la relación existente entre el uso del método y de la técnica se encuentra, tanto a nivel de método particular como el método específico, dentro de los que son las etapas del proceso de investigación de las ciencias sociales, puesto que "dentro de ellas" (las etapas) nos referimos a las técnicas y procedimientos correspondientes. Los métodos generales se identifican por su carácter histórico, estos fueron utilizados por los griegos para alcanzar el conocimiento

En otras palabras es la estructura sistemática, para la recolección, ordenamiento y análisis de la información, que permite la interpretación de los resultados en función del problema que se investiga.

### 1.6.2 Diseño de la investigación

Dado que el objetivo del estudio será analizar el incumplimiento al esquema nacional de vacunación (no inmunizados) en niños de 0 a 6 años de edad en el barrio de los ocotes la trinitaria, Chiapas, se recurrió a un diseño no experimental que se aplicara de manera transversal considerando que el tema de investigación tiene sustento teórico suficiente, se procedió a realizar una investigación de tipo descriptivo para conocer a detalle el incumplimiento del esquema nacional de vacunación en niños de 0 a 6 años de edad en el barrio de los ocotes la trinitaria Chiapas.

De acuerdo con Hernández, Fernández y baptista (2003) “la investigación no experimental es la que se realiza sin manipular deliberadamente las variables lo que se hace en este tipo de investigación es observar fenómenos tal y como se dan en un contexto natural, para después analizarlos, estos mismos autores señalan que los diseños de investigación transversal “recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado”

### 1.6.3 Enfoque de la investigación

El presente trabajo se realizara bajo el paradigma de investigación es de tipo cuantitativa e investigación descriptiva.

Se pretende identificar un porcentaje de niños de 0 a 6 años de edad en el barrio de los ocotes la trinitaria, Chiapas que no cumplan al esquema nacional de vacunación (no inmunizados) para ello es importante también detectar la causa del porque no se cumple esta acción, para que esto se lleve a cabo se ha decidido que el contexto de estudio abarcara cierta población en el barrio de los ocotes la trinitaria, Chiapas se usara como método la aplicación el paradigma cuantitativo para recoger, procesar y analizar los datos numéricos sobre los datos obtenidos de la encuesta a 30 padres de familia para evaluar las inmunizaciones de los niños y el conocimiento que tienen sobre los biológicos(vacunas).

El enfoque cuantitativo utiliza la recolección y análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecida previamente y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población (Hernández, Fernández y baptista 2003).

Del enfoque cuantitativo se tomara la técnica de encuesta para medir la percepción al incumplimiento del esquema nacional de vacunación en niños de 0 a 6 años de edad en el barrio de los ocotes la trinitaria, Chiapas.

#### 1.5.4 Población

Delimitar la población que va a ser estudiada y sobre la cual se pretende generalizar los resultados. Así, una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones (Lepkowski, 2008b).

la población se define cómo “un conjunto de todos los elementos que estamos estudiando, acerca de los cuales intentamos recabar conclusiones” (Levin y Rubín 1996).

La población de estudio estará conformada por 30 personas en el barrio de los ocotes la trinitaria, Chiapas. Así mismo la aplicación de encuesta será el día 23 de marzo del año en curso

#### 1.6.5 Muestra y muestreo

Se denomina muestreo al proceso que permite extraer una muestra de una población.

Hay dos tipos de muestreo; el probabilístico este tipo de muestreo, la probabilidad de aparición en una muestra de cualquier elemento de cualquier elemento de la población es conocida o calculable, es el único cuantificable y válido. Y es el que nos extenderemos especialmente.

El no probabilístico es aquel en el que la selección de los elementos de la muestra no se hace al azar.

En este trabajo se utilizará el método de muestreo no probabilístico en el cual de acuerdo con Pineda, Alvarado y Canales "se toman los casos o unidades que estén disponibles en el momento dado" puesto que a los padres de familia se solicitará la colaboración de manera voluntaria (no compeler) para formar parte del estudio.

De la misma forma informará a los padres de los infantes de 0 a 6 años de edad que la muestra se conformará para aquellos que decidan participar.

#### 1.6.6 Técnica de recolección de datos

Según Arias (2006) define como las técnicas de recolección de datos "como el conjunto de procedimientos y métodos que se utilizan durante el proceso de

investigación, con el propósito de conseguir la información pertinente a los objetivos formulados en una investigación.

La técnica de recolección de datos que se utilizara en la presente investigación será una encuesta.

La encuesta según Balestrini(2002) el cuestionario es considerado como un medio de comunicación escrito y básico entre el encuestador y el encuestado, facilita traducir los objetivos y las variables de la investigación a través de una serie de preguntas muy particulares previamente preparados en forma cuidadosa, susceptibles de analizar en relación al problema estudiado.

### 1.6.7 Instrumentos de recolección de datos

En la actualidad, en investigación científica hay gran variedad de técnicas o instrumento para la recolección de información en el trabajo de campo de una determinada investigación.

Según Muñoz Giraldo la investigación cuantitativa utiliza lo generalmente lo siguiente instrumento y técnicas para recolección de información.

- Encuestas
- Entrevista
- Observación sistemática
- Análisis de contenido
- Test estandarizados y no estandarizados
- Grupo focales y grupo de discusión
- Prueba de rendimiento
- Inventario
- Fichas de cotejos
- Experimento
- Técnicas proyectivas
- Pruebas estadística

El instrumento será un cuestionario diseñado con 7 preguntas cerradas bajo escala nominal.

Una escala de medición es nominal si los datos son etiquetas o categorías que se usan para definir un atributo de un elemento, los datos nominales pueden ser numéricos o no numéricos esta escala representa la forma más primitiva de medida a este nivel, la operación de medir involucra la asignación de nombres o de números a distintas categorías donde se clasifican los objetos de investigación con relación a la presencia o ausencia de una determinada característica.



Se utilizan escalas nominales en la medición de variables como el sexo, la nacionalidad, la profesión, entre otras.

### 1.6.8 Técnicas de procesamiento de datos

Implica elaborar un plan detallado de procedimientos que conduzcan a reunir datos con un propósito específico.

La técnica que se utilizara en el procesamiento de datos será la estadística descriptiva que consiste en un conjunto de procedimientos que tiene por objeto presentar masas de datos por medio de tablas, gráficas y medidas de resumen

¿Cómo codificamos los datos o respuestas para contabilizarlos?

*\*Codificación de preguntas cerradas:*

Asignar un número a cada respuesta. Un atributo corresponde a un valor específico en una variable, por ejemplo:

Para preguntas cerradas de elección única y dicotómica tomemos el siguiente ejemplo:

“pregunta”:

¿Usted estudia?

- SI
- NO

Podemos asignar un número “1” si responde “SI” y un número “2” si responde “NO”; y un atributo adicional “NC” (no contestó) como número “3”, éste atributo “adicional” no deberá aparecer en el “cuestionario”, se utiliza solamente para codificación de datos que no se respondan.

### 1.6.9 Herramientas para el procesamiento de datos

En primer lugar, un instrumento de recolección de la información, se puede definir como un recurso que registra información; puede ser tanto de forma digital, como escrita en papel. De acuerdo con Tamayo (2011), un instrumento es un formato en el que se registran datos de forma sistemática; son de gran utilidad para registrar los hechos de forma clara y se diseña basándose en la operacionalización de las variables.

Algunos instrumentos pueden ser;

- Cuestionarios

- listas de cotejo
- video filmadora
- grabador de audio
- cámara fotográfica

Entre otros. Por otra parte, los instrumentos se corresponden con las técnicas aplicadas para el procesamiento de datos con lo recabado al incumplimiento del esquema nacional de vacunación en niños de 0 a 6 años de edad en el barrio de los ocotes la trinitaria, Chiapas.

## **CAPITULO 2**

### **2.1 LOS VIRUS Y SU EVOLUCIÓN**

La selección natural ha precedido la evolución de los humanos, plantas y todos los seres vivientes del planeta, y los virus no son la excepción; aunque, técnicamente, los virus no vivan por sí solos (necesitan un organismo huésped con el fin de reproducirse), están sujetos a las presiones de la evolución.

El sistema inmunológico humano utiliza diversas tácticas para combatir patógenos. El trabajo del patógeno es evadir al sistema inmunológico, crear más copias de sí mismo y propagarse a otros huéspedes. Las características o adaptaciones que ayudan a un virus a realizar su trabajo tienden a mantenerse de una generación a otra, y las que dificultan que el virus se propague a otro huésped tienden a perderse.

Una manera en que los huéspedes se defienden de un virus es por medio del desarrollo de anticuerpos, los cuales se adhieren a las proteínas de la superficie exterior del virus, y le impiden entrar a las células del huésped. Un virus que aparenta ser diferente a otros que han infectado al huésped tiene una ventaja, ya que el huésped no tiene una inmunidad preexistente contra ese virus en forma de anticuerpos. Muchas adaptaciones virales involucran cambios en la superficie exterior del virus.

A continuación veremos dos casos especiales en la evolución viral: es el caso de la evolución en los virus de la influenza y en el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH, el virus que provoca el SIDA). Ambos virus son del tipo ARN, lo cual significa que su material genético está codificado en ARN, no en ADN.

El ADN es una molécula más estable que el ARN, y los virus de ADN cuentan con un chequeo de la secuencia molecular como parte de su proceso reproductivo.

Por lo tanto, pueden hacer uso de la célula huésped para verificar la replicación del ADN viral. Si el virus comete un error al copiar el ADN, la célula huésped puede, a menudo, corregir el error.

En consecuencia, los virus de ADN no cambian o mutan mucho, sin embargo, el ARN es una molécula inestable, y los virus de ARN no tienen un chequeo de secuencia molecular integrado a su replicación; los errores en la copia del ARN son frecuentes, y la célula del huésped no los corrige.

Las mutaciones del virus de ARN son frecuentes, y tienen consecuencias importantes para sus huéspedes. (2007)University of California Museum of Paleontology. Evolution from a virus's view.

## **2.2 PRIMEROS CULTIVOS DE TEJIDOS Y CÉLULAS EN LA CREACIÓN DE VACUNAS**

Con el fin de crear vacunas que pudieran producirse en masa, los investigadores primero tenían que hacer crecer los virus o bacterias en grandes cantidades y con uniformidad. En comparación con las bacterias, que se pueden desarrollar en un entorno de laboratorio cuando se colocan en un medio de crecimiento adecuado, los virus no se pueden reproducir por su cuenta, requieren de células vivas para infectarlas. Después de que un virus infecta una célula, utiliza los propios componentes de la célula para producir más copias de sí mismo.

Sin tener todavía disponibles las técnicas para desarrollar virus fuera de huéspedes vivos, estaban limitados a obtener materiales de animales huéspedes infectados.

Cuando se llevaron a cabo los primeros intentos por crear una vacuna contra la polio, los investigadores descubrieron que el virus podía provocar la enfermedad no solo en humanos, sino también en monos. Esto condujo a las primeras pruebas de campo en la década de 1930, con vacunas candidatas creadas a partir de material obtenido de monos infectados de poliomielitis, como la médula espinal. Estas vacunas candidatas demostraron ser peligrosas, ya que en ocasiones provocaron parálisis en la extremidad a la que se le aplicaba la vacuna.

Las vacunas derivadas de tejido del sistema nervioso tienen efectos secundarios más elevados que las vacunas creadas con otros métodos (la mielina en el material de la vacuna puede estimular una reacción neurológica adversa). Por lo tanto, las pruebas se suspendieron y los investigadores siguieron adelante con la meta de encontrar otra manera de cultivar el virus para crear la vacuna.

### 2.2.1 La promesa de obtener cultivos celulares para la creación de las vacunas

Las esperanzas de desarrollar poliovirus en el laboratorio sin emplear animales vivos, impulsaron a muchos investigadores durante las décadas de 1930 y 1940. Hacer cultivos celulares implica que las células crezcan en una placa de cultivo, a menudo con un medio de crecimiento de apoyo, como el colágeno. Los cultivos celulares ofrecen un nivel de control no disponible con el uso de animales vivos, y también pueden fomentar la producción de virus a gran escala.

En 1936, en el Instituto Rockefeller, Albert Sabin y Peter Olitsky lograron desarrollar el poliovirus exitosamente en un cultivo de tejido cerebral de un embrión humano. El virus creció rápidamente, lo cual era prometedor, pero a Sabin y a Olitsky les preocupaba usar esto como material inicial para una vacuna, por temor a dañar el sistema nervioso de los destinatarios de la vacuna.

En consecuencia, intentaron desarrollar el poliovirus en cultivos en que el tejido se había tomado de otras fuentes, pero no tuvieron éxito. Trece años después del éxito de Sabin y Olitsky por el desarrollo del poliovirus en tejido cerebral, los investigadores del laboratorio John Enders del Hospital Infantil de Boston pudieron, por una afortunada casualidad, hacer crecer con éxito el virus en un cultivo de tejido de piel y músculo de un embrión humano.

En esa época, los investigadores estaban enfocados en aislar y desarrollar el virus de la varicela. Ya habían tenido éxito en el cultivo de virus de paperas e influenza, y habían pasado a la varicela, que sabían se desarrollaba en las células humanas.

Después de preparar matraces con tejido embrional humano, inocularon al material de cuatro matraces con enjuagues de garganta de pacientes con varicela. Al material de otras cuatro matraces se le inoculó una cepa de poliovirus como grupo de control. El virus de la varicela no se desarrolló en este caso pero, para la enorme sorpresa de los investigadores, el poliovirus sí lo hizo.

Siguieron adelante para desarrollar otras dos cepas de poliovirus en muchos tipos diferentes de tejido embrional humano, sin usar tejido del sistema nervioso. Pudieron cultivar rápidamente el virus en grandes concentraciones utilizando el aparato de “tubos rotatorios de Gey”, creado por el investigador George Otto Gey en la década de 1930.



En 1951, Jonas Salk y sus colegas en la Universidad de Pittsburgh descubrieron que el poliovirus también se podía propagar a gran escala en células de riñón de mono.

Con el tiempo, la mayoría de los esfuerzos para crear vacunas se enfocaron hacia el uso de cepas celulares, cultivos hechos a partir de un solo tipo de célula. Estas cepas se pueden derivar de cultivos de tejido que contienen múltiples tipos de células; mientras que los virus se pueden desarrollar en cultivos de tejidos, las cepas celulares permiten una observación y control continuos que no se pueden lograr en cultivos de múltiples tipos de células. Esta misma transición se realizó en la creación de vacunas contra la polio; para producir actualmente la vacuna inactiva contra la polio, se utiliza una cepa celular de riñón de mono para desarrollar el poliovirus. (2011). Rotavirus Vaccine, Live, Oral, Pentavalent.

## **2.3 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LAS VACUNAS**

El intento de la vacunación ha acompañado históricamente al hombre, quien ha logrado encontrar protección real contra las enfermedades infecciosas. Los datos más antiguos que se conocen sobre la historia de la vacunación se llevaron a cabo durante el siglo VII, cuando budistas indios ingerían veneno de serpiente con el fin de ser inmune a sus efectos. Desde el siglo X el pueblo chino practicaba la variolización con el fin de inocular el virus de la viruela de un enfermo a una persona susceptible con el propósito de disminuir su virulencia.

Y a mediados del siglo XVII, el médico inglés Francis Home, realizó algunos intentos de inmunización contra el sarampión; por otro lado el inglés Edward Jenner, fue quien marcó una nueva etapa en la historia, dándose a conocer como el padre de la vacunación (Bardesquera, Cruz, & Suárez, 2000).

Antes de la era moderna de las vacunas de la niñez, los padres se habrían sorprendido al pensar que las generaciones futuras podrían proteger a sus hijos de muchas de las enfermedades infecciosas más graves de la niñez.

Después de todo, hubo una época en que la difteria era una de las enfermedades infantiles más temida, cobrando más de 10,000 vidas al año en los Estados Unidos durante los años de 1920. En los años de 1940 y 1950, la poliomielitis paralizó e incluso mató a miles de niños.

En determinado momento, el sarampión afectó a casi medio millón de niños en Estados Unidos cada año. Casi todos en los Estados Unidos lo tuvieron en algún momento de su infancia, y algunas veces ocasionaba complicaciones como la neumonía y la encefalitis. Afortunadamente, los tiempos han cambiado.

En la actualidad, la mayoría de niños en los Estados Unidos viven vidas mucho más saludables y los padres viven con mucho menos ansiedad y preocupación por las infecciones de la infancia. Aun así las vacunas son un desarrollo relativamente reciente. Hace apenas más de 200 años en el Reino Unido,

Edward Jenner observó que algunas mujeres que ordeñaban vacas parecían estar protegidas de la viruela si ya habían sido infectadas por el virus mucho menos peligroso que ocasionaba la viruela bovina.

En 1796, Jenner realizó un experimento, raspando el brazo de un niño de 8 años llamado James Phipps con material de una llaga de la viruela bovina en una de estas mujeres que ordeñaban vacas. El investigador Edward Jenner se cercioró de que entre la población rural era habitual contraer un tipo de viruela, la vacuna, mucho más leve que la humana, debido al contacto directo con las vacas, pero que tras pasar los síntomas de esta enfermedad las personas no enfermaban de la mortal viruela humana.

"Yo no cogeré la viruela mala porque ya he cogido la de las vacas" oyó decir el investigador y médico a una de las lecheras de su pueblo.

Con estos datos en la mano, Jenner decidió administrar viruela vacuna a un niño, esperar a que se recuperara y posteriormente inyectarle la viruela humana para comprobar si se infectaba. El niño no contrajo la enfermedad, era inmune gracias a la inoculación previa de la viruela de la vaca. Su organismo, al haber sufrido con anterioridad la viruela vacuna había desarrollado los anticuerpos necesarios para combatir la viruela humana.

Luego repitió el mismo experimento, pero esta vez agregó una pequeña cantidad de viruela al mismo niño. Él esperaba que el procedimiento inmunizara

al niño contra la mortal infección de la viruela. De hecho, lo hizo. El experimento de Jenner inició la era de las vacunas.

El siguiente avance importante ocurrió casi 100 años después cuando el Dr. Louis Pasteur, demostró que la enfermedad se podía evitar al infectar a los humanos con gérmenes debilitados. En 1885, el Dr. Pasteur utilizó una vacuna para prevenir con éxito la rabia en un niño llamado Joseph Meister que había sido mordido por un perro con rabia. Para la mitad del siglo 20, se había obtenido un progreso regular en las vacunas.

El Dr. Jonas Salk y el Dr. Albert Sabin, lograron lo que se conoce como los avances más importantes, ellos desarrollaron la vacuna de poliomielitis inactiva y la vacuna de poliomielitis activa, respectivamente. Sus descubrimientos han salvado a un número incontable de niños en todo el mundo de la poliomielitis, una enfermedad que con frecuencia deja a los niños amarrados a una silla de ruedas o muletas de por vida. En la actualidad, las vacunas son una de las historias de éxito de la medicina moderna. La viruela declaró erradicada del mundo en 1977.

La poliomielitis se eliminó oficialmente de los Estados Unidos y del resto del hemisferio occidental en 1991. Mientras que se reportaban de 13,000 a 20,000 casos de poliomielitis cada año en los Estados Unidos antes de la disponibilidad de la vacuna, ¡no se reportó ningún caso en el año 2000! A pesar de que hubo 12,230 muertes a causa de la difteria en los Estados Unidos en 1921 (mucho antes de la disponibilidad de la vacuna), solo hubo 1 caso de difteria reportado en 1998.

La lista de enfermedades graves que se han erradicado o cuyas cifras se han reducido dramáticamente por las vacunas, continúa aumentando, desde las paperas hasta el sarampión, desde la rubéola hasta el tétano. (2006) Immunizations and Infectious Diseases American Academy of Pediatrics.

En relación con la poliomielitis, en España se usó, entre los años 1959 y 1963, la vacuna de polio inactivada (VPI), que se administraba gratuitamente a los económicamente débiles. La vacuna se aplicaba en 3 dosis entre los 5 meses y los 8 años de edad. Las coberturas fueron bajas, ya que la cantidad de vacunas disponibles era escasa.

Sin embargo, en 1963, tras la experiencia acumulada en diversos países, se inició la vacunación con la vacuna oral atenuada (VPO). Al principio, se realizó un estudio piloto en las provincias de León y Lugo, para desarrollarse a continuación la primera campaña gratuita y masiva de vacunación, dirigida a niños con edades comprendidas entre los 2 meses y los 7 años. Se aplicaban 2 dosis, la primera con VPO monovalente (poliovirus 1) y la segunda con VPO trivalente (poliovirus 1, 2 y 3). Las coberturas alcanzadas, tanto en la captación como en la segunda dosis, fueron muy altas.

En 1965 se inicia una nueva campaña masiva, utilizándose, en este caso, 2 dosis de VPO trivalente. Al mismo tiempo se añadió la vacunación frente a la difteria, el tétanos y la tosferina (DTP). La vacunación se realizaba a los niños

entre los 3 meses y los 3 años de vida. El éxito de estas intervenciones determinó que, a partir de este momento, se realizaran de manera continua en forma de dos campañas anuales, una en primavera y otra en otoño.

En 1968 se llevó a cabo una campaña de vacunación frente al sarampión en 11 provincias españolas, vacunándose a niños con edades comprendidas entre los 9 y los 24 meses.

Se estima que la introducción de las vacunas en el mundo ha evitado anualmente 5 millones de muertes por viruela, 2,7 millones por sarampión, 2 millones por tétanos neonatal, 1 millón por tos ferina, 600.000 por poliomielitis parálitica y 300.000 por difteria.

Desde 1900 a 1973 se produjo un uso masivo de vacunas, fundamentalmente en países desarrollados (viruela, tuberculosis (BCG), difteria-tétanos-pertussis (DTP), vacunas atenuadas e inactivadas contra la poliomielitis (VPO, VPI) y vacuna contra el sarampión).

En 1974, la Organización Mundial de la Salud (OMS) implanta el Programa Ampliado de Inmunización, PAI (Expanded Programme on Immunization, EPI), con el objetivo de hacer llegar la vacunación a los países en desarrollo; dicho programa incluye la vacunación de tuberculosis (BCG), difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis y sarampión.

En 1993 se incluye en dicho programa la vacunación de hepatitis B y de fiebre amarilla en aquellos países en los que la enfermedad es endémica. En 1998 se introdujo en el PAI la vacuna de *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib).

El descubrimiento en 1955 de las vacunas frente a la poliomielitis, oral e inactivada, y el inicio de su empleo masivo, bien de forma rutinaria o mediante campañas específicas de vacunación, fue el comienzo de la puesta en marcha de programas de vacunación en principio dirigidos a la población infantil con el objetivo de lograr una amplia inmunidad de la población que permitiera el control de la infección.

Las políticas poblacionales de la vacunación son por lo tanto muy recientes, lo que significa que en el momento actual tenemos alguna parte de la población adulta, justamente anteriores a las poblaciones vacunadas, que no se beneficiaron de esta medida de prevención y, en muchos casos, se les dificultó entrar en contacto a la edad en que era habitual con el agente infeccioso y desarrollar la enfermedad y la inmunidad consecuente. Esta parte de la población representa unos porcentajes más o menos importantes de personas susceptibles que en algunos casos son los responsables de la persistencia de brotes de estas enfermedades sometidas a programas de vacunación.

Algunas vacunaciones administradas en la infancia, no inducen inmunidad duradera para toda la vida, por lo que si los programas no se refuerzan con

dosis posteriores al cabo de los años, las personas vacunadas se vuelven de nuevo susceptibles y por lo tanto con riesgo de enfermar. Es pues de gran importancia, extender las políticas o recomendaciones de vacunación a estos grupos de población, a partir de los 16 años, edad en que finaliza las recomendaciones de vacunación del calendario infantil, con el fin de complementar los programas de vacunación infantil y reforzar su impacto en el control de la infección.

(2004) Propuesta Calendario de Vacunaciones Sistémicas para adultos y mayores, y Documento "Vacunación en adultos. Recomendaciones.

## **2.4 DESARROLLO PRUEBAS Y REGLAMENTOS PARA LAS VACUNAS**

El desarrollo de una vacuna es un proceso largo y complejo que a menudo tarda de 10 a 15 años, e involucra la participación combinada de organizaciones públicas y privadas. El sistema actual para crear, probar y regular vacunas se creó durante el siglo XX, cuando los grupos involucrados estandarizaron sus procedimientos y reglamentos.

La Ley de Servicio Público de Estados Unidos de 1944 ordenaba que el gobierno federal emitiera autorizaciones oficiales para los productos biológicos, incluidas las vacunas. Después de un accidente en 1954 con una vacuna contra el poliovirus (conocido como el incidente Cutter), se formó la División de



Normas para Productos Biológicos (DBS, por sus siglas en inglés) con el fin de supervisar la seguridad y regulación de las vacunas.

Posteriormente, la DBS cambió de nombre a Oficina de Productos Biológicos, y se convirtió en parte de la Administración de Drogas y Alimentos; ahora es el Centro para la Evaluación e Investigación de Productos Biológicos.

#### 2.4.1 En el resto del mundo

En la Unión Europea, la Agencia Europea de Medicamentos supervisa la regulación de vacunas y otras medicinas, y un comité de la Organización Mundial de la Salud hace recomendaciones para los productos biológicos utilizados a nivel internacional; muchos países han adoptado las normas de la OMS.

#### 2.4.2 Etapas en el desarrollo y las pruebas de vacunas

En Estados Unidos, el desarrollo y las pruebas de las vacunas siguen un conjunto estandarizado de pasos. Las primeras etapas son de naturaleza exploratoria. La regulación y la supervisión aumentan en lo que la vacuna candidata avanza en el proceso

### 2.4.3 Primeros pasos: Estudios de laboratorio y en animales

#### Etapa de exploración

Esta etapa involucra la investigación básica de laboratorio, y a menudo dura de 2 a 4 años. Los científicos académicos y gubernamentales con financiamiento federal identifican antígenos naturales o sintéticos que podrían ayudar a prevenir o tratar una enfermedad. Estos antígenos podrían incluir partículas parecidas a virus, virus o bacterias debilitadas, toxinas bacterianas debilitadas u otras sustancias derivadas de patógenos.

#### 2.4.4 Etapa preclínica

Los estudios preclínicos usan sistemas de cultivos de tejidos o cultivos de células y pruebas en animales, que pueden ser ratones o monos, para evaluar la seguridad de la vacuna candidata y su capacidad inmunógena, o capacidad de provocar una respuesta inmunológica.

Estos estudios les dan una idea a los investigadores sobre las respuestas celulares que podrían esperar en los humanos, también podrían sugerir una dosis inicial segura para la siguiente fase de la investigación, así como un método seguro para aplicar la vacuna.

Los investigadores pueden adaptar la vacuna candidata durante la fase preclínica para tratar de hacerla más eficaz. También pueden realizar estudios

de exposición con los animales, lo cual significa que se vacuna a los animales y luego se trata de infectarlos con el patógeno objetivo; este tipo de estudios nunca se realizan en humanos.

Muchas vacunas candidatas no van más allá de esta etapa, ya que no pueden generar la respuesta inmunológica deseada. A menudo, las etapas preclínicas duran de 1 a 2 años, y por lo general involucran a investigadores de la industria privada.

#### 2.4.5 Solicitud de IND

Un patrocinador, que por lo general es una compañía privada, envía una solicitud para investigar un medicamento nuevo (IND, por sus siglas en inglés) a la Administración de Drogas y Alimentos de EE.UU., donde refiere los procesos de fabricación y prueba, resume los informes del laboratorio y describe el estudio propuesto. Una junta de revisión institucional, que representa a la institución donde se llevará a cabo el ensayo clínico, debe aprobar el protocolo clínico. Finalmente, la FDA tiene 30 días para aprobar la solicitud. Una vez que se ha aprobado la solicitud IND, la vacuna se somete a tres fases de pruebas.

## 2.4.6 Sigüientes pasos: Estudios clínicos con humanos

### Fase I de los ensayos con la vacuna

Este primer intento por evaluar la vacuna candidata en humanos involucra a un pequeño grupo de adultos, de entre 20 a 80 por lo general.

Si la vacuna está dirigida a los niños, los investigadores harán pruebas primero en adultos, y poco a poco reducirán la edad de los sujetos de prueba hasta llegar al objetivo. Los ensayos de fase I pueden ser no ciegos (conocidos también como estudios abiertos, pues los investigadores, y tal vez los sujetos de prueba, saben si se usa una vacuna o un placebo).

### 2.4.7 Fase II de los ensayos con la vacuna

Un grupo más grande de varios cientos de personas participa en las pruebas de fase II. Algunas de las personas pueden pertenecer a grupos en riesgo de contraer la enfermedad; los ensayos son aleatorios y bien controlados, e incluyen a un grupo de placebo.

Las metas de las pruebas de fase II son estudiar la vacuna candidata en cuanto a su seguridad, capacidad inmunógena, dosis propuestas, programa de vacunación y método de aplicación.

## 2.4.8 Fase III de los ensayos con la vacuna

Las vacunas candidatas que tienen éxito en la fase II avanzan a ensayos más grandes, que involucran de miles a decenas de miles de personas. Las pruebas de fase III son aleatorias y doble ciego, e involucran la vacuna experimental que se prueba contra un placebo (el placebo puede ser una solución salina, una vacuna para otra enfermedad o alguna otra sustancia). Una meta de la fase III es evaluar la seguridad de la vacuna en un grupo grande de personas.

Algunos efectos secundarios poco usuales podrían no ser evidentes en grupos más pequeños de personas que formaron parte de las fases anteriores;

Por ejemplo, suponga que un suceso adverso, relacionado con una vacuna candidata, pudiera ocurrir en 1 de cada 10,000 personas, para detectar una diferencia significativa de un suceso de baja frecuencia, el ensayo tendría que haber incluido 60,000 sujetos, la mitad de ellos en el control, o en el grupo sin vacuna (Plotkin SA et al. *Vaccines*, 5th ed. Philadelphia: Saunders, 2008).

La eficacia de la vacuna también se prueba, lo cual puede incluir los siguientes factores: 1) ¿La vacuna candidata previene la enfermedad? 2) ¿Previene la infección por el patógeno? 3) ¿Conduce a la producción de anticuerpos u otros tipos de respuestas inmunológicas relacionadas con el patógeno?

#### 2.4.9 Sigüientes pasos: Aprobación y autorización oficial

Después de que un ensayo de fase III resulta exitoso, el creador de la vacuna enviará a la FDA una solicitud de autorización oficial para productos biológicos. Posteriormente, la FDA inspeccionará la fábrica donde se producirá la vacuna y aprobará el etiquetado de la misma.

Después de emitir la autorización oficial, la FDA vigilará la producción de la vacuna, incluyendo las instalaciones de inspección, y revisará las pruebas que hace el fabricante a lotes de vacunas en cuanto a capacidad para obtener el efecto deseado, seguridad y pureza.

La FDA tiene el derecho de realizar sus propias pruebas a las vacunas de los fabricantes.

#### 2.4.10 Vigilancia posterior una vez emitida la autorización oficial

Diversos sistemas vigilan las vacunas después de haber sido aprobadas.

Entre ellos se incluyen los ensayos de la fase IV, el Sistema de Información sobre Eventos Adversos a una Vacuna (Vaccine Adverse Event Reporting

System) y el Enlace de Datos sobre la Seguridad de las Vacunas (Vaccine Safety Datalink).

#### 2.4.11 Fase IV de los ensayos

Los ensayos de la fase IV son estudios opcionales que pueden realizar las compañías de medicamentos después de que se lanza una vacuna. El fabricante puede seguir realizando pruebas a la vacuna en cuanto a seguridad, eficacia y otros posibles usos. Las vacunas se desarrollan, prueban y regulan de manera muy similar a otros medicamentos.

En general, las vacunas cuentan con pruebas más meticulosas que los medicamentos porque, por lo general, es mayor la cantidad de humanos en los ensayos clínicos de las vacunas. Además, el seguimiento de las vacunas, después de que se otorga la autorización oficial, se examina minuciosamente por los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) y la FDA. (U.S. Department of Health and Human Services.)

## 2.4.12 Investigación y pruebas de vacunas

Las discusiones éticas también se circunscriben a la investigación y pruebas de las vacunas; dentro de este tipo de discusiones se incluyen temas como: desarrollo de vacunas y diseño de estudios, poblaciones y lugares para las pruebas. Para obtener una autorización oficial, las vacunas pasan por muchos años de investigación, y deben aprobar normas rigurosas de seguridad.

El proceso de desarrollo e investigación de vacunas incluye a expertos de muchas disciplinas científicas y sociales, que incluyen salud pública, epidemiología, inmunología y estadística, así como a las compañías farmacéuticas, los interesados podrían tener prioridades y motivos en conflicto, lo cual contribuye a diversas discusiones éticas.

A veces, los investigadores discrepan sobre a quién incluir en las pruebas de las vacunas; para probar adecuadamente la eficacia de una vacuna, por lo general se necesita un ensayo clínico que incluya a un grupo de control que no reciba la vacuna de prueba. Sin embargo, no contar con una opción preventiva adecuada podría resultar en una decisión difícil, sobre todo cuando la vacuna podría prevenir una infección grave, intratable o fatal; por ejemplo, los investigadores de la vacuna contra la tuberculosis (TB) se han esforzado por elaborar procedimientos éticos para los grupos de control.



### 2.4.13 Vacunas en México

Los antecedentes de la vacunación en México comienzan en el siglo XVIII, cuando se produjeron las grandes expediciones de Francisco Balmis para enfrentarse a epidemias tales como la viruela. La historia de las epidemias infecciosas en México fue realmente trágica, debido tanto al número y la frecuencia, como a la extensa morbimortalidad que conllevaron.

Como consecuencia de la conquista europea, los pueblos nativos de México padecieron diversas enfermedades infecciosas epidémicas que resultaron en la mortandad de más de 20 millones de habitantes. Tras estas epidemias, la población mexicana, al igual que otras en diversas partes del mundo, continuó expuesta a la amenaza de un elevado número de enfermedades infecciosas.

Como el tifo exantemático, la escarlatina, la viruela, la difteria, la tos ferina, el sarampión y la tuberculosis. A fines de 1595, aparecieron tres epidemias diferentes sarampión, parotiditis y tabardillo que ocasionaron la muerte de menos personas, en comparación con las epidemias anteriores. Durante los siglos XVII y XVIII, se presentaron otros brotes infecciosos, entre ellos peste, tifo y viruela, los cuales produjeron morbilidad y mortalidad muy altas en la población mexicana.

Así, el censo de Revillagigedo de 1790 registró que 92% de los habitantes que vivían en la Nueva España eran menores de 50 años, cifra que permite inferir

que, en México, la esperanza de vida era en esa época inferior a 35 años y la mortalidad infantil muy inmensa.

En 1973, se organiza la vacunación masiva mediante el Programa Nacional de Inmunizaciones, en el que ya se establece la aplicación obligatoria de cuatro vacunas esenciales: antipoliomielítica, DPT, BCG y antisarampión, además del toxoide tetánico. En apoyo a este programa, desde 1980 se organizan jornadas intensivas de vacunación con características y denominación diversa pero con objetivos similares: primero fueron las Fases Intensivas de Vacunación, después los Días Nacionales de Vacunación, después se nombraron Semanas Nacionales de Vacunación y finalmente las Semanas Nacionales de Salud.

Cinco años más tarde, se publicó el decreto en el que se establece con carácter obligatorio la Cartilla Nacional de Vacunación. En un esfuerzo por integrar a todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud e implantar un programa con objetivos, metas y estrategias iguales para todas las instituciones, en 1991 se creó el Programa de Vacunación Universal.

La evolución de las vacunas en México ha estado a la par del propio desarrollo que en este campo ha experimentado el mundo entero, por lo que nuestro país es reconocido a nivel continental por ser pionero en avances logrados en la materia, así como por alcanzar coberturas de vacunación muy alta

#### 2.4.14 Aportaciones

Romero (2013) demostró que en diferentes países se conocen distintos programas de vacunación que requieren de elementos técnicos e organizaciones para ser aceptados dentro de ellos uno no fue aceptado por la comunidad ya que requiere la determinación que tiene un conocimiento sobre las vacunas que son un término socio-económico y cultural, de 56 encuestados se obtuvo el resultado de un 18.9% terminaron un estudio de primaria, 35.3% secundaria, 31% bachillerato, 4.3% técnicos, el 8.6% estudios profesionales y el 1.7% analfabetas predominando que el 96.4% son de la iglesia católica, y tienen diferentes formas de pensar sobre las vacunas.

Alves, Coelho, Pamplona, y Falleiros, (2011) mencionan que las vacunas son un una clases de cuidado protector para la salud del niño, el dejarse llevar por los tabúes implicar perder oportunidades de inmunizaciones.

Los estudios se describen que los biológicos son factores de dolor y angustia, para ellos los padres no quieren que sus hijos sufran y tengan incumplimientos en las vacunas. Si intervenimos en ellos podemos concientizarlos, dándoles información sobre su cuerpo, enfermedades, su tratamiento, el conocimiento implica la eficacia de la cura.

Véliz (2016) indica que las vacunas son una acción sanitaria que han revolucionado hasta la actualidad y han reducido los niveles de mortalidad infantil. En el siglo pasado se implementó esfuerzo del quipos de salud que hasta ahora siguen en proceso de para enseñar a los padres la importancia de que sus hijos sean vacunados de acuerdo a su esquema de vacunación y su cumplimiento.

Muñoz (2012) dice que hoy en día se cuenta que hay gran variedad de enfermedades infecciosas que pueden llevar a perder la vida siendo muy peligrosas, mantener sano a los niños deben tener completas sus vacunas no importando los tabúes que se dicen de ellos y con ellos teniendo impunidad contra estas enfermedades que están protegiendo la salud.

El implemento de los biológicos ha acompañado históricamente al hombre buscando en ellas protección contra las enfermedades, haciendo hincapié en la importancia de implementar algo nuevo para la cura de estas enfermedades, lo importante es mantener a nuestros niños y nosotros con una buena salud, y mantenernos fuera de peligro de la salud. Se cuenta que anteriormente los pueblos se diezmaban por las enfermedades infecciosas que no tenían cura. Con esto llevo a personas investigar la cura de ellas por ejemplo Beumer, Peiper y Wrigth fueron los primeros en crear la primera vacuna de Antitifoideica. Corcho, Martínez y Larreinaga, (2000) indican que la vacuna es un preparado de 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 esto consiste 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.

## CAPITULO 3

### 3.1 GENERALIDADES DE LAS VACUNAS

1. Quezada M.C, (2013) Conocimiento sobre la importancia de la vacunación y su relación con la salud en niños menores de 5 años en madres del barrio Zalapa [Quezada Morocho Carmen Mercedes pdf- Repositorio]. [Tesis pregrado]. Loja. Obtenido de: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/7000/1/Quezada%20Morocho%20Carmen%20Mercedes.pdf>

Informar a los padres de familia sobre la importancia y necesidad de los biológicos, hacer de su conocimiento los beneficios que se obtienen a su aplicación, todo en relación son datos que la población debe de tener ya en conocimiento., es importante adiestrar a cada parte de la familia sobre esta acción y es precisamente la intención que se tiene con ellos y es lo que se lleva a cabo.

2. Rodríguez A. Magnitud y causas de oportunidades perdidas de vacunación en población de dos años en América. *Revista CES Medicina*. 2001 [Cited 2014 Nov 13];15(1):71-80. Available from: <http://goo.gl/fUUZzs>

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las oportunidades perdidas de vacunación (OPPV) se definen como todas las circunstancias por las cuales un niño menor de cinco años o una mujer en edad fértil, aun encontrándose aptos y teniendo necesidad de ser vacunados, no se les administran las vacunas correspondientes al acudir a un establecimiento o servicio de salud.

Esto debido a la falta de conocimiento o bien por cultura de algún pueblo marginado ya que precisamente acudiendo al establecimiento no pide información que le cubra las dudas. Ya sea por pena, por miedo etc. la falta de información siempre recaerá en este tipo de circunstancias.

3. Sotelo, D. C. (2012). Factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación en las madres con niños menores de un año en el Centro de Salud de Mala, 2011 (tesis de Post-grado) .Universidad Nacional Mayor De San Marcos, Perú, Obtenido de: [http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2515/1/Gonzales\\_Sotelo\\_Dina\\_Cirila\\_2012.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2515/1/Gonzales_Sotelo_Dina_Cirila_2012.pdf)

Los factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación en las madres con niños menores de un año; en un mayor porcentaje están presentes, referido al ingreso económico, gasto de pasaje para ir a vacunar al niño, la creencia sobre las vacunas, gratuidad de las vacunas, el trato del personal de enfermería, la información de las citas posteriores u de las reacciones post vacúnales.

4. Ordoñez, G. (2015). Conocimiento De Las Madres Sobre Inmunizaciones En Niños Menores De 2 Años Que Acuden Al Centro De Salud Tipo A “Daniel Álvarez Burneo”. (Tesis de pre grado) Univerdidad Nacional de Loja, Ecuador. Obtenido de: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/11863/1/TESIS%20CONOCIMIENTO%20DE%20LAS%20MADRES%20SOBRE%20INMUNIZACIONES.pdf>

El conocimiento que se obtiene en las madres sobre la inmunizaciones son muy bajas por el dicho contexto en el que habitan aunque ciertamente hay madres que se informan sobre si mismas para obtener el beneficio de salud óptima para sus hijos este tipo de madres son las que acuden consecutivamente a un establecimiento de salud y se informa preguntando a médicos, y enfermeros sobre la acción que ejerce la vacuna en los niños, lamentablemente un porcentaje de madres no se informan y parecen de lo que algún familiar le diga.

5. Unicef. (2016). Obtenido de: <https://www.unicef.org/spanish/earlychildhood/9479.html> Boscan, M., Belen, S., Trestini, M., & Tomat, M. (2012). Actitud de las madres en el cumplimiento del calendario de vacunación de niños menores de 6 años. Scielo, 33-41



Algunas madres suelen ser sobre protectoras y esto hace que hagan acciones que no lleven al cumplimiento de la vacuna en sus hijos ciertamente las vacunas tiene reacciones adversas, en algunos casos los niños después de una vacuna tendrán alguna reacción adversa pero no comprometen la salud del niño si no esto va de acuerdo al sistema inmunológico. Existe personal que no informa a madres sobre las reacciones que tienen las vacuna esto nos lleva a lo mismo el no informar a madres o padres de familia sobre la importancia de las vacunas y esto hace que el calendario no se cumpla debidamente.

6. Guerrero, E. (2013). Cobertura de vacunación en niños y adolescentes en México: esquema completo, incompleto y no vacunación. Ministerio de Salud Pública México.

Obtenido de:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800028)

36342013000800028 Organización Colegial de Enfermería (2018). Vacunación. Obtenido de:

<http://www.enfermeriaavila.com/PDF/Vacunacion.pdf>

La vacunación en México forma parte del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y de la Adolescencia, cuya gerencia y normatividad es responsabilidad del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y de la Adolescencia de la Secretaría de Salud (CeNSIA). En las entidades federativas, el Programa es responsabilidad de las Secretarías Estatales de Salud, recayendo la operación del mismo en los Servicios Estatales de Salud y en las delegaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), del Instituto de

Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y en otras instituciones del sector público tanto locales como federales.

7. Giménez, D. S. (26 de SEPTIEMBRE de 2016). Las vacunas en la infancia. Obtenido de [https://www.medicina21.com/Articulos-V18-Las\\_vacunas\\_en\\_la\\_infancia.html](https://www.medicina21.com/Articulos-V18-Las_vacunas_en_la_infancia.html) Julián, P., & María, M. (2014). DEFINICIÓN.DE. Obtenido de <http://definicion.de/inmunizacion/>

Inmunización es la acción y efecto de inmunizar. Este verbo, por su parte, refiere a hacer inmune (lograr que alguien o algo no sean atacables por enfermedades o flagelos). Aquel o aquello que recibe una inmunización, por lo tanto, está exento de ciertos problemas, trastornos, padecimientos, etc.

8. Br. Ascarate Farias, María Estefanía (2012) causas del incumplimiento del control de salud de los niños/as menores a 2 años del centro de salud cerro (tesis de licenciatura) universidad de la república facultad de enfermería catedra materno infantil.

La investigación realizada muestra las causas del incumplimiento al control de salud, edad del niño, vacunas, edad de la madre, sexo de niño, accesibilidad geográfica al centro de salud, accesibilidad administrativa y económica.

Obteniendo la principal causa del incumplimiento al control de salud es "me olvide, me dormí", declarado por los tutores de los niños.

9. BNC programa de bioética (18 de abril 2018) datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las campañas de vacunación evitan entre 2 a 3 millones de muertes al año en el mundo, y son reconocidas internacionalmente como una de las intervenciones de salud con mayor eficacia y mejores resultados. No obstante esto, estimaciones señalan que el año 2017 aún existían en el mundo 19,4 millones de niños sin vacunar o insuficientemente vacunados.

Las vacunas es uno de los logros favorables para la salud pública. La importancia de esta es erradicar enfermedades y prevenir otras. Explica por qué se dedican a ella varias de las metas que integran el Organización de Desarrollo Sostenible N° 3 de la Agenda 2030, enfocado en la salud y el bienestar. Minimizando el impacto de los movimientos anti vacunas.

10. Ubeda sansano (2005;7) oportunidades perdidas de vacunación. Miedos injustificados a la vacunación o creencias erróneas de los padres y profesionales sanitarios. Recuperado de <http://archivos.pap.es/files/1116492-pdf/517.pdf>

Los medios de comunicación y el internet son parte de la mala información hacer de las vacunas en general, esto lleva a que los padres de familia rechacen sin duda alguna las inmunizaciones. Las ha ido generando movimientos anti vacunas. Estos mismos proliferan información errónea creando pánico a los familiares. Países como España están muy bien educados gracias al personal de salud, reciben información científica y verídica sobres los beneficios y riesgos de las vacunas, constantemente como herramienta utilizan páginas educativas para profesionales y público en general con información científica y actualizada.

11. Macías. (1 de Julio de 2017). Factores de riesgo para esquemas de vacunación incompletos en niños de seis a 60 meses en el Instituto Nacional de Pediatría. En el mundo fallecen 2.5 millones de niños menores de cinco años debido a enfermedades prevenibles por vacunación. En México, la cobertura de vacunación para el año 2007 fue de 98.2% para los niños de uno a cuatro años; sin embargo, los niños hospitalizados presentan barreras adicionales para la vacunación. Recuperado el 03 de Diciembre de 2018, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revenfinfped/eip2008/>

Los estudios realizados mediante una encuesta en el instituto nacional de pediatría el 01 de junio al 8 de septiembre del 2003. De 2,301pacientes pediátricos ingresados calculando 787 equivalentes a 37% de niños de 6 meses a 5 años, 2.9% no tenían cartilla de vacunación y el 82.2% de niños tenía el esquema de vacunación completo. Esto conlleva a la misma situación de la mala comunicación de personal de salud y familia. Es una responsabilidad en los tres niveles de atención para otorgar una buena promoción a la salud.

12. OMS (2016). Inmunización. La finalidad de la Semana Mundial de la Inmunización, que se celebra en la última semana de abril, es promover el uso de vacunas para proteger contra las enfermedades a personas de todas las edades. Recuperado el 15 de Noviembre de 2018, de <http://www.who.int/immunization/es/>.

La organización mundial de la salud hace importancia a las inmunizaciones de la población en general durante el transcurso de su vida.

Exhorta a la población los, beneficios que tiene esta para nosotros, es justo y necesario para ciudades como pueblos pequeños.

13. Facultad de Medicina, UNAM (2002). El Programa Nacional de Vacunación: orgullo de México: Desde 1990 México era uno de los siete países en el mundo autosuficiente en la producción de biológicos y, después de un breve lapso en que dejó de serlo, a partir de 1999 con el proyecto BIRMEX, al que se le ha dado prioridad, continúa en proceso de consolidación. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un2002/un023g.pdf>

México ya cuenta con antecedentes de salud pública principalmente con inmunizaciones. Estos logros fueron esfuerzos de diversos eventos que apoyaron a la creación de vacunas con el presupuesto adecuado y con buenas facilidades para que la población contara con ellas. La participación de organizaciones de las instituciones de salud fueron las que conllevaron al éxito del programa de vacunación. Con el transcurso del tiempo y con apariciones de nuevas patologías los programas de salud han estado modificando el programa de vacunación.

14. I. Salleras (2 y 6 de marzo de 2018). Movimientos antivacunas: una llamada a la acción Anti-vaccination movements: A call to action: En un festival de cine documental celebrado en Nueva York en 2016, el grupo antivacunas liderado por Wakefield, antes mencionado, pretendió presentar un documental sobre vacunas y autismo en el que defendía su teoría de que el autismo estaba provocado por la vacuna del sarampión. Esta teoría ha sido rechazada por los Comités de expertos en vacunaciones de todo el mundo, incluido el más prestigioso (el ACIP del Centers for Disease Control).

Lo sucedido causó un alto impacto en los programas de salud y vacunación bajando los niveles de efectividad. El objetivo actual es mejorar los niveles. La comisión europea lanzó ideas para neutralizar los argumentos que causan los grupos anti vacunas ya que estos movimientos amenazan con convertirse en un peligro para la salud pública. La idea principal es tener siempre los criterios científicos disponibles para demostrar la verdadera función de las vacunas.

15. Muyulema, Ruth; Guerrero Guerrero, Esthela; Melendres, Ivonne (enero, abril 2020) Conocimiento vaccinal en madres con hijos menores de 5 años: Apesar de los esfuerzos que realizan el Ministerio de Salud Pública a nivel nacional y organismos internacionales (OPS), se aprecia desconocimiento en los padres con respecto a la vacunación, su efectividad y posibles efectos; e inquietudes sobre los beneficios que otorgan las vacunas, razones que motivan a los investigadores del presente estudio a indagar sobre el conocimiento vaccinal, en madres con hijos menores de 5 años, en el Centro de Salud “20 de febrero” DOI:<https://doi.org/10.37910/RDP.2020.9.1.e197>

Como bien sabemos la inmunización es un mecanismo de defensa, estimula la producción de anticuerpos. Protege a los niños y niñas contra 14 enfermedades infantiles. Pero todo esto depende de los padres o tutores del niño. Ya que no todas las madres quieren vacunar a sus hijos, por creencias que toman como agresión a su cuerpo y piensan que tendrán efectos dañinos para su salud, por descuidos, o porque piensan que no pasa nada si o se la aplican.

16. D.R. SECRETARIA DE SALUD (2013 – 2018). Vacunación Universal Programa Sectorial: En los últimos años, las autoridades de salud han puesto especial énfasis en las acciones de inmunización, lo cual se refleja en el hecho de que en 1990 el 73.8 por ciento de niños de 1 año de edad contaba con cobertura de vacunación contra el sarampión y para el 2012 se incrementó a 86.8 por ciento la cobertura de vacunación con triple viral (SRP): sarampión, rubéola y parotiditis, con una variación de 13 puntos. 32 – 33 Recuperado de,  
[http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/descargas/transparencia/especiales/PAE\\_Vacunacion\\_Universal\\_PAE\\_final\\_final.pdf](http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/descargas/transparencia/especiales/PAE_Vacunacion_Universal_PAE_final_final.pdf)

Las campañas son con el objetivo de eliminar o reducir la bolsa de acumulación de susceptibles. Las estrategias que México está tomando son propuestas por la organización panamericana de salud (OPS), como las campañas se darán seguimiento, en la población de niños de 1 y 4 años de edad. Se especifican los objetivos, prioridades y políticas que regirán el desempeño de las actividades de vacunación, y que son de observancia obligatoria para las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

17. Jéssica H. Guadarrama-Orozcoa, Guillermo Vargas López y Carlos Viesca Trevino.(2015). Decisiones de los padres que no arriesgan la vida de sus hijos, pero que los exponen a danos serios: no a las vacunas: Si se interroga a los padres, las razones para no vacunar a sus hijos son muchas y muy variadas: van desde motivaciones religiosas, creencias personales, conocimientos naturistas, hasta influencias familiares y anecdóticas. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v72n5/1665-1146-bmim-72-05-00353.pdf>

La decisión de los padres de no aplicar vacunas que son obligatorias a sus hijos genera dilemas en los médicos todo el personal de salud. Los médicos no pueden obligar a los padres a vacunar a sus hijos. Ni tampoco pueden vacunar a un niño sin el consentimiento informado de sus padres. Inmunizarlos dependerá de muchos factores, incluyendo la probabilidad de contraer o no la enfermedad y la morbi-mortalidad asociada con la infección y los riesgos que implica aplicar una vacuna. En un intento de esclarecer cualquier malentendido y confusión al respecto, deberá informar a los padres que el riesgo de aplicación de una vacuna no debe ser analizado de forma aislada sino en relación con los riesgos que implica no aplicarla, y explicar con situaciones que permitan entender más fácilmente la situación.

18. AEP. Asociación Española de Pediatría (2016). VACUNA TOSFERINA. LacAEP recomienda la vacunación de todos los niños contra la tosferina, siguiendo los calendarios de vacunación sistemática de las comunidades autónomas españolas donde residan y también promueve su inclusión en la dosis de refuerzo de tétanos y difteria que se aplica a los adolescentes, actualmente a los 12-14 años. Obtenido de <http://vacunasaep.org/familias/vacunasaep/vacunasaep/vacunas-una-a-una/vacuna-tosferina>



La tosferina es una enfermedad infecciosa que, al principio, parece un resfriado más, pero que luego se sigue de una tos persistente característica durante varias semanas, en forma de ataques que casi no dejan ni respirar, muy molesta en los mayores, pues también afecta a los adultos, y muy peligrosa en los más pequeños, para la vacunación de la embarazada en el tercer trimestre de la gestación para prevenir la enfermedad en el recién nacido y en los primeros meses de vida.

### **3.2 La Cartilla de Vacunación en México**

19. Judith Vázquez-Santaella. Instituto Nacional de Pediatría versión On-line ISSN 2395-8235 versión impresa ISSN 0186-2391, actualizado (2014). Los orígenes de la cartilla de vacunación nacional. La Cartilla Nacional de Vacunación se instituyó en la República Mexicana por Decreto Presidencial, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el día 20 de octubre de 1978. Entró en vigor el día 1° de enero de 1979. Su propósito original fue apoyar al Sistema Nacional de Salud en el registro de las acciones de vacunación a menores de cinco años. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0186-23912014000400001](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912014000400001)

La Cartilla Nacional de Vacunación, su relevancia, no se ejerce como un documento cuyos registros se enfocan únicamente en detallar edades y vacunas, más allá de eso, es una herramienta que certifica a los niños del territorio mexicano, el fin es combatir enfermedades prematuras que a largo plazo de no ser tratadas pueden agravarse. Es importante saber que el concepto rector de la

cartilla surgió en la Dirección General de Epidemiología y Campañas Sanitarias de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia.

20. Reyes-Cadena A. Esquema de vacunación ideal vs Cartilla Nacional de Vacunación. *Acta Pediatr Mex.* 2018;39(4): 356-362. En México ha disminuido la morbilidad y mortalidad de las enfermedades prevenibles por vacunación, incluidas las de: poliomielitis, sarampión, difteria, tosferina, tétanos y tuberculosis meningea; a lo anterior han contribuido particularmente las semanas nacionales de salud y otras estrategias que han permitido focalizar las acciones y cumplir con las metas nacionales e internacionales.

En la actualidad los esfuerzos de salud y salud pública se conocen en general en casi todas las poblaciones, y bien es cierto que se busca cubrir todas las regiones del país mexicano. Aunque no solamente se combate contra las enfermedades, sino también con la conciencia de los mexicanos, el poder blindar a todas las personas y que pertenezcan al sistema de salud. Se modifican constantemente estrategias que logren estandarizar los niveles atención como oportunidades para todos los mexicanos, especialmente niños y adolescentes.

21. DOF: 28/09/2012. NORMA Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano. La presente Norma Oficial Mexicana considera todas las vacunas que están disponibles para su aplicación en México, de manera universal a la población y también a aquéllas que apoyan y fortalecen la salud pública. Tiene como propósito asegurar la protección de toda la población susceptible, así como de los grupos de riesgo en el país, contra las

enfermedades que se previenen mediante la vacunación o se tratan con la aplicación de productos biológicos como inmunoglobulinas o faboterápicos (sueros). Recuperado de [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5270654&fecha=28/09/2012](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5270654&fecha=28/09/2012)

Esta norma tiene la finalidad homologar los criterios y procedimientos para la aplicación, manejo, conservación de los biológicos y prestación de los servicios de vacunación, así como para el desarrollo de las actividades en materia de control, eliminación y erradicación de las enfermedades que se evitan mediante la vacunación.

22. Secretaría de Salud. Cartillas Nacionales de Salud. 04 de octubre de 2015. El Sistema de Cartillas Nacionales de Salud, se estableció como el esquema a través del cual los individuos podrán llevar un seguimiento personalizado y continuo de las acciones de prevención de enfermedades y de promoción de la salud que reciban. Las cinco cartillas Nacionales de Salud vigentes fueron validadas por las instituciones que conforman el Sector Salud: IMSS, ISSSTE, DIF, SEDENA, SEMAR, PEMEX y la Secretaría de Salud. Recuperado de, <https://www.gob.mx/salud/articulos/cartillas-nacionales-de-salud-12270>

La Secretaría de Salud prevé y diseña estrategias preventivas de salud, que busca promover la calidad, equidad de género corresponsabilidad y el autocuidado. Así también como la promoción en salud en donde permita el seguimiento de acciones en todas las etapas de la vida. La clasificación de cartillas es de la siguiente manera en relación a las edades.

Cartilla Nacional de Salud de niñas y niños de (0 a 9 años)

Cartilla Nacional de Salud del Adolescente de (10 a 19 años)

Cartilla Nacional de Salud de la Mujer de (20 a 59 años)

Cartilla Nacional de Salud del Hombre (20 a 59 años)

Cartilla Nacional de Salud del Adulto Mayor de (60 años o más)

23. Reyes-Cadena A. Esquema de vacunación ideal vs Cartilla Nacional de Vacunación. Acta Pediatr Mex. 2018;39(4):356-362. El programa de vacunación universal en México es una política pública de salud, cuyo objetivo es otorgar protección específica a la población contra enfermedades que son prevenibles a través de las vacunas. Este programa contiene las acciones que deben llevarse a cabo en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud del país para lograr el control, eliminación y erradicación de estas enfermedades. Recuperado de, [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0186-23912014000400001](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912014000400001)

Cumplir los objetivos de la vacunación universal conforma el marco de compromisos nacionales e internacionales. Los puntos que a continuación se mencionan surgen del estudio epidemiológico cuyo fin es combatir en mayor número las enfermedades emergentes y reemergentes en el país.

Normalmente se clasifican de la siguiente manera:

- Se busca alcanzar y mantener el 90% de vacunación con el esquema básico en menores de cinco años en cada entidad federativa.
- Mantener la erradicación de la poliomielitis por virus derivado de la vacuna.
- Mantener el control epidemiológico de la difteria.
- Mantener el control epidemiológico del tétanos no neonatal.
- Mantener la eliminación del sarampión, rubeola y el síndrome de rubeola congénita.
- Mantener el control de la tosferina.

- Prevenir las formas graves de tuberculosis.
- Prevenir infecciones invasivas por *Haemophilus influenzae* tipo b y por neumococo.
- Lograr el control epidemiológico de la parotiditis.
- Disminuir la severidad de la gastroenteritis causada por rotavirus.
- Prevenir las complicaciones de las infecciones respiratorias agudas por el virus de la influenza.
- Reducir la incidencia de infección por el virus del papiloma humano.

En cuanto a los antecedentes de las vacunas en México se establece que el registro y control de las dosis de biológicos sean aplicadas de manera obligatoria en niños y niñas menores de cinco años, su distribución debe ser gratuita en todas las instituciones del sector salud.

24. DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN: 23 DE OCTUBRE DE 2003. Cartillas Nacionales de Vacunación. Políticas. Establecer la colaboración intersectorial y entre niveles de gobierno. Las Cartillas Nacionales de Salud tienen un formato único y son entregadas gratuitamente. La Secretaría de Salud es responsable de imprimir, dotar y distribuir las cartillas a las instituciones del sector salud a través de los SESA. Ninguna persona debe quedar al margen de las oportunidades que ofrece el Sistema. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/articulos/cartillas-nacionales-de-salud-12270>

El DOF ejecuta acciones determinadas por el art. 4° de la Constitución Mexicana en el que establece que todo individuo tiene derecho a la salud. Y como derecho debe atribuirse a cada individuo una atención responsable, legal y ateniendo siempre a sus peticiones y no denigrarlas.

Puesto que la salud y el bienestar juegan un papel importante para todos los ciudadanos pues de ella depende la realización de variedades de actividades, en específico todas aquellas labores profesionales y oficios, que día a día significan el sustento de alimento y de vida para muchas personas.

25. José Ignacio Santos Preciado. Nuevo Esquema de Vacunación en México. (2018). En 1991, por decreto presidencial, se creó el Programa de Vacunación Universal y se fundó el Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA), en el que hasta la fecha participan representantes de todas las instituciones del sector salud. Recuperado de [aludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6124](http://aludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6124)

Algunos de los avances logrados por este organismo en la cobertura de vacunación, muestran el esfuerzo que todas las instituciones del Sector Salud han realizado en este ámbito: dicho esfuerzo ha permitido no sólo alcanzar los objetivos y las metas programadas sino incluso superarlas. Las elevadas coberturas de vacunación y su incremento sostenido en varios países del mundo han contribuido a la erradicación de la poliomielitis en el continente americano. En México en particular desde 1991 no se han notificado casos de difteria, por lo que esta enfermedad se encuentra eliminada del territorio nacional.

Por otra parte con el sarampión, desde julio de 1996 no se han presentado casos, las coberturas de vacunación alcanzadas y la tendencia descendente de la morbilidad nos indican que podemos aspirar a la eliminación de esta enfermedad. Sin embargo, mientras esto no se logre en todo el mundo, existe el riesgo de que aparezcan nuevas epidemias aun con programas exitosos,

debido a los intensos movimientos migratorios entre países y porque no es posible vacunar al 100% de los niños.

Por lo que se refiere a no completar la vacunación al 100% en todas las poblaciones de México, no únicamente implica que la cobertura realmente cubra todas las regiones, sino también se ve implicado las culturas y accesibilidades que las personas otorguen. En muchas partes de México aún se cuenta con mecanismos tradicionales para tratar enfermedades y contra estas ideologías es difícil combatir, por lo que es necesario seguir implementando programas accesibles y comprensibles para todo tipo de público.

De no ser así muchas enfermedades pueden reemerger y causar brotes importantes, que en un cierto momento pueden llegar a convertirse en epidemias graves.

26. José Luis Díaz-Ortega, Cruz-Hervert, Ferreira-Guerrero, Ferreyra-Reyes, Delgado-Sánchez, García-García. Cobertura de vacunación y proporción de esquema incompleto en niños menores de siete años en México. (2018). La cobertura de esquema completo en los niños menores de un año fue de 51.7% [rango: de 67.6%, para la vacuna pentavalente (PV), a 93.9%, para la vacuna Bacillus Calmette-Guerin (BCG)]; en los de 12-23 meses fue de 53.9% [rango: de 68.5%, para la vacuna triple viral (SRP), a 98.3%, para la BCG], y en los de 24-35 meses, de 63.2% [rango: de 85.3%, para la vacuna contra neumococo, a 98.6%, para la BCG]. En niños de seis años, la cobertura de una dosis de SRP fue de 97.8%, y para dos dosis, de 50.7%. Sólo 2.2% de los niños de seis años no estaban vacunados. Las variables asociadas con esquema incompleto fueron edad de 2-5 meses, madre menor de 20 años o hablante de lengua indígena.

Recuperado

de,

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342018000300015&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342018000300015&lng=es&nrm=iso)

En Chipas son muchos los factores que pueden interferir en un esquema incompleto de vacunación, por ejemplo, la influencia indígena, la diversidad de organizaciones y de culturas, y debe ser un trabajo arduamente fuerte en el que debe mejorarse el reclutamiento de recién nacidos al programa de vacunación, así como su seguimiento, hasta completar el esquema, aprovechando los contactos con los servicios de salud para vacunarlos.

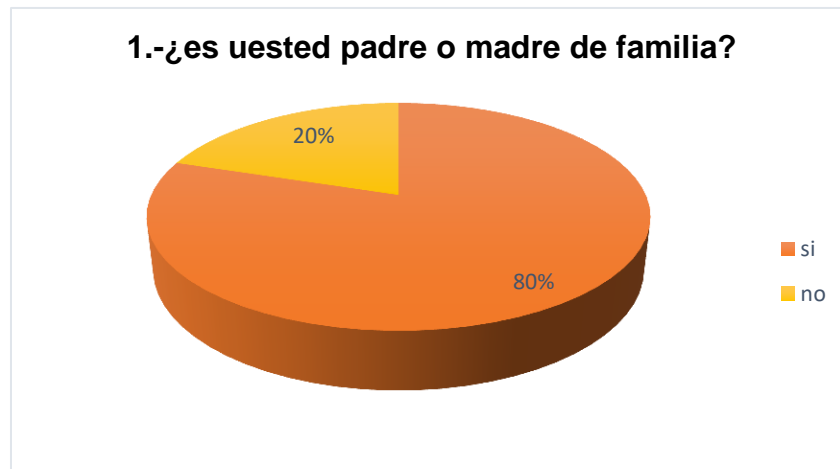


## CAPITULO 4

### 4.1 ANALISIS Y RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

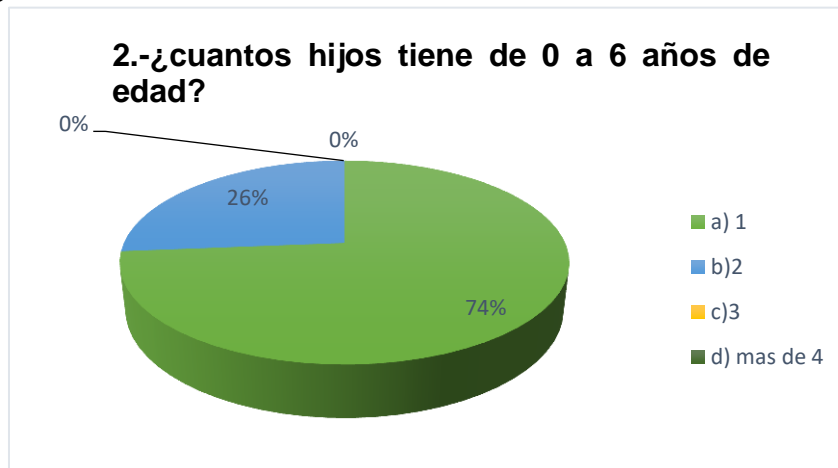
Luego de aplicar el formato de encuesta a los familiares de los infantes menores de seis años de edad en el barrio los ocotes, la trinitaria, Chiapas. Se graficaron los datos utilizando programas estadísticos. Los resultados obtenidos se expresaron a través de gráficas de pastel. Además, se analizaron los datos obtenidos a través de la encuesta y se interpretaron para obtener las conclusiones y recomendaciones del estudio.

#### 4.1.1 Pregunta 1



Del 100% el 80% de padres de familia encuestados en el barrio de los ocotes la trinitaria Chiapas dijeron si, en cuanto al 20% de la población dijo no

### 4.1.2 Pregunta 2



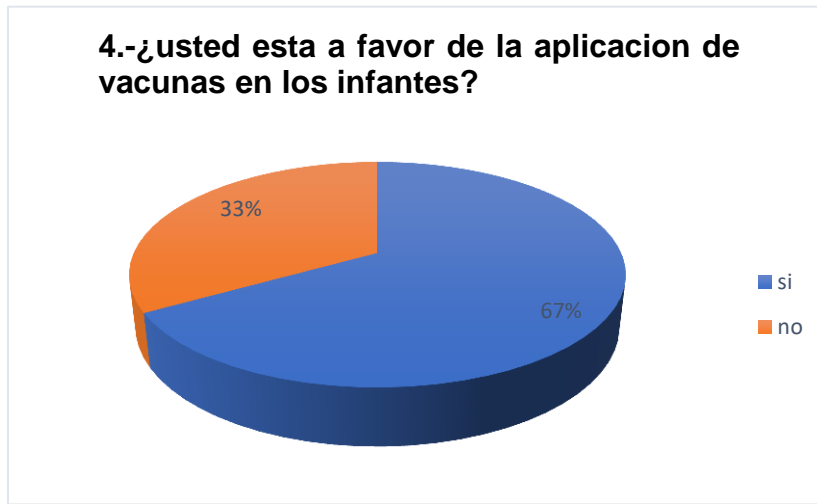
Del 100% el 74% de los padres de familia tienen a un niño de 0 a 6 años de edad el 26% tienen a dos niños de 0 a 6 años de edad.

### 4.1.3 Pregunta 3



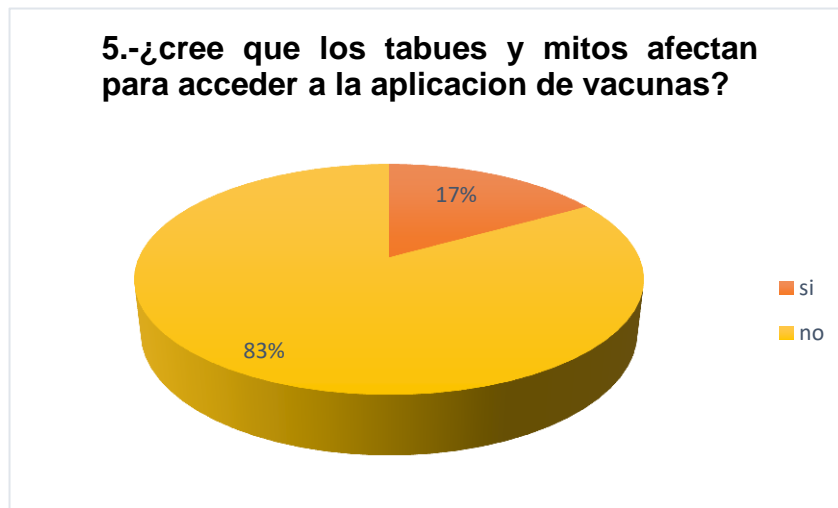
Del 100% el 75% de los niños cuenta con un esquema de vacunación mientras que el 25% no cuenta con el esquema de vacunación.

#### 4.1.4 Pregunta 4



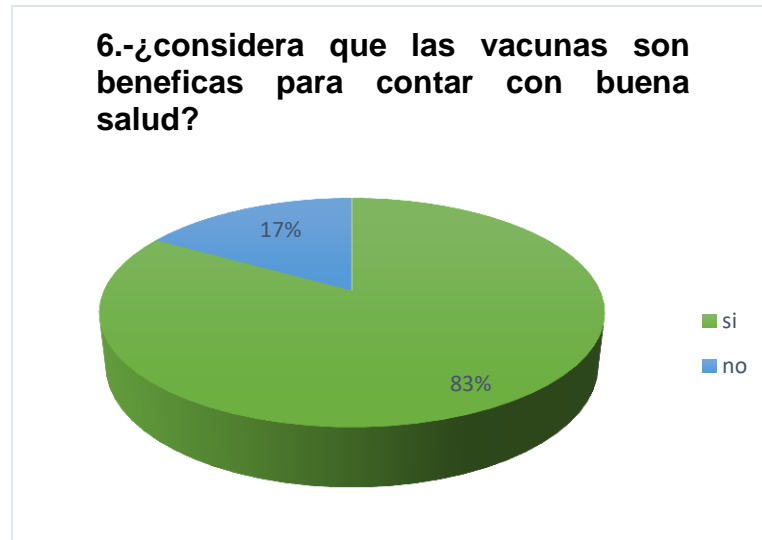
Del 100% el 67% de los padres está a favor para la aplicación de las vacunas el 33%no está a favor para la aplicación de vacunas.

#### 4.1.5 Pregunta 5



Del 100% el 17% de los padres de familia cree que los tabúes y mitos afectan para acceder a las vacunas y el 83% no cree que afecten

#### 4.1.6 Pregunta 6



Del 100% el 83% de los padres de familia cree que las vacunas si benefician a la salud y el 17% considera que nos son buenas para la salud

#### 4.1.7 Pregunta 7



Del 100% el 83% si recomendaría la aplicación de vacunas para sus hijos y el 17% no recomendaría la aplicación de vacunas para los niños.

## 4.2 SUGERENCIAS Y PROPUESTAS

Las sugerencias que tenemos como investigadores ante la falta de incumplimiento al esquema nacional de vacunación en niños de 0 a 6 años en el barrio de los ocotes de la trinitaria Chiapas es invitar a la población en general y no solamente a la población investigada a tomar conciencia de los problemas que surgen en torno a la salud de los infantes sobre la administración de los biológicos (vacunas) así mismo ser más convincentes ante las citas que se agendan en su centro de salud entendemos que en ciertas poblaciones por problemas económicos no asisten, pero como trabajadores de salud tratamos de lograr un objetivo en el cual se han implementado visitas domiciliarias por el bien común de la comunidad o pueblo esto no ha alcanzado un desarrollo óptimo por gastos económicos de sector salud y lamentablemente muchos trabajadores no generan ese gasto propio ahí ya se trata por responsabilidad de un sector salud o una jurisdicción. Por otra parte invitamos a la población a informarse sobre este tema en cualquier centro de salud ahí se le brindara la información verídica y así evitar mala información que crean mitos y tabúes lo cual genera desconfianza de las vacunas y no decaer en morbilidades por falta de la administración de biológicos así evitando una gran tasa de muertes en infantes a causa raíz de mitos y tabúes. Estas son las sugerencias que queremos transmitirle al darnos cuenta durante la investigación es donde estos puntos se requiere más trabajo y esfuerzo por parte de la población.

Aunque la hipótesis planteada fue lo contrario a los resultados estadísticos ya que la población encuestada el porcentaje mayor si cumple al esquema de vacunación pero sugerimos lo anterior para no descartar dicho problema al igual que las propuestas.

Ya que se han identificado ciertos problemas donde se requiere más trabajo decidimos las propuestas son las siguientes:

- ❖ Fomento a la salud a comunidades de bajo recursos y aplicación de vacunas de manera gratuita a los niños que requieren de estas vacunas.
- ❖ Promoción a la salud enfocado a los padres de familia sobre las vacunas mitos y realidades.
- ❖ Crear un programa red de vacunas a las poblaciones marginadas
- ❖ Crear un sistema unificado de enfermeros destinados a visitas domiciliarias consecutivamente a las poblaciones mas necesitadas.
- ❖ Desarrollar un programa de prevención de enfermedades virales que abarque desde los lugares mas afectados hasta lo menos afectados.

Estas son nuestras propuestas claro esperamos detallarlas y definir las más para poder lograrlas, son propuestas que creemos servirán mucho para la salud y la comunidad y es por ello que la salud comunitaria es la expresión colectiva de la salud de una comunidad definida, determinada por la interacción entre las características de las personas, las familias, el medio social, cultural y ambiental, así como por los servicios de salud y la influencia de factores sociales, políticos y globales. Por tanto, una intervención comunitaria en salud se define como una acción realizada con y desde la comunidad mediante un proceso de participación.

## 4.3 CONCLUSIÓN

Es probable deducir que en los próximos años se elaboren nuevas vacunas que puedan estar al alcance de todas las personas, en todas las regiones del mundo. Con esto no se trata de asegurar que la mayoría de las enfermedades sean erradicadas o controladas en su totalidad, no es así, para combatir enfermedades por medio de los biológicos se necesita del apoyo de los individuos, de informarse, concientizarse y participar en los diferentes programas de la Secretaría de Salud con el fin de contribuir a un estado óptimo de salud.

Tras los resultados obtenidos en encuestas y la obtención de información de diversos autores que complementan la investigación, está finaliza con un resultado positivo en la aplicación de vacunas en niños de 0 a 6 años de edad registrados en la Trinitaria, CHIS. En el barrio de los Ocotes, es decir que el porcentaje de niños y niñas si cumple con el esquema de vacunación (o acuden a las unidades de salud, solicitando la vacuna correspondiente a la edad o meses) y esto se debe a que los padres cuenta con el conocimiento básico y buena información acerca de las biológicos y sus beneficios.

Por otra parte el restante de la población analizada que equivale al porcentaje inferior, se determina por la influencia de tabús, la falta de tiempo, dinero y muy improbable aunque de relevancia, el que en las unidades de salud no cuentan con las vacunas de acuerdo a las edades de sus hijos. Aunque pueda significar sin importancia, para muchos padres que carecen de los fundamentos sobre enfermedades-vacunas, se debe insistir sobre el uso y cuando usarlas, enseñar e informar a la población para que ellos no adopten información negativas acerca de las vacunas y sugerir el apoyo adecuado con la disponibilidad de brindar información exacta y verídica en cuanto a las inmunizaciones. Es muy cierto que cada vacuna, tiene reacciones adversas pero no son el detonante de en-

fermedades, sino un tratamiento preventivo e incluso curativo para la salud del recién nacido hasta el niño (a) edad de 6 años.



## 4.4 Bibliografía

UNIVERSITY OF CALIFORNIA MUSEUM OF PALEONTOLOGY. EVOLUTION FROM A VIRUS'S VIEW. (2007)

ROTAVIRUS VACCINE, LIVE, ORAL, PENTAVALENT. (2011)

IMMUNIZATIONS AND INFECTIOUS DISEASES AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (2006)

PROPUESTA CALENDARIO DE VACUNACIONES SISTÉMICAS PARA ADULTOS Y MAYORES, Y DOCUMENTO "VACUNACIÓN EN ADULTOS. RECOMENDACIONES. (2004)

Alma Muñoz M., K. A. (2012). PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES: DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES.

Bardesquera, D., Cruz, G., & Suárez, c. (2000). LA VACUNACIÓN ANTECEDENTES HISTORICOS EN EL MUNDO.

Bermejo, C. (2012). UN MOMENTO DE REFLEXIÓN ACERCA DE LAS VACUNAS. SANIDAD MILITAR DE LAS FUERZAS ARMADAS DE ESPAÑA,

Blanco, A. (01 de 03 de 2017). VACUNASAEP. OBTENIDO DE [HTTP://VACUNASAEP.ORG/MANUAL/CAP3\\_4\\_CLASIFICACION\\_VACUNAS.PDF](HTTP://VACUNASAEP.ORG/MANUAL/CAP3_4_CLASIFICACION_VACUNAS.PDF)

Cabello, R. R. (2013). VACUNAS Y VACUNACIÓN: FUNDAMENTOS Y MANEJO DE LAS INMUNIZACIONES. MÉXICO: MEDICA PANAMERICANA.

Casas, A., Repullo, L., & Campos, D. (2006). LA ENCUESTA COMO TECNICA DE INVESTIGACION. ELABORACION DE CUESTIONARIOS Y TRATAMIENTOS ESTADISTICO DE LOS DATOS. ATENCION PRIMARIA.

Corcho, D. B., Martínez, G. C., & Larreinaga, C. L. (2000). LA VACUNACIÓN. ANTECEDENTES HISTÓRICOS. LA VACUNAIÓN. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

#### 4.4.1 LISTA DE REFERENCIAS

1. Quezada M.C, (2013) Conocimiento sobre la importancia de la vacunación y su relación con la salud en niños menores de 5 años en madres del barrio Zalapa [Quezada Morocho Carmen Mercedes pdf- Repositorio]. [Tesis pregrado]. Loja. Obtenido de: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/7000/1/Quezada%20Morocho%20Carmen%20Mercedes.pdf>
2. Rodríguez A. Magnitud y causas de oportunidades perdidas de vacunación en población de dos años en América. *Revista CES Medicina*. 2001 [Cited 2014 Nov 13];15(1):71-80. Available from: <http://goo.gl/fUUZzs>
3. Sotelo, D. C. (2012). Factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación en las madres con niños menores de un año en el Centro de Salud de Mala, 2011 (tesis de Post-grado) . Universidad Nacional Mayor De San Marcos, Perú, Obtenido de: [http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2515/1/Gonzales\\_Sotelo\\_Dina\\_Cirila\\_2012.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2515/1/Gonzales_Sotelo_Dina_Cirila_2012.pdf)
4. Ordoñez, G. (2015). Conocimiento De Las Madres Sobre Inmunizaciones En Niños Menores De 2 Años Que Acuden Al Centro De Salud Tipo A “Daniel Álvarez Burneo”. (Tesis de pre grado) Univerdidad Nacional de Loja, Ecuador. Obtenido de: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/11863/1/TESIS%20C>

ONOCIMIENTO%20  
DE%20LAS%20MADRES%20SOBRE%20INMUNIZACIONES.pdf

5. Unicef. (2016). Obtenido de: <https://www.unicef.org/spanish/earlychildhood/9479.html> Boscan, M., Belen, S., Trestini, M., & Tomat, M. (2012). Actitud de las madres en el cumplimiento del calendario de vacunación de niños menores de 6 años. Scielo, 33-41
  
6. Guerrero, E. (2013). Cobertura de vacunación en niños y adolescentes en México: esquema completo, incompleto y no vacunación. Ministerio de Salud Publica Mexico. Obtenido de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342013000800028](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800028) Organización Colegial de Enfermería (2018). Vacunacion. Obtenido de: <http://www.enfermeriaavila.com/PDF/Vacunacion.pdf>
  
7. Giménez, D. S. (26 de SEPTIEMBRE de 2016). Las vacunas en la infancia. Obtenido de [https://www.medicina21.com/Articulos-V18-Las\\_vacunas\\_en\\_la\\_infancia.html](https://www.medicina21.com/Articulos-V18-Las_vacunas_en_la_infancia.html) Julián, P., & María, M. (2014). DEFINICIÓN.DE. Obtenido de <http://definicion.de/inmunizacion/>
  
8. Ascaracte, M., Oliveira, A., Silca, P., Sosa, P., & Vivían, E. (2015). Causas del incumplimiento del control de salud de los niños/as menores de

2 años del centro de salud cerró. Obtenido de <http://www.bvsenf.org.uy/local/tesis/2012/FE-0439TG.pdf>

9. BCN. (18 de Abril de 2018). Inmunización y salud pública: la importancia de una buena información. Recuperado el 21 de Noviembre de 2018, de <https://www.bcn.cl/observatorio/bioetica/noticias/vacunas>
  
10. Cruz, & Pacheco. (2013). Causas de incumplimiento y retraso del esquema primario de vacunación en niños atendidos en el Hospital Infantil de México "Federico Gómez". Scielo, 13.
  
11. Macías. (1 de Julio de 2017). Factores de riesgo para esquemas de vacunación incompletos en niños de seis a 60 meses en el Instituto Nacional de Pediatría. Recuperado el 03 de Diciembre de 2018, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revenfinfped/eip2008/>
  
12. OMS. (2016). Inmunización. Recuperado el 15 de Noviembre de 2018, de <http://www.who.int/immunization/es/>.
  
13. Salleras (2 y 6 de marzo de 2018). Movimientos antivacunas: una llamada a la acción Anti-vaccination movements: A call to action. Recuperado de <https://cpncampus.com/biblioteca/files/original/2c36d62c4c4d179c65d90487dd66b3b0.pdf>

14. Muyulema, Ruth; Guerrero Guerrero, Esthela; Melendres, Ivonne (enero, abril 2020) Conocimiento vaccinal en madres con hijos menores de 5 años: DOI:<https://doi.org/10.37910/RDP.2020.9.1.e197>
  
15. D.R. SECRETARIA DE SALUD (2013 – 2018). Vacunación Universal Programa Sectorial: 32 – 33 Recuperado de [http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/descargas/transparencia/especiales/AE\\_Vacunacion\\_Universal\\_PAE\\_final\\_final.pdf](http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/descargas/transparencia/especiales/AE_Vacunacion_Universal_PAE_final_final.pdf)
  
16. D.R. SECRETARIA DE SALUD (2013 – 2018). Vacunación Universal Programa Sectorial: 32 – 33 Recuperado de [http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/descargas/transparencia/especiales/AE\\_Vacunacion\\_Universal\\_PAE\\_final\\_final.pdf](http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/descargas/transparencia/especiales/AE_Vacunacion_Universal_PAE_final_final.pdf)
  
17. Jéssica H. Guadarrama-Orozcoa, Guillermo Vargas López y Carlos Viesca Trevino.(2015). Decisiones de los padres que no arriesgan la vida de sus hijos, pero que los exponen a danos serios: no a las vacunas: Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v72n5/1665-1146-bmim-72-05-00353.pdf>
  
18. AEP. Asociación Española de Pediatría (2016). VACUNA TOSFERINA. Obtenido de <http://vacunasaep.org/familias/vacunas-una-a-una/vacuna-tosferina>
  
19. Judith Vázquez-Santaella. Instituto Nacional de Pediatría versión On-line ISSN 2395-8235versión impresa ISSN 0186-2391, actualizado (2014). Los orígenes de la cartilla de vacunación nacional. Recuperado de

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0186-23912014000400001](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912014000400001)

20. Reyes-Cadena A. Esquema de vacunación ideal vs Cartilla Nacional de Vacunación. Acta Pediatr Mex. 2018;39(4):356-362. Recuperado de, [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0186-23912014000400001](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912014000400001)
  
21. DOF: 28/09/2012. NORMA Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano. Recuperado de [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5270654&fecha=28/09/2012](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5270654&fecha=28/09/2012)
  
22. Secretaria de Salud. Cartillas Nacionales de Salud. 04 de octubre de 2015. El Sistema de Cartillas Nacionales de Salud. Recuperado de, <https://www.gob.mx/salud/articulos/cartillas-nacionales-de-salud-12270>
  
23. Reyes-Cadena A. Esquema de vacunación ideal vs Cartilla Nacional de Vacunación. Acta Pediatr Mex. 2018;39(4):356-362. Recuperado de, [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0186-23912014000400001](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912014000400001)
  
24. DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN: 23 DE OCTUBRE DE 2003. Cartillas Nacionales de Vacunación. Políticas. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/articulos/cartillas-nacionales-de-salud-12270>

25. José Ignacio Santos Preciado. Nuevo Esquema de Vacunación en México. (2018). Recuperado de [aludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6124](http://aludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6124)
26. José Luis Díaz-Ortega, Cruz-Hervert, Ferreira-Guerrero, Ferreyra-Reyes, Delgado-Sánchez, García-García. Cobertura de vacunación y proporción de esquema incompleto en niños menores de siete años en México. (2018). Recuperado de, [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342018000300015&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342018000300015&lng=es&nrm=iso)

4.5 ANEXOS

