

CAPITULO I

1. CAMPO CONTEXTUAL AL PROBLEMATICO.

1.1. CONTEXTO NACIONAL, REGIONAL, LOCAL Y/O INSTITUCIONAL.

La salud según la OMS, es el estado completo de bienestar físico, psíquico y social, no la mera ausencia de enfermedades; y la consecución de este estado de bienestar en el niño es responsabilidad primordial de los padres y en forma secundaria de la familia, la sociedad y la medicina; estos sectores cuentan con apoyo sustancial que representan los programas de salud preventiva que desarrollan los países.

Son dos siglos desde el descubrimiento de un auténtico milagro de la medicina preventiva, que constituye un método de aprovechar las ventajas de un método de defensa de una larga lista de enfermedades infecciosas, muchas de las cuales podrían ser un motivo de graves consecuencias para la persona que lo padeciera, hechos que se suceden por la ausencia de un plan de vacunación oportuno.

En Latinoamérica principalmente no han tenido los resultados esperados; la salud de la población infantil especialmente en los sectores populares se mantiene un índice elevado de enfermedad y mortalidad infantil; contexto en el que es importante referirse a la inmunización, misma que protege a los niños contra algunas de las enfermedades más peligrosas de la infancia.

La familia es a quien corresponde la responsabilidad del cuidado y velar por la salud física y mental del niño, quien en el primer año de vida entre otros cuidados requiere de una serie de vacunas, con las cuales puede ser inmunizado mediante vacunas inyectables o administradas por vía oral, de esta manera se previenen enfermedades, puesto que las 2 vacunas actúan reforzando las defensas del niño contra la enfermedad; en muchos casos se conoce que los niños sufren enfermedades y es cuando las madres encuentran el verdadero sentido y utilidad de las vacunas, pues estas tienen efecto si se administran antes de que ataque la enfermedad. A pesar de los programas de prevención más de 1,7 millones de niños de corta edad mueren todos los años como consecuencia de enfermedades que podrían evitarse con vacunas fácilmente disponibles.

En las campañas de inmunización realizadas por los organismos competentes, a través de la historia se observa que se ha logrado erradicar enfermedades como la viruela, sarampión, poliomielitis, entre otras; situaciones que deben mantenerse y que la falta de cumplimiento origina la violación de los derechos de la niñez, a estar protegido, a recibir garantías de salud para alcanzar uno de los indicadores de calidad de vida.

1.2. SITUACION ACTUAL DEL OBJETO DE INVESTIGACION.

Gran parte de los niños y niñas nacidos en la provincia de Los Ríos están excluidos de los avances del desarrollo urbanístico, no cuentan con un adecuado acceso al agua potable, saneamiento, salud, nutrición y educación básica de las madres; se mantienen actitudes tradicionales en la familia,

lo que sucede especialmente en los sectores populares, en los que se accede a medicina natural y curanderismo, y por tanto muchos niños que enferman y mueren, tuvieran otra suerte si se hubiera vacunado a estos niños, protegiéndoles contra estas enfermedades peligrosas que a veces causan discapacidades o la muerte.

Factores que el Ministerio de Salud identifica como un factor importante en la mortalidad infantil; en Los Ríos las situaciones de pobreza mantiene excluida a un gran sector de la población, no solo de la educación sino de los beneficios de la salud, situación que afecta sustancialmente a la población infantil que se convierte en grupo vulnerable por estar expuesto a enfermedades que si pudieron evitarse.

Los niños tienen derecho a recibir protección de salud, para garantizar su bienestar y un desarrollo armónico, en muchos casos los programas de salud no brindan atención a todos los niños, en muchas ocasiones los programas no se ejecutan en las mismas condiciones con las que fueron estructurados, factores como la dotación de insumos, vacunas, personal y otros factores limitan la consecución de resultados de excelencia en esta área de atención a la población infantil, deteriorando de esta manera el principal objetivo de calidad de atención.

El mantenimiento de la salud del niño es la mejor garantía de una vida sana; por lo que la medicina infantil debe poseer una visión de futuro, pero regularmente no es tratada de esta manera, no se han logrado solucionar los problemas en la infancia, por lo que en muchos casos las secuelas en la edad adulta son muy severas, por las consecuencias que generan

las enfermedades que pudieran evitarse si el niño hubiera recibido oportunamente un plan completo de inmunización.

Los sistemas de inmunización se han implementado en nuestro país, sin embargo hay quienes se quedan al margen de los programas de vacunación sistemática y son las que viven en lugares aislados, barrios urbano marginales, en La provincia de Los Ríos, especialmente en el Área de salud 2 Quevedo grupos vulnerables por situaciones de pobreza y bajo nivel de educación; estas poblaciones no tienen acceso a la 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 en forma emergente brindar oportunidades para que conozcan de los beneficios de la vacunación, y que en calidad de responsables de la salud de sus hijos tanto afectivamente como legalmente les corresponde velar por la salud de la población infantil; pues de esta manera no solo se da solución a un problema familiar sino social de la localidad.

Quevedo cuenta con un alto porcentaje de población indígena y campesina que por sus características culturales mantienen ideas tradicionales sobre la medicina y hacen de la practica del curanderismo una de las “mejores” alternativas de salud; dejando a los niños a merced de enfermedades que no solo pueden dejar secuelas físicas y biológicas, sino que inclusive el fallecimiento.

Como respuesta a las campañas de vacunación y programas integrados para la prevención de enfermedades, ha bajado la incidencia de enfermedades, por ejemplo tasa de

incidencia del tétanos Neonatal en la provincia ha disminuido dejando de ser un problema de Salud pública a nivel nacional.

Las tasas de abandono fueron superadas de 18% en total en el área para el 2010 en el 2012 llegó a 13%, pese a todo el esfuerzo hay unidades de salud como la 20 de febrero que aun mantienen tasas de abandono que superan el 40%, de igual manera tasa de deserción en relación BCG con antipolio, el área llegó a 16,7%

Frente a esas situaciones el Ministerio de Salud en coordinación con el programa Ampliado de Inmunizaciones, ha emprendido campañas de vacunación para atender a madres embarazadas y población infantil, acciones que desarrolla mediante campañas de difusión y servicio, coordinando además con líderes comunitarios e instituciones gubernamentales y no gubernamentales y que las campañas y programas están orientados a disminuir el índice de mortalidad en todo el País.

La inmunización protege a los niños contra algunas enfermedades más peligrosas de la infancia, importancia que en ciertos casos son desconocidos por los progenitores por lo cuales incumplen las citas y cronogramas de vacunas de sus hijos; en otros casos las ocupaciones laborales son prioritarias y se descuidan por lo que los niños menores de un año no reciben la serie de vacunas necesarias; las que podrán alcanzar una inmunización efectiva cumpliendo el orden cronológico, que responde a las directrices de la Organización Mundial de la Salud.

1.3. FORMULACION DEL PROBLEMA.

1.3.1. PROBLEMA GENERAL.

La vacunación de los menores de 5 años ha sido una de las prioridades para el sector de la salud, teniendo en cuenta la alta morbilidad y mortalidad que las enfermedades inmunoprevenibles históricamente han causado en el mundo, incluso con comportamientos epidémicos que alcanzaban un gran número de muertes e incapacidades.

Desde el descubrimiento de las vacunas, hecho que se remonta a Fleming los avances en la reducción de la incidencia de estas infecciones ha sido incalculable en términos de disminución de las muertes y consecuentemente de los costos sociales y económicos que ellas representan, debido al elevado nivel de eficacia de las vacunas para prevenir las enfermedades objeto.

Los programas de vacunación dirigidos a los menores constituyen así, acciones que generan el más alto grado de impacto en la reducción de la morbimortalidad por infecciones inmunoprevenibles y a su vez, son quizás las únicas que no requieren tan decididamente la participación de otros sectores.

Es decir, es posible que el sector salud pueda actuar aisladamente en el desarrollo de programas de vacunación y lograr el impacto esperado, siempre y cuando implemente estrategias adecuadas en la captación de los menores.

Siendo así, las direcciones locales de salud deben velar constantemente porque la vacunación de los niños alcance la mayor cobertura, considerando además la gratuidad de los

biológicos y la alta vulnerabilidad del problema que a través de ellos se desea resolver, como es la reducción de la enfermedad y la muerte principalmente en población infantil.

La mortalidad infantil y la morbilidad de los niños en el Ecuador han venido disminuyendo a través de los años, un aspecto importante para obtener estos resultados sanitarios ha sido el progreso de las inmunizaciones en nuestro país, la vacunación constituye una de las principales acciones de la salud pública más costosa y efectiva para disminuir el riesgo de enfermar y morir en la población infantil; asegura la protección oportuna de acuerdo con el calendario de vacunación, constituyendo un derecho para todas las niñas y niños, especialmente para beneficiar a un sector específico de la población más vulnerable, excluidos, pobres y pobres extremos.

El cuidado integral de la salud es uno de los ejes de la política regional de salud del Ecuador, que busca mejorar las intervenciones sanitarias y facilitar los procesos de desarrollo humano en los territorios, teniendo en cuenta los determinantes sociales.

En el marco del proceso de descentralización que vive el país y la gestión por resultados, corresponde a los gobiernos regionales y locales asegurar la provisión y optimización en el uso de bienes y servicios para la gestión del gasto público en el sistema de salud, razón por la cual hay la necesidad de planificar los servicios y metas necesarias para que los ciudadanos reciban un cuidado integral de la salud, en el caso concreto las inmunizaciones.

El presente documento se realiza con el propósito de analizar la gestión, estableciendo los lineamientos programáticos, estrategias y tácticas, así como las metas y recursos necesarios para el logro de los objetivos propuestos, constituyéndose en el instrumento de gestión y evaluación de los avances de coberturas en los diferentes ámbitos de la jurisdicción de la región. Con el fin de conocer **“El impacto de las estrategias del programa de inmunizaciones en la prevención de las enfermedades en niños y niñas que acuden al área de salud 2 de la ciudad de Quevedo, durante el primer semestre del 2012.”**

1.3.2. PROBLEMAS DERIVADOS.

La inmunización se considera la más efectiva intervención en salud. Entre los factores que contribuyen a disminuir las coberturas, un lugar importante ocupan las oportunidades perdidas en vacunación y el mayor número corresponde a las contraindicaciones erróneas o falsas creencias. Según la Sociedad Latinoamericana de Infectología y la Asociación Panamericana de Infectología (SLIPE y API, 2005), eliminando las oportunidades perdidas de vacunación podría aumentarse la cobertura de vacunación hasta un 20%.

Las oportunidades perdidas en inmunización ocurren en establecimientos que rutinariamente ofrecen inmunización, tales como centros de salud u hospitales, durante la consulta de crecimiento y desarrollo, consultas por patologías o en el área de emergencias/ urgencias, constatados por la autora en su práctica médica diaria donde nace la propuesta educativa para la formación de actitudes preventivas ante el retraso de la aplicación del esquema nacional de inmunización, tomando en cuenta los motivos de no inmunización en una comunidad.

Para alcanzar niveles de inmunización óptimos, las coberturas deben alcanzar el 90 %, o más, necesarias para disminuir la población susceptible y prevenir la aparición de enfermedades inmunoprevenibles. Por lo tanto, se hace necesario definir como cobertura al porcentaje de niños vacunados menores de un año o de unaño de edad.

Durante el periodo comprendido entre enero y junio del año 2012, las investigadoras concretamente, con la realización de la investigación propuesta se pretenden responder las siguientes interrogantes:

¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres acerca de las inmunizaciones sistemáticas que deben aplicarse a sus hijos?

¿Cómo influye el sistema de creencias socio culturales de la familia especialmente de la madre en la inmunización de los niños y por lo tanto en la prevención de enfermedades, específicamente las prevenibles por vacunas?

¿Será necesario diseñar un programa educativo dirigido a los cuidadores para la formación de actitudes preventivas ante el incumplimiento o retraso de la aplicación del esquema nacional de inmunización en la comunidad?

1.4. DELIMITACION DE LA INVESTIGACION.

El **por qué** de esta investigación como ya se explico en líneas anteriores responde a la necesidad de identificar aquellos factores que determinan el incumplimiento y/o retraso de la aplicación del esquema nacional de inmunización en niños menores de 3 años de edad de la comunidad.

En cuanto al **para qué** del estudio, éste se realizará con la finalidad de tomar decisiones e implementar correctivos en el nivel de atención primaria mediante la propuesta de un programa educativo de inmunizaciones dirigido a la comunidad para la formación de actitudes preventivas ante el incumplimiento o retraso de la aplicación de vacunas.

La realización del estudio propuesto, radica en la escasez de investigaciones realizadas al respecto y ante la situación de baja producción de investigaciones sociales en el campo de las inmunizaciones, se aspira que éste proyecto tenga relevancia científica, relevancia social y relevancia contemporánea. Para lo cual es importante delimitar el espacio, tiempo y universo objeto de estudio

Espacial: Área de salud 2 Quevedo, provincia de Los Ríos

El universo: Niños Menores de tres, los padres de familia,

Temporal: De enero a junio del 2012.

PROBLEMA GENERAL	PROBLEMAS DERIVADOS	OBJETIVOS GENERAL	OBJETIVO ESPECIFICO	PROPUESTA
<p>“El impacto de las estrategias del programa de inmunizaciones en la prevención de las enfermedades en niños y niñas que acuden al área de salud 2 de la ciudad de Quevedo, durante el primer semestre del 2012.”</p>	<p>Cuál es el nivel de conocimiento de las madres acerca de las inmunizaciones sistemáticas que deben aplicarse a sus hijos?</p>	<p>Determinar si las estrategias del programa de inmunizaciones disminuyen la incidencia de enfermedades prevenibles por la vacunación en niños y niñas que buscan la atención en las unidades de salud del área 2 de Quevedo, durante el primer semestre año 2012</p>	<p>Identificar el nivel de conocimiento de las madres acerca de las inmunizaciones sistemáticas que deben aplicarse a sus hijos.</p>	<p>Formación de actitudes preventivas en los padres ante motivos de no inmunización.</p>
	<p>¿Cómo influye el sistema de creencias socio cultural de la familia, especialmente de la madre en la inmunización de los niños y por lo tanto en la prevención de enfermedades, específicamente las prevenibles por vacunas?</p>		<p>Determinar la asociación entre el estado de vacunación del niño y variables socioeconómicas incluidas en el estudio tales como la procedencia, nivel educativo del cuidador etc.</p>	
	<p>¿Será necesario diseñar un programa educativo dirigido a los cuidadores para la formación de actitudes preventivas ante el incumplimiento o retraso de la aplicación del esquema de inmunización en la comunidad?</p>		<p>Diseñar un programa educativo para la formación de actitudes preventivas ante el incumplimiento o retraso de la aplicación del esquema nacional de inmunización en la comunidad.</p>	

1.5. JUSTIFICACION.

El presente estudio busca identificar los factores que inciden en la falta de cumplimiento del esquema de inmunización de menores de tres años, considerando que esta situación genera un problema de salud de graves consecuencias en muchos casos, y que los padres y la familia en general debe enfrentar, en circunstancias que los niños no se beneficiaron de inmunización herramienta del sistema de salud que es de gran utilidad demostrada por varias décadas, porque permite controlar e incluso erradicar las enfermedades.

La investigación fue factible, puesto que se cuenta con los conocimientos necesarios en el área de la salud, al ser esta investigación un trabajo previo a la obtención del título de licenciada de enfermería, además, se dispone del asesoramiento profesional de los catedráticos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo; además se recibió la autorización de las autoridades del Área de salud 2 Quevedo, para brindar información referente al tema.

Dada la importancia del problema que se investigo, es necesario captar a las madres de los niños que incumplen el esquema del PAI, estrategia que es factible realizarle gracias a la información que se recibe de las Unidades de Salud, cuya finalidad es promover el cumplimiento de citas de vacunación, mediante acciones de formación y capacitación individual con las madres de familia para crear conciencia de los beneficios de las vacunas, brindándose con la investigación un aporte científico a la población sobre la temática del estudio.

Como beneficiarios directos se considera a los niños menores de tres años, padres de familia, como beneficiarios indirectos se establece a la sociedad en general, pues de esta manera se bajo los índices de discapacidades y mortalidad infantil; problemas que inclusive le generan al Estado un elevado presupuesto.

1.6. OBJETIVOS.

1.6.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar si las estrategias del programa de inmunizaciones disminuyen la incidencia de enfermedades prevenibles por la vacunación en niños y niñas que buscan la atención en las unidades de salud del área 2 de Quevedo, durante el primer semestre año 2012

1.6.2 OBJETIVO ESPECIFICOS.

Identificar el nivel de conocimiento de las madres acerca de las inmunizaciones sistemáticas que deben aplicarse a sus hijos.

Determinar la asociación entre el estado de vacunación del niño y variables socioeconómicas incluidas en el estudio tales como la procedencia, nivel educativo del cuidador etc.

Diseñar un programa educativo para la formación de actitudes preventivas ante el incumplimiento o retraso de la aplicación del esquema nacional de inmunización en la comunidad.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO.

2.1. ALTERNATIVAS TEORICAS ASUMIDAS.

2.1.1. VACUNA: La **vacuna** (del latín "vaccinus-a-um", "(vacuno)"; de "vacca-ae", "vaca") es un preparado de antígenos que una vez dentro del organismo provoca la producción de anticuerpos y con ello una respuesta de defensa ante microorganismos patógenos. Esta respuesta genera, en algunos casos, cierta memoria inmunitaria produciendo inmunidad transitoria frente al ataque patógeno correspondiente.

2.1.2. Esquema de vacunación: Es el conjunto de vacunas que se debe aplicar a los niños y que es subsidiado por el Estado.

2.1.3. Esquema adecuado para la edad: Es el conjunto de vacunas que debe tener aplicadas el niño menor de cinco años, correspondiente al esquema de vacunación y a la respectiva edad. Se considera esquema adecuado cuando el niño tiene todas las vacunas para la edad e inadecuado en caso de faltarle al menos una.

2.1.4. Esquema completo. Se considera esquema completo de vacunación en el niño, cuando tiene aplicados todos los biológicos del esquema de vacunación, ello debe ocurrir a la edad un año.

2.1.5. Carné de Vacunación: Es el documento expedido por una institución de salud la cual consigna evidencia sobre la cantidad de vacunas que se le han aplicado al niño.

2.1.6. P.A.I. : Programa ampliado de inmunizaciones.

2.1.7. Cuidador(a) del niño: Persona que es responsable del bienestar y cuidado del niño.

2.1.8. Niño: Para el presente estudio niño será la persona menor de tres años.

2.2. CATEGORIAS DE ANALISIS TEORICO CONCEPTUAL.

VACUNAS EL ESQUEMA DE VACUNACION ECUATORIANO

2.2.1. MENINGITIS TUBERCULOSA

Descripción Enfermedad grave infecciosa aguda, desarrollada principalmente en niños durante los 5 primeros años, casi siempre continuación de una bacteriemia en la primoinfección a partir del complejo primario. Cuando la enfermedad extrapulmonar afecta varios órganos o tejidos corresponde la forma miliar (TBm). La forma meníngea de tuberculosis (MTB) inicia con cefalea, rigidez de nuca, fiebre alta, pueden producir convulsiones, parálisis, parestesias, paraplejía espástica o flácida, signo de Kernig y Brudzinski, déficit neurológicos focalizados, hidrocefalia, trastornos motores, con o sin presencia de tuberculomas cerebrales y signos específicos de alteración del líquido cefalorraquídeo. El riesgo máximo es a partir del primero y segundo año de la primoinfección tuberculosa, pudiendo permanecer toda la vida como infección latente.

Agente etiológico

Mycobacterium tuberculosis ó Bacilo de Koch.

Reservorio

Los seres humanos y los primates en raras ocasiones.

Período de incubación

Es difícil de determinar.

Período de transmisión

No se transmite de persona a persona.

Modo de transmisión

Requiere de una bacteriemia previa o infección primaria reciente. Es por tanto un auto infección.

Susceptibilidad e inmunidad

El período más peligroso para que se presente la inmunidad natural esta dentro de los primeros 5 años a partir de la infección, sobre todo en presencia de factores como la desnutrición, infecciones contaminantes y ausencia de vacunación BCG.

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Definiciones operacionales

- CASO SOSPECHOSO: Paciente con signos y síntomas compatibles con síndrome meníngeo y en muestra de LCR presenta aumento de proteínas y marcada disminución de la glucorraquia.
- CASO CONFIRMADO: Caso sospechoso con signos y síntomas clínicos y cultivo positivo de LCR para MTB o histopatología compatible con MTB, o LCR con resultado del citoquímico compatible con MTB con baciloscopia o lavado gástrico positivo

- CASO DESCARTADO: Ausencia del germen causal, diagnóstico de otra etiología por laboratorio y evolución del caso de acuerdo al diagnóstico diferencial.

QUÉ HACER CON EL CASO

Todas las unidades de salud deben notificar la ocurrencia de casos sospechosos de forma inmediata para que sean investigados.

Investigación del caso

- Notificación oportuna a los niveles inmediatamente superiores.
- Llenar la ficha epidemiológica (Anexo 2A) Hospitalización obligatoria para casos de tuberculosis meníngea o miliar.
- Interconsultas, exámenes y cultivo de LCR, Rx y si amerita exámenes electromiográficos, neurológicos, TAC, resonancia magnética.
- Investigación de contactos y de la fuente de infección en los 8 primeros días de captado el caso. Realizar búsqueda activa de contactos.
- Educación sobre los síntomas y signos que presenta la enfermedad a la familia.
- Vacunación a contactos menores de 5 años sin cicatriz vacunal
- Quimioprofilaxis según esquema del Programa de Control de la Tuberculosis.

2.2.2 VACUNA BCG

Descripción general

Suspensión de bacilos vivos atenuados de la cepa virulenta de *Micobacterium bovis*.

Eficacia e inmunogenicidad

La vacuna BCG previene la diseminación hematogena a partir del foco primario, mostrando una protección del 80% para las

formas de tuberculosis infantil más severas(meníngea y miliar), cuando la vacunación se realiza en el recién nacido.

Vía, dosis y edad de aplicación

Una dosis de 0.1ml ó 0.05 ml, según el fabricante, por vía intradérmica en la parte media del músculo deltoides del brazo derecho. Aplicar a todos los recién nacidos (dentro de las 24 horas) o en el primer contacto del niño(a) con los servicios de salud. Se usa jeringuilla autodestructible con aguja N° **26G x 3/8"** ó aguja N° **27 G x 1/2"**.

Procedimiento para reconstituir y administrar la vacuna BCG liofilizada

Manejo del diluyente y del liofilizado

Es necesario que el diluyente se encuentre en refrigeración un día antes, abrir con cuidado el recipiente y aspirar el contenido con una jeringuilla de 2ml.

Maneje la ampolla con el liofilizado: desinfecte el cuello de la ampolla con una torunda empapada en alcohol, utilice otra torunda para abrir el envase y disminuir el riesgo de cortaduras.

Reconstitución del biológico

Vierta lentamente el diluyente por las paredes de la ampolla que con el liofilizado, mezcle, aspire y vuelva a verter el contenido por dos ocasiones. Reconstituida la vacuna, utilice la jeringuilla indicada y cargue 0.1 ml ó 0.05 ml, según el fabricante, a utilizar para cada niño(a).

IMPORTANTE:

Se debe vacunar a niños **asintomáticos** hijos de madres con SIDA, en razón de que tienen alto riesgo de infectarse y

desarrollar enfermedad tuberculosa. Proteja la ampolla de BCG de la luz utilizando un protector o cono de cartulina negra. Si la vacuna entra en contacto con los ojos, lave con abundante agua inmediatamente.

Técnica de aplicación

- La vacuna BCG se administra por vía intradérmica en la parte media del músculo deltoides del brazo derecho.
- El bisel de la aguja debe mirar hacia arriba
- Limpie el lugar de aplicación con una torunda humedecida con agua hervida fría o destilada.
- Sostenga firmemente el brazo derecho del niño con su mano izquierda, sus dedos deben quedar junto al tórax del niño y el pulgar en el lado superior.
- Con la mano derecha tome la jeringuilla, sin tocar el émbolo, de modo que la escala en ml este visible. El bisel de la aguja debe estar orientada en forma longitudinal al brazo del niño y casi paralela a la inserción del deltoides.
- Sostenga la jeringuilla con los dedos índice y medio, apoye el pulgar en el extremo libre del embolo. Guíe e introduzca suavemente la aguja hasta alcanzar el plano intradérmico.
- Inyecte 0.1 ml ó 0.05 ml, según el fabricante, cuidadosamente. La dosis debe ser exacta y medida en la escala respectiva. Por ningún motivo debe guiarse por el tamaño de la pápula.
- Si se aplica la vacuna estrictamente intradérmica, aparecerá en ese lugar una pápula con una superficie semejante a la cáscara de naranja. Si al aplicar la vacuna el émbolo se mueve con facilidad nos indica que está muy profunda deténgase inmediatamente y corrija la técnica, dejando una cicatriz permanente. Estas reacciones son indoloras.

Reacciones a registrar y notificar

Se produce por errores en la técnica de aplicación del biológico (dosis mayor a la indicada, aplicación subcutánea) o idiosincrasia. Puede presentar las siguientes reacciones:

- Absceso localizado
- Adenitis supurada
- Cicatriz queloides extensa

Contraindicaciones

- Recién nacido con peso menor de 2000 gramos
- Enfermedad infecciosa aguda grave
- Lesiones cutáneas generalizadas
- Niños que tienen su inmunidad comprometida por inmunodeficiencia celular, SIDA, leucemia, linfoma o malignidad generalizada o en tratamiento con preparados inmuno-supresivos

Conservación y manejo del frasco abierto

Debe mantenerse a temperatura de refrigeración entre +2°C a +8°C en todo los niveles de la red de frío. Una vez reconstituida debe ser utilizado hasta un máximo de 6 horas, si se conserva a la temperatura indicada y protegida de la luz.

Presentación

Frasco Ampolla de 10 dosis, acompañado de diluyente.

2.2.3. VACUNA NEUMOCÓCICA CONJUGADA

El neumococo es una bacteria que puede causar infecciones graves en los pulmones (neumonía), de la sangre (sepsis) y de las membranas que recubren el cerebro (meningitis) que tienen una importante mortalidad.

La vacuna neumocócica conjugada o PVC previene la enfermedad neumocócica que es la principal causa de meningitis bacteriana en el país. A esta enfermedad la transmite una bacteria llamada neumococo. Otras formas típicas de la enfermedad son la neumonía neumocócica, la otitis media y la bacteremia (cuando la bacteria está en el torrente sanguíneo).

Los menores de 2 años son los que están en mayor riesgo de enfermarse gravemente. Esta enfermedad puede causar daños cerebrales permanentes y problemas de audición.

La bacteria neumocócica se contagia fácilmente de persona a través del contacto cercano, de secreciones respiratorias o tan sólo por absorber partículas de un estornudo. Se trata de afecciones difíciles de tratar ya que la bacteria se ha vuelto resistente a ciertos medicamentos, lo que vuelve a la inmunización mucho más necesaria.

Los síntomas típicos de estas enfermedades son:

- Fiebre alta.
- Tos
- Dificultad para respirar.
- Confusión y desorientación
- Fotofobia (sensibilidad a la luz)
- Irritabilidad y falta de sueño en el caso de la otitis media

Edad y dosis

La protección que ofrece la vacuna PVC dura unos tres años. Debido a que la mayoría de las infecciones neumocócicas afectan a los niños durante sus primeros dos años de vida, la vacuna los protege en la etapa en la que están en mayor riesgo.

Los niños deben recibir 4 dosis: a los 2, 4, 6 meses y entre los 12 y 15 meses.

Efectos secundarios

Son los clásicos de todas las vacunas.

- Dolor en el lugar de administración.
- Fiebre.
- Diarrea
- Disminución del apetito
- Somnolencia

2.2.4.POLIOMIELITIS

Descripción

Enfermedad vírica aguda, cuya gravedad va desde una infección asintomática hasta la febril inespecífica con complicaciones meningoencefálicas y muerte. Los síntomas de la enfermedad son fiebre, malestar general, cefalea, náusea, y vómito. Si la enfermedad evoluciona, pueden aparecer mialgias intensas con rigidez de cuello y espalda, con o sin parálisis flácida. Uno de cada cincuenta o doscientos casos de infección evoluciona hacia el signo característico de parálisis flácida aguda.

El sitio de la parálisis depende de la localización de la destrucción de las neuronas motoras en la médula o en el tallo cerebral, que característicamente es asimétrica. La parálisis de los músculos de la respiración amenaza la vida. La tasa de letalidad en los casos paralíticos varía del 2 al 10% y aumenta con la edad.

El diagnóstico diferencial más común e importante es el síndrome de Guilláin-Barré, seguido de la polineuritis post infecciosa, mielitis transversa, síndrome post-encefálicos,

polineuropatía, polirradiculopatía, paraplejia, hemiplejia infantil, paresias, tumores e intoxicación por metales pesados.

Agente etiológico

Polio virus (género enterovirus) tipos 1,2 y 3. Todos los tipos causan parálisis, pero el tipo 1 se aísla con mayor frecuencia en los casos paralíticos y se asocia a la mayoría de las epidemias.

Reservorio

Los seres humanos.

Período de incubación

Por lo común es de 7 a 14 días para los casos paralíticos, con rango de 3 hasta 35 días

Período de transmisión

No se conoce con exactitud, La transmisión se produce durante todo el tiempo en que el enfermo está eliminando el virus. La presencia del poliovirus es demostrable a las 36 horas después de la exposición a la infección en la secreción faríngea y a las 72 horas en las heces.

Modo de transmisión

La vía oro fecal es la principal, sobre todo en los sitios con deficiencia sanitaria. El virus permanece en la faringe una semana y en las heces de 3 a 6 semanas aproximadamente.

Susceptibilidad e inmunidad

La susceptibilidad a la infección es común, pero la enfermedad paralítica es rara a razón de uno por cada 50 a 200 infecciones. La inmunidad con especificidad de tipo es permanente después de la infección clínica o asintomática. La inmunidad por

vacuna con esquema completo (3 dosis) confiere inmunidad del 95% al 98% de los vacunados y con refuerzo otorga protección prolongada.

CAUSAS

La poliomielitis es una enfermedad causada por la infección con el poliovirus. El virus se propaga por:

- Contacto directo de persona a persona.
- Contacto con moco o flema infectados de la nariz o de la boca.
- Contacto con heces infectadas.

El virus entra a través de la boca y la nariz, se multiplica en la garganta y en el tubo digestivo para luego ser absorbido y diseminarse a través de la sangre y el sistema linfático. El tiempo que pasa desde el momento de resultar infectado con el virus hasta la aparición de los síntomas de la enfermedad (incubación) oscila entre 5 y 35 días (un promedio de 7 a 14 días). La mayoría de las personas no presenta síntomas.

Los riesgos son, entre otros:

- Falta de vacunación contra la poliomielitis.
- Viajar a un área en donde se haya presentado un brote de polio.

Los brotes todavía pueden ocurrir en países desarrollados, generalmente en grupos de personas que no han sido vacunadas. La polio con frecuencia se presenta después de que alguien viaja a una región donde la enfermedad es común. Como resultado de la campaña de vacunación masiva y global durante los últimos 20 años, la polio se presenta sólo en algunos países en África y Asia.

SÍNTOMAS DE INFECCIÓN

- Molestia general o inquietud (malestar general)
- Dolor de cabeza
- Garganta enrojecida
- Fiebre leve
- Dolor de garganta
- Vómitos

2.2.4. VACUNA OPV (Vacuna Oral contra Poliomiélitis)

Descripción general

Constituida por una mezcla de virus vivos atenuados de la polio tipos 1, 2 y 3.

Eficacia e inmunogenicidad

Con la actual potencia antigénica de la vacuna, estandarizada de acuerdo con las referencias de la OMS, la seroconversión después de tres dosis es del 100%. La duración de la inmunidad, luego de completar el esquema de inmunización con los refuerzos, es duradera.

Vía, dosis y edad de aplicación

Se administra por vía oral, 2 gotas directamente en la boca del niño.

- Primera dosis a partir de los 2 meses de edad
- Segunda dosis a los 4 meses
- Tercera dosis a los 6 meses
- Se aplicará un refuerzo un año después de la tercera

Dosis

- Intervalo mínimo entre dosis es de 4 semanas

Reacciones adversa de la vacuna

La parálisis flácida asociada a la vacuna es uno de los efectos adversos más importantes. Se presenta 1 caso por cada 1,5 millones de aplicación de primeras dosis y su frecuencia disminuye con la aplicación de las dosis sucesivas.

Contraindicaciones

- En caso de enfermedad aguda severa con temperatura mayor de 39°C, la aplicación será diferida.
- No debe aplicarse en niños con antecedentes alérgicos a la estreptomina, neomicina y polimixina, aunque en la práctica es casi imposible conocer este antecedente. El vómito y la diarrea no son contraindicaciones. En niños con vómito y/o diarrea severa, la vacuna debe ser administrada pero no registrada como dosis de esquema. Se debe indicar a la madre que acuda a la unidad operativa a recibir la dosis respectiva cuando desaparezca el cuadro clínico.

Conservación y manejo del frasco abierto

- Mantenerse en las unidades operativas a temperatura de refrigeración (+2°C a +8°C).
- En los bancos nacional, regional, subregional, provincial y de área, dotadas con congeladores, deberán mantenerse a temperatura de congelación (-15°C a -20°C)
- El frasco abierto puede usarse dentro de las unidades operativas en jornadas sucesivas hasta por 30 días, siempre que se observe estrictamente la cadena de frío, fecha de caducidad, las normas de asepsia y antisepsia.

- En caso de realizar campañas de vacunación ó en actividades extramurales el frasco de vacuna debe ser desechado al concluir la jornada de trabajo.

Presentación

Frascos multidosis de 10, 20 ó 25 dosis, con o sin gotero incorporado; el biológico viene listo para su administración.

2.2.5. DIFTERIA

Descripción

Enfermedad bacteriana aguda que afecta las amígdalas, faringe, laringe, nariz, piel, en ocasiones las conjuntivas y los órganos genitales. Se caracteriza por nasofaringitis membranosa, laringotraqueítis obstructiva o ambas. La lesión característica específica es una o varias placas grisáceas adherentes con inflamación a su alrededor, con sangrado al tratar de desprenderla.

En la difteria faringoamigdaliana hay dolor de garganta, agrandamiento de los ganglios linfáticos cervicales, con edema de cuello en los casos graves. La difteria laríngea es grave en los lactantes y en niños de corta edad. El periodo de trasmisibilidad es variable, por lo general dura 2 semanas o menos. La mayoría de defunciones son debidas a los efectos de la toxina en algunos órganos, principalmente sobre el miocardio.

Síntomas

Los síntomas generalmente se presentan de 2 a 5 días después de que uno ha estado en contacto con la bacteria.

- Coloración azulada de la piel
- Secreción nasal acuosa y con sangre
- Problemas respiratorios:

- dificultad respiratoria
- respiración rápida
- estridor
- Escalofríos
- Tos similar a la de crup (perruna)
- Babeo (sugiere que está a punto de presentarse una obstrucción de las vías respiratorias)
- Fiebre
- Ronquera
- Dolor al deglutir
- Lesiones en la piel (generalmente se observan en las áreas tropicales)
- Dolor de garganta (que puede fluctuar de leve a intenso)

El diagnóstico diferencial se realiza básicamente con la faringitis bacteriana y viral, tales como angina estreptocócica, angina de Vincent, mononucleosis infecciosa, sífilis y candidiasis bucal.

Agente etiológico

Corynebacterium diphtheriae, bacilo aeróbico gram positivo, que puede o no ser toxigénico. Biotipos *gravis*, *intermedius* y *mitis*.

Reservorio

Los seres humanos

Período de incubación

De 2 a 5 días, aunque a veces es más prolongado.

Período de transmisión

Variable, dura hasta que desaparezcan los bacilos virulentos de las secreciones y lesiones; generalmente dos semanas y rara vez excede las cuatro semanas.

Susceptibilidad e inmunidad

Los hijos de madres inmunes están protegidos en forma pasiva hasta los 6 meses de vida. La enfermedad no siempre produce inmunidad permanente por lo que el paciente debe iniciar o continuar el esquema de vacunación una vez resuelta la fase aguda. A menudo, la inmunidad se adquiere por una infección no manifiesta.

La inmunidad activa de duración prolongada se adquiere por la inoculación del toxoide. La inmunidad pasiva por antitoxina protege contra la enfermedad sistémica, pero no contra la infección local de la nasofaringe.

2.2.6. TOSFERINA

Descripción

Enfermedad bacteriana aguda caracterizada por una fase catarral inicial de comienzo insidioso con tos irritante que en el término de una o dos semanas se torna paroxística. Clínicamente el síndrome se caracteriza por varios accesos de tos en espiración que puede ser seguido de estridor inspiratorio. Los paroxismos frecuentemente culminan con la expulsión de moco adherente a menudo seguido de vómito que dura cerca de 8 semanas. Consta de tres fases:

Período catarral: presenta malestar, anorexia, tos nocturna que evoluciona a diurna; dura de 1 a 2 semanas.

Período paroxístico: con tos paroxística, con 5 a 15 accesos en espiración que termina en un silbido inspiratorio. Puede

presentarse vómito, pérdida del conocimiento y convulsiones debido a hipoxia cerebral; dura de 2 a 4 semanas.

En los lactantes menores presenta cianosis y períodos de apnea.

Período de convalecencia: comienza de 4 a 6 semanas de iniciada la enfermedad, la tos se hace menos fuerte y el vómito desaparece; dura 2 semanas.

Complicaciones: potencialmente mortales, como encefalopatía, convulsiones, atelectasia pulmonar, enfisema mediastinal, neumonía, neumotórax y bronquiectasias .

Agente etiológico

Bordetellapertussis, bacilo pleomórfico Gram negativo

Reservorio

El ser humano

Período de incubación

De 6 a 20 días, habitualmente dura entre 7 a 10 días

Período de transmisión

Es altamente transmisible en la fase catarral temprana, antes de la fase de tos paroxística, para luego ir disminuyendo hasta llegar a los niveles ínfimos en unas tres semanas.

Modo de transmisión

Por contacto directo con secreciones de las mucosas de las vías respiratorias de personas infectadas. Sin tratamiento, la mayor transmisión ocurre en la fase catarral antes de la fase de tos paroxística, para luego ir disminuyendo poco a poco, hasta alcanzar niveles bajos en unas tres semanas.

Cuando se trata con eritromicina, el período de transmisión dura 5 días o menos.

Susceptibilidad e inmunidad

Es universal en personas no inmunizadas. Es predominantemente una enfermedad de la niñez, especialmente del menor de 5 años. La enfermedad confiere inmunidad duradera. Los adultos pueden ser la principal fuente de infección

2.2.7. TÉTANOS NEONATAL

Descripción

Enfermedad aguda del recién nacido, se presenta hasta los 28 días de edad. Inicia con irritabilidad, inquietud, llanto débil en crisis, trismus, risa sardónica (gesto despreciativo), rigidez y espasmos musculares, opistótonos, así como de músculos abdominales, convulsiones, respiración dificultosa por espasmo de los músculos respiratorios. Enfermedad frecuente en climas tropicales con zonas de pobreza crítica y migrantes (rurales y urbano marginales), excluidos socialmente por servicios de salud ausentes o deficitarios con bajas coberturas de vacunación. Mayor riesgo presentan los recién nacidos de madres que no han sido vacunadas con dT, que residen en esas comunidades postergadas, sin control prenatal, con parto en casa o no limpio.

Agente etiológico

Clostridium tetani, bacilo Gram positivo, anaerobio estricto y esporulado, que produce dos tipos de toxinas: la hemolisina y la tetanospasmina. Esta última es una neurotoxina altamente letal y la responsable de las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

Reservorio

Intestinos de seres humanos y animales y en la tierra por contaminación con las heces.

Período de incubación

De 3 a 28 días con un promedio de 6 días; entre menor sea el período de incubación, mayor es la severidad y letalidad.

Período de transmisión

No se transmite de una persona a otra.

Modo de transmisión

Por contaminación del cordón umbilical durante la atención del parto con deficiente asepsia, por personal no calificado y prácticas ancestrales.

Susceptibilidad e inmunidad

La susceptibilidad es general. La inmunidad activa inducida por el toxoide tetánico es duradera y, luego de recibir cinco dosis, las mujeres adquieren inmunidad de por vida y la capacidad para que el recién nacido reciba protección pasiva de la madre. La inmunoglobulina tetánica y la antitoxina tetánica confieren inmunidad pasiva temporal.

2.2.8. VACUNA TRIPLE BACTERIANA DPT

Descripción general

Conocida también como Triple bacteriana, por combinar en un mismo biológico al toxoide diftérico, toxoide tetánico purificado y bacterias totales inactivadas de la tos ferina.

Con tres dosis de DPT separada o combinada en la Pentavalente, se alcanzan las siguientes conversiones:

- Del 90 al 95% contra la difteria.
- Del 70 al 80% contra la tos ferina.
- Del 98 al 100% contra el tétanos.

Las tres dosis y el refuerzo confieren inmunidad prolongada.

Vía, dosis y edad de aplicación

Se administra por vía IM en el vasto externo (tercio medio lateral del muslo). Para la vacunación se utiliza una jeringuilla descartable o autodestructible de 0,5 ml con aguja de 23 G x 1.

A partir de los 2 meses de edad, deberá recibir 3 dosis, con intervalo de 2 meses entre ellas (mínimo 4 semanas) y un refuerzo al año de la tercera dosis

IMPORTANTE:

Evitar la administración de la vacuna DPT/Penta en niños mayores de 5 años. En ellos, aplicar DT o dT para iniciar o completar el esquema con DT. Cuando hay epidemia de tos ferina o difteria es aconsejable aplicar un segundo refuerzo, iniciar el esquema a las seis semanas de edad y acortar a un mes el intervalo entre dosis, si el grupo más afectado es el de los lactantes.

Técnica de aplicación

- Homogenizar la vacuna previo su uso agitando el frasco.
- Con una torunda humedecida en solución jabonosa, limpie el caucho del tapón.
- Con la jeringuilla de 0.5 ml aguja 23 G x 1, aspire 0.5 ml del biológico.
- Pida a la madre que descubra el muslo del niño y lo sujete.

- Con una torunda humedecida solución jabonosa, limpie una pequeña superficie del vasto externo, tercio medio lateral del muslo.

Contraindicaciones

Enfermedades febriles agudas severas con fiebre mayor de 39°C, niños con antecedentes de reacciones postvacunales graves (convulsiones, colapso, choque, llanto inconsolable durante 3 o más horas).

Conservación y manejo del frasco abierto

Mantener a temperatura de refrigeración (+2°C a + 8°C), tanto en los bancos nacional, regional, provincial y unidades operativas. **Nunca debe ser congelada.**

Una vez abierto el frasco, la vacuna se utilizará en un período máximo de 30 días para la vacunación institucional.

Presentación

Se presenta en frascos multidosis de 10 y 20 dosis, en forma líquida y lista para su aplicación.

2.2.9. VACUNA DT PEDIATRICA

Descripción general

Es una mezcla de toxoides tetánico y diftérico altamente purificados que protege contra el tétanos y la difteria.

Eficacia e inmunogenicidad

La administración de dos dosis a niños con esquema completo de DPT, confiere inmunidad prolongada.

Vía, dosis y edad de aplicación

Se administra 0,5 ml por vía IM en vasto externo del muslo o deltoides. Utilizar en los niños de 5 a 9 años y para completar el esquema en niños de menor edad que han presentado reacciones severas a la Pentavalente o DPT. Se recomienda para refuerzo en el segundo y séptimo grados de educación básica. Quienes no han recibido la DPT recibirán dos dosis con intervalo de 2 meses (mínimo 4 semanas) entre ellas.

Técnica de aplicación

- Homogenizar la vacuna previo uso agitando el frasco.
- Con una torunda humedecida en solución jabonosa limpie el caucho del tapón.
- Con una jeringuilla de 0.5 ml aguja 23 G x 1 aspire 0.5 ml.
- Con una torunda humedecida en solución jabonosa limpie una pequeña superficie del vasto externo del muslo o del deltoides.
- Introduzca rápidamente la aguja en el espacio elegido en ángulo de 90°.
- Empuje suavemente el embolo, inyecte 0.5, retire la aguja y no de masaje.
- El biológico será preparado antes de la aplicación y nunca tener jeringuillas cargadas en el termo.

Precauciones

Cuando se sospeche que la vacuna pudo haber estado congelada por fallas en la conservación de las vacunas Pentavalente, DPT, DT, ó dT se procederá a verificar tal hecho mediante el siguiente procedimiento:

- Seleccionar un frasco supuestamente sometido a temperaturas de congelación y otro frasco que con toda seguridad nunca estuvo a riesgo de congelación.

- Agitar ambos frascos, colocar juntos en una superficie plana y observar cuidadosamente minuto a minuto.
- Dejar en reposo los frascos durante 15 a 20 minutos.
- El contenido del frasco no congelado será lechoso y como motas de algodón.
- El contenido del frasco congelado aparecerá no lechoso y con partículas grumosas gruesas.
- El contenido del frasco no expuesto a congelación empieza a aclararse en la parte superior.
- El contenido del frasco congelado presenta sedimentación rápida en el fondo y el resto es transparente como el agua y deberá desecharse, conforme a las normas.

Reacciones adversa

En algunos vacunados pueden presentarse reacciones locales en el sitio de la inyección como dolor, eritema, acompañados de alza térmica, manifestaciones que son pasajeras.

Conservación y manejo del frasco abierto

Mantener a temperatura de refrigeración entre +2°C a + 8°C, tanto en los bancos nacional, regional, provincial, área de salud como en unidades operativas. Esta vacuna no debe ser congelada. Una vez abierto el frasco, se podrá utilizar durante 30 días para vacunación institucional.

Presentación

Se presenta en frascos de 10 y 20 dosis, en forma líquida, lista para su aplicación.

2.2.10. HEPATITIS B

Descripción

Enfermedad aguda o crónica responsable del 80% de cáncer hepático primario (carcinoma hepatocelular). El 90% de los niños recién nacidos infectados pasan a la cronicidad. Dependiendo de la endemicidad, del 30% al 40% de los portadores crónicos adquirieron la infección en la niñez.

Los síntomas pueden no aparecer hasta 6 meses después del momento de la infección. Los síntomas iniciales pueden abarcar:

- Inapetencia
- Fatiga
- Febrícula
- Dolores musculares y articulares
- Náuseas y vómitos
- Piel amarilla y orina turbia debido a la ictericia

De acuerdo con la presencia de portadores, las zonas geográficas se clasifican de:

- **Alta endemia:** Cuando la tasa de portadores es igual o mayor al 8% (personas que se infectan en el periodo neonatal o temprano en la infancia)
- **Mediana endemia:** Cuando la tasa de portadores es de 2% al 7% (mecanismo de transmisión vía percutánea y sexual)
- **Baja endemia:** Cuando la tasa de portadores es menor del 2% (transmisión por vía sexual en adultos y/o por exposición a sangre, por vía percutánea y hábitos inadecuados).

Agente etiológico

Virus DNA del grupo Hepadnaviridae tipo 1.

Reservorio

Los seres humanos

Período de incubación

De 45 a 160 días, con un promedio de 120 días

Período de transmisión

Toda persona con antígeno de superficie del virus de hepatitis B positivo, es potencialmente contagiante desde varias semanas antes de que aparezca la ictericia y lo sigue siendo durante el curso clínico de la enfermedad.

Modo y vías de transmisión

Las personas infectadas con hepatitis B son muy contagiosas (200 veces más que las infectadas por el VIH). El virus se encuentra en la totalidad de los líquidos corporales.

- Exposición a sangre y productos plasmáticos, uso compartido de agujas, rasuradoras, equipo médico y dental contaminado, tatuajes, transmisión parenteral y contacto sexual con individuos infectados, uso de drogas intravenosas.
- Transmisión vertical de madre a hijo al momento del nacimiento.

Susceptibilidad e inmunidad

La susceptibilidad es general. Las personas con Síndrome de Down, enfermedad linfoproliferativa, infección por VIH o los sometidos a hemodiálisis tienen mayor propensión a presentar infección crónica. Otros grupos de riesgo son el personal de salud, así como los que llevan vida promiscua.

2.2.11. VACUNA PENTAVALENTE (DPT+HB+Hib)

Descripción general

Hay varias vacunas simples de Hib que varían por el coadyuvante y por el conjugado, de las cuales el país ha seleccionado la combinación Pentavalente (DPT+HB+Hib).

Vía, dosis y edad de aplicación

Se administra 0.5 ml, intramuscular, aplicada en el vasto externo, tercio medio lateral del muslo. En general, el esquema requiere 3 dosis para los menores de 1 año. Comienza a partir de los 2 meses de edad, luego a los 4 y 6 meses, con intervalo mínimo de 4 semanas. Se aplica simultáneamente con otras vacunas en sitios diferentes o en combinación con otros antígenos, sin alteración en la respuesta de los anticuerpos protectores de cada una de las enfermedades.

Técnica de aplicación

- Reconstituir y homogenizar la vacuna utilizando el liofilizado y la forma líquida.
- Con una torunda humedecida en solución jabonosa limpie el caucho del tapón.
- Con una jeringuilla de 0.5 ml con aguja 23 G x 1 aspire 0.5 ml
- Con una torunda humedecida de solución jabonosa limpie una pequeña superficie del vasto externo del muslo.
- Introduzca la aguja en el espacio elegido en ángulo de 90° y proceda a la administración
- Empuje suavemente el embolo, inyecte los 0.5 ml, retirela aguja y no de masaje.
- El biológico será preparado antes de la aplicación y nunca tener jeringuillas cargadas en el termo

Reacciones adversa

La vacuna es bien tolerada y se considera que prácticamente no existen efectos adversos al componente Hib. Las reacciones locales (eritema, edema y dolor) y la fiebre se resuelven en menos de 24 horas. A veces puede aparecer irritabilidad, letargia, rinorrea y erupción cutánea (posible urticaria). Generalmente, las reacciones severas se deben al componente pertusis de la DPT. La frecuencia de las reacciones adversas al Hib o a los otros antígenos, no varía cuando se aplica simultáneamente con otras vacunas.

Contraindicaciones

Las mismas de la vacuna DPT

Conservación y manejo del frasco abierto

Mantener en refrigeración entre +2°C y +8°C. Como toda vacuna bacteriana, **no se debe congelar.**

Presentación

Frasco unidosis, liofilizado más diluyente, con jeringuilla adjunta

2.2.12. SARAMPIÓN

Descripción

Enfermedad viral aguda, altamente transmisible que inicia con síntomas prodrómicos de fiebre, malestar general, tos, coriza y conjuntivitis. Al cabo de 3 a 4 días se observan manchas de Koplik en la mucosa bucal poco antes de que aparezca el exantema, el cual se manifiesta aproximadamente 3 o 4 días después del comienzo de los síntomas prodrómicos.

La erupción eritematosa (cutánea rojiza) de tipo máculopapular no vesicular se inicia generalmente en la región

retroauricular, se extiende en 2 o 3 días al tronco y extremidades, en especial las superiores; este proceso dura de 3 a 7 días, seguido de una fina descamación furfurácea.

Cuando la fiebre persiste se puede sospechar de complicaciones como otitis media, neumonía, encefalitis.

En niños vacunados que ocasionalmente presentan sarampión, el cuadro clínico es benigno con fiebre leve, erupción mínima y de corta duración. En presencia de deficiencia de vitamina A, las complicaciones son más frecuentes y severas, incluye la ceguera, y aumenta la letalidad.

Reservorio

El ser humano

Período de incubación

10 días en promedio, variando entre 7 y 19 días.

Período de transmisión

Varía desde un día antes del inicio del período prodrómico hasta cuatro días después de aparecer la erupción. La capacidad de contagio va disminuyendo paulatinamente desde el período preeruptivo hasta desaparecer la erupción

Susceptibilidad e inmunidad*

Son susceptibles todas las personas que no han tenido la enfermedad o que no han sido inmunizadas.

Los niños de madres que han tenido la enfermedad o alcanzaron la inmunidad por vacuna están protegidos durante los

primeros 6 a 9 meses de edad, a través del paso de anticuerpos residuales maternos.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES FEBRILES ERUPTIVAS NO VESICULARES

Definiciones operacionales

• CASO SOSPECHOSO:

Paciente que presenta fiebre alta antes o durante la erupción, erupción máculopapular no vesicular, con o sin coriza y/o conjuntivitis y/o tos, o cualquier caso que el personal de salud informe como sarampión.

• CASO CONFIRMADO:

Todo caso sospechoso con confirmación de laboratorio o confirmación por nexo epidemiológico (contacto con caso confirmado por laboratorio).

2.2.13. RUBÉOLA

Descripción

Enfermedad febril eruptiva no vesicular que afecta a todas las edades. Inicia con síntomas vagos durante 1 y 2 días, acompañados de linfadenopatías retroauriculares, occipitales, cervicales y cubitales, generalmente dolorosas.

El exantema presenta pequeñas máculas puntiformes, semejantes a las del sarampión, pero más finas; se inician en la cara y se generaliza rápido en 24 a 48 horas y desaparece al tercer día. En los niños, el exantema casi siempre brota el primer día después de la fiebre, como manchas rojo-pálidas de menor tamaño que las del sarampión, las mismas que no son confluentes y quedan zonas de la piel sin alteraciones.

Otras veces el exantema es escarlatiforme. Se observa ligera fotofobia, coriza, tos leve, sin conjuntivitis, ligera elevación de la temperatura por 1 o 2 días. Hasta el 50% de los casos son asintomáticos. Afecta al feto cuando infecta a una embarazada en los primeros meses de gestación.

Agente etiológico

Virus que pertenece a la familia Togaviridae, del género Rubivirus

Reservorio

Los seres humanos

Período de incubación

De 16 a 18 días, con límites que van de entre los 14 a 23 días

Período de transmisión

Aproximadamente desde una semana antes y 4 días después de comenzar la erupción.

Modo de transmisión

De persona a persona por contacto con las secreciones nasofaríngeas (gotitas de flugge) de las personas infectadas.

Susceptibilidad e inmunidad

Igual a lo descrito en sarampión, es decir, susceptibilidad universal una vez que desaparecen los anticuerpos maternos. La inmunidad activa se adquiere por infección natural que dura toda la vida y por la vacuna por largo tiempo.

2.2.14. FIEBRE AMARILLA

Descripción

Enfermedad viral infecciosa aguda, de comienzo repentino con fiebre, escalofríos, cefalea, dorsalgia, postración, náusea, vómito, puede presentar albuminuria, a veces anuria y leucopenia. En los casos severos (5 a 10%) hay síntomas hemorrágicos, ictericia moderada en su fase temprana, que luego se intensifica. La tasa de letalidad es del 50% en los casos con signos de encefalitis, ictericia y hemorragias.

Agente etiológico

Virus de la fiebre amarilla, del género Flavivirus del grupo B y la familia Flaviviridae.

Reservorio

Es el ser humano y el mosquito *Aedes aegypti* infectado. En zonas selváticas son los monos, marsupiales y mosquitos de la selva.

Período de incubación

Después de 3 a 6 días de la picadura del mosquito infectado.

Período de transmisión

La sangre de los enfermos es infectante para los mosquitos pocos días antes de comenzar la fiebre y durante los primeros tres a cinco días del curso de la enfermedad. Es altamente transmisible en los lugares con muchos susceptibles y altos índices vectoriales.

Modo de transmisión

Se trasmite a los seres humanos por la picadura del mosquito infectante.

Susceptibilidad e inmunidad

Es universal y la inmunidad se adquiere por infección natural de por vida. Mediante la vacunación el periodo de protección es de 10 años. La inmunidad transplacentaria puede persistir hasta por seis meses después del nacimiento.

2.2.15. CADENA DE FRÍO

Definición

Es el conjunto de normas, actividades, procedimientos y equipos que aseguren la correcta conservación de las vacunas en condiciones adecuadas de luz y temperatura, garantizando Su inmunogenicidad desde la salida del laboratorio fabricante hasta la administración al usuario.

Niveles de la cadena de frío

Corresponde a la organización técnico-administrativa del sistema nacional de salud:

NIVEL	TIPO DE BANCO O INSTITUCION
Central	Banco Nacional de Vacunas
Regional	Bancos Regionales (Subsecretaría Nacional de Medicina Tropical)
Subregional	Bancos Subregionales de Tungurahua y Azuay
Provincial	Bancos Provinciales
Local	Bancos de áreas y unidades y operativas

Elementos de la cadena de frío

Son tres los elementos fundamentales de la cadena de frío: los recursos humanos, materiales y financieros, de estos dependen el éxito del transporte, mantenimiento y conservación de los biológicos.

Recursos humanos

Incluye aquellas personas que directa o indirectamente tienen que manipular, transportar, almacenar, distribuir y aplicar la vacuna.

Equipos y otros elementos

Dentro de los equipos de la cadena de frío se encuentran:

- **Cuarto frío:** permite almacenar grandes volúmenes de biológicos, justificando en los niveles nacional, regional y subregional. (Aislado con capa de poliuretano)
- **Congelador:** utilizado en la conservación de vacunas virales y para la congelación y conservación de los paquetes fríos. Existen a nivel nacional, regional, subregional, provincial y áreas de salud.
- **Refrigerador:** aparato que dispone de un espacio de congelación y otro de refrigeración. Se requiere en todos los niveles y debe ser de una sola puerta. Existen 3 tipos de refrigeradores:
 - **Por compresión:** funciona con energía eléctrica.
 - **Por absorción:** son las que operan a kerosén, gas propano, mixtas (energía eléctrica y gas o kerosén)

- **Por energía solar:** funcionan a partir de paneles fotovoltaicos y otros equipos que captan y transforman la energía solar en energía eléctrica.
- **Caja térmica:** es un recipiente con aislamiento de poliuretano, de diferentes dimensiones, empleado para el transporte de vacunas entre diferentes niveles, utilizada para conservación de biológico a temperatura adecuada por 16 a 60 horas. Para su funcionamiento requiere de paquetes fríos o hielo seco, según se necesite congelar o refrigerar.
- **Termos:** Se utiliza para el transporte de vacunas en el nivel provincial, área y/o UO. Según la distancia, la cantidad de biológico y la capacidad del termo, mantiene la temperatura entre +2°C a +8°C por 72 horas sin destapar, si el termo se destapa para atender la demanda (durante una jornada laboral, por ejemplo), el tiempo útil del frío es de 36 horas.
- **Otros elementos:** termómetros, paquetes fríos, indicadores de temperatura para paquetes congelados, hoja de control de temperatura, monitores de cadena de frío, canastillas o bandejas y botellas con agua.

Manejo técnico de los equipos de refrigeración

Refrigeradora:

- Ubicación
- En un ambiente fresco
- Espacio bien ventilado (aire acondicionado en temperatura cálida)
- A la sombra y alejado de toda fuente de calor
- A 15 cm. de distancia de la pared
- Sobre una base bien nivelada para garantizar la posición horizontal

- Partes del refrigerador
- Zona de congelación (evaporador): está ubicada en la parte superior, aquí se obtiene temperatura de -7°C a -15°C , lo que facilita la congelación de paquetes fríos. Es éstos deben ser colocados en posición vertical.
- Zona de refrigeración: está ubicada debajo del evaporador y la temperatura adecuada fluctúa entre ($+2^{\circ}\text{C}$ a $+8^{\circ}\text{C}$) usualmente se divide en 2 o 3 espacios. Se puede almacenar vacuna agrupada por tipos, utilizando para el efecto canastillas.

En la parte inferior se debe colocar botellas con 1 litro de agua bien tapadas, colocadas a 2.5 cm una de otra; sirven para estabilizar la temperatura cuando se produzca la apertura de la puerta o cortes de energía eléctrica.

Precauciones

- Abrir la puerta solo cuando sea necesario en la mañana al registrar la temperatura y retirara la vacuna del día y en la tarde para registrar nuevamente la temperatura y guardar la vacuna que lo requiere.
- Nunca colocar las vacunas bacterianas o toxoides (DPT, DT, dT, PENTAVALENTA, Hib, HB, BCG) en la primera gradilla cercana al congelador (evaporador) para evitar la congelación.
- En caso de corte de la energía no abrir la puerta, sellarla, guardar las vacunas en termos si persiste el corte de energía por 3 o más horas.

Prohibiciones

- Guardar alimentos, líquidos u otros objetos, el refrigerador es de uso exclusivo de vacunas.
- Guardar vacunas caducadas, sin etiquetas o por fuera del tiempo de uso.

- Almacenar vacunas en la parte inferior o en la puerta del refrigerador.
- Colocar objetos encima de la refrigeradora.

Termo

Todo termo debe contener obligatoriamente el número indicado de paquetes fríos que indica el fabricante para asegurar la conservación de una buena temperatura. Por ejemplo el King Seelly (KST) 4 paquetes fríos.

- Por cada termo deben existir 4 o 6 paquetes fríos adicionales en el congelador, según el tipo y fabricante del termo, para reponer diariamente los paquetes usados en la jornada de trabajo.
- Las vacunas deben estar protegidas de los paquetes fríos, en un vaso plástico delgado o funda plástica para evitar que el agua del deshielo de los paquetes fríos mojen las tapas de los frascos de vacuna y desprendan las etiquetas.

Factores que influyen en la vida fría de los termos

- Calidad del aislante del termo.
- Numero de paquetes fríos completos y adecuados dentro del termo. Si no coloca un paquete frío en un lado del termo el calor alcanzará la vacuna.
- La calidad de congelación de los paquetes fríos está en función de la temperatura y el tiempo de congelación. Los paquetes congelados en congeladores (-15°C a -25°C) duran más que los congelados en el evaporador de una refrigeradora (-7°C a -15°C). A mayor tiempo de congelación mayor duración del tiempo útil del paquete.
- La temperatura ambiental afecta a los termos, por lo que se tendrá cuidado en proteger del sol o de fuentes de calor cuando se transporta vacunas.

- Los paquetes fríos deben permanecer al ambiente el tiempo suficiente para que se forme rocío, “sudor” en la superficie o signos de descongelación, antes de colocarlos dentro del termo.
- Al final de la jornada de trabajo seque el termo y coloque boca abajo sin tapa. Lave el termo de acuerdo a las necesidades.

Monitoreo y control de la temperatura

- Registrar la temperatura dos veces al día y anotar en la gráfica correspondiente localizada en la parte externa de la puerta del equipo de refrigeración o congelación.

El primer control se realiza en la mañana, al mismo tiempo que se retiran los biológicos para la vacunación diaria y el segundo en la tarde, al mismo tiempo que se guarda las vacunas de la jornada de trabajo.

- El termómetro debe estar colocado a la vista, sobre la vacuna.

Mantenimiento preventivo de los equipos de la red de frío

El mantenimiento preventivo de los equipos de cadena de frío está a cargo del responsable del banco de vacunas o vacunador de acuerdo al nivel correspondiente, para evitar el deterioro de los equipos y conservar en forma óptima los biológicos.

Mantenimiento de la refrigeradora

- La limpieza y aseo de la refrigeradora se hará cada mes y por razones necesarias.
- Desconectar el equipo sin modificar la posición del termostato
- Verificar que el cierre de la puerta sea hermético, lo cual se chequea pasando un papel entre el marco y la puerta. Se cierra la puerta, se retira el papel y si este sale más fácilmente o se cae, indica que el empaque está dañado y necesita cambio.

Realizarse esta prueba especialmente en los ángulos de la puerta. La entrada de aire por defectos del empaque aumenta la formación de escarcha en las paredes del compartimiento del evaporador.

- Limpie con un cepillo de cerdas suaves el compresor y la parrilla vertical del condensador (espiral posterior del refrigerador). La excesiva suciedad del condensador puede provocar desperfectos del compresor por recalentamiento e impide la adecuada refrigeración.
- Descongele la refrigeradora si el grosor del hielo en el evaporador es de 1.5 cm; de lo contrario, aumenta la temperatura interior, daña el compresor por exceso de funcionamiento y pueda dañar la vacuna.

Transporte de las vacunas

El transporte de vacunas se hará respetándose la cadena de frío, para esto se utilizan varios elementos como cajas térmicas o termos con paquetes fríos a fin de mantener la temperatura requerida y conservar la calidad del biológico.

Recomendaciones para el embalaje y transporte de vacunas

- Sacar del congelador los paquetes fríos y dejarlos sobre una mesa hasta que se presente gotitas de agua ("sudor") su superficie; secar y colocar en la caja fría o termo, que deben permanecer a la sombra y alejados de toda fuente de calor.

2.3. PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS.

2.3.1 HIPOTESIS GENERAL.

Si se determinaran las estrategias del programa de inmunizaciones disminuiría la incidencia de enfermedades prevenibles por la vacunación en niños y niñas que buscan la atención en las unidades de salud del área 2 de Quevedo, durante el primer semestre año 2012

2.3.2 HIPOTESIS ESPECÍFICAS.

Identificando el nivel de conocimiento de las madres acerca de las inmunizaciones sistemáticas que deben aplicarse a sus hijos, podremos conocer cuáles son los motivos de no inmunización desde la perspectiva de las madres.

Analizando los factores que influyen en el incumplimiento o retraso en la aplicación del esquema nacional de inmunización, se podrán fortalecer las estrategias para mejorar coberturas de vacunación en menores de 3 años.

Será necesario diseñar un programa educativo para la formación de actitudes preventivas ante el incumplimiento o retraso de la aplicación del esquema nacional de inmunización en la comunidad.

2.4. OPERACIONALIZACION DE LAS HIPOTEISIS ESPECÍFICAS.

Variables	Dimensión	Indicador	Item	Unidad de Análisis	Técnica	Instrumento
<p>INDEPENDIENTE:</p> <p>Conocimiento, actitudes y prácticas (factores socioculturales) de la familia, sobre prevención y vacunación.</p>	<p>Población de cobertura de vacunación del área 2 de Quevedo.</p>	<p>Establecer los conocimientos prácticos sobre esquema de vacunación.</p> <p>Establecer la incidencia de enfermedades prevenibles por vacunas.</p> <p>Establecer la prevalencia de enfermedades prevenibles por vacunas.</p>	<p>Grado de instrucción de la madre: ¿Conoce usted el esquema nacional de inmunización? Si respondió afirmativamente, indique ¿quién le informó? ¿Dónde recibió la información? Las vacunas sirven para prevenir enfermedades.</p>	<p>Director del hospital</p> <p>Epidemiólogo del área.</p> <p>Enfermera responsable del PAI</p> <p>Usuarios del servicio de vacunación.</p>	<p>Entrevista semi-estructurada</p> <p>Observación</p> <p>Encuestas</p>	<p>Guía de entrevista</p> <p>Guía de observación</p> <p>Cuestionario de encuesta.</p>

Variables	Dimensión	Indicador	Item	Unidad de Análisis	Técnica	Instrumento
<p>DEPENDIENTE:</p> <p>Cumplimiento del esquema de inmunización de niños menores de un año</p>	Vacunatorios de las unidades de atención primaria del área de salud 2 de Quevedo	<p>Establecimiento de esquemas terminados de vacunación.</p> <p>Establecer oportunidad es pérdidas de vacunación.</p>	<p>¿Cuántas Vacunas existen</p> <p>¿Existe una manera oportuna de conocer la existencia de vacunas?</p> <p>¿Existe plan de capacitación para los encargados de entregar los resultados de la prueba?</p>	<p>Directores de las diferentes unidades operativas de primer nivel.</p> <p>Enfermeras responsables de los vacunatorios</p> <p>Usuarios del servicio de vacunación.</p>	<p>Recolección de datos estadísticos</p> <p>Observación</p> <p>Encuestas</p>	<p>Guía de recolección de datos</p> <p>Guía de observación</p> <p>Cuestionario de encuesta.</p>

CAPITULO III

3. METODOLOGIA.

3.1.TIPO DE ESTUDIO.

La presente investigación se ajusta a un tipo de estudio cuantitativa, descriptivocorrelacional de corte transversal el cual se realiza en el área de salud 2 Quevedo que cuenta con 4 cantones: Quevedo, BuenaFe, Valencia, Mocache, durante los meses de Enero, febrero, Marzo, abril, mayo, junio del 2012, aplicando a Niños menores de tres año que acuden a las unidades de salud urbanas y rurales del área 2, que acuden por el programa de Inmunización.

3.2. UNIVERSO Y MUESTRA.

Población de estudio esta constituido por 24 vacunatorios de las unidades operativas del área de salud 2 Quevedo que pertenecen al programa de inmunizaciones – de los cuales se realizo un sorteo simple con la finalidad de escoger el 25 % de las unidades del área quedando las siguientes:

7 de octubre.

20 de febrero.

San Camilo.

Valencia.

Mocache.

Viva Alfaro.

El universo muestral estuvo conformado por el total de Niños menores tres años, que acuden a las 6 unidades de salud, entre los meses de Enero, Febrero, Marzo, Abril, Mayo, Junio. Del 2012.

Uno de los aspectos álgidos en una investigación por encuesta se relaciona con la determinación del tamaño de la muestra; el tamaño de la muestra tiene un papel determinante sobre la magnitud del error muestral de las estimaciones; consecuentemente, el tamaño mínimo necesario estará en función del error máximo que se considere admisible.

También se necesita que en el cálculo de 'n' se tenga en cuenta aspectos como el nivel de confianza, efecto de diseño, varianza de la variable de estudio, el porcentaje de no respuesta y de cobertura y finalmente como es posible que se encuentren cero unidades de análisis en las viviendas, habrá necesidad de tener en cuenta la proporción de viviendas para encontrar una unidad de análisis efectiva que pueda ser incluida en la muestra.

El presente diseño exigiría utilizar los procedimientos para calcular el tamaño de la muestra para un muestreo estratificado, pero ello implicaría un conocimiento previo de los datos respecto a la variable de estudio de los estratos para poder aplicar las fórmulas, hecho que en la práctica casi siempre no se conoce.

Sin embargo, una estrategia razonable es la de actuar, sin más trámite, como si fuera un (MAS), ya que en la práctica siempre producirán tamaños mayores, de modo que, con esa regla, no hay riesgos de trabajar con tamaños insuficientes.

La unidad de análisis lo constituye tarjetero vacunal, historia clínica, y carnet de vacunación de Niños menores de tres años, y que pertenezcan al área de cobertura.

Donde los criterios de selección a considerarse son:

Criterio de Inclusión

- Niños que tengan ficha en tarjetero índice.
- Niños que tengan historias clínicas.
- Niños con carnet de vacunación.

Criterios de Exclusión.

- Niños que no sean del área de cobertura.
- Niños con esquema incompleto de más de 3 años de edad.

3.3. METODOS Y TECNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACION.

Previa coordinación con la Jefatura de Enfermería del Área de salud 2 Quevedo, para poder hacer la recolección de datos en las unidades operativas.

Se aplicará un Instrumento de recolección de datos para recoger llenado de tarjetero vacunal, historia clínicas de donde se recogerá información para la búsqueda del niño donde se aplicara una encuesta a la madre para medir el grado de conocimiento en cuanto a la historia vacunal de su hijo, se utilizó de 15 a 20 minutos a cada Madre, haciendo un total de 40 encuestas en 30 días en cada unidad de muestra un total de 240 encuestas.

3.4. PROCEDIMIENTO.

Los datos recolectados serán procesados de manera automatizada con el apoyo de sistema de computo que nos

permita consolidar los datos y los resultados son presentados en cuadro simple.

El marco muestral original fue proporcionado através del programa Excel Lassalidas finales de cada procesamiento fueron obtenidas con los programas Excell y pasado a Word.

CAPITULO IV

4. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.

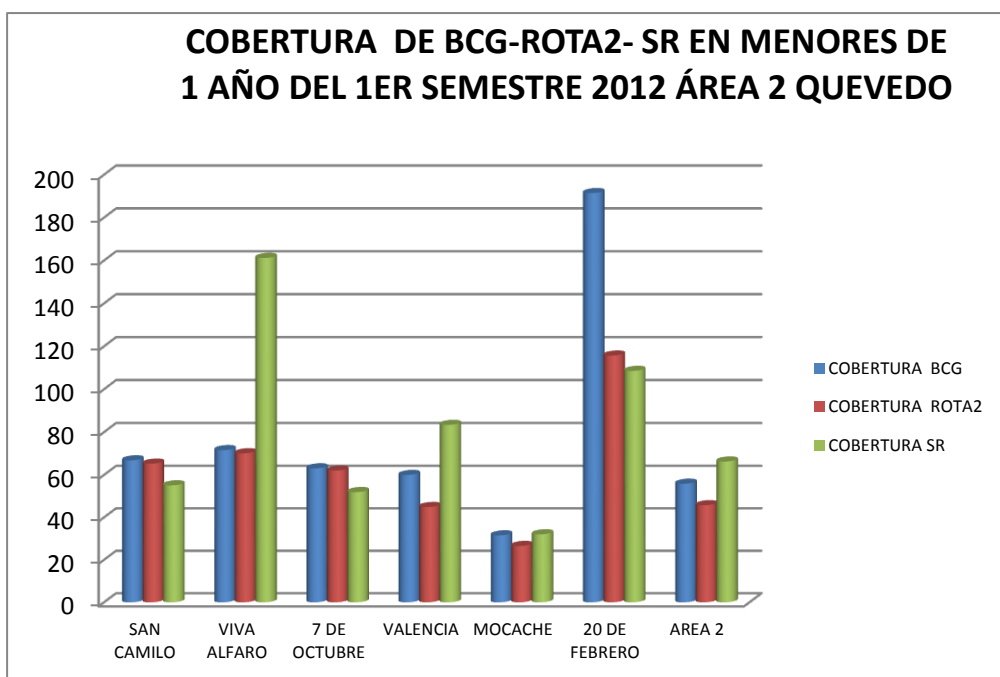
4.1.TABULACION E INTERPRETACION DE DATOS.

COBERTURA DE BCG-ROTA2- SR EN MENORES DE 1 AÑO DEL 1ER SEMESTRE 2012 ÁREA 2 QUEVEDO

UNIDADES OPERATIVAS	BCG	ROTA2	SR
SAN CAMILO	67	65	55
VIVA ALFARO	72	70	161
7 DE OCTUBRE	63	62	52
VALENCIA	60	45	83
MOCACHE	32	27	32
20 DE FEBRERO	191	116	109
AREA 2	56	46	66

FUENTE: Archivo del PAI del Área 2 Quevedo.

ELABORADO POR. María García. Jenny Avilés



ANALISIS.-

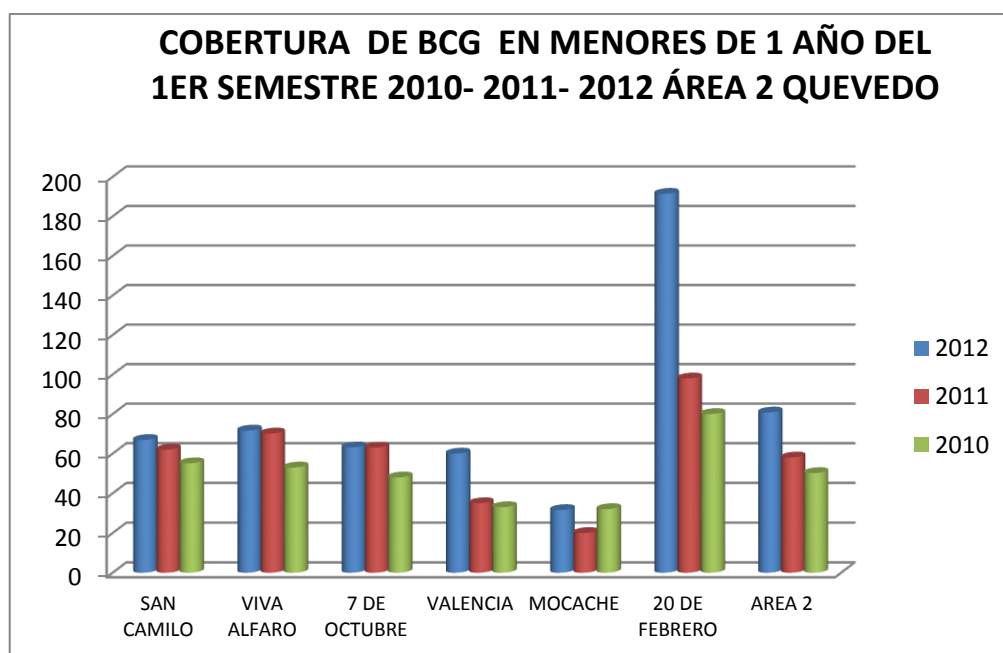
En los datos podemos observar que la unidad de 20 de febrero con su producción a sobrepasado los datos de coberturas esto se podría deber básicamente a que la unidad forma parte de una parroquia donde hay dos unidades de salud y la población aun no se ubica en cuanto a los limites físicos, a esto también se suma que en los primeros meses del año, existe zonas que son consideradas como albergue, este comportamiento se observa con todos los biológicos, mientras que la unidad de Mocache, por ser una unidad rural, de amplia extensión territorial, con poca facilidades de ingresar a las comunidades se encuentra con bajas de cobertura, adicional la población tiene facilidades de comunicación con otras unidades de salud, los cuidadores de los menores aprovechan las salidas de su comunidad para vacunar a sus hijos, y en ocasiones no encuentran disponibles los horarios de atención para este servicio, otro factor es la perdida del carnet de vacunación.

**COBERTURA DE BCG EN MENORES DE 1 AÑO DEL 1ER SEMESTRE
2010- 2011- 2012 ÁREA 2 QUEVEDO**

UNIDADES OPERATIVAS	2012	2011	2010
SAN CAMILO	67	62	55
VIVA ALFARO	72	70	53
7 DE OCTUBRE	63	63	48
VALENCIA	60	35	33
MOCACHE	32	20	32
20 DE FEBRERO	191	98	80
AREA 2	81	58	50

FUENTE: Archivo del PAI del Área 2 Quevedo.

ELABORADO POR. María García. Jenny Avilés



ANALISIS.-

Realizando la comparación de la aplicación de BCG en los primeros semestres de dos años atrás, podemos observar que las coberturas han venido aumentando, a esto también nos referiremos que los dos últimos años hemos tenido campaña de vacunación

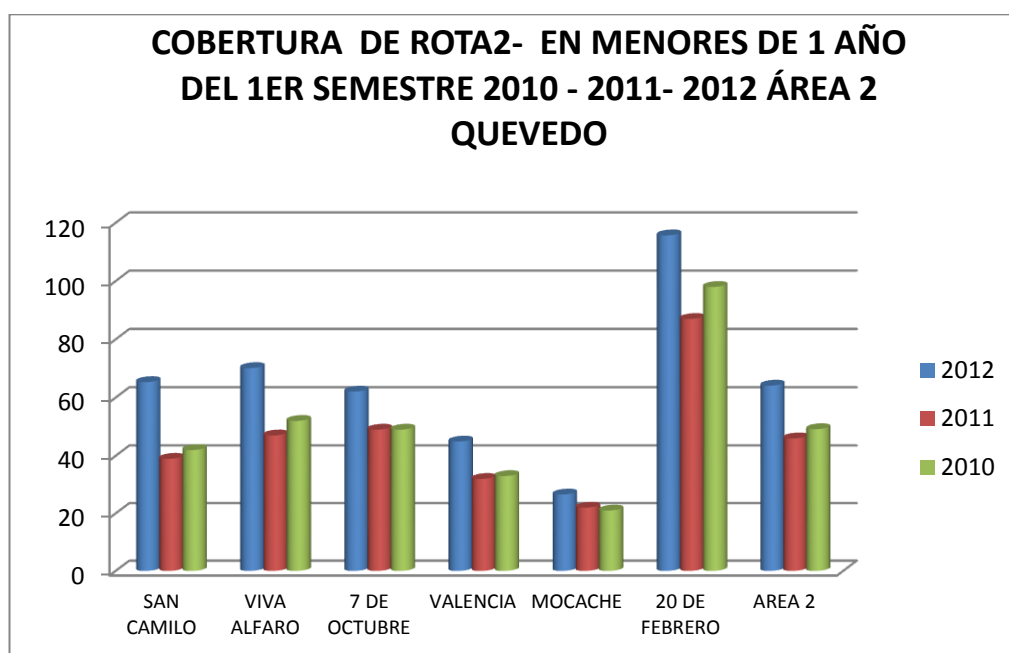
En cuanto al incremento de Tb de acuerdo a los datos epidemiológicos podremos indicar que la unidad de Venus tiene mas incidencia de casos de Tb en población de cobertura.

COBERTURA DE ROTA2- EN MENORES DE 1 AÑO DEL 1ER SEMESTRE 2010 - 2011- 2012 ÁREA 2 QUEVEDO

UNIDADES OPERATIVAS	2012	2011	2010
SAN CAMILO	65	39	42
VIVA ALFARO	70	47	52
7 DE OCTUBRE	62	49	49
VALENCIA	45	32	33
MOCACHE	27	22	21
20 DE FEBRERO	116	87	98
AREA 2	64	46	49

FUENTE: Archivo del PAI del Área 2 Quevedo.

ELABORADO POR. María García. Jenny Avilés



ANALISIS.-

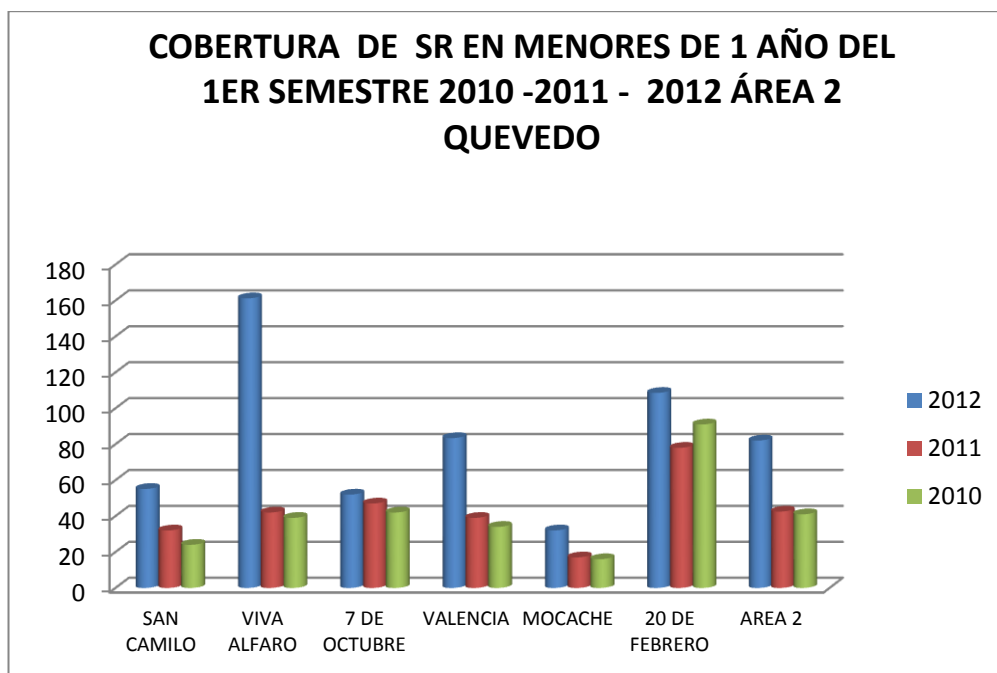
En el área de salud no se encontró evidencia científica de incidencia de rotavirus, el aumento en la producción de aplicación de la vacuna se debe en este año a las continuas campañas con el fin de completar esquemas

**COBERTURA DE SR EN MENORES DE 1 AÑO DEL 1ER SEMESTRE
2010 -2011 - 2012 ÁREA 2 QUEVEDO**

UNIDADES OPERATIVAS	2012	2011	2010
SAN CAMILO	55	32	24
VIVA ALFARO	161	42	39
7 DE OCTUBRE	52	47	42
VALENCIA	83	39	34
MOCACHE	32	17	16
20 DE FEBRERO	109	78	91
AREA 2	82	43	41

FUENTE: Archivo del PAI del Área 2 Quevedo.

ELABORADO POR. María García. Jenny Avilés



ANALISIS.-

En este año a nivel de País se encontró casos sospechosos de Sarampión los cuales fueron confirmados posteriormente, el área de salud no fue la excepción de casos se mantuvieron en los meses de marzo y abril pacientes sospechosos de sarampión, como se puede observar el área mantenía coberturas bajas por tal motivo la

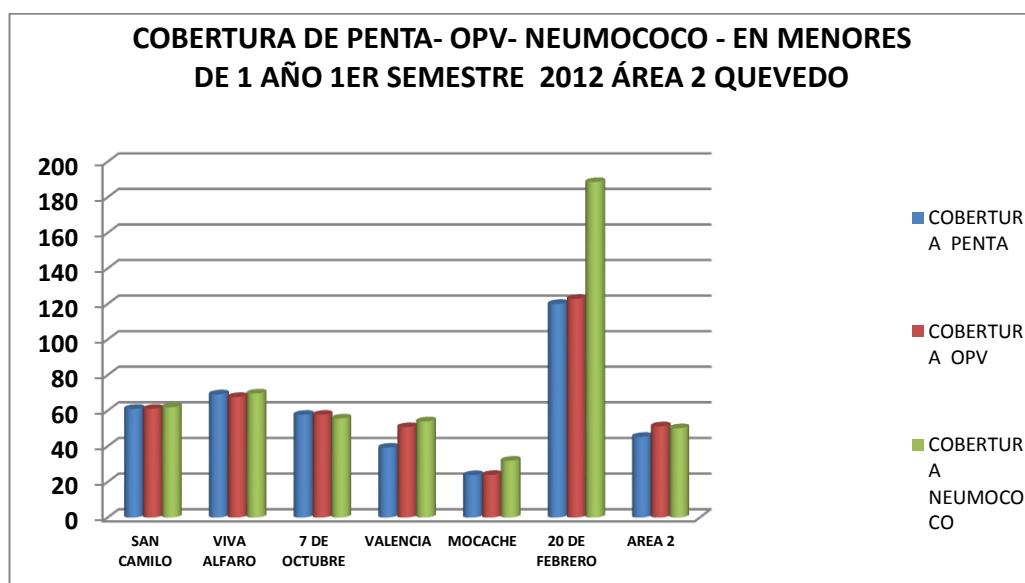
implementación de vacunación casa a casa dio buenos resultados, a tal punto que duplico la cobertura en comparación con otros años.

**COBERTURA DE PENTA- OPV- NEUMOCOCO - EN MENORES DE 1 AÑO
1ER SEMESTRE 2012 ÁREA 2 QUEVEDO**

UNIDADES OPERATIVAS	COBERTURA PENTA	COBERTURA OPV	COBERTURA NEUMOCOCO
SAN CAMILO	61	61	62
VIVA ALFARO	69	68	70
7 DE OCTUBRE	58	58	56
VALENCIA	39	51	54
MOCACHE	24	24	32
20 DE FEBRERO	120	123	189
AREA 2	45	51	50

FUENTE: Archivo del PAI del Área 2 Quevedo.

ELABORADO POR. María García. Jenny Avilés



ANALISIS.-

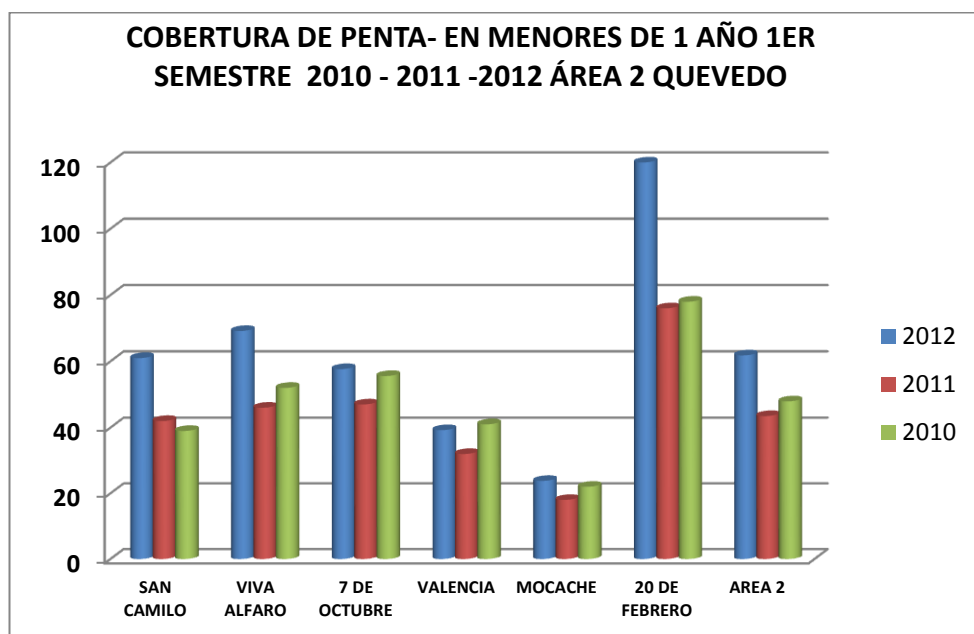
En la grafica se puede observar que las coberturas de vacunación estuvieron siempre altas a excepción de Mocache que no a logrado aumentar sus coberturas.

**COBERTURA DE PENTA- EN MENORES DE 1 AÑO 1ER SEMESTRE
2010 - 2011 - 2012 ÁREA 2 QUEVEDO**

UNIDADES OPERATIVAS	2012	2011	2010
SAN CAMILO	61	42	39
VIVA ALFARO	69	46	52
7 DE OCTUBRE	58	47	56
VALENCIA	39	32	41
MOCACHE	24	18	22
20 DE FEBRERO	120	76	78
AREA 2	62	44	48

FUENTE: Archivo del PAI del Área 2 Quevedo.

ELABORADO POR. María García. Jenny Avilés



ANALISIS.-

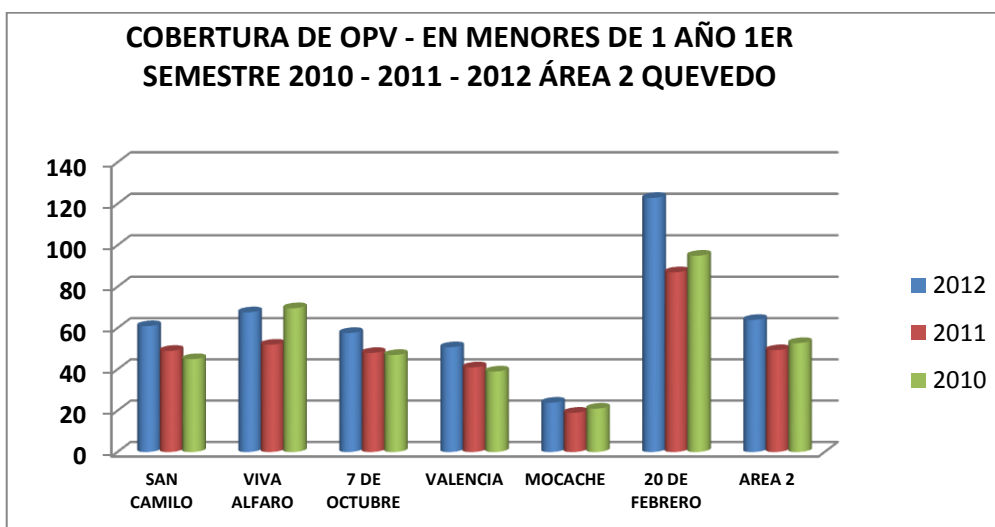
Pese a que los cuidadores no están claro cuales son las enfermedades que se previene con la vacunación de la pentavalente, esta mantiene buenas coberturas porque esta vacuna asumió la frecuencia de la vacuna DPT.

**COBERTURA DE OPV - EN MENORES DE 1 AÑO 1ER SEMESTRE
2010 - 2011 - 2012 ÁREA 2 QUEVEDO**

UNIDADES OPERATIVAS	2012	2011	2010
SAN CAMILO	61	49	45
VIVA ALFARO	68	52	70
7 DE OCTUBRE	58	48	47
VALENCIA	51	41	39
MOCACHE	24	19	21
20 DE FEBRERO	123	87	95
AREA 2	64	49	53

FUENTE: Archivo del PAI del Área 2 Quevedo.

ELABORADO POR: María García, Jenny Avilés



ANALISIS.-

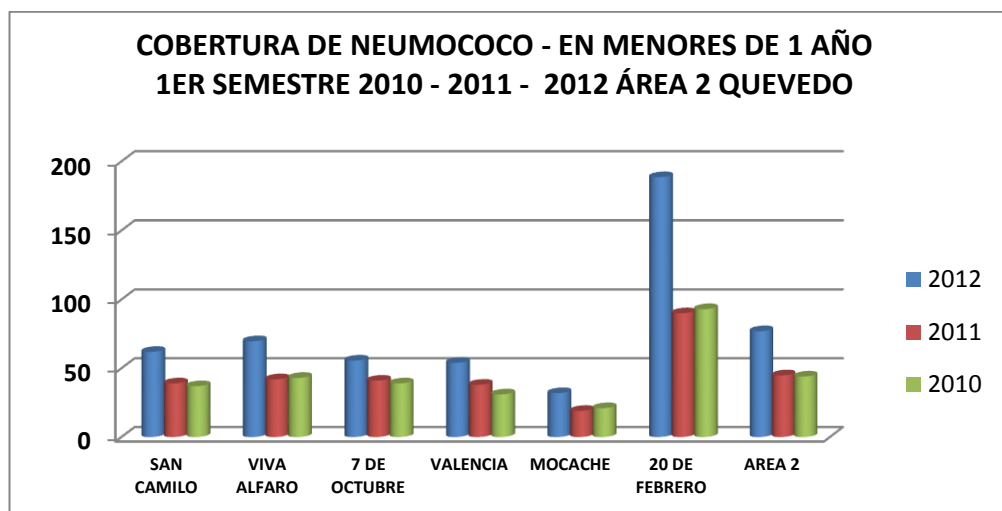
Una de las vacunas mas conocidas por los cuidadores de niños menores de 3 años, sin duda es la antipoliomielitica, es una de las vacunas mas solicitadas, los cuidadores conocen de los beneficios de este biológico

**COBERTURA DE NEUMOCOCO - EN MENORES DE 1 AÑO 1ER
SEMESTRE 2010 - 2011 - 2012 ÁREA 2 QUEVEDO**

COBERTURA DE NEUMOCOCO - EN MENORES DE 1 AÑO 1ER SEMESTRE 2010 - 2011 - 2012 ÁREA 2 QUEVEDO			
UNIDADES OPERATIVAS	2012	2011	2010
SAN CAMILO	62	39	37
VIVA ALFARO	70	42	43
7 DE OCTUBRE	56	41	39
VALENCIA	54	38	31
MOCACHE	32	19	21
20 DE FEBRERO	189	90	93
AREA 2	77	45	44

FUENTE: Archivo del PAI del Área 2 Quevedo.

ELABORADO POR. María García. Jenny Avilés



ANALISIS.-

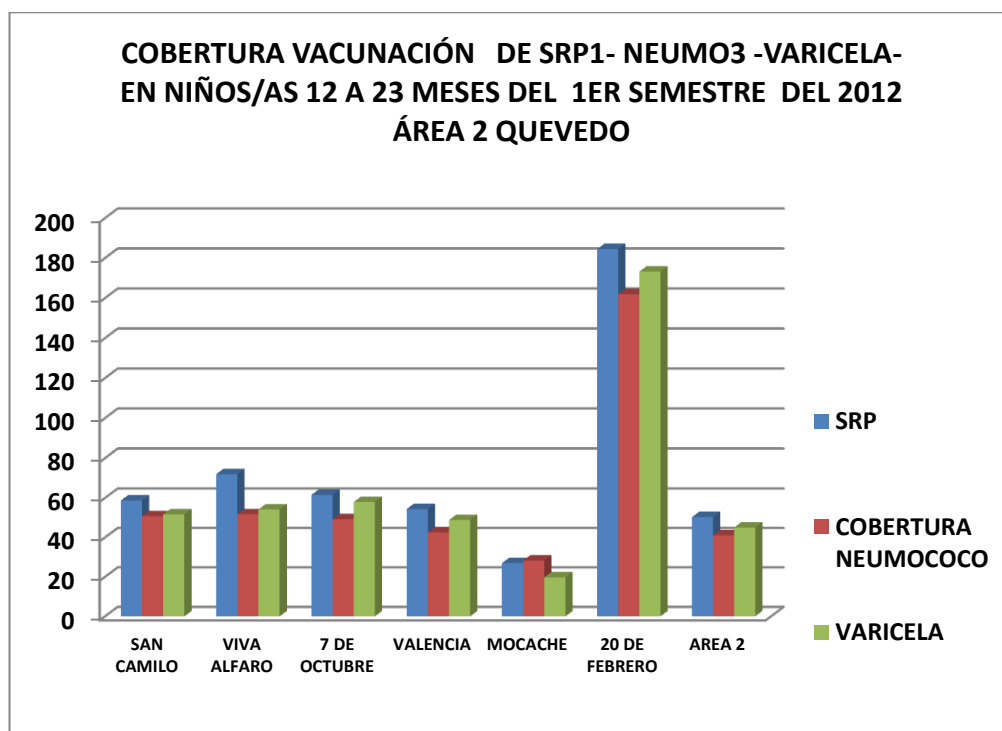
Una de las vacunas menos conocidas por los cuidadores, muchos de ellos piensan que es una vacuna de manera exclusiva para adultos mayores.

COBERTURA VACUNACIÓN DE SRP1- NEUMO3 -VARICELA-EN NIÑOS/AS 12 A 23 MESES DEL 1ER SEMESTRE DEL 2012 ÁREA 2 QUEVEDO

UNIDADES OPERATIVAS	SRP	COBERTURA NEUMOCOCO	VARICELA
SAN CAMILO	59	51	52
VIVA ALFARO	72	52	54
7 DE OCTUBRE	62	49	58
VALENCIA	54	42	49
MOCACHE	27	28	20
20 DE FEBRERO	185	162	173
AREA 2	50	41	45

FUENTE: Archivo del PAI del Área 2 Quevedo.

ELABORADO POR. María García. Jenny Avilés



ANALISIS.-

En coberturas de vacunación de SRP NEUMOCOCO 3 Varicela en niños menores de 24 meses podemos observar que el área como tal llego al entre el 41% y 50 % mientras que unidades de salud como lo son Mocache, apenas llego entre el 20% al 28%, en cuanto la unidad de salud de 20 de febrero llego entre el 162% y 185%.

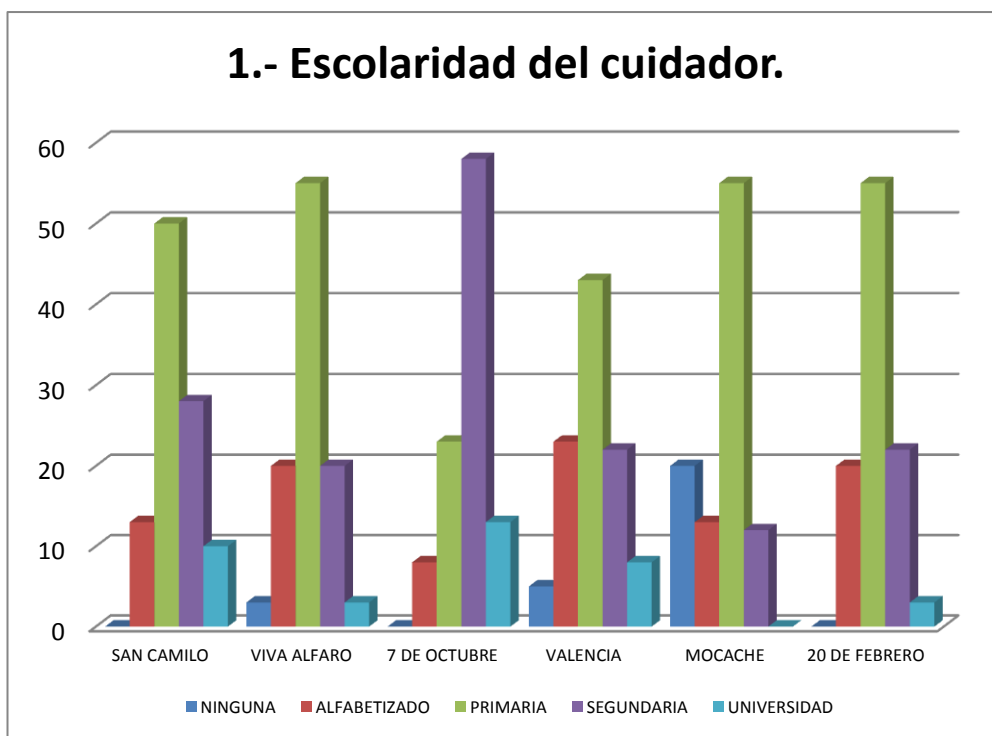
**ENCUESTA APLICADA A CUIDADORES DE NIÑOS VACUNADOS EN UNIDADES DE SALUD
DEL ÁREA 2 QUEVEDO**

1.- ESCOLARIDAD DE LOS CUIDADORES

ESCOLARIDAD	SAN CAMILO		VIVA ALFARO		7 DE OCTUBRE		VALENCIA		MOCACHE		20 DE FEBRERO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NINGUNA	0	0	1	3	0	0	2	5	8	20	0	0	11	5
ALFABETIZADO	5	13	8	20	3	8	9	23	5	13	8	20	38	16
PRIMARIA	20	50	22	55	9	23	17	43	22	55	22	55	112	47
SEGUNDARIA	11	28	8	20	23	58	9	23	5	13	9	23	65	27
UNIVERSIDAD	4	10	1	3	5	13	3	8	0	0	1	3	14	6
TOTAL	40	100	40	100	40	100	40	100	40	100	40	100	240	100

FUENTE: Encuesta realizada en unidades del Área 2 Quevedo.

ELABORADO POR. María García. Jenny Avilés



ANÁLISIS:

Podemos observar que 112 que corresponde al 47% tienen la primaria, mientras que 11 cuidadores ósea el 5%, no tienen ninguna escolaridad, así como que 14 personas que significa el 6% eran universitarias.

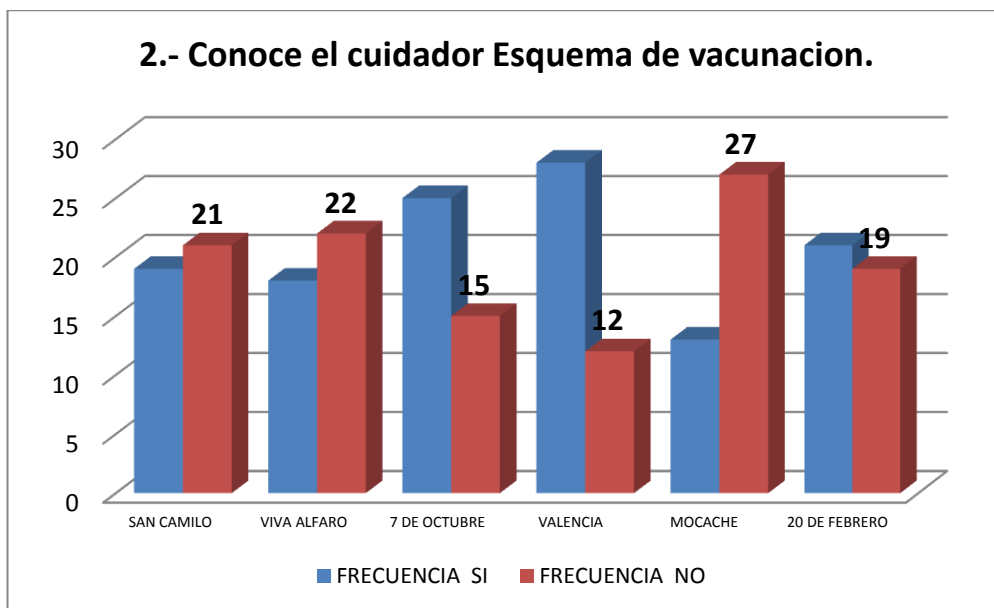
**ENCUESTA APLICADA A CUIDADORES DE NIÑOS
VACUNADOS EN UNIDADES DE SALUD DEL ÁREA 2
QUEVEDO**

CONOCE EL CUIDADOR ESQUEMA

UNIDADES OPERATIVAS	FRECUENCIA		PORCENTAJE		TOTAL
	SI	NO	SI	NO	
SAN CAMILO	19	21	48	53	40
VIVA ALFARO	18	22	45	55	40
7 DE OCTUBRE	25	15	63	38	40
VALENCIA	28	12	70	30	40
MOCACHE	13	27	33	68	40
20 DE FEBRERO	21	19	53	48	40
TOTAL	124	116	52	48	240

FUENTE: Encuesta realizada en unidades del Área 2 Quevedo.

ELABORADO POR. María García. Jenny Avilés



ANALISIS:

En la consulta si conoce el esquema de vacunación podemos observar que en la unidad de Valencia 28 personas que corresponde al 70% **SI** conocen el esquema de Vacunación, así como que en la unidad de Mocache 33 cuidadores ósea el 68%, indicaron q **NO** conocen, en el total de las unidades encuestadas **124 Usuarios SI**, el esquema de vacunación.

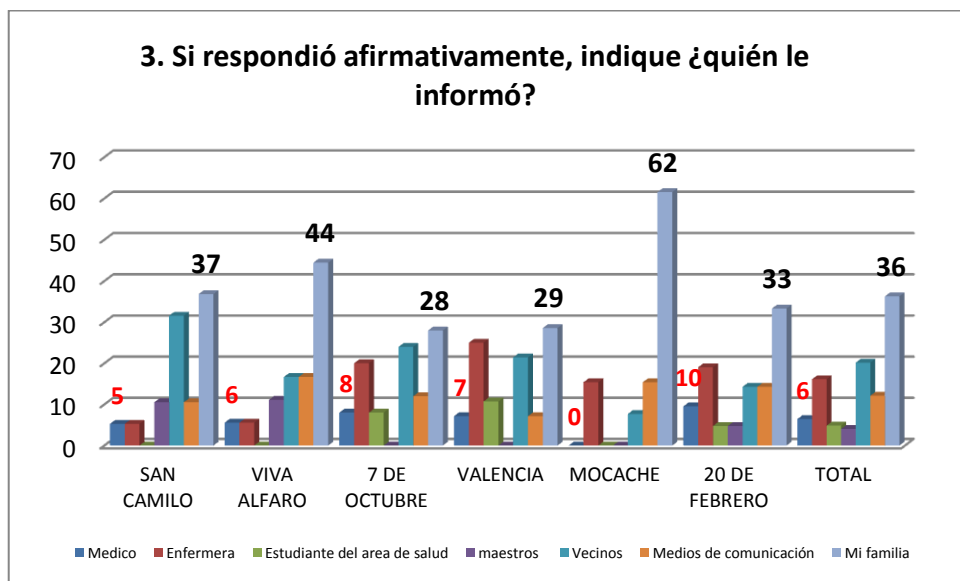
ENCUESTA APLICADA A CUIDADORES DE NIÑOS VACUNADOS EN UNIDADES DE SALUD DEL ÁREA 2 QUEVEDO

3. Si respondió afirmativamente, indique ¿quién le informó?-

Información	SAN CAMILO		VIVA ALFARO		7 DE OCTUBRE		VALENCIA		MOCACHE		20 DE FEBRERO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Medico	1	5	1	6	2	8	2	7	0	0	2	10	8	6
Enfermera	1	5	1	6	5	20	7	25	2	15	4	19	20	16
Estudiante del area de salud	0	0	0	0	2	8	3	11	0	0	1	5	6	5
maestros	2	11	2	11	0	0	0	0	0	0	1	5	5	4
Vecinos	6	32	3	17	6	24	6	21	1	8	3	14	25	20
Medios de comunicación	2	11	3	17	3	12	2	7	2	15	3	14	15	12
Mi familia	7	37	8	44	7	28	8	29	8	62	7	33	45	36
TOTAL	19	15	18	15	25	20	28	23	13	10	21	17	124	100

FUENTE: Encuesta realizada en unidades del Área 2 Quevedo.

ELABORADO POR. María García. Jenny Avilés



ANALISIS.-

En la encuesta aplicada en cuanto a quien proporciona la información tenemos que la familia con 45 puntos que corresponde al 36% es quien da la información sobre la vacunas, es importante indicar que existe información entregada por los maestros o docentes de las unidades educativas, de igual recordemos que la población de Valencia es quien mas recibe información de diversas partes sobre la vacuna.

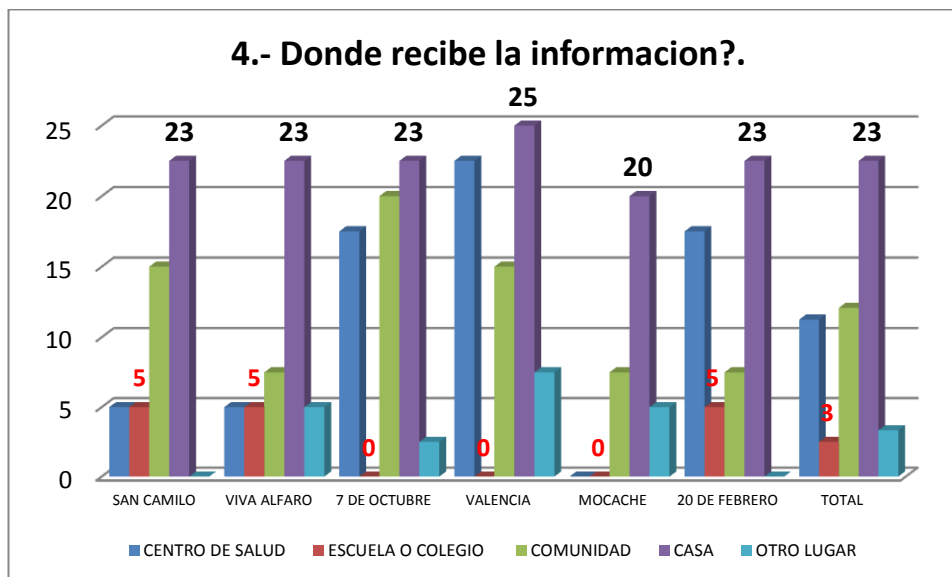
ENCUESTA APLICADA A CUIDADORES DE NIÑOS VACUNADOS EN UNIDADES DE SALUD DEL ÁREA 2 QUEVEDO

4.- Donde recibe la información?.

ESTADO CIVIL	SAN CAMILO		VIVA ALFARO		7 DE OCTUBRE		VALENCIA		MOCACHE		20 DE FEBRERO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CENTRO DE SALUD	2	5	2	5	7	18	9	23	0	0	7	18	27	11
ESCUELA O COLEGIO	2	5	2	5	0	0	0	0	0	0	2	5	6	3
COMUNIDAD	6	15	3	8	8	20	6	15	3	8	3	8	29	12
CASA	9	23	9	23	9	23	10	25	8	20	9	23	54	23
OTRO LUGAR	0	0	2	5	1	3	3	8	2	5	0	0	8	3
TOTAL	19	48	18	45	25	63	28	70	13	33	21	53	124	52

FUENTE: Encuesta realizada en unidades del Área 2 Quevedo.

ELABORADO POR: María García, Jenny Avilés



ANALISIS.-

En este grafico se puede observar que el domicilio es el principal sitio donde las madres se enteran de la vacunación con el 25% aunque esta información no es de calidad pero se conoce que tiene que llevarlas varias veces antes del año,

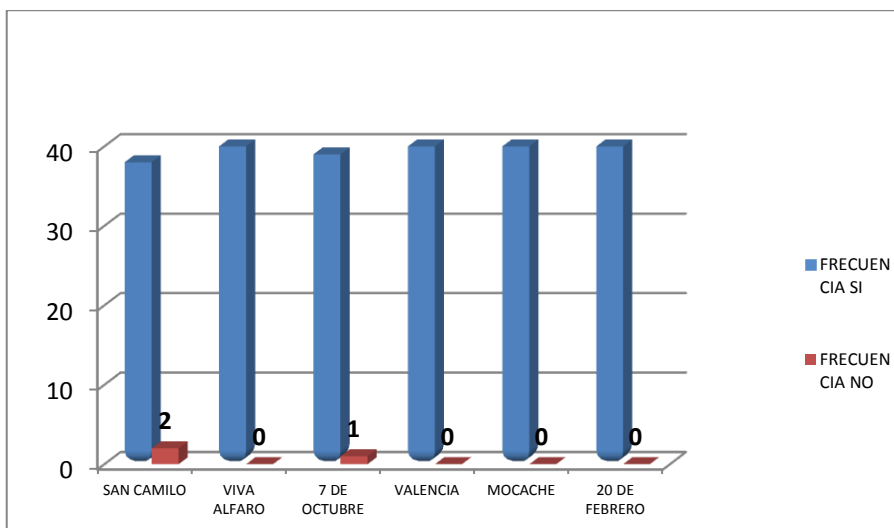
ENCUESTA APLICADA A CUIDADORES DE NIÑOS VACUNADOS EN UNIDADES DE SALUD DEL ÁREA 2 QUEVEDO

5.- LAS VACUNAS SIRVEN PARA PREVENIR ENFERMEDADES.

UNIDADES OPERATIVAS	FRECUENCIA		PORCENTAJE		TOTAL
	SI	NO	SI	NO	
SAN CAMILO	38	2	95	5	40
VIVA ALFARO	40	0	100	0	40
7 DE OCTUBRE	39	1	98	3	40
VALENCIA	40	0	100	0	40
MOCACHE	40	0	100	0	40
20 DE FEBRERO	40	0	100	0	40
TOTAL	237	3	99	1	240

FUENTE: Encuesta realizada en unidades del Área 2 Quevedo.

ELABORADO POR. María García. Jenny Avilés



ANALISIS.-

Fue muy satisfactorio conocer que en un 100% las personas conocen que las vacunas son para prevenir enfermedades pero lo cultural prima sobre el conocimiento de la madres o cuidadores.

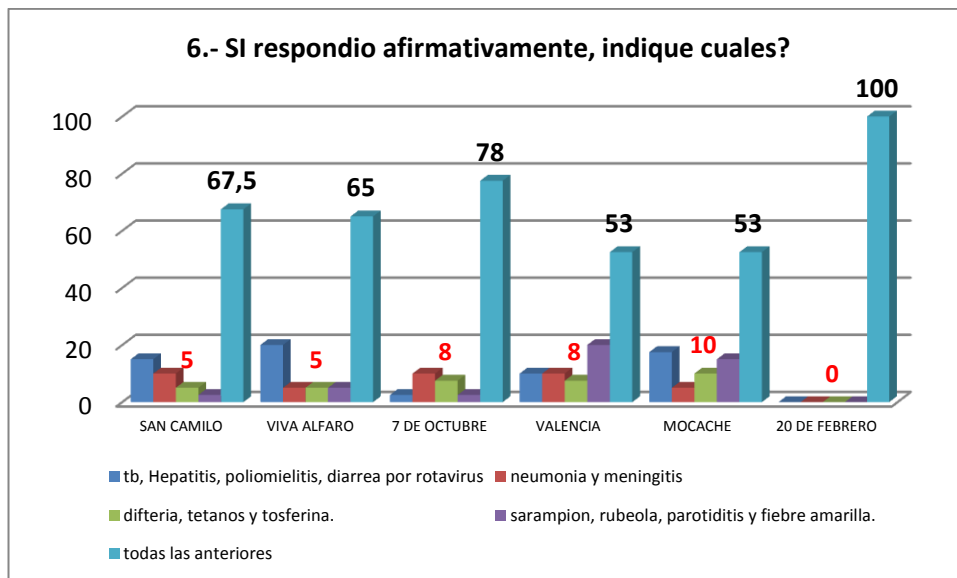
ENCUESTA APLICADA A CUIDADORES DE NIÑOS VACUNADOS EN UNIDADES DE SALUD DEL ÁREA 2 QUEVEDO

6.- Si respondió afirmativamente, indique cuales?

OCUPACION	SAN CAMILO		VIVA ALFARO		7 DE OCTUBRE		VALENCIA		MOCACHE		20 DE FEBRERO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
tb, Hepatitis, poliomielitis, diarrea por rotavirus	6	15	8	20	1	3	4	10	7	18	0	0	26	11
neumonía y meningitis	4	10	2	5	4	10	4	10	2	5	0	0	16	7
Difteria, tétanos y tosferina.	2	5	2	5	3	8	3	8	4	10	0	0	14	6
sarampión, rubeola, parotiditis y fiebre amarilla.	1	3	2	5	1	3	8	20	6	15	0	0	18	8
todas las anteriores	27	68	26	65	31	78	21	53	21	53	40	100	166	69
TOTAL	40	100	40	100	40	100	40	100	40	100	40	100	240	100

FUENTE: Encuesta realizada en unidades del Área 2 Quevedo.

ELABORADO POR. María García. Jenny Avilés



ANALISIS.-

Los encuestados indican todas las enfermedades, todas en general no precisa de manera claras las prioritarias enfermedades.

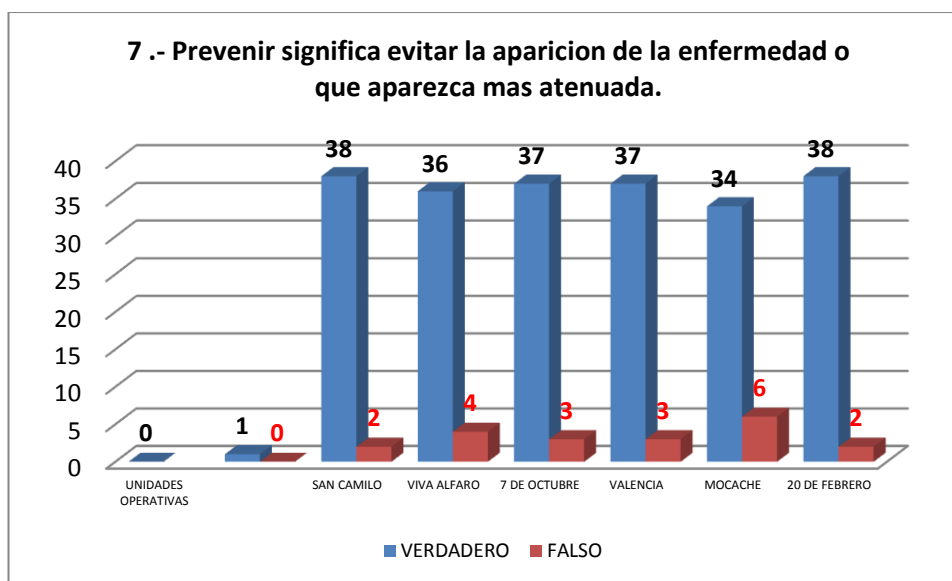
ENCUESTA APLICADA A CUIDADORES DE NIÑOS VACUNADOS EN UNIDADES DE SALUD DEL ÁREA 2 QUEVEDO

7.- Prevenir significa evitar la aparición de la enfermedad o que aparezca mas atenuada

UNIDADES OPERATIVAS	FRECUENCIA		PORCENTAJE		TOTAL
	VERDADERO	FALSO	VERDADERO	FALSO	
SAN CAMILO	38	2	95	5	40
VIVA ALFARO	36	4	90	10	40
7 DE OCTUBRE	37	3	93	8	40
VALENCIA	37	3	93	8	40
MOCACHE	34	6	85	15	40
20 DE FEBRERO	38	2	95	5	40
TOTAL	220	20	92	8	240

FUENTE: Encuesta realizada en unidades del Área 2 Quevedo.

ELABORADO POR: María García, Jenny Avilés



ANALISIS.-

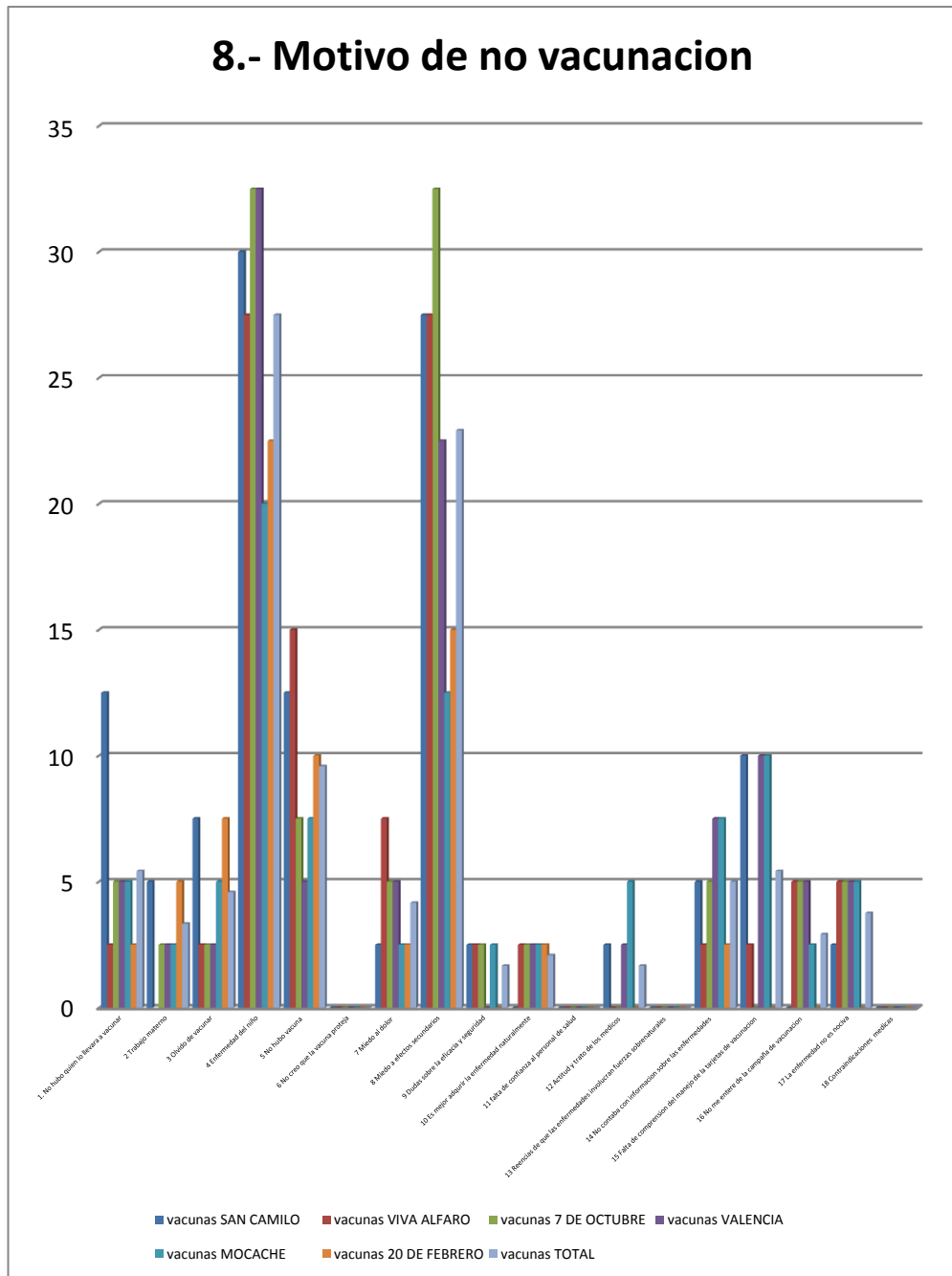
Los encuestados conocen del termino prevenir y conocen el impacto que existe desde la vacunación e indican que son otros factores q les impide vacunar a sus hijos

**ENCUESTA APLICADA A CUIDADORES DE NIÑOS VACUNADOS EN UNIDADES DE SALUD DEL
ÁREA 2 QUEVEDO**

8.-Motivo de no vacunación

vacunas	SAN CAMILO		VIVA ALFARO		7 DE OCTUBRE		VALENCIA		MOCACHE		20 DE FEBRERO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. No hubo quien lo llevara a vacunar	5	13	1	3	2	5	2	5	2	5	1	3	13	5
2 Trabajo materno	2	5	1		1	3	1	3	1	3	2	5	8	3
3 Olvido de vacunar	3	8	1	3	1	3	1	3	2	5	3	8	11	5
4 Enfermedad del niño	12	30	11	28	13	33	13	33	8	20	9	23	66	28
5 No hubo vacuna	5	13	6	15	3	8	2	5	3	8	4	10	23	10
6 No creo que la vacuna proteja	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7 Miedo al dolor	1	3	3	8	2	5	2	5	1	3	1	3	10	4
8 Miedo a efectos secundarios	11	28	11	28	13	33	9	23	5	13	6	15	55	23
9 Dudas sobre la eficacia y seguridad	1	3	1	3	1	3	0	0	1	3	0	0	4	2
10 Es mejor adquirir la enfermedad naturalmente	0	0	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	5	2
11 falta de confianza al personal de salud	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12 Actitud y trato de los médicos	1	3	0	0	0	0	1	3	2	5	0	0	4	2
13 Reencias de que las enfermedades involucran fuerzas sobrenaturales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14 No contaba con información sobre las enfermedades	2	5	1	3	2	5	3	8	3	8	1	3	12	5
15 Falta de comprensión del manejo de la tarjetas de vacunación	4	10	1	3	0	0	4	10	4	10	0	0	13	5
16 No me entere de la campaña de vacunación	0	0	2	5	2	5	2	5	1	3	0	0	7	3
17 La enfermedad no es nociva	1	3	2	5	2	5	2	5	2	5	0	0	9	4
18 Contraindicaciones medicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	48	20	42	18	43	18	43	18	36	15	28	12	240	100

8.- Motivo de no vacunacion



ANALISIS

Los encuestados indican que el principal obstáculo para la vacunación es que el niño tiene que estar completamente sano para vacunarse esto corresponde al 28%, seguido del miedo a los efectos secundarios con el 23%, observando que el resto de motivos decaen considerablemente.

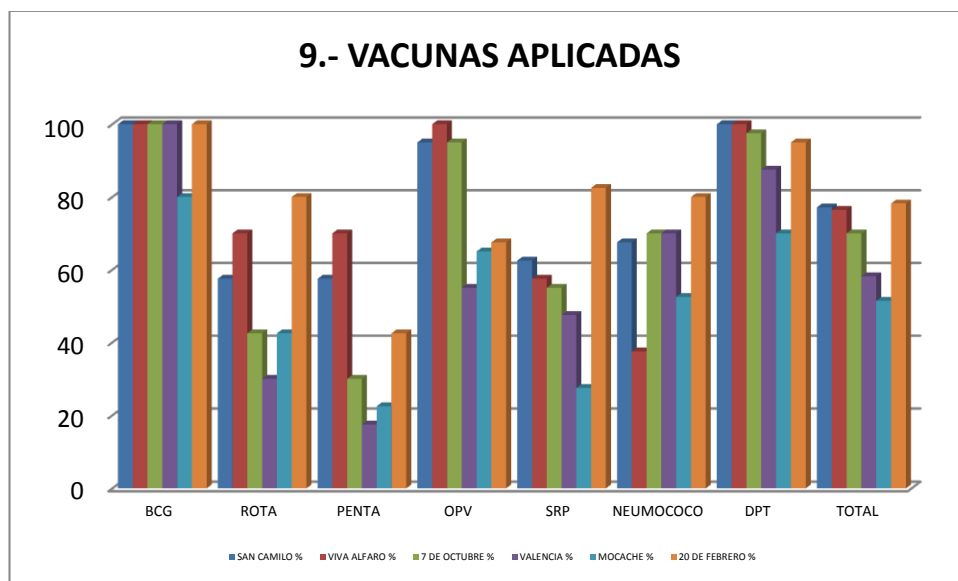
**ENCUESTA APLICADA A CUIDADORES DE NIÑOS VACUNADOS EN UNIDADES DE SALUD DEL
ÁREA 2 QUEVEDO**

9.-VACUNAS APLICA

vacunas	SAN CAMILO		VIVA ALFARO		7 DE OCTUBRE		VALENCIA		MOCACHE		20 DE FEBRERO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BCG	40	100	40	100	40	100	40	100	32	80	40	100	232	97
ROTA	23	58	28	70	17	43	12	30	17	43	32	80	129	54
PENTA	23	58	28	70	12	30	7	18	9	23	17	43	96	40
OPV	38	95	40	100	38	95	22	55	26	65	27	68	191	80
SRP	25	63	23	58	22	55	19	48	11	28	33	83	133	55
NEUMOCOCO	27	68	15	38	28	70	28	70	21	53	32	80	151	63
DPT	40	100	40	100	39	98	35	88	28	70	38	95	220	92
TOTAL	31	77	31	76	28	70	23	58	21	51	31	78	165	69

FUENTE: Encuesta realizada en unidades del Área 2 Quevedo.

ELABORADO POR. María García. Jenny Avilés



ANALISIS.-

Las encuestas fueron aplicadas a niños que tenían ya carnet y registro de vacunación.

4.2. COMPROBACION Y DISCUSION DE HIPOTESIS.

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación, se puede indicar lo siguiente:

Que las estrategias de vacunación pueden ser muchas y al inicio dan resultado lo que se puede ver por el aumento de coberturas, pero estas decaen básicamente por la aceptación o no de la comunidad beneficiaria del programa.

En virtud de que la mayoría de las madres de la comunidad presenta un bajo grado de instrucción, se hace necesario diseñar un programa educativo en inmunizaciones tomando en cuenta esta característica de la misma.

Sobre la base de que la familia constituye la segunda fuente de información sobre el esquema nacional de inmunización en las comunidades, posterior al primer lugar que ocupa el equipo de salud, se propone diseñar el programa educativo dirigido a los padres para la formación de actitudes preventivas tomando en cuenta los motivos de no inmunización planteados por ellos, sensibilizando al equipo de salud para su participación como promotores de salud, incluyendo la participación comunitaria, haciéndolo extensible a otras comunidades y divulgándolo a través de los medios de comunicación.

Tomando en cuenta de que el segundo lugar de información sobre el esquema lo representa la “casa”, posterior al primer lugar que ocupa el “centro de salud”, se debe reforzar la promoción de la salud en materia de inmunizaciones mediante este programa a nivel de la comunidad, promoviendo la participación comunitaria, una vez conocido el sistema de creencias de la misma.

La mayoría de las madres participantes en la investigación, afirmaron que las vacunas sirven para prevenir enfermedades, lo que indica un buen nivel de aceptación y confianza en las vacunas, así como de comprensión de la finalidad que tienen las mismas en la erradicación de enfermedades inmunoprevenibles y comprensión del significado del vocablo “prevenir” al afirmar que este significa evitar la aparición de la enfermedad o que aparezca más atenuada.

4.3. CONCLUSIONES.

Por lo tanto hemos llegado a las siguientes conclusiones:

"Las estrategias sobre las que se pueden actuar con más contundencias para dar una efectiva respuesta en términos de prevención de enfermedades en la comunidad son:

- Favorecer la participación de la comunidad.
- Favorecer y consolidar los puestos de vacunación.
- Coordinar políticas saludables en materia de enfermedades prevenibles por vacunas.

Los resultados también corroboraron que la mayoría de las madres tiene un conocimiento parcial acerca de las enfermedades inmunoprevenibles por vacunas, lo cual podría estar relacionado con el grado de motivación que tienen ellas para cumplir con las vacunas de sus hijos y con el grado de instrucción.

Cabe destacar que, la mayoría de las madres desconoce que la vacuna BCG previene la tuberculosis, consideran que es para el tétano o mal de los 7 días, siendo una de las vacunas del recién nacido con el que se inicia el esquema de inmunización, lo que llama una vez más la atención. Así mismo

ocurre con la triple, trivalente viral, anti-H. influenzae, pentavalente y rotavirus.

Más aún, la mayoría de las progenitoras no tiene conocimiento sobre la composición de la vacuna pentavalente, lo que traduce que desconocen cuáles enfermedades previene esta vacuna y la ventaja que tiene de evitar 5 enfermedades en una sola vacuna.

Y por lo expresado por las madres en cuanto al conocimiento de otras vacunas que no están incluidas en el esquema, la mayoría no las conoce, lo que indica una falta de promoción de estas vacunas, como tenemos la vacuna del neumococo, siendo este agente infeccioso uno de los responsables de causar morbi-mortalidad en la población susceptible.

Cabe considerar que ninguna de las madres encuestadas se niega a colocarle alguna vacuna a su hijo, confirmando una vez más la aceptación y confianza en las vacunas.

Finalmente, en cuanto a los motivos de no inmunización, tenemos los siguientes:

La mayoría de las progenitoras refiere que “no hubo vacuna” en los centros de salud, siendo uno de los principales motivos de no inmunización.

El segundo motivo de no inmunización fue la “enfermedad del niño” refiriéndose a la gripe. De esta manera se demuestra como influye el sistema de creencias de la familia en la participación de la población en la prevención de enfermedades prevenibles por vacunas.

El tercer motivo más frecuente fue el “olvido de vacunar”, lo que supone la presencia de un bajo estímulo de estas madres para vacunar a su hijo o quizás una falta de percepción de la necesidad de vacunar debido a falta de conocimientos o bajo nivel de educación.

En general, la falta de organización de la inmunización, la falta de información, los factores familiares, culturales y socioeconómicos se reflejan en los resultados de la investigación, motivos por los cuales se realiza la propuesta del programa educativo de inmunizaciones para la formación de actitudes preventivas en los padres para su posterior aplicación en la comunidad para mejorar la participación comunitaria.

CAPITULO V

5. PROPUESTA ALTERNATIVA.

5.1. PRESENTACION.

TEMA.- Formación de actitudes preventivas en los padres ante motivos de no inmunización.

Los programas de inmunización requieren del dominio de elementostécnicos y organizacionales para ser accesibles a las poblaciones, pero se menosprecia la participación de la población y las causas que la motivan. En vista del éxito que los programas de inmunización han tenido en alcanzar sus metas de cobertura, el interés por explicar la participación de las poblaciones en los programas de inmunización y los aspectos sociales y culturales que la motivan es escaso.

En general los programas han desarrollado una gran capacidad para inducir la aceptación de las vacunas por parte de la población. Sin embargo, históricamente se conocen distintos casos en los que las poblaciones han rechazado la oferta de vacunas o condicionado su participación en los programas.

En esta investigación se ha preguntado sobre cuáles son los elementos sociales y culturales que subyacen a la aceptación de las vacunas por parte de la población a fin de entender hasta donde esta aceptación tiene un carácter permanente. Existen una gran cantidad de respuestas que dependen por un lado de los elementos culturales y sociales que caracterizan a las poblaciones, y por otro a la forma en la que nosotros los investigadores han abordado el tema.

Este programa va dirigido al equipo de salud de atención primaria que está conformado por médicos enfermeras, auxiliares de enfermería y trabajadores sociales, así como para los auxiliares en Salud Comunitaria capacitados como representantes de la salud de su propia comunidad y a su vez ejemplo de participación comunitaria, entendiéndose la necesidad de conformar un equipo multidisciplinario, con el propósito de implementarlo y ejecutarlo dentro de la comunidad en beneficio de la formación de actitudes preventivas en los padres frente al incumplimiento y retraso de la aplicación del esquema nacional de inmunización, y para aclarar las falsas creencias en torno a las vacunas, además de brindar las herramientas básicas de conocimientos en el tema.

El programa educativo propuesto se justifica, ya que se observa que los niveles de inmunización no son óptimos: las coberturas suelen no alcanzar el 90%, necesaria para disminuir la población susceptible y prevenir la aparición de enfermedades inmunoprevenibles. Entre los factores que contribuyen a disminuir las coberturas un lugar importante ocupan las oportunidades perdidas en vacunación, influido por el sistema de creencias de la familia, que a su vez repercute en la participación de la población en la prevención de enfermedades, específicamente las inmunoprevenibles.

De allí nace esta propuesta para mejorar las coberturas en inmunización, y por esta vía, contribuir a disminuir la morbimortalidad infantil mediante la promoción continua de la participación comunitaria en este programa en conjunto con nuestro equipo multidisciplinario de salud conformado por médicos de familia y médicos pediatras, personal de enfermería, trabajadores sociales.

5.2. OBJETIVOS.

5.2.1. OBJETIVO GENERAL

Educar de manera continua a los padres de familia dentro de su comunidad con el apoyo de un equipo multidisciplinario que promueva la participación comunitaria activa para la formación de actitudes preventivas ante el incumplimiento y retraso de la aplicación de vacunas de sus hijos, conociendo el sistema de creencias de la familia y aplicando correctivos, para disminuir la morbimortalidad infantil, y de esta manera aumentar las coberturas de inmunización.

5.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Ayudar a los padres del área de cobertura del área de salud 2 Quevedo, a adquirir actitudes preventivas ante el incumplimiento y retraso de vacunas.

- Contribuir con el mejoramiento de la salud para una mejor calidad de vida, fomentando el Buen Vivir.

- Involucrar a todos los miembros de la familia en prevención en salud pública.

- Contribuir a la multiplicación de la información en materia de prevención en salud en todas las comunidades.

5.3. CONTENIDOS.

Sensibilizar mediante reuniones periódicas a la comunidad, líderes comunitarios, auxiliares en salud comunitaria, trabajadores sociales, así como al personal de enfermería.

- Evaluar el plan de acción de manera continua mediante un postest dirigido a los padres tomando en cuenta los comentarios y sugerencias y elaborar un informe escrito por parte del médico de la unidad de salud quien ejecute dicho plan de acción.

5.4. DESCRIPCION DE LOS ASPECTOS OPERATIVOS DE LA PROPUESTA.

OBJETIVO GENERAL DE LA ACTIVIDAD.- Valorar la importancia de la formación de actitudes preventivas en los padres ante motivos de no inmunización en su comunidad.			
OBJETIVO ESPECIFICO	CONTENIDO	RECURSOS	ACTIVIDADES
1. Describir el esquema nacional de inmunización	Esquema Nacional de vacunación.	Laminas Acetato	Motivación
2. Mencionar las enfermedades prevenibles por vacunas y sus complicaciones.	Enfermedades prevenibles por vacunas y sus complicaciones	Retroproyector Lápiz y Papel	Charla Informativa Realización de grupos para la identificación de problemas
3. Definir oportunidades perdidas en inmunización, momentos en los cuales se presentan y causas que la producen.	Definición de oportunidad perdida en Inmunización.	Material mimeografiado para la lectura y discusión	Evaluación de los padres, opinión y sugerencias
4. Conocer las contra Indicaciones erróneas de las vacunas influido por el sistema de creencias de la familia.	Situaciones en las que se producen las Oportunidades perdidas en inmunización.	Trípticos Rotafolios.	Recomendaciones finales
5. Informar sobre los beneficios y probables efectos Adversos de las vacunas.	Oportunidades perdidas en inmunización.		
6. Explicar los motivos de no Inmunización	Mencionar las causas que producen		

5.5. RECURSOS

Detalle	Cantidad	Valor. Unit USD	Total
Recursos Humanos			
Asesoría profesional	2 x 4 veces	100.00	450.00
Recursos Materiales			
Resmas de papel bond de 75 gr. Formato A4	2	5.00	10.00
Cartucho de impresora color negra y color	3	28.00	84.00
Copias	1000	0.03	30.00
C.D.	3	1.00	3.00
Memory Flash 2Gb.	2	12.00	24.00
Empastado	7	12.00	84.00
Anillados	8	1.20	9.60
Servicio de Internet			50.00
Cuadernos, reglas, bolígrafos, lápices, borradores,			5.00
cámara digital (Alquiler)	10 horas	5.00	50.00
infocus (Alquiler)	10 horas	5.00	50.00
Servicios Básicos			
Luz y agua x 6 meses	5 meses	10.00	50.00
Transporte urbano	300 pasajes	0.20	60.00
Alimentación 5 meses x 2 almuerzo x 2 personas	300 comidas	2.00	600.00
Teléfono (cell- fijo) x 2 personas	4 meses	10.00	40.00
Subtotal			1605,60
Imprevistos 3 %			48,17
Total			1653,77

5.6. CRONOGRAMA DE EJEUCION DE LA PROPUESTA.

ACTIVIDAD	TIEMPO. 2012					
	JULIO	AGOSTO	SEPTI	OCTUB	NOVIEM	DICIEMB
Análisis, revisión y aprobación de la propuesta	x					
Elaboración y preparación del material didáctico	x					
Elaboración de planes de cuidado de capacitación de acuerdo a los componentes de la propuesta	x					
Selección de temas	x					
Establecer Horarios lugares y responsabilidades	x					
Ejecución		X	X	x	x	x

6. BIBLIOGRAFIA.

1. ADJAYE, N. Measles immunization: some factors affecting non acceptance of vaccine. *Public Health (London)*, **95**:185-8, 1981.
2. AGUIRRE BELTRÁN, G. *Programas de salud en la situación intercultural*. México. Instituto Indigenista Interamericano, 1985.
3. AGUILAR, D. Nivel de conocimiento sobre inmunización y características maternas que determinan su cumplimiento. La Libertad. UNT. Trujillo. Perú. 2003.
4. ALVAREZ, H. Presencia de la madre en un servicio de pediatría. Labor psicológica en el hospital Miguel Pérez Carreño” Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría, Venezuela. Vol. XL. No. 2. 2000.
5. BASTIEN, J. *Percepciones culturales del tétanos neonatal y sugerencias para la programación*. Bolivia Reach, 1988.
6. BASU, N. India's immunization programme. *World Health Forum*, 1985.
7. BATE, T. W.; DAVIES, A. G.; KEANE, S. M.; PEARCE, K. M. Failure to vaccinate. *Lancet*, **1**:342, 1984.
8. BELCHER, D. W.; NICHOLAS, D. D.; OFOSU-AMAAH, S.; WURAPA, F. K. A mass immunization campaign in rural Ghana. Factors affecting participation. *Public Health Rep.*, **93**:170-6, 1978.
9. BHARGAVA, S. Evaluation of methods for mass immunizations in children. *Indian Pediatr.*, **9**:378-83, 1972.
10. BROWN, J.; DIOGDOM, P.; MURPHY, K.; KESSENG, G.; HEYMANN, D. Identifying the reasons for low immunization coverage a case study of Yaounde (United Republic of Cameroon). *Rev. Epidém. Santé Publ.*, **30**:35-47, 1982.

11. BUCHNER, D. M.; CARTER, W. B.; INVI, T. S. The relationship of attitude changes to adherence with influenza immunization: a prospective study. *MedCare*, **3**:771-9, 1985.
12. CERVANTES. M. Factores asociados al incumplimiento del esquema de vacunación en Niños de la Sierra de la Libertad. UNT. Trujillo Perú. 2006.
13. CABALLERO, D. Los mensajes de vacunación que favorecen la vacunación y altas coberturas en el Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Rev. Herediana. 2002. Consejo Nacional de vacunación, Programa de vacunación universal. Lineamientos generales, 1992. CONOVA. México, 1992.
14. Chávez A, Rojas C, Cohen L, Chadid J. Infecciones invasoras por *Haemophilus influenzae* b. Rev Chile Infectol 1996;13(1):27-33.
15. CADWELL .J. La Educación Materna en la Mortalidad Infantil. 86,91 . 2005.
16. COMINSKI. MORENO, SUAREZ OJEDA. Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño, OPS, OMS 1999.
17. D'ONOFRIO, C. *Reaching our hard-to-reach: the unvaccinated*. 1965. [Mimeografiado].
18. Dr. Edwin, VILLACORTA VIGO. Los buenos Padres Cuidan a sus Hijos, Una excelente manera de cuidarlos es Vacunándolos. 2004.
19. EXPANDED PROGRAMME ON IMMUNIZATION: programme acceleration. *Weekly. Epid. R.*, **61** (48): 372-3, 1986.
20. FRANKE. E. (2005). Categorización de ingreso económico familiar en zona Rural.
21. FRIEDE, A.; WATERNAUX, C.; GUYER, B. An epidemiological assessment of immunization participation in the Philippines. *Int. J. Epidemiol.*, **14**:135-
22. GALINDO SARDIÑAS, M “ Impacto del programa Nacional de Inmunización sobre las enfermedades prevenibles por vacuna desde 1959- 1987 “ Cuba, 1990.

23. WASHINGTON ,DC, EEUU. Vacunación Segura- Abril 2003.
24. GONZALES, A. Educación a primíparas sobre cuidados del recién nacido. TesisdeUniversidadCayetano Heredia. Lima. pp. 5-6. 2004.
25. GUEST, M. & HORN, J. Why some parents refuse pertussis immunization. *Practitioner*, **220**:210, 1986.
26. HEGGENHOUGEN, H. K. & CLEMENTS, J. *Acceptability of childhood immunization*. London, LSHTM, 1987. (EPC.Publication no 14).
27. HELMAN, C. *Culture, health and illness*. London, Butterworth - Heinemann, 1994.
28. HULL, A. & NICOLL, A. Immunization misinformation. *Lancet*, **2**:1215-6, 1984.
29. JUEZ G. DIAZ S, PERALTA, CASADO M.I. SALVATIERRA A.M., DURAN E .Lactancia materna, Crecimiento y Desarrollo , Inmunología (2 000).
30. JOREGE MORANO, El control de Crecimiento y Desarrollo , relación con lasvacunas, en el Hospital Galetta- Argentina, 2,000.
31. Dra. MARIA V. GUZMAN. Centro de Investigación- Producción de Vacunas,sueros. 2005.
32. MARCUSE, E. Immunization: an embarrassing failure. *Pediatrics*, **56**:493-4, 1975.
33. MATHER, R. J. & JOHN, T. J. Popular beliefs about smallpox and other commoninfectious diseases in south India. *Trop. Geogr. Med.*, **25**:190-6, 1973.
34. MARIO BUNGE. Conocimiento Científico, 1985.
35. MERRILL, M. H.; HOLLISTER, A. C.; GIBBENS, S. F.; HAYNES, A. W. II. Attitudes of californians towards poliomyelitis vaccination. *Am. J. Public Health*, **48**:146-52, 1958.
36. MODELO DE LEAVELL Y CLARK. 1965. Prevenciónprimaria, Medicine for theDoctor in his community.

37. MORGAN, R. Attitudes towards smallpox and measles in Nigeria. *Int. J. Health Educ.*, **12**:77-85, 1969.
38. NICTER, M. Vaccination in South Asia: false expectations and commanding metaphors. In: Coreil, J. & Mull, D. ed. *Anthropology and primary health care*. Boulder Westview Press, 1990.
39. ODEBIYI, A. I. & EKONG, S. C. Mothers' concept of measles and attitudes towards the measles vaccine in Ile-Ife, Nigeria. *J. Epidemiol. Community Health*, **36**:209-13, 1982.
40. PAAG- PSBPT. "Estrategias para el trabajo comunitario en salud Integral". Lima- Perú. 2000.
41. PIREX, Enciclopedia de la Madre y del Niño .2001.
42. PENDER, N. *Health Promotion In Nursing Practice*. Stamford: Connecticut. Appleton and Lange, 1990.
43. PIWOZ, LOPEZ DE ROMAN (2005), Estudio de Crecimiento y Desarrollo de Niño menor de un año.
- 44 Lic. ROSA MARIA CARDOSO. Enfermedades Inmunoprevenibles y promoción de Salud. 2000.
45. R.M.Nº. 721- 2005 , que aprueban los planes generales de las Estrategias Sanitarias Nacionales.
46. R.M. Nº. 307- 2005- MINSA- Directiva Nº. 033- DGSP-V-03. "Evaluación del programa ampliado de inmunizaciones" , 2000.
47. REEDER, S. Enfermería materno Infantil Editorial Haria. S.A. México. 1998.
48. RODRÍGUEZ, F. R. " Factores influyentes en la no Vacunación durante las jornadas nacionales de Vacunación." Colombia. 1994.
49. Santos JI, Y Arranca. Primera semana nacional de salud 1999. *Epidemiología*. 1999, 16: 1- 2.
50. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, semana 27. 1999. 4,6.
51. TORRES, C. Metodología de la Investigación Científica. Libros y Publicaciones. Lima, Peru. 2002.

52. TERRIS(1992) Las perspectivas en prevención y promoción de la salud publicadoporHealthPolicy. Edición 1997.
53. WILLIAMS, A. La educación sanitaria como parte integrante en la atención total deenfermería. Bol. Of. Sanit. Panam. 52(11). Pp. 53-60. 2001.
54. ZELAYA, J.; MATA, J.; MILLS, E. Bridging the communication gap. *Assign.Child.*, **69/98**.
55. OMS. Alianza Mundial para Vacunas e inmunización Informe de la Secretaría.OMS: Ginebra, 2000. [EB105/43, 25 de enero de 2000].
56. UNICEF. “ La deserción en la Inmunización : Una señal de peligro”. 1 998.
57. WESYEY (1997) : Teorías y modelos de Enfermería. McGraw-Hill- Mexico.

7. ANEXOS.

ENCUESTA A USUARIOS

El presente cuestionario tiene como finalidad obtener información sobre aspectos relacionados con la inmunización, mediante su colaboración como madre de familia que tiene como requisitos niños menores de 3 años de edad, Se realizará dicha investigación para aplicar correctivos en atención primaria en salud en pro de su comunidad.

Marque con "X" una (1) respuesta que Usted considere conveniente.

Por tanto, solicito de Usted, la mayor colaboración que pueda brindar, respondiendo en forma sincera el presente cuestionario. A la vez, se le garantiza que el mismo, es totalmente confidencial.

1. Grado de instrucción de la madre:

2. ¿Conoce usted el esquema nacional de inmunización?

SI ___ NO ___

3. Si respondió afirmativamente, indique ¿quién le informó?

___ Médico

___ Enfermera

___ Estudiantes del área de la salud

___ Maestros y profesores

___ Vecinos

___ Medios de comunicación (prensa, radio, TV, Internet)

___ Mi familia

4. ¿Dónde recibió la información?

- Centros de salud
- Escuela o colegio
- Comunidad
- Casa
- Otro lugar

5. Las vacunas sirven para prevenir enfermedades.

SI NO

6. Si respondió afirmativamente, indique cuáles:

- Tuberculosis, hepatitis b, poliomielitis y diarrea por rotavirus
- Neumonía y meningitis
- Difteria, tétanos y tos ferina
- Sarampión, rubéola, parotiditis y fiebre amarilla
- Todas las anteriores

7. Prevenir significa evitar la aparición de la enfermedad o que aparezca más atenuada. (verdadero o falso)

Verdadero Falso

8. Motivo de no vacunación (marque una respuesta):

- No hubo quien llevara al niño a vacunar
- Trabajo materno
- Olvido de vacunar u olvido de la cita
- Enfermedad del niño
- No hubo vacuna
- No creo que la vacuna proteja
- Miedo al dolor
- Miedo a efectos secundarios
- Dudas sobre la eficacia y seguridad de la vacuna
- Es mejor adquirir la enfermedad naturalmente
- Falta de confianza al personal de salud
- Actitud o trato de los médicos y enfermeras hacia la comunidad
- Creencias de que las enfermedades involucran fuerzas sobrenaturales

No contaba con información sobre las vacunas y las enfermedades

Falta de comprensión del manejo de la tarjeta de vacunación

No me enteré de la campaña de vacunación

La enfermedad no es nociva

Contraindicaciones médicas

POR SU COOPERACIÓN, ¡MUCHAS GRACIAS!