



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERIA

TRABAJO ESTRUCTURADO DE MANERA INDEPENDIENTE

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE;

“COBERTURA DE VACUNACIÓN DE LOS NIÑOS DE 0 A 18 MESES EN EL SUB-CENTRO DE SALUD DE QUISAPINCHA EN LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA Y EL NIVEL DE INFORMACIÓN DE LA POBLACIÓN SOBRE EL ESQUEMA IDEAL DE INMUNIZACIÓN EN EL PERIODO JULIO A DICIEMBRE DEL 2012”

Requisito previo para optar por el título de Licenciada en Enfermería

Autora: Tisalema Supe, Erika Tatiana

Tutora: Dra. Rojas Cisternas, Patricia

Ambato – Ecuador

Junio 2013

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“COBERTURA DE VACUNACIÓN DE LOS NIÑOS DE 0 A 18 MESES EN EL SUB-CENTRO DE SALUD DE QUISAPINCHA EN LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA Y EL NIVEL DE INFORMACIÓN DE LA POBLACIÓN SOBRE EL ESQUEMA IDEAL DE INMUNIZACIÓN EN EL PERIODO JULIO A DICIEMBRE DEL 2012 ” , de Erika Tatiana Tisalema Supe estudiante de la Carrera de Enfermería, considero reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Mayo del 2013

LA TUTORA

.....
Dra. Patricia Adelaida Rojas Cisternas

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación **“COBERTURA DE VACUNACIÓN DE LOS NIÑOS DE 0 A 18 MESES EN EL SUB-CENTRO DE SALUD DE QUISAPINCHA EN LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA Y EL NIVEL DE INFORMACIÓN DE LA POBLACIÓN SOBRE EL ESQUEMA IDEAL DE INMUNIZACIÓN EN EL PERIODO JULIO A DICIEMBRE DEL 2012”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Mayo del 2013

LA AUTORA

.....
Erika Tatiana Tisalema Supe

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales, de mi tesis confines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice presentando mis derechos de autora

Ambato, Mayo del 2013

LA AUTORA

.....

Erika Tatiana Tisalema Supe

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema “**COBERTURA DE VACUNACIÓN DE LOS NIÑOS DE 0 A 18 MESES EN EL SUB-CENTRO DE SALUD DE QUISAPINCHA EN LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA Y EL NIVEL DE INFORMACIÓN DE LA POBLACIÓN SOBRE EL ESQUEMA IDEAL DE INMUNIZACIÓN EN EL PERIODO JULIO A DICIEMBRE DEL 2012**”, de Sabrina del Erika Tatiana Tisalema Supe, estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Junio del 2013

Para constancia firman

.....

PRESIDENTE(A)

.....

PRIMER VOCAL

.....

SEGUNDO VOCAL

DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado a Dios, mis padres y mi esposo.

A dios por darme la oportunidad de vivir, por iluminar cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mis padres, José y Piedad, a mi esposo, que gracias a su esfuerzo, amor, paciencia y apoyo incondicional y desinteresado aprendí que nada es imposible; que solo hay que esmerarse y sacrificarse si es necesario para lograr las metas que nos planteamos.

Erika Tisalema

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la vida y las fuerzas necesarias en los momentos difíciles y bendecirme siempre.

A la Universidad Técnica de Ambato por darme la oportunidad de culminar mi formación académica.

A mi tutor de tesis Dra. Patricia Rojas por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

De una manera muy especial a la Dra. Aída Aguilar por su importante aporte y participación activa en el desarrollo de esta tesis. No cabe duda que su participación ha enriquecido el trabajo realizado.

Erika Tisalema

INDICE GENERAL

Portada.....	I
Aprobación del tutor.....	II
Autoría del trabajo de grado.....	III
Derechos del autor.....	IV
Aprobación del jurado examinador.....	V
Dedicatoria.....	VI
Agradecimiento.....	VII
Índice.....	VIII
Resumen.....	XIII
Summary.....	XIV

ÍNDICE CAPITULOS

Introducción.....	1
-------------------	---

CAPITULO I EL PROBLEMA

1.1 TEMA:.....	3
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN.....	3
1.1.2 ANALISIS CRÍTICO.....	8
1.1.3 PROGNOSIS.....	10
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	10

1.2.1 PREGUNTAS DIRECTRICES	11
1.3 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	11
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	11
1.5 OBJETIVOS.....	12
1.5.1 OBJETIVO GENERAL	12
1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	14
2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.....	15
2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	17
2.4 CATEGORIZACIÓN DE LAS VARIABLES	23
2.4.1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	24
2.4.1 PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION	24
2.4.2 VACUNACION	25
2.4.3 COBERTURA DE VACUNACION.....	29
2.4.4 NIVEL DE INFORMACION	29
2.4.5PROGRAMAS DE VACUNACION.....	45
2.4.6 PERSONAL DE ENFERMERIA	45
2.4.7 MADRE E HIJO	46
2.5HIPOTESIS.....	46
2.6SEÑALIZACIÓN DE VARIABLES.....	46

CAPITULO III METODOLOGÍA

3.1 ENFOQUE.....	48
3.2 MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN.....	48
3.3 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN	49
3.4 POBLACION Y MUESTRA.....	49

3.5 OPERACIONALZACION DE VARIABLES	49
3.5.1 VARIABLE INDEPENDIENTE.....	49
3.5.2 VARIABLE DEPENDIENTE.....	50
3.6 INSTRUMENTO Y TECNICAS.....	51
3.7 RECOLECCION DE LA INFORMACION.....	51
3.11 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS.....	52

CAPÍTULO IV ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

4.1 ANALISIS DE LAS ENCUESTAS.....	53
4.1.1 EDAD DE LAS MADRES.....	60
4.1.2 NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS MADRES.....	54
4.1.3 UTILIZACION DE MADICAMENTOS CASEROS.....	55
4.1.4 EDAD DE LOS DE LOS NIÑOS.....	56
4.1.5 RESPONSABLE DEL NIÑO.....	56
4.1.6 CONOCIMIENTOS SOBRE VACUNACION.....	57
4.1.7 VACUNACION FUERA DEL SUB- CENTRO.....	58
4.1.8 COMOCIMIENTOS SOBRE IMPORTANCIA DE LAS VACUNAS...	59
4.1.9 CUMPLIMIENTO DE LAS CITAS DE VACUNACION.....	61
4.1.10 TIPOS DE VACUNAS.....	62
4.1.12 VACUNAS RECIBIDAS.....	63
4.1.13 CAPACITACION	65
4.2 VERIFICACION DE LA HIPÓTESIS.....	66

CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES.....	70
5.2 RECOMENDACIONES.....	71

CAPÍTULO VI PROPUESTA

6.1 DATOS INFORMATIVOS	73
6.1.1 TÍTULO	73
6.1.2 LOCALIZACION.....	73
6.1.3 RESPONSABLE	73
6.1.4 COORDINADOR.....	73
6.1.5 DURACION.....	73
6.1.6 BENEFICIARIOS	73
6.1.7 GASTO TOTAL.....	73
6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA	74
6.3 JUSTIFICACIÓN.....	75
6.4 OBJETIVOS.....	76
6.4.1 OBJETIVO GENERAL	76
6.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	76
6.5 FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	76
6.6 ANALISIS DE FACTIBILIDAD	88
6.7 METODOLOGIA	89
6.8 ADMINISTRACION	94
6.9 PREVISION DE LA EVOLUCION	94
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	97

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

“COBERTURA DE VACUNACIÓN DE LOS NIÑOS DE 0 A 18 MESES EN EL SUB-CENTRO DE SALUD DE QUISAPINCHA EN LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA Y EL NIVEL DE INFORMACIÓN DE LA POBLACIÓN SOBRE EL ESQUEMA IDEAL DE INMUNIZACIÓN EN EL PERIODO JULIO A DICIEMBRE DEL 2012”

Autora: Tisalema Supe, Erika Tatiana

Tutor: Dra. Rojas Cisternas, Patricia Adelaida

Fecha: Junio 2013

RESUMEN:

El presente trabajo tuvo como objetivo determinar el nivel de cobertura de vacunación de los niños de 0 a 18 meses y el nivel de información, fue enfoque de tipo documental, de campo con un nivel tipo descriptivo, ya que se analizaron las historias clínicas, carne de vacunación de los niños que asisten al Sub-centro de Salud, así como encuestas a la población en estudio de la Parroquia Quisapincha se extrajo la información necesaria de todos los niños cuyos registros cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

El presente estudio está constituido por 802 niños, donde se obtuvieron datos donde nos demuestra las causas para la baja cobertura de inmunización dentro de los que se resalta, la edad tan joven de la madre, su bajo nivel de escolaridad y por tratarse de una población multi-étnica, no toman tanta importancia a las vacunas, no cumplen con las citas de vacunación, los entrevistados nos refieren no haber recibido información durante la vacunación del niño sobre la importancia que estas tienen frente al niño.

PALABRAS CLAVE: VACUNAS, INMUNIZACION, COBERTURA, ESQUEMA, BIOLOGICO

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

"COVERING OF VACCINATION OF THE CHILDREN OF 0 TO 18 MONTHS IN THE SUB-CENTER OF HEALTH DE QUISAPINCHA IN THE COUNTY DE TUNGURAHUA AND THE LEVEL OF INFORMATION OF THE POPULATION ON THE IDEAL OUTLINE OF IMMUNIZATION IN THE PERIOD JULY TO DECEMBER OF THE 2012"

Author: Tisalema Supe, Erika Tatiana

Tutor: Dra. Rojas Cisternas, Patricia Adelaida

It dates: June 2013

SUMMARY:

The present work had as objective to determine the level of covering of the children's vaccination from 0 to 18 months and the level of information, it was focus of documental type, of field with a level descriptive type, since the clinical histories were analyzed, meat of vaccination of the children that you/they attend the Sub-center of Health, as well as you interview the population in study of the Parish Quisapincha the necessary information of all the children it was extracted whose registrations completed with the inclusion approaches and exclusion.

The present study is constituted by 802 children, where data were obtained where it demonstrates us the causes for the drop immunization covering inside those that is stood out, the mother's age so young, its low escolaridad level and to be a population multi - ethnic, they don't take so much importance to the vaccines, they don't fulfill the vaccination appointments, the interviewees refer us not to have received information during the boy's vaccination about the importance that these they have in front of the boy.

WORDS KEY: YOU VACCINATE, IMMUNIZATION, COVERING, OUTLINE,BIOLOGICAL.

INTRODUCCION:

A la inmunización se la define como un proceso por el cual se administra protección frente a una enfermedad infecciosa, VERNE, Eduardo (2010) define a la inmunización como “la acción por medio de la cual se induce o aumenta la resistencia frente a una enfermedad infecciosa, habitualmente frente a la vacunación”

Las vacunas son el ,mejor desarrollo médico de la humanidad, porque previenen las enfermedades antes de que estas sucedan, al respecto es primordial destacar que la humanidad, en especial miles de investigadores alrededor del mundo, viene desarrollando permanentes esfuerzos para provocar nuevas vacunas contra diversas enfermedades, las mismas que son padecimientos que son auténticos malestares de la salud humana. Son dos siglos desde el descubrimiento de un auténtico milagro de la medicina preventiva, que constituye un método de aprovechar las ventajas de una forma de defensa de una larga lista de enfermedades que pueden ser prevenibles mediante una oportuna vacunación.

La introducción de la inmunización ha permitido beneficios incuestionables, ya sea por ahorrar en el costo de los tratamientos, se reduce la incidencia de muchas enfermedades infecciosas y evidentemente hay una reducción de la morbi-mortalidad. Es sin duda la vacunación, uno de los mayores avances de la salud pública en el mundo. Sin embargo no todos los países de América Latina tienen cobertura tan óptima, en Venezuela por ejemplo según artículos editados por el gobierno de dicho país las coberturas para la mayoría de vacunas estaban por debajo del 80.0% Cifras manejadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (**UNICEF, 2005**) revelan como: cada año mueren más de 12 millones de niños menores de 5 años, de los cuales 3 millones fallecen antes de cumplir una semana de vida. Dos millones de estas muertes son causadas por enfermedades que podrían haberse prevenido con las vacunas).

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 TEMA

“Cobertura de vacunación de los niños de 0 a 18 meses en el Sub-centro de Salud de Quisapincha en la Provincia de Tungurahua y el nivel de información de la población sobre el Esquema ideal de inmunización en el periodo Julio a Diciembre del 2012”.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

1.2.1 Contextualización

Contextualización Macro

A la inmunización se la define como un proceso por el cual se le administra protección frente a una enfermedad infecciosa (**Verne E.2010**).

Las vacunas son el mejor desarrollo medico de la humanidad, porque previenen las enfermedades antes de que estas sucedan, al respecto miles de investigadores alrededor del mundo, vienen desarrollando permanentes esfuerzos para crear nuevas vacunas contra diversas enfermedades, las mismas que son padecimientos y malestares propios de la salud humana.

Dado el avance tecnológico y de las ciencias medicas específicamente, la humanidad cuenta en la actualidad con las oportunidades de mantener un mejor estado de salud. Existen diferentes vacunas en estudio ya disponibles para enfermedades como: tuberculosis, malaria, dengue, meningococo, estafilococo aureus, estreptococo grupo B, enfermedades respiratorias, etc. **Landázuri D.** (Factores Socioculturales que inciden en

el cumplimiento del Esquema de Inmunización, Hospital San Luis, Otavalo, 2009)

Son dos siglos desde el descubrimiento de un autentico milagro de la medicina preventiva, que constituye un método de aprovechar las ventajas de una forma de defensa de una larga lista de enfermedades que pueden ser prevenibles mediante una oportuna vacunación.

La introducción de la inmunización ha permitido beneficios incuestionables, ya sea por ahorrar en el costo de los tratamientos, se reduce la incidencia de muchas enfermedades infecciosas y evidentemente hay una reducción de la morbi-mortalidad. Es sin duda la vacunación, uno de los mayores avances de la salud pública en el mundo. Sin embargo no todos los países de América Latina tienen cobertura tan óptima, en Venezuela por ejemplo según artículos editados por el gobierno de dicho país las coberturas para la mayoría de vacunas estaban por debajo del 80.0% Cifras manejadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (**UNICEF, 2005**) revelan como: cada año mueren más de 12 millones de niños menores de 5 años, de los cuales 3 millones fallecen antes de cumplir una semana de vida. Dos millones de estas muertes son causadas por enfermedades que podrían haberse prevenido con las vacunas).

Desde ese punto de vista el propósito del Programa Ampliado de Inmunización (**PAI**) prevé extender la protección al 90% de los niños menores de un año, en tanto que reducir considerablemente el número de defunciones causadas por enfermedades prevenibles mediante la vacunación.

Según C. Castillo, asesor regional de rubeola y sarampión para las Américas, en Ecuador, en 1996 se reportaron los últimos casos de virus

autóctono de sarampión, éste no muta y se cree que llegó a Ecuador por turistas provenientes de Estados Unidos, Europa o África.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la región se declaró la interrupción de la transmisión endémica de sarampión en el año 2000. Hasta la semana epidemiológica 38, la OPS-OMS informó un total de 1.015 casos de sarampión en toda la región. Cada año mueren más de 12 millones de niños menores de 5 años, de los cuales 3 millones fallecen antes de cumplir una semana de vida. Dos millones de estas muertes son causadas por enfermedades que podrían haberse prevenido con las vacunas.

En julio del 2011 el sistema de vigilancia de enfermedades febriles eruptivas no vesiculares del Ministerio de Salud detectó los dos primeros casos de sarampión relacionados con importación. El 31 de agosto se detecta un nuevo caso de sarampión en el cantón Ambato, parroquia Quisapincha, y desde entonces se han presentado casos secundarios de la enfermedad. (Chávez J. Vistazo 12 Octubre 2011 Art.PAIS).

Otro aspecto o posible causa es que el sarampión fue importado por alguna persona que visitó el Ecuador. Específicamente, la comunidad denominada Illagua Chico.

Contextualización Meso

En la provincia de Tungurahua en especial en las zonas urbanas se puede ver una notoria cobertura de vacunas esperando y aspirando las instituciones llegar a una cobertura del 100%, pero en las zonas rurales hay coberturas bajas que elevan el riesgo de brotes y epidemias por enfermedades inmuno-prevenibles procedentes de la Parroquia Quisapincha en donde se desconoce las razones exactas de las bajas coberturas aparentemente la negación de la población en especial indígena a la vacunación.

La información disponible muestra una reducción de la tasa de mortalidad infantil de 101.9 muertes por 1.000 nacidos vivos en 1956 a 22.1 en el 2005.

Sin embargo la STFS (Secretaría Técnica del Frente Social) menciona que permanecen importantes inequidades en el sistema de salud, mostrando tasas de mortalidad mucho más altas y acceso limitado a atención de salud para la población indígena, los pobres y aquellos que viven en áreas rurales.

Sobre lo cual la UNICEF indica que alrededor de un 50% de las muertes infantiles que se producen en la actualidad se pueden evitar y hay una tasa más elevada (23%) de mortalidad para los niños y las niñas indígenas.

Las principales causas de muerte se relacionan con enfermedades prevenibles.

Pasado el primer año de vida, los riesgos de enfermedad y morir se asocian principalmente con las condiciones del cuidado infantil, el complemento y refuerzos de los esquemas de vacunación. (UNICEF, Estado de los derechos de la niñez y la adolescencia en el Ecuador 2003, Quito, Noviembre 2003)

Cuando se registraron los cuatro primeros casos de sarampión en Tungurahua, en el mes de julio, se realizó un cerco epidemiológico y se vacunó en un área de un 1 km. a la redonda de dichos casos presentados. El Programa Ampliado de Inmunizaciones y la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua investigaron los casos sospechosos que se notificaron, realizaron visitas domiciliarias, tomaron muestras para laboratorio y brindaron una atención oportuna a los casos registrados.

Las autoridades de salud realizan un permanente monitoreo de cobertura para las vacunas SR (Sarampión y Rubéola) y SRC (Síndrome de

Rubéola Congénita), así como la dotación adecuada de biológicos (SR) a los bancos provinciales de vacuna y de áreas de salud para la ejecución de actividades de vacunación. El personal de salud que labora en los servicios de emergencia y pediatría de los hospitales provinciales de referencia también ha sido vacunado.

Además, el Ministerio de Salud, ha dispuesto ampliar la cobertura de vacunación a niñas y niños de 6 meses a 5 años de edad, en el Área 1, en las parroquias Atahualpa, Quisapincha, Pilahuín, entre otras.(Moreira J. Director General de Salud, Revista Vistazo 27/09/2011)

Contextualización Micro

En la Parroquia Quisapincha, ubicada a 30 minutos de la ciudad de Ambato, según el **INEC** para el 2011 existe una población total de 14106 personas, y 18 comunidades, existe un promedio de 253 niños menores de 1 año, y 1015 en edades de 1 a 4 años, además predomina la raza indígena que domina mas el idioma quechua, y posee un alto porcentaje de población que vive en condiciones de pobreza, cuenta con un **Sub-centro de Salud**, en donde se han encontrado datos del 70% aproximadamente de población de niños que han abandonado el esquema de vacunación sin saber la causa exacta del abandono, apareciendo como una posible consecuencia de este abandono la aparición de 83 casos de Sarampión.

El rebrote de sarampión revela la situación baja de cobertura de inmunización y a su vez el nivel de pobreza en que viven algunas comunidades de la parroquia.

El hallazgo de los casos se debió al estado de alerta de vigilancia que se mantiene en el país, luego de que en abril del 2011, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) declararon la alerta epidemiológica en la región de las Américas, ante el aumento de casos de sarampión importados (**EL COMERCIO, 25 de Septiembre 2011 Art. Sucesos**).

Entre los niños atendidos en la unidad de Salud de Quisapincha solo un bajo porcentaje(63%) mantienen al día sus carnet de vacunación, el resto de pacientes se busca mantener la cobertura mediante visitas domiciliarias, sin embargo pese a dicho programa no se ha logrado incentivar a las madres a acudir a completar el esquema de vacunación de sus hijos aun a sabiendas de las complicaciones que se pueden presentar, pues al parecer los temores y la falta de información explicarían la situación, este asunto debe ser investigado a fin de identificar los factores determinantes y obtener información para el diseño de propuestas que permitan superar el problema.

1.1.2 ANÁLISIS CRÍTICO

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

El mantenimiento de la salud 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 pudieren evitarse si el niño hubiera recibido oportunamente un plan completo de inmunización.

La actitud hacia la vacunación es ampliamente favorable, el 92% de las mujeres entrevistadas piensa que las vacunas son muy necesarias, sin

embargo entre el 3% y el 14% de las entrevistadas tanto en áreas urbanas como rurales, cree que las medicinas caseras pueden sustituirla. De las personas entrevistadas el 88% indico que izo vacunar a su hijo en un servicio de salud, el 6% en campaña de vacunación y 6% por brigada móvil. Estas respuestas son relativas, dado que las encuestadas tenían uno o más hijos que podían haber recibido sus vacunas bajo distintas estrategias y debido a que existen múltiples vacunas con varias dosis las posibilidades también son múltiples, por lo que es probable que las mujeres indicaran la modalidad de su preferencia o aquella que consideran fuera la más aceptada.

Con relación a la tenencia del carnet de vacunación el 76% si lo tiene y el 24% no. A nivel de localidad varían del 79% que si lo tiene y el 24% no. A nivel de localidad varían del 79% que si lo tiene en área urbana al 74% en área rural. Con relación a las oportunidades perdidas se demostró que solo al 29% de las madres se le acerco alguien para indicarle que ingrese al servicio de vacunación, es decir que al 71% nadie le indico que se vacunara.

Al 76% de las mujeres le explicaron que tipo de reacción le puede dar a su niño/a, al 73% le informaron como iba a ser la reacción en el caso de que se diera, pero al 24%no, al 66% le recomendaron un medicamento pero solo al 32% se lo dieron.

Hay que destacar que al 43% le indicaron la fecha de la próxima dosis, todavía hay un porcentaje importante (57%) al que no se le dijeron.

La meta es la búsqueda de métodos y propuestas para el logro y cabal cumplimiento de los programas de vacunación mejorando las expectativas en cuanto a este delicado e importante tema de salud pública, que cada día afecta a más hogares y niños.(Rondón M.Barquisimeto,2008)

El brote de sarampión en varias parroquias de Tungurahua por ejemplo nos demuestra que no se realizó una cobertura de la vacunación en un

100 por ciento de la población rural especialmente. Esto abrió la puerta para que la enfermedad apareciera en las poblaciones marginales que no tienen acceso a los servicios de salud y no cuentan con las comodidades de la vida urbana.

Se podría decir que en forma especial las comunidades de Quisapincha por presentar bajas coberturas de vacunación, están en mayor riesgo de contraer enfermedades infectocontagiosas las posibles causas se debería a que es una Parroquia multi-étnica, por lo que tienen distintas costumbres, hablan dos idiomas, tienen un nivel de educación limitado sus comunidades son distantes, de difícil acceso de estas a los puestos de salud y viceversa, por la misma razón le da muy poca importancia a las vacunas; o si por alguna razón tuvo alguna reacción propia de la vacuna el niño no regresan por la próxima dosis por los mitos que crean sobre las vacunas dando lugar a contraer fácilmente una enfermedad como el sarampión que causo tantas muertes infantiles.

1.1.3 PROGNOSIS

Si no se toma una solución urgente van a seguir existiendo bajas coberturas de inmunización, y lo que es peor morbi-mortalidad infantil, si el personal de salud no toma cartas en el asunto, seguirá apareciendo más casos de rebrote de enfermedades infectocontagiosas en dicha Parroquia.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Qué relación existe entre la información de la población sobre el esquema ideal de vacunas y los niveles de cobertura que presentan la población de niños de 0 a 18 meses de la comunidad de la Parroquia Quisapincha en el Periodo Julio a Diciembre 2012?

1.2.1 PREGUNTAS DIRECTRICES

¿Cuál es el nivel de cobertura de inmunizaciones en niños de 0 a 18 meses que tiene el Sub-centro de Salud de Quisapincha?

¿Cuál es el conocimiento que tiene la población sobre el esquema ideal de inmunización del Ministerio de Salud Pública?

¿Qué factores culturales influyen sobre la vacunación?

¿Quiénes proveen la información sobre inmunización a la población?

¿Cómo se puede mejorar las coberturas?

1.3 DELIMITACION DEL PROBLEMA

- Campo : Salud Pública
- Área : Enfermería
- Aspecto : Esquema de vacunación

1.3.1 Delimitación temporal

La investigación se realizó desde Julio a Diciembre del 2012.

1.3.2 Delimitación Espacial

Provincia: Tungurahua

Cantón: Ambato

Parroquia: Quisapincha

Institución: Sub-centro de Salud de Quisapincha

1.4 JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo se justifica en primera instancia ante la necesidad de orientar investigaciones dirigidas al conocimiento de la cobertura de inmunización y sus resultados que servirán como punto de referencia en la toma de decisiones en los procesos relacionados con la formulación de políticas sanitarias a la realidad local.

A pesar de la importancia de las vacunas en la prevención de las enfermedades infecto-contagiosas, se evidencia una falta de estudios específicos que permitan conocer la cobertura de inmunizaciones en niños en cuanto con Sub-centros de Salud como es el caso de los niños de 0 a 18 meses de Quisapincha y los conocimientos de sus madres al respecto.

En el caso de esta investigación se determinó el nivel de cobertura de vacunación de los niños de 0 a 18 meses de la Parroquia Quisapincha y el nivel de información, por considerar de gran importancia dicha información sobre todo por estar en relación directa con personas que laboran en el área de salud, y por contar con la facilidad de permitir haber realizado el presente trabajo en esta área de salud.

Por lo antes señalado, es pertinente realizar la presente investigación por interés profesional, ya que además de determinar el nivel de cobertura vacunal y los conocimientos acerca de las mismas, por los representantes y madres también para orientar y mejorar los conocimientos sobre la importancia de cumplir con el esquema de inmunización completo a fin de asegurar la salud de los niños y demás integrantes de la familia.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo generales

Investigar el nivel de información de la población sobre el Esquema ideal de Inmunización y su relación con la cobertura de vacunación de los niños de 0 a 18 meses que acuden al Sub-centro de Salud de Quisapincha.

1.5.2 Objetivos Específicos

- Determinar el nivel de información que tiene la población en cuanto a vacunas de los niños de 0 a 18 meses que acuden al Sub-centro de Salud de Quisapincha.
- Analizar el porcentaje de cobertura del esquema de vacunación, que presentan los niños de 0 a 18 meses que acuden al Sub-centro de Salud de Quisapincha.
- Proponer una alternativa de solución.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 INVESTIGACIONES PRELIMINARES

-FLORES E. (2011) de la Universidad Central de Venezuela, en el trabajo sobre “Deserción al programa ampliado de inmunización” muestra que: En la actualidad, las enfermedades inmuno-prevenibles causan muertes anuales en los países en vías de desarrollo en niños y niñas menores de 5 años alrededor de 1.6 millones. Por ello, se continúa con el desarrollo en los países del Programa Ampliado de Inmunización, tendiendo a lograr una cobertura universal de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de morbi-mortalidad causadas por enfermedades inmuno- prevenibles.

-RONDON MARILU. (Especialista en puericultura y pediatría) (2008), de la Universidad centro occidental “Lisandro Alvarado” de Venezuela, en el trabajo sobre “Cobertura de vacunación de los niños del pre-escolar “El muchachito” muestra que:

Al hacer un análisis se observa que en los últimos años, sobre todo en países en vías de desarrollo, existen muchos factores que han generado un impacto negativo en la cobertura de vacuna de los niños y uno de los más importantes las oportunidades perdidas y el desconocimiento de las madres sobre la importancia de las madres de colocar el esquema completo de vacunación propuesto por la Academia Americana de Pediatría.

-LANDAZURI DIANA, NOBOA IRALDA. (2010), de la Universidad Técnica del Norte en Imbabura, en el trabajo sobre “Factores socio-culturales que inciden en el cumplimiento del esquema de inmunización de niños menores de un año” muestra que:

Las vacunas son el mejor desarrollo en la humanidad, puesto que permiten prevenir en la actualidad la morbi-mortalidad infantil, es así que

en este trabajo se ha deducido que las madres influyen en las bajas coberturas de vacunación, de las encuestas realizadas el 18% dice por falta de tiempo, el 15% el trabajo limita a asistir a las citas para otras vacunas, 52% porque después de la vacunación el niño se enferma, causas que provocan pérdidas en la cobertura e incluso puede darse hasta pérdidas humanas.

-SAAVEDRA JULIO, CESAR TERRERO (2010), Universidad Técnica de Babahoyo, Babahoyo, en el trabajo sobre “Intervenciones de enfermería para disminuir la tasa de abandono de la aplicación de vacunas pentavalentes, antipolio y rotavirus en los menores de un año que acuden al sub-centro de salud mocache” muestra que:

A pesar de los logros y avances en el abordaje microbiológico con antimicrobianos, las enfermedades infecciosas y parasitarias continúan siendo una importante carga en el contexto de padecimientos en el mundo, e impactan aún en países y comunidades con ingresos bajos. Por otro lado se visualiza que las madres que acuden a esta unidad operativa con sus hijos a vacunación la mayor parte son adolescentes (47%), de escolaridad primaria (47%), pertenecen al área rural (60%) con más de 10km de distancia de la unidad (40%) acuden a la unidad operativa por vacunación y casi siempre (54%) acuden a la unidad cuando tienen la cita para la vacunación (27%), esto refleja que cuando las madres asisten a vacunación no han recibido charla referente al PAI.

2.2 FUNDAMENTACIÓN

Filosófica

El paradigma de la investigación es crítico-propositivo como una alternativa para la investigación en el campo de la salud que se fundamenta en el cambio de actitud en el personal involucrado en el esquema de vacunación. es crítico porque cuestiona los esquemas de

cobertura de vacunación y es propositivo cuando la investigación no se detiene en la observación de los fenómenos sino plantea alternativas de solución en el clima de actividad, esto ayuda a la interpretación y comprensión de los fenómenos sociales en su totalidad.

Uno de los compromisos es buscar la esencia de los mismos, la interrelación e interacción de la dinámica de las contradicciones que genera cambios profundos. La investigación está comprometida con los seres humanos y su crecimiento familiar, especialmente los niños de 0 a 18 meses y sus madres.

Epistemológica

Sostiene que el conocimiento va más allá de la información porque busca transformar sujetos y objetos. Se aspira a que el sujeto (madre) se caracterice por ser proactiva, participando activamente, fortaleciendo su personalidad y su futura actitud creadora. Esto le llevara hacia una positiva asimilación proyectiva del esquema de vacunación y la prevención de morbi-mortalidad infantil. En este caso la vacunación se define como un conjunto de conocimientos ordenados y dirigidos hacia la transformación social y mejor entendimiento familiar.

Ontológica

Este trabajo se fundamenta en dialéctico en que la realidad está en continuo cambio por lo que la ciencia con sus verdades científicas tiene un carácter perfectible. Entre los seres vivos, el hombre para sobrevivir necesita aprender a adaptarse al medio a ser autónomo y utilizar adecuadamente su información.

La madre encargada de su hijo debe ser sensible ante los valores humanos. Tener una actitud de afirmación ante la existencia y el sentido

de la vida; esta base anímica psicológica, espiritual, hace posible y asegura la consistencia moral de la persona.

La familia, los Centros de Salud, la sociedad, tiene el deber de crear condiciones cada vez mejores para que cada cual pueda descubrir y realizar sus actividades.

Axiológica

El desarrollo integral del ser humano, basada en la práctica de valores como la responsabilidad, la honestidad, la honradez, la solidaridad el amor de madre, con el fin de que se formen las defensas inmunológicas y estén en capacidad de disfrutar una vida saludable madre e hijo.

El secreto de la salud radica en lograr que la persona perciba los valores como respuesta a sus aspiraciones profundas, a sus ansias de vida, de verdad, de bien y de belleza, como camino para una vida saludable

2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

La Constitución de la República del Ecuador del año 2008, manifiesta:

Art. 1.- El Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico. Se organiza en forma de república y se gobierna de manera descentralizada.

La soberanía radica en el pueblo, cuya voluntad es el fundamento de la autoridad, y se ejerce a través de los órganos del poder público y de las formas de participación directa previstas en la Constitución.

Los recursos naturales no renovables de territorio del Estado pertenecen a su patrimonio inalienable, irrenunciable e imprescriptible.

Art. 2.- La bandera, el escudo y el himno nacional, establecidos por la ley, son los símbolos de la patria.

El castellano es el idioma oficial del Ecuador; el kichwa y el shuar son idiomas oficiales de relación intercultural. Los demás idiomas ancestrales son de uso oficial para los pueblos indígenas en las zonas donde habitan y en los términos que fijan la ley. El Estado respetará y estimulará su conservación y uso.

Art. 3.- Son deberes primordiales del Estado:

1.- Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular de educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.

CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos

CAPITULO PRIMERO

DEFINICIONES

Art. 1.- Finalidad.- Este Código dispone sobre la protección integral que el Estado, la sociedad y la familia deben garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes que viven en el Ecuador, con el fin de lograr su desarrollo integral y el disfrute pleno de sus derechos, en un marco de libertad, dignidad y equidad.

Para este efecto, regula el goce y ejercicio de los derechos, deberes y responsabilidades de los niños, niñas y adolescentes y los medios para hacerlos efectivos, garantizarlos y protegerlos, conforme al principio del interés superior de la niñez y adolescencia y a la doctrina de protección integral.

Art. 2.- Sujetos protegidos.- Las normas del presente Código son aplicables a todo ser humano, desde su concepción hasta que cumpla dieciocho años de edad. Por excepción, protege a personas que han

cumplido dicha edad, en los casos expresamente contemplados en este Código.

Art. 4.- Definición de niño, niña y adolescente.- Niño o niña es la persona que no ha cumplido doce años de edad. Adolescente es la persona de ambos sexos entre doce y dieciocho años de edad.

Art. 6.- Igualdad y no discriminación.- Todos los niños, niñas y adolescentes son iguales ante la ley y no serán discriminados por causa de su nacimiento, nacionalidad, edad, sexo, etnia; color, origen social, idioma, religión, filiación, opinión política, situación económica, orientación sexual, estado de salud, discapacidad o diversidad cultural o cualquier otra condición propia o de sus progenitores, representantes o familiares.

Art. 7.- Niños, niñas y adolescentes, indígenas y afro-ecuatorianos.- La ley reconoce y garantiza el derecho de los niños, niñas y adolescentes de nacionalidades indígenas y afro-ecuatorianos, a desarrollarse de acuerdo a su cultura y en un marco de interculturalidad, conforme a lo dispuesto en la Constitución Política de la República, siempre que las prácticas culturales no conculquen sus derechos.

Art. 12.- Prioridad absoluta.- En la formulación y ejecución de las políticas públicas y en la provisión de recursos, debe asignarse prioridad absoluta a la niñez y adolescencia, a las que se asegurará, además, el acceso preferente a los servicios públicos y a cualquier clase de atención que requieran.

CAPÍTULO TERCERO

Derechos, Garantías y Deberes

Capítulo I

Disposiciones:

Capítulo II

Derechos de supervivencia

Art. 20.- Derecho a la vida.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la vida desde su concepción. Es obligación del Estado, la sociedad y la familia asegurar por todos los medios a su alcance, su supervivencia y desarrollo.

Se prohíben los experimentos y manipulaciones médicas y genéticas desde la fecundación del óvulo hasta el nacimiento de niños, niñas y adolescentes; y la utilización de cualquier técnica o práctica que ponga en peligro su vida o afecte su integridad o desarrollo integral.

Art. 24.- Derecho a la lactancia materna.- Los niños y niñas tienen derecho a la lactancia materna para asegurarle el vínculo afectivo con su madre, adecuada nutrición, crecimiento y desarrollo.

Es obligación de los establecimientos de salud públicos y privados desarrollar programas de estimulación de la lactancia materna.

Art. 27.- Derecho a la salud.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual.

El derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes comprende:

1. Acceso gratuito a los programas y acciones de salud públicos, a una nutrición adecuada y a un medio ambiente saludable;

2. Acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud públicos, para la prevención, tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los servicios de salud públicos son gratuitos para los niños, niñas y adolescentes que los necesiten;

3. Acceso a medicina gratuita para los niños, niñas y adolescentes que las necesiten;

4. Acceso inmediato y eficaz a los servicios médicos de emergencia, públicos y privados;

5. Información sobre su estado de salud, de acuerdo al nivel evolutivo del niño, niña o adolescente;

6. Información y educación sobre los principios básicos de prevención en materia de salud, saneamiento ambiental, primeros auxilios;

7. Atención con procedimientos y recursos de las medicinas alternativas y tradicionales;

8. El vivir y desarrollarse en un ambiente estable y afectivo que les permitan un adecuado desarrollo emocional;

Art. 28.- Responsabilidad del Estado en relación a este derecho a la salud.- Son obligaciones del Estado, que se cumplirán a través del Ministerio de Salud:

1. Elaborar y poner en ejecución las políticas, planes y programas que favorezcan el goce del derecho contemplado en el artículo anterior;

2. Fomentar las iniciativas necesarias para ampliar la cobertura y calidad de los servicios de salud, particularmente la atención primaria de

salud; y adoptará las medidas apropiadas para combatir la mortalidad materno infantil, la desnutrición infantil y las enfermedades que afectan a la población infantil;

3. Promover la acción interdisciplinaria en el estudio y diagnóstico temprano de los retardos del desarrollo, para que reciban el tratamiento y estimulación oportunos;

4. Garantizar la provisión de medicina gratuita para niños, niñas y adolescentes;

5. Controlar la aplicación del esquema completo de vacunación;

6. Desarrollar programas de educación dirigidos a los progenitores y demás personas a cargo del cuidado de los niños, niñas y adolescentes, para brindarles instrucción en los principios básicos de su salud y nutrición, y en las ventajas de la higiene y saneamiento ambiental.

Art. 29.- Obligaciones de los progenitores.- Corresponde a los progenitores y demás personas encargadas del cuidado de los niños, niñas y adolescentes, brindar la atención de salud que esté a su alcance y asegurar el cumplimiento de las prescripciones, controles y disposiciones médicas y de salubridad.

Art. 30.- Obligaciones de los establecimientos de salud.- Los establecimientos de salud, públicos y privados, cualquiera sea su nivel, están obligados a:

1. Prestar los servicios médicos de emergencia a todo niño, niña y adolescente que los requieran, sin exigir pagos anticipados ni garantías de ninguna naturaleza. No se podrá negar esta atención a pretexto de la ausencia del representante legal, la carencia de recursos económicos, la falta de cupo, la causa u origen de la emergencia u otra circunstancia similar;

2. Informar sobre el estado de salud del niño, niña o adolescente, a sus progenitores o representantes;

2.4.-CATEGORIZACION DE VARIABLES

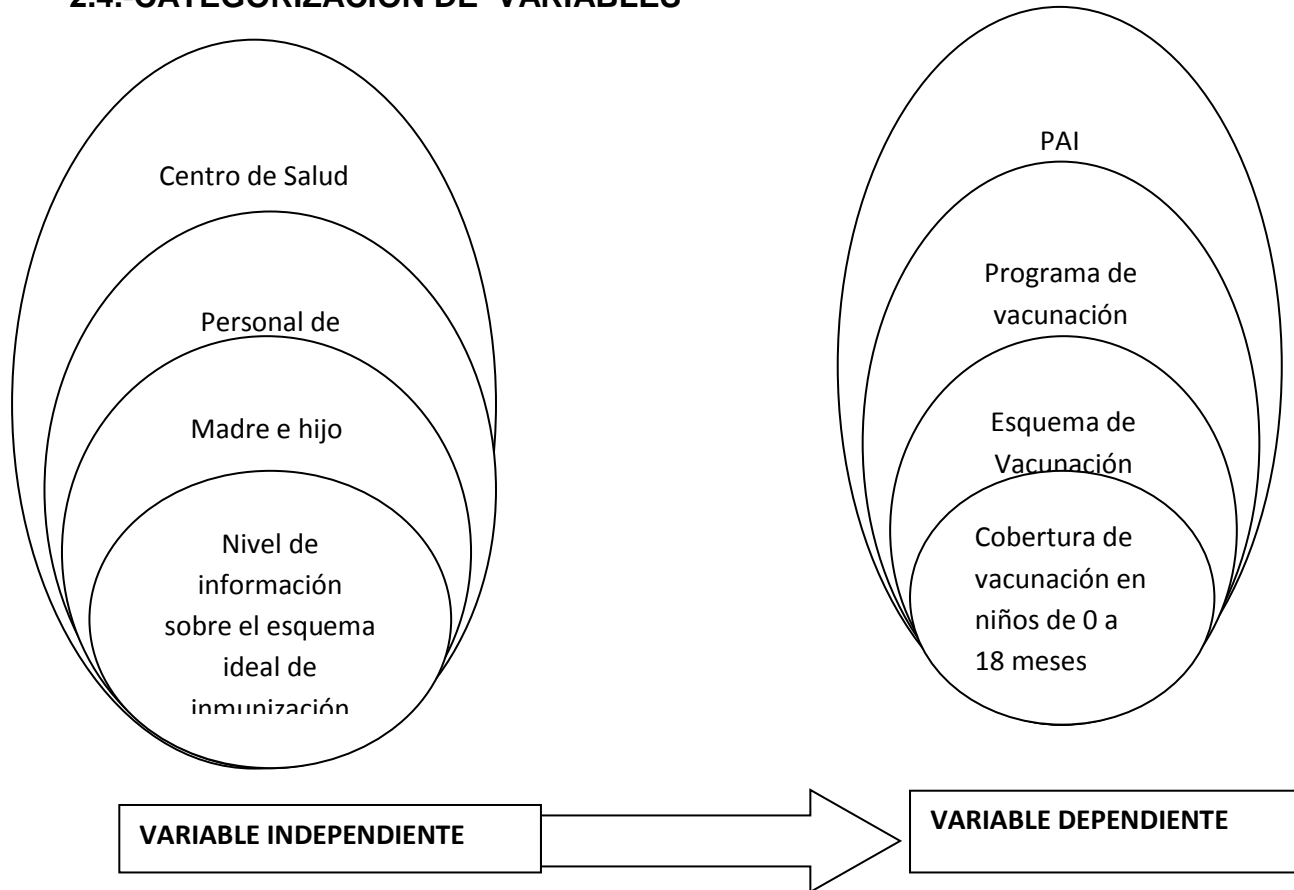


Gráfico No. 01. Categorización de variables
Elaborado por: Erika Tisalema

2.4.1 Programa Ampliado de Inmunización

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) fue aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1974 y mediante la Resolución CD 25.27 del Consejo Directivo de la OPS /OMS fueron respaldadas sus metas en septiembre de 1977, como medida para intensificar la lucha contra las enfermedades inmunoprevenibles que afectaban con mayor frecuencia a la niñez del mundo.

En su inicio, el PAI estaba dirigido fundamentalmente al grupo de niños y niñas menores de cinco años y en especial a los menores de un año, así como a las embarazadas. Su propósito era disminuir la morbilidad y la mortalidad de enfermedades prevenibles por vacunas tales como: poliomielitis, difteria, tos ferina, tétanos, sarampión y tuberculosis. La principal estrategia recomendada era la vacunación simultánea y permanente.

Con la gran experiencia adquirida a través de estos años se han ido creando las condiciones favorables para lograr otro tanto con otras enfermedades como: sarampión, rubéola, rubéola congénita, tétanos neonatal, hepatitis B y algunas enfermedades invasivas por *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) como la meningitis y la neumonía.

Por otra parte cada país dispone de un Programa de Inmunización adaptado a la situación epidemiológica de cada uno de ellos. Lo ideal sería disponer de un Programa básico o general que incluya a vacunas contra la mayoría de las enfermedades.

Estos Programas de Vacunación pueden estar dirigidos a grupos de riesgo determinado o a toda la población según sea el caso y siempre que todas las condiciones para este empeño sean dadas. La introducción de un Programa de Vacunación en cada país debe ser siempre colegiada y analizada con las autoridades de salud de los diferentes países, nunca debe ser un proceso mecánico, por ejemplo en países del cinturón meningítico de África, que se extiende desde Senegal en la costa oeste

hasta Etiopía en la este, la enfermedad es producida de forma prácticamente absoluta por los serogrupos A, C y W135, por tanto sería poco útil la introducción de VAMENGOC-BC en un programa de inmunizaciones para esos países, a menos que se demuestre la circulación de meningococo del serogrupo B en la región.

2.4.2 Vacunación

Vacunas

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. La primera vacuna descubierta fue la usada para combatir la viruela por Edward Jenner en 1796.



Gráfico No. 2. Vacunación

Fuente: <http://jazminvergara.blogspot.com/2011/02/Causas-de-incumplimiento-del-esquema-de.html>

- **Clasificación**

Las vacunas se clasifican en dos grandes grupos:

- Vacunas vivas o atenuadas
- Vacunas muertas o inactivadas.

Existen varios métodos de obtención:

1. Vacunas avirulentas preparadas a partir de formas no peligrosas del microorganismo patógeno.
2. Vacunas dosificadas a partir de organismos muertos o inactivos.
3. Antígenos purificados.
4. Vacunas genéticas.

Las vacunas se administran por medio de una inyección, o por vía oral (tanto con líquidos como con pastillas).

- **Origen de la Vacunas**

La viruela fue la primera enfermedad que el ser humano intentó prevenir inoculándose a sí mismo con otro tipo de enfermedad. Se cree que la inoculación nació en la India o en China alrededor del 200 a. C. En China, a los pacientes que sufrían tipos leves de viruela se les recogían fragmentos de pústulas secas para molerlas hasta conseguir una mezcla con aspecto de polvo que luego se le introducía por la nariz, esperando que esto les inmunizara. En 1718, Lady Mary Wortley Montague informó que los turcos tenían la costumbre de inocularse con pus tomado de la viruela vacuna. Lady Montague inoculó a sus propios hijos de esta manera.

En 1881 Louis Pasteur lleva a cabo su audaz y brillante experimento público en comprobación de la efectividad de la vacuna antiantráxica ideada por él, en la granja, hoy histórica, de Pouilly-le-Fort. El desarrollo del experimento.

Todos los carneros vacunados estaban bien. De los no vacunados, 21 habían muerto ya, 2 más murieron durante la exhibición ante la propia concurrencia y el último al caer de la tarde de ese día. De las vacas, las 6 vacunadas se encontraban bien, mientras que las 4 no vacunadas mostraban todos los síntomas de la enfermedad y una intensa reacción febril.

Al comunicar estos resultados, Pasteur introdujo los términos de vacuna y vacunación que provienen de la palabra latina vacca, fruto de los resultados obtenidos al inocular el virus de la vacuna (cow-pox); en la terminología médica como homenaje a Jenner, su ilustre predecesor.

- **Tipos de vacunas**

Las vacunas pueden estar compuestas de bacterias o virus, ya sean vivos o debilitados, que han sido criados con tal fin. Las vacunas también pueden contener organismos inactivos o productos purificados provenientes de aquellos primeros. Hay cuatro tipos tradicionales de vacunas:

- **Inactivadas:** microorganismos dañinos que han sido tratados con productos químicos o calor y han perdido su peligro. Ejemplos de este tipo son: la gripe, cólera, peste bubónica y la hepatitis A. La mayoría de estas vacunas suelen ser incompletas o de duración limitada, por lo que es necesario más de una toma.
- **Vivas atenuadas:** microorganismos que han sido cultivados expresamente bajo condiciones en las cuales pierden sus propiedades nocivas. Suelen provocar una respuesta inmunológica más duradera, y son las más usuales en los adultos. Por ejemplo: la fiebre amarilla, sarampión o rubéola (también llamada sarampión alemán) y paperas.
- **Toxoides:** son componentes tóxicos inactivados procedentes de microorganismos, en casos donde esos componentes son los que de verdad provocan la enfermedad, en lugar del propio microorganismo. En este grupo se pueden encontrar el tétanos y la difteria.
- **Sub-unitarias:** introduce un microorganismo atenuado o inactivo, dentro del sistema inmunitario, para crear una respuesta inmunitaria.

Un ejemplo característico es la vacuna sub-unitaria contra la hepatitis B, que está compuesta solamente por la superficie del virus (superficie formada por proteínas).

La vacuna contra la tuberculosis por ejemplo, es la llamada vacuna BCG (Bacilo de Calmette y Guerin, que debe su nombre a sus descubridores) se fabrica con bacilos vivos atenuados y por tanto no es contagiosa de esta enfermedad.

Hoy día se están desarrollando y probando nuevos tipos de vacunas:

- Conjugadas: ciertas bacterias tienen capas externas de polisacáridos que son mínimamente inmunitarios. Poniendo en contacto estas capas externas con proteínas, el sistema inmunitario puede ser capaz de reconocer el polisacárido como si fuera un antígeno (un antígeno puede ser una proteína o un polisacárido). Este proceso es usado en la vacuna *Haemophilus influenzae* del tipo B (también conocido como bacilo de Pfeiffer).
- Vector recombinante: combinando la fisiología (cuerpo) de un microorganismo dado y el ADN (contenido) de otro distinto, la inmunidad puede ser creada contra enfermedades que tengan complicados procesos de infección.
- Vacuna de ADN: vacuna de desarrollo reciente, es creada a partir del ADN de un agente infeccioso. Funciona al insertar ADN de bacterias o virus dentro de células humanas o animales. Algunas células del sistema inmunitario reconocen la proteína surgida del ADN extraño y atacan tanto a la propia proteína como a las células afectadas. Dado que estas células viven largo tiempo, si el agente patógeno (el que crea la infección) que normalmente produce esas proteínas es encontrado tras un periodo largo, serán atacadas instantáneamente por el sistema inmunitario. Una ventaja de las vacunas ADN es que son muy fáciles

de producir y almacenar. Aunque en 2006 este tipo de vacuna era aún experimental, presenta resultados esperanzadores.

Es importante aclarar que, mientras la mayoría de las vacunas son creadas usando componentes inactivados o atenuados de microorganismos, las vacunas sintéticas están compuestas en parte o completamente de péptidos, carbohidratos o antígenos. Estas sintéticas suelen ser consideradas más seguras que las primeras.

2.4.3 Cobertura de vacunación

Es el porcentaje de población vacunada, que se requiere para cortar la cadena de transmisión de una enfermedad determinada. La cobertura óptima varía según la enfermedad. Las siguientes deben ser las coberturas mínimas para menores de un año; refiriéndonos a las enfermedades inmuno-prevenibles objeto del PAI:

Poliomielitis 90%

Difteria 80%

Tosferina 80%

Tétanos 100%

Sarampión 95-100%

2.4.4 Nivel de información sobre el Esquema ideal de vacunación

El esquema básico de vacunación comprende la aplicación de las 10 dosis establecidas es decir 16 dosis de los productos inmunizantes, procuradas por las madres.

Esquema de Vacunación

- **Vacuna BCG (Tuberculosis meníngea y miliar)**

Descripción general

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

Eficacia e inmunogenicidad.

Previene la diseminación hematológica a partir del foco primario, mostrando una protección del 80% para las formas de tuberculosis infantil más severa.

Vía, dosis y edad de aplicación

Una dosis de 0.1ml o 0.05, 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 primeras 24 horas o en el primer contacto con el niño.

Manejo del diluyente

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

Reacciones adversa:

Se produce una pápula que desaparece en 15 a 30 minutos.

Reacciones a registrar y notificar se produce por error en la técnica de aplicación del biológico:

- Absceso localizado
- Adenitis supurada
- Cicatriz queloides extensa

Contraindicaciones.

- Recién nacidos con peso menor a 2000 gramos
- Enfermedad infecciosa grave
- Lesiones cutáneas generalizadas
- Niños que tienen su inmunidad comprometida por inmunodeficiencia celular.

Conservación del frasco abierto

Debe mantenerse a temperatura de refrigeración de +2^ac

- **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 fláccida 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 estreptomicina, 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 á 25 dosis, con o sin gotero incorporado; el biológico viene listo para su administración.

- **Vacuna Pentavalente (DTP + 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+H B+Hib).

Susceptibilidad e inmunidad

La eficacia de la vacuna es del 95% para PRP-T y PRP-OMP, 100% para HbOC y el 94% para PRP-D.

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, retire la aguja y no de masaje.
- El biológico será preparado antes de la aplicación y nunca tener jeringuillas cargadas en el termo.

Reacciones adversas Conservación y manejo del frasco abierto

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 a 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 +2C y +8C. Como toda vacuna bacteriana, no se debe congelar.

Presentación

Frasco uní-dosis, liofilizado más diluyente, con jeringuilla adjunta

- **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 tosferina.

Eficacia e inmunogenicidad

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

- Del 90 al 95% contra difteria
- Del 70 al 80% contra tos ferina
- Del 98 al 100% contra 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. Para la vacunación se utiliza una jeringuilla descartable de 0.5ml con aguja de 23Gx 1.

A partir de los 2 meses de edad, deberá recibir 3 dosis, con intervalo de 2 meses entre ellas y un refuerzo al año de la tercera dosis.

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, retire la aguja y no de masaje.
- El biológico será preparado antes de la aplicación y nunca tener jeringuillas cargadas en el termo.

- **Rotavirus**

Características

Vacuna oral frente a los serotipos predominantes causantes de gastroenteritis pediátrica por rotavirus.

Conservación.

Como todas las vacunas deben ser conservadas entre 2° C y 8° C. Conservarlas en el envase para evitar la exposición directa a la luz.

Pautas de vacunación y vía de administración

- Vía de administración: Oral.
- La vacuna completa mes de 2 dosis
- Vacúnese a los 2 y 4 meses de edad
- No debe aplicarse después de los 6 meses de edad

Contraindicaciones y precauciones

Historia previa de invaginación intestinal o malformación congénita del tubo gastrointestinal que pueda predispones a invaginación intestinal. No existen datos sobre la seguridad de la vacuna aplicada a niños VIH+.

Posponer la vacunación en caso de cuadro agudo de diarreas y vómitos. Por lo demás, las contraindicaciones de esta vacuna son las generales para todas las vacunas, es decir, enfermedad aguda moderada o severa, alergia a algún componente de la vacuna o reacción severa a una dosis previa.

- **Triple viral (SRP) y Dupla viral (SR)**

LA Triple viral (SRP) está compuesta por virus vivos atenuados contra sarampión, rubeola y parotiditis. La Dupla Viral SR contiene virus vivos atenuados contra sarampión y rubeola.

Susceptibilidad e inmunidad

La eficacia para sarampión y parotiditis es del 95% y para rubeola es del 98% a partir de los 12 meses de edad. La protección conferida por la vacuna es duradera.

Vía, dosis y edad de aplicación

Se aplica a los niños de 12 a 18 meses, por vía subcutánea en la región deltoidea del brazo izquierdo, una dosis de 0.5 ml utilizando jeringuilla auto destructible con aguja 25G x 5/8.

Técnica de aplicación SRP/SR

- 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 45° y proceda a la administración
- Empuje suavemente el embolo, inyecte los 0.5 ml, retire la aguja y no de masaje.
- El biológico será preparado antes de la aplicación y nunca tener jeringuillas cargadas en el termo.

Reacciones adversas de la vacuna

Las reacciones tales como alza térmica entre el quinto y decimo segundo día posterior a la vacunación ocurren en un 15% de vacunados y exantema en un 5% de vacunados. Muy rara vez, puede presentarse encefalitis/encefalopatía y a una tasa muy baja. El choque anafiláctico es muy raro y se debe a alergia a los componentes de la vacuna (neomicina, gelatina y sorbitol).

Contraindicaciones

La vacuna es inocua para el feto, sin embargo, se recomienda no administrar a mujeres con embarazo, a fin de evitar que se atribuya a la vacuna efectos debidos a otras causas. Si una embarazada se vacuna inadvertidamente se hará seguimiento al nacer el niño según el estado inmunitario de la madre al momento de la vacunación determinado por los resultados de IgG e IgM en suero tomado lo más cercano a la fecha de vacunación.

Conservación y manejo del frasco abierto

En los bancos nacionales, regionales, provinciales y áreas de salud, la vacuna debe conservarse a temperatura de congelación (-15°C y -20°C). en el nivel local a temperatura de refrigeración (+2°C a +8°C). Una vez reconstituida será utilizada durante 8 horas.

Presentación

Liofilizado en frasco de multidosis (10 dosis) y unidosis:

La Dupla Viral se usa en campañas de seguimiento, vacunación a grupos de riesgo y barrido para control de brotes.

- **Vacuna FA o antiamarilica**

Descripción general

Está compuesta por virus vivos atenuados y se fabrica a partir de las cepas 17D-204 y 17 DD, derivados de la cepa 17D producida en huevos de pollos embrionarios.

Susceptibilidad e inmunidad

La eficacia de la vacuna es del 100%. La inmunogenicidad es excelente, como ocurre en casi todos los preparados vacúnales de todos los virus vivos atenuados, dando títulos de anticuerpos protectores con una sola dosis (a partir de los 10 días pos-vacunación), que mantiene hasta 10 años la inmunidad.

Vía, dosis y edad de aplicación

La vacuna debe ser previamente reconstituida y su administración es por vía subcutánea 0.5ml. Se vacuna a partir de los 12 meses de edad y un refuerzo cada 10 años. Se puede aplicar junto con la Triple Viral (SRP), inyectándose en diferentes sitios. En caso de epidemia se puede aplicar a partir de los 6 meses de edad.

Técnica de aplicación

- Prepare el biológico justo antes de aplicar. Nunca tenga jeringas pre cargadas.
- Reconstituir y homogenizar agitando la dilución del liofilizado y proteger de la luz (colocar una cartulina negra)
- Con una torunda humedecida en solución jabonosa limpie el caucho del tapón.
- Con una jeringuilla de 0.5ml con aguja 25G x 5/8; aspire 0.5ml
- Con una torunda humedecida en solución jabonosa limpie una pequeña superficie del deltoides.
- Introduzca rápidamente la aguja en el espacio elegido en ángulo de 45° en tejido subcutáneo
- Empuje suavemente el embolo, inyecte los 0.5 ml, retire la aguja y no de masaje.

Reacciones adversas de la vacuna

Generalmente son leves, con fiebre, cefalea y dolor muscular 5 a 14 días después de la vacunación. Puede presentarse encefalitis asociada al uso de la vacuna.

Contraindicaciones

En menores de 6 meses por el riesgo de encefalitis asociada a la vacuna; embarazadas por tratarse de virus vivos; en caso de antecedentes de reacciones anafilácticas a una dosis previa; historia de anafilaxia al huevo.

Conservación y manejo del frasco abierto

A temperatura de refrigeración (+2°C a +8°C) a todo nivel.

El frasco abierto se utilizara hasta un máximo de 6 horas si se lo conserva temperatura indicada.

- **Varicela**

Descripción

La vacuna es una preparación de virus vivos atenuados de varicela que se convierte en una solución transparente, incolora o amarillenta cuando se reconstituye con el diluyente suministrado.

Indicaciones

Profilaxis contra la varicela en individuos de 12 meses de edad o mayores.

La vacuna es recomendada en sujetos que no tengan historia de varicela y que no cumplan con los siguientes criterios:

- Paciente predispuesto a una infección por varicela de alto riesgo
- En pacientes con Leucemia linfática aguda
 - quienes han presentado una completa desaparición de cualquier componente de la vacuna varicela durante al menos los 3 últimos meses
 - quienes tienen más de 500/mm³ de linfocitos
 - quienes muestran resultados positivos al test de hipersensibilidad de tipo retardado
- En pacientes con tumores sólido maligno; quienes han demostrado suprimido el crecimiento de tumores debido a ectomía o quimioterapia
- Sujetos que han entrado en contacto con vacunados de alto riesgo (ejemplo; padres, hermanos .personal médico)

- Sujetos susceptibles en comunidades cerradas
- Estudiantes de medicina, enfermeras, mujeres que quieren prevenir la enfermedad durante el embarazo.

Dosis de administración

Debe colocarse en los primeros 30 minutos después de ser reconstituida, inyecte una única dosis de 0.5ml por vía subcutánea.

Contraindicaciones

La vacuna está contraindicada en pacientes con:

- Fiebre o mal nutrición
- Desorden cardiovascular, renal o hepático
- Historia de hipersensibilidad a kenamicina o eritromicina
- Historia de espasmo un año antes de la administración
- Inmunodeficiencia celular
- Embarazo o disposición a concebir en un plazo de dos meses
- Administración de otra vacuna viva (polio oral, sarampión, rubeola, paperas y vacuna para BCG) en un plazo de un mes
- Historia de hipersensibilidad a cualquier componente de la vacuna
- Inmunodeficiencia adquirida
- Niños menores de 12 meses de edad
- Pacientes con leucemia

Reacciones adversas

En pacientes de alto riesgo, de 14 a 30 días después de la vacunación pueden aparecer erupciones papulo vesiculares acompañadas de fiebre leve.

Los eventos adversos más comunes son: molestias en el sitio de la inyección, fiebre de hasta 39°C bucal, brote parecido a la varicela

Almacenamiento

Se debe conservar refrigerada entre 2y 8 °C. Protegida de la luz

Técnica de aplicación

- Prepare el biológico justo antes de aplicar. Nunca tenga jeringas pre cargadas.

- Reconstituir y homogenizar agitando la dilución del liofilizado y proteger de la luz (colocar una cartulina negra)
 - Con una torunda humedecida en solución jabonosa limpie el caucho del tapón.
 - Con una jeringuilla de 0.5ml con aguja 25G x 5/8; aspire 0.5ml
 - Con una torunda humedecida en solución jabonosa limpie una pequeña superficie del deltoides.
 - Introduzca rápidamente la aguja en el espacio elegido en ángulo de 45° en tejido subcutáneo
 - Empuje suavemente el embolo, inyecte los 0.5 ml, retire la aguja y no de masaje.
- **Neumococo**

Vacuna conjugada de polisacárido neumococico y proteína D de Hemophilus influenzae No tipificable, absorbido

Indicaciones

- Inmunización activa de lactantes desde las 6 semanas de vida hasta los 2 años de edad

Dosis de administración

Lactantes desde las 6 semanas hasta los 6 meses de edad:

Consiste en tres dosis de 0.5ml con intervalo de un mes entre las dosis y una dosis de refuerzo a los 6 meses luego de la última dosis.

Lactantes y niños mayores no vacunados previamente:

Lactantes de entre 7 a 12 meses: dos dosis de 0.5ml con un intervalo de un mes entre dosis y un refuerzo a los dos meses luego de la última dosis.

Niños de entre 12 a 23 meses: dos dosis de 0.5ml con un intervalo de tiempo de dos meses entre dosis, no necesita refuerzo.

Contraindicaciones

Hipersensibilidad al medicamento

Pacientes con enfermedad febril severa

Reacciones adversas

Enrojecimiento en el sitio de la inyección

Diarrea, vomito poco común

En ocasiones puede presentarse pérdida del apetito

Técnica de aplicación

- Prepare el biológico justo antes de aplicar. Nunca tenga jeringas pre cargadas.
- Reconstituir y homogenizar agitando la dilución del liofilizado y proteger de la luz (colocar una cartulina negra)
- Con una torunda humedecida en solución jabonosa limpie el caucho del tapón.
- Con una jeringuilla de 0.5ml con aguja 25G x 5/8; aspire 0.5ml
- Con una torunda humedecida en solución jabonosa limpie una pequeña superficie del deltoides.
- Introduzca rápidamente la aguja en el espacio elegido en ángulo de 90°, en la cara lateral del muslo en lactantes o en el musculo deltoides de la parte superior del brazo en los niños.
- Empuje suavemente el embolo, inyecte los 0.5 ml, retire la aguja y no de masaje.

2.4.4 Centro de Salud

Características:

- Contribuir al desarrollo social del País, mejorando la calidad de vida y reduciendo la morbilidad, la mortalidad, la incapacidad, el dolor y la angustia evitable en la población usuaria, en la medida en que esté a su alcance.
- Producir servicios de salud eficientes y efectivos, que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.

- Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la Empresa de acuerdo con su desarrollo y recursos disponibles pueda ofrecer.
- Ofrecer a las Empresas Promotoras de Salud, A.R.S y Adaptadas, a personas naturales o jurídicas que lo demanden, servicios o paquetes de servicios a tarifas de competitividad en el mercado.
- Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.
- Permitir la interacción de la participación ciudadana y comunitaria establecida por la ley y los reglamentos.
- Prestar servicios de salud que satisfagan de manera optima las necesidades y expectativas de la población en relación con la promoción el fomento, la conservación de la salud y la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.
- Desarrollar su estructura y capacidad operativa mediante la aplicación de principios y técnicas gerenciales que aseguren la supervivencia en el tiempo, su crecimiento, calidad de sus servicios, la eficiencia en la utilización de sus recursos, la capacidad competitiva en el mercado y rentabilidad social y financiera.
- Contribuir a la formación del factor humano del sector salud.
- Promover la coordinación interinstitucional e intersectorial que permita el trabajo conjunto con fines de impacto social.
- Propender por la satisfacción de las necesidades esenciales y secundarias de la salud de los usuarios a través de acciones gremiales, organizacionales, técnico-científicas y técnico administrativas.

- Todos los demás que se les asignen por Ley, Ordenanza o Acuerdos expedidos por la Junta Directiva.

2.4.5 Programas de Vacunación

La aplicación de vacunas en la prevención de las enfermedades transmisibles ha constituido uno de los mayores éxitos de la Salud Pública, además de prevenir a nivel individual determinadas infecciones, también ha permitido el control y casi la eliminación de enfermedades que presentaban un grave problema sanitario: la erradicación mundial de la viruela, una de las grandes plagas de la humanidad y certificación que España ha cumplido las condiciones necesarias para que la Región Europea se declare "libre de polio".

2.4.6 Personal de Enfermería

La participación del personal de enfermería en los programas de vacunación incluye labores educativas dirigidas al individuo o colectividad con el propósito de crear conciencia en la población sobre su responsabilidad en las actividades preventivas.

En la práctica es el personal de enfermería el que dirige y ejecuta las acciones de los programas permanentes e intensivos de vacunación, en los cuales el éxito depende de la participación de la comunidad y más específicamente de las madres. La labor de enfermería por su parte, no se limita únicamente al desempeño de funciones técnicas como la aplicación de productos inmunizantes en el control de enfermedades transmisibles, también realiza una importante función educativa dirigida a toda la población, pero principalmente a las madres para que utilicen los servicios que tratan de impedir la ocurrencia de enfermedades evitables por vacunación en sus hijos. (Aranda A., Monterrey, Diciembre 1992)

2.4.7 Madre e hijo

El nacimiento significa un cambio brusco para el niño o niña que acaba de abandonar el claustro materno, y en el cual todas las necesidades de protección, alimentación y abrigo estaban directa e inmediatamente satisfechas. Ahora es un ser independiente que tiene que empezar a actuar por sí mismo, pero que está tan desvalido que requiere de un adulto para sobrevivir, y sin el cual moriría sin remedio.

En el primer año es el periodo en el cual los cambios en el crecimiento y desarrollo son los más acelerados de toda la vida, tanto, que es imposible hacer una caracterización global de todo el año de vida.

Uno de los puntos a estudiar en la presente investigación es los factores influyentes en el cumplimiento de la vacunación uno de ellos es la pérdida del carnet a que implica el desconocimiento de la próxima fecha de vacunación el cual incide como factor principal en el cumplimiento de las vacunas. El nivel de instrucción de la madre también para que ellas acudan o no al Sub-centro de Salud puesto que un buen porcentaje poseen un nivel de instrucción primaria incompleta o son analfabetas lo que hace que exista despreocupación del riesgo beneficio de la inmunización. (Como inciden los factores socio culturales en el cumplimiento del esquema de inmunización de niños de un año, Landázuri M., OTAVALO, 2008)

2.5 HIPÓTESIS

El buen nivel de información de la población sobre vacunas hace que se cumpla o no el esquema de vacunación de los niños de 0 a 18 meses de edad de la Parroquia Quisapincha.

2.6 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES

Variable Independiente

Buen nivel de información sobre vacunas

Variable Dependiente

Cumplimiento del esquema de vacunación

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

El investigador en su trabajo acoge el enfoque: crítico propositivo de carácter cuanti- cualitativo. Cuantitativo porque se recabara información que será sometido a análisis matemático. Cualitativo por que estos resultados en porcentaje pasaran a la criticidad con soporte del Marco Teórico.

3.2 MODALIDAD BASICA DE LA INVESTIGACION

Bibliografía –Documental

Porque el trabajo de grado tendrá información secundaria sobre el tema de investigación obtenidos a través de libros, textos, módulos, periódicos, revistas, Internet, así como de documentos validos y confiables a manera de información primaria.

De campo

Porque la investigadora acudirá a recabar información en el lugar donde se producen los hechos para así poder actuar en el contexto y transformar una realidad.

De intervención Social o Proyecto Factible

Porque la investigadora no se conforma con la observación pasiva de los fenómenos educativos sino que además, realiza una propuesta de solución al problema de investigación.

3.3 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACION

Asociación de variables

La investigación lleva a nivel de asociación de variables porque permite estructurar predicciones a través de la medición de relaciones entre variables.

Además se puede medir el grado de relación entre variables y a partir de ello, determinar tendencias o modelos de comportamiento mayoritario.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

Se trabaja con los 802 niños de 0 a 18 meses registrados en Quisapincha según el INEC.

$$n = 802$$

$$Z = 1.96$$

$$P = 0.50$$

$$e = 5\% = 0.10$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 802}{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 + 802 \times (0.10)^2}$$

$$n = 85.77 = 86 \times 3 = 258$$

Se aplica 258 encuestas en la población de Quisapincha.

3.5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: Nivel de información sobre inmunización

VARIABLE INDEPENDIENTE: Nivel de información sobre inmunización

CONCEPTUALIZACION	CATEGORIAS	INDICADORES	ITEMS BASICOS	TECNICAS	INSTRUMENTOS
Son conocimientos e información que posee la madre acorde a su escolaridad, cultura en las unidades de salud local	Excelente	Conoce sobre todas las vacunas	¿Sabe usted que vacunas debe administrarle a su hijo de acuerdo a su edad?	Encuesta	Cuestionario
	Buena	Conoce sobre algunas vacunas	¿Qué mitos o costumbres tienen sobre vacunas?	Encuesta	Cuestionario
	mala	Nunca se ha informado sobre ninguna vacuna	¿Conoce usted sobre los beneficios de las vacunas?	Observación	Cuestionario

Tabla No. 01.- Variable Independiente
Elaborado por: Erika Tisalema

VARIABLE DEPENDIENTE: Cobertura de vacunación

CONCEPTUALIZACION	CATEGORIAS	INDICADORES	ITEMS BASICOS	TECNICAS	INSTRUMENTOS
Número y porcentaje de niños con esquema completo de vacunación para su edad	Completa	Esquema según su edad BCG Penta Rotavirus	¿Cuál es la edad del niño? ¿Cuenta el niño con el esquema de vacunas para su edad?	Encuesta Observación	Cuestionario aplicado a las madres Guía observación a los carnets de vacunación
	Incompleta	Solo cuenta con dosis de BCG PENTA	¿Qué tipo de vacuna ha recibido el niño? ¿Ha presentado reacción el niño de acuerdo al tipo de vacunación administrado?	Encuesta	Cuestionario aplicado a las madres

	Sin vacunas	Esquema incompleto solo cuenta con BCG	¿Se está logrando la cobertura total de inmunización y por ende erradicando morbilidad infantil?	Observación	Guía de Observación a los carnets de vacunación
--	-------------	----------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	-------------------------------------------------

Tabla No. 02.- Variable Dependiente

Elaborado por: Erika Tisalema

3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Encuesta.-Dirigida a las madres de familia y representantes de los niños de Sub-centro de Salud de Quisapincha y de la población con menores de 18 meses, cuyo instrumentó es el cuestionario, elaborado con preguntas cerradas y que permitirán recabar información sobre variables de estudio.

Guía de observación.- encaminada a la verificación de los carnet de vacunación así como de las historia clínicas de los niños que acuden al puesto de salud.

3.7 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

En el caso de los niños se realiza una primera aproximación al Sub-Centro de Salud de Quisapincha para identificarlos y captar a aquellos que son controlados en la misma por morbilidad o solo por vacunación.

Mediante la observación directa a los carnets de vacunación e historias clínicas de los niños de entre 0 a 18 meses, en la revisión del carnet de salud se establece su esquema de vacunación, lo que permite clasificar a los niños en dos grupos: a) esquema completo (35%) b) esquema incompleto (65%).

Se establece mediante la aplicación de una encuesta diseñada para la investigación en la que se recoge información sobre sus conocimientos y aspectos socio-culturales vinculados al esquema ideal de vacunación.

Además se solicita a la madre el carnet del niño a fin de verificar las vacunas recibidas.

Toda la información del niño se ingresa en la base de datos creada en Excel.

En el Sub-centro de Salud se revisaron las Historias clínicas de todos los 86 niños de 0 a 18 meses atendidos en el periodo de investigación, con el fin de obtener información sobre el esquema de vacunación. Además se obtuvo información sobre las coberturas alcanzadas según la población asignada.

3.8 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Una vez obtenida toda la información necesaria se tabuló los datos según las variables de la hipótesis, para realizar un estudio estadístico, descriptivo y analítico aplicando pruebas de significación.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Análisis de las encuestas

Edad de las madres

TABLA No. 01
EDAD DE LA MADRE

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
< 19 años	27	10%
19 a 25 años	127	50%
+ 25 a 40 años	89	34%
> 40 años	15	6%
Total	258	100%

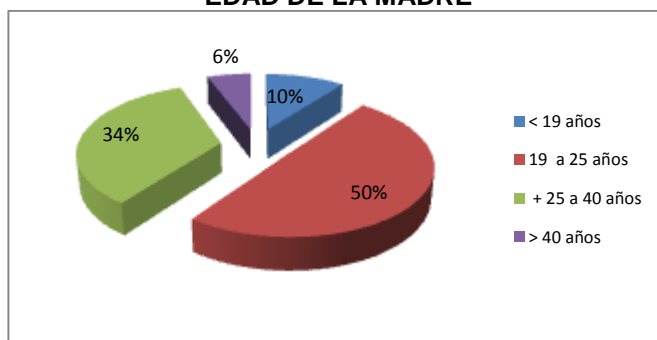
Fuente: Encuestas aplicada a las madres

Elaborado por: Erika Tisalema

Análisis.-

Se puede apreciar que del 100% de la población de madres encuestadas se distribuye por edades de la siguiente manera, el 10% oscila entre menores de 19 años, el 50% entre 19 a 20 años, el 34% entra 25 a 40 años y el 6% restante mayores de 40 años.

GRÁFICO No. 01
EDAD DE LA MADRE



Fuente: Encuestas aplicadas a las madres

Elaborado por: Erika Tisalema

Interpretación.-

En la actualidad la población de madres jóvenes va en aumento esto se demuestra en que de las madres encuestadas que oscilan entre menores de 19 años hasta los 25 años tenemos un 60% de población joven edades en las que se debe trabajar en forma permanente en la promoción de las vacunas ya que cuentan con niños menores de 1 año y que están empezando su esquema de vacunación, esta población en la

que se debe trabajar en la promoción de las vacunas, ya que por medio de estas se llegara a lograr una buena cobertura.

Nivel de escolaridad de las madres

TABLA No. 02

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	18	7%
Primaria Inc.	36	14%
Primaria Comp.	169	66%
Secundaria I.	17	6%
Secundaria C.	10	4%
Superior	8	3%
Total	258	100%

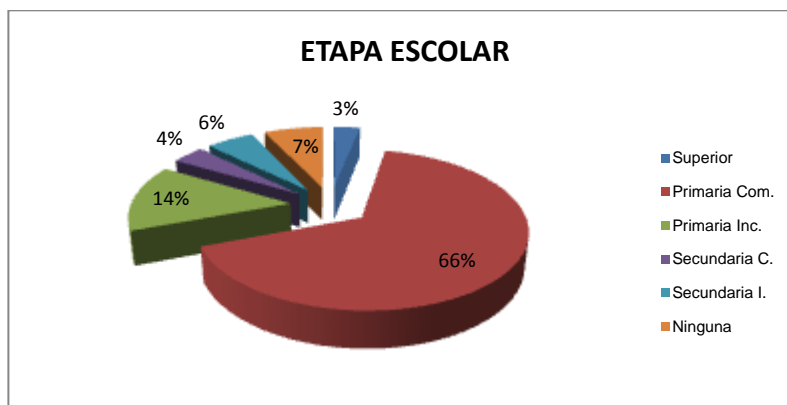
Fuente: Encuestas dirigida a las madres

Elaborado por: Erika Tisalema

Análisis.-

En cuanto al nivel de escolaridad de las madres, en el cuadro se puede observar que del 100% de la población el 7% no tiene ningún nivel de estudios, el 14% tiene primaria incompleta, el 66% primaria completa, el 6% secundaria incompleta, 4% secundaria completa y solo el 3% un nivel superior de estudios.

**GRÁFICO No. 02
ETAPA ESCOLAR-MADRE**



Fuente: Encuestas dirigidas a las madres

Elaborado por: Erika Tisalema

Interpretación.-

El cuadro demuestra que de la población de madres encuestadas, el 66% con primaria completa con el 14% con primaria incompleta representa el 80% de la población con falta de preparación y conocimiento por su grado de escolaridad, lo que aumenta el índice de niños sin vacunación completa.

Utilización de medicamentos caseros

TABLA No. 03
UTILIZACION DE MEDICAMENTOS CASEROS

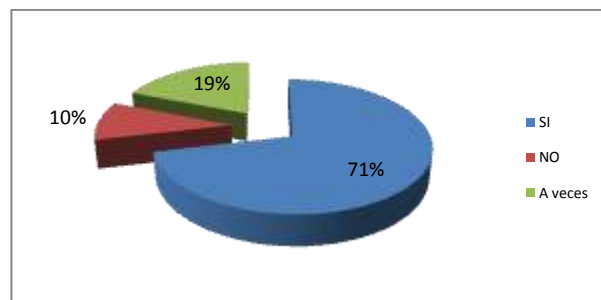
Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
SI	184	71%
NO	25	10%
A veces	49	19%
Total	258	100%

Fuente: Encuestas dirigidas a las madres
Elaborado por: Erika Tisalema

Análisis.-

DEL 100% de la población se ha encontrado que el 71% si usan medicamentos caseros, el 10% no usa estos y el 19% a veces los a usado.

GRÁFICO No. 03
MEDICAMENTOS CASEROS



Fuente: Encuestas dirigidas a las madres
Elaborado por: Erika Tisalema

Interpretación.-

El grafico nos demuestra que las tres cuartas partes (81%) de la población por el mismo hecho de ser multi-étnica aun conservan el mito de usar remedios caseros para cualquiera que sea el caso de salud del niño, dejando de lado la vacunación como método prevenible de morbilidad.

Edad de los niños y niñas

TABLA No. 04
EDAD DE LOS NIÑOS (AS)

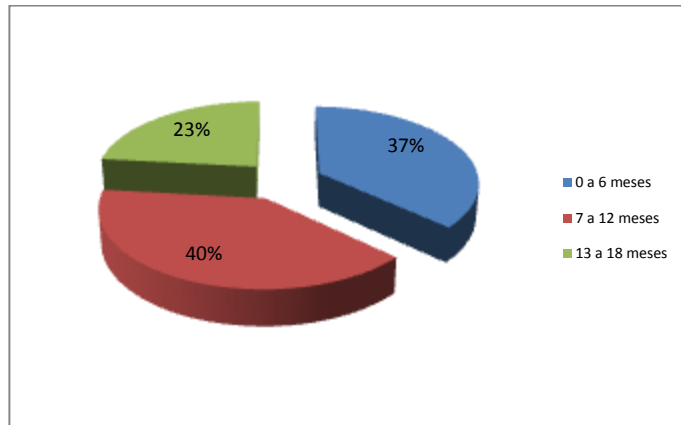
Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
0 a 6 meses	95	37%
7 a 12 meses	103	40%
13 a 18 meses	60	23%
Total	258	100%

Fuente: Encuestas dirigidas a las madres
Elaborado por: Erika Tisalema

Análisis.-

Se ha encontrado una población de lactantes de 0-6meses del 37%, de 7-12 meses un 40%, de 13—18 meses un 23%.

GRÁFICO No. 04
EDAD DEL NIÑO



Fuente: Encuestas dirigidas a las madres
Elaborado por: Erika Tisalema

Interpretación.-

De la encuesta realizada se ha encontrado un 40% de la población de niños que está en los inicios de su vacunación población en la que se debe trabajar aun más en la promoción de la inmunización, y la importancia de cumplir con sus refuerzos. De la población comprendida de edades entre 7 a 12 meses (40%) y de entre 13 a 18 meses (23%) que representa el 60% de niños que se espera tengan sus esquemas completos de vacunación y sean voceros de los beneficios de estas para la salud de la población de menos edad.

Responsable de llevar a vacunar a los niños y/o niñas

TABLA No. 05

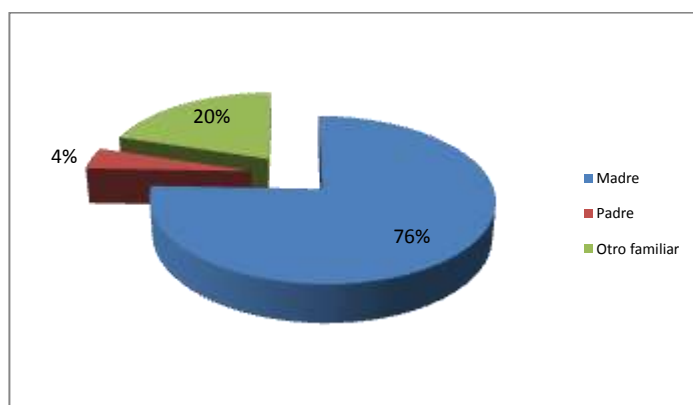
Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Madre	195	76%
Padre	11	4%
Otro familiar	52	20%
Total	258	100%

Fuente: Encuestas dirigidas a las madres
Elaborado por: Erika Tisalema

Análisis.-

El 76% de las madres encuestadas son exclusivamente las encargadas de la vacunación del niño(a), solo un 4% de padres llevan al niño a vacunar, el 20% representa algún otro familiar que lleva al niño.

**GRÁFICO No. 05
ENCARGADO DE VACUNAR**



Fuente: Encuestas dirigidas a las madres
Elaborado por: Erika Tisalema

Interpretación.-

El cuadro nos demuestra que la madre representa el 70% de población encargada de llevar a vacunar al niño y con mayor razón es en ella que se debe poner énfasis en la promoción de la importancia de las vacunas, ya que ella es la que está 100% al cuidado el niño y es la responsable de su salud. El padre que representa el 4% y otros familiares que son el 20% que es el 24% de la población restante no dará tanta importancia al tema pues rara vez acompañara al niño a su vacunación, pero si puede ayudar a la promoción de la importancia de la inmunización.

Conocimientos sobre esquema de vacunación

**TABLA No. 06
CONOCIMIENTO SOBRE ESQUEMA DE VACUNACION**

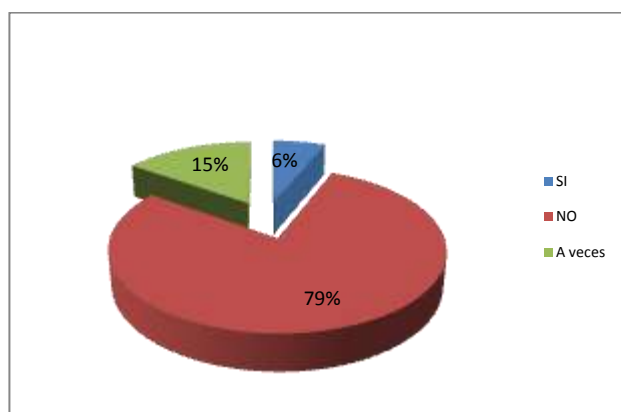
Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
SI	16	6%
NO	203	79%
Algunas	39	15%
Total	258	100%

Fuente: Encuestas dirigidas a las madres
Elaborado por: Erika Tisalema

Análisis.-

De la población encuestada el 6% si conoce que vacunas debe administrar al niño, el 79% no conoce sobre esto, el 15% conoce algunas, dando un total del 100% de la población encuestada.

**GRÁFICO No. 06
CONOCIMIENTO SOBRE ESQUEMA DE VACUNACION**



Fuente: Encuestas dirigidas a las madres
Elaborado por: Erika Tisalema

Interpretación.-

Del gráfico (gráfico N°6) se puede deducir que el 94% de la población haciendo relación el 79% que no conoce, más el 15% que solo conoce algunas vacunas, no tiene un buen nivel de información sobre vacunas por ende no conocen la importancia que estas tienen en el niño para disminuir la morbilidad infantil, esto hace que no se cumpla el esquema de vacunación de los niños de 0 a 18 meses de edad en la Parroquia Quisapincha. Solo un 6% de la población sabe que vacunas debe recibir su hijo, es decir ellos representan el porcentaje de cobertura óptima que se tiene en este puesto de salud.

Vacunación fuera del Sub-centro de salud?

**TABLA No. 07
VACUNACION FUERA DEL SUBCENTRO**

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
SI	53	20%
NO	169	66%
A veces	36	14%
Total	258	100%

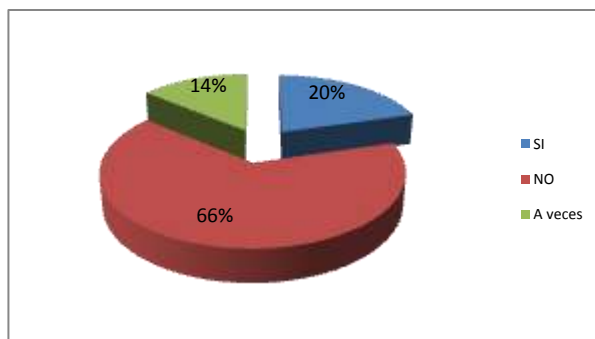
Fuente: Encuestas dirigidas a las madres
Elaborado por: Erika Tisalema

Análisis.-

Del total de la población encuestada se encuentra que el 20% de niños si han sido vacunados fuera de Sub-centro de salud, el 66% no ha sido

vacunado fuera del mismo, el 14% a veces ha sido vacunado fuera de este.

GRÁFICO No. 07
VACUNACION FUERA DEL SUBCENTRO



Fuente: Encuestas dirigidas a las madres
Elaborado por: Erika Tisalema

Interpretación.-

De los resultados obtenidos se puede observar que al hacer una relación del 66% que no ha sido vacunado fuera del sub-centro mas el 14% que a veces ha sido vacunado fuera de este, nos da una población del 80%, se llega a la conclusión que no se hacen campañas frecuentes de vacunación a nivel del área correspondiente al Sub-centro de Salud o que las madres no tienen confianza en las vacunas y no permiten vacunar a sus niños en las visitas domiciliarias que el personal de enfermería realiza y que la vacunación se aprovecha cuando el niño acude a controles por morbilidad y no por cumplir con la vacunación correspondiente. El 20% restante de población que si ha sido vacunado fuera del puesto de salud se puede deducir que es una población reducida de fácil acceso a sus poblaciones que solo hasta ahí llega las visitas.

Conocimiento sobre la importancia de las vacunas del niño/a

TABLA No. 08
IMPORTANCIA DE LA VACUNACIÓN

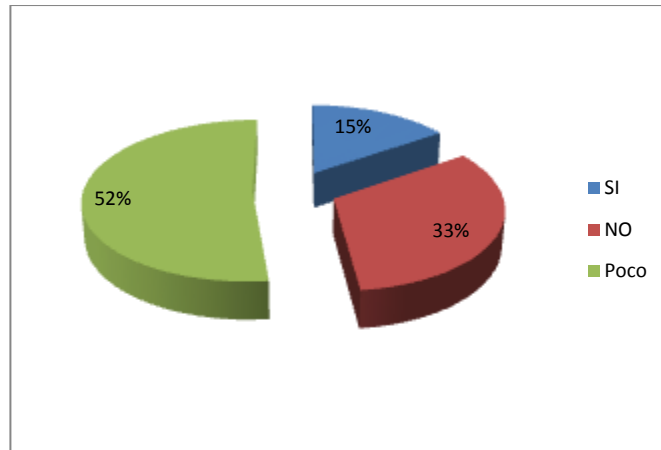
Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
SI	41	15%
NO	84	33%
Poco	133	52%
Total	258	100%

Fuente: Encuestas dirigidas a las madres
Elaborado por: Erika Tisalema

Análisis.-

De la población de Quisapincha el 15% si conoce la importancia de las vacunas, el 33% no conoce, el 52% muy poco conoce sobre el tema.

GRÁFICO No. 08
IMPORTANCIA DE LA VACUNACIÓN



Fuente: Encuestas dirigidas alas madres
Elaborado por: Erika Tisalema

Interpretación.-

El gráfico nos demuestra que el 52% de la población no tiene un buen nivel de información sobre los beneficios incuestionables de las vacunas. Con las vacunas se puede ahorrar en el costo de los tratamientos futuros, se reduce la incidencia de muchas enfermedades infecciosas y evidentemente hay una reducción de la morbi-mortalidad. Para lo cual el personal de salud en especial las Enfermeras debería realizar campañas para concienciar sobre la importancia de este y así evitar brotes como fue el caso del sarampión que aparentemente se encontraba controlado sus brotes. Solo el 15% de la población conoce la importancia de las vacunas del niño, en comparación al 33% que no sabe para qué sirve estas, eso nos demuestra una de las causas para las bajas coberturas de vacunación ya que las madres no van a permitir administrar a sus niños un medicamento que no tienen conocimiento para sirve.

Cumplimiento de citas de vacunación

TABLA No. 09
CUMPLIMIENTO DE CITAS DE VACUNACIÓN

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	91	35%
A veces	137	53%
Nunca	30	12%
Total	258	100%

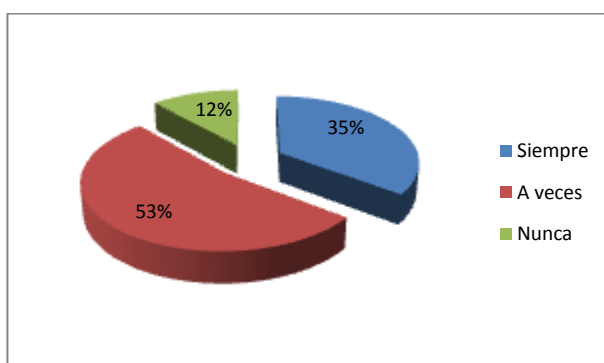
Fuente: Encuestas dirigidas a las madres

Elaborado por: Erika Tisalema

Análisis.-

De los 258 encuestados, el 53% a veces cumple las citas de vacunación, el 35% siempre cumple las citas y el 12% considera que no cumple las citas de vacunación.

GRÁFICO No. 09
CUMPLIMIENTO DE CITAS DE VACUNACIÓN



Fuente: Encuestas dirigidas a las madres

Elaborado por: Erika Tisalema

Interpretación.-

El porcentaje de niños vacunados, que se requiere para cortar la cadena de transmisión de una enfermedad determinada, depende del cumplimiento de las citas de vacunación, pero con un 35% del total de la población que siempre asiste a la vacunación no se va a poder lograr una erradicación de las enfermedades transmisibles peor aun una cobertura optima. El 53% que a veces cumple a las citas más el 12% que nunca cumple las citas de vacunación es la población que se encuentra en riesgo de morbilidad o peor aun pudo haber sido el porcentaje causante

del brote tan rápido del sarampión, puesto que es el 65% del total de la población que se encuentra desprotegida contra este tipo de virus.

Tipo de vacunas

TABLA No. 10
TIPO DE VACUNAS

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
BCG	14	5%
Pentavalente	13	5%
Rotavirus	40	16%
DPT	8	3%
Todas	0	0%
Ninguna	183	71%
Total	258	100%

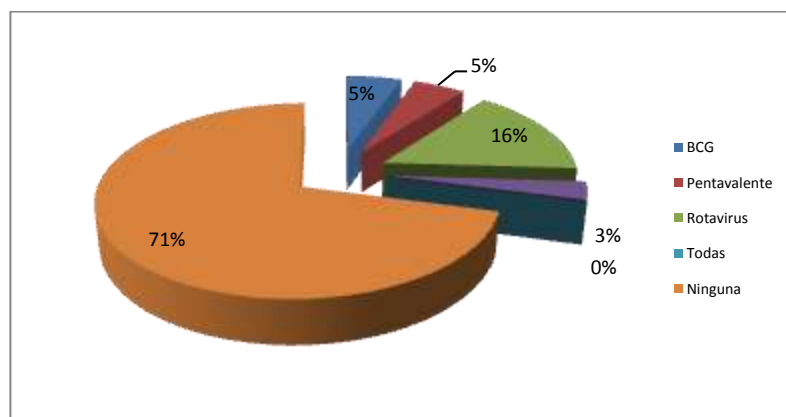
Fuente: Encuestas dirigidas a las madres

Elaborado por: Erika Tisalema

Análisis.-

De los encuestados el 5% conoce la BCG, el 5% conoce la pentavalente, el 16% rotavirus, el 3% conoce la DPT, 0% de la población no conoce todas las vacunas, el 71% no conoce ninguna.

GRÁFICO No. 10
TIPO DE VACUNAS



Fuente: Encuestas dirigidas a las madres

Elaborado por: Erika Tisalema

Interpretación.-

Existe un 71% de la población que desconoce de los tipos de vacunas que debe suministrarse a los niños de 0 a 18 meses, este desconocimiento constituye la causa fundamental de que los niños no posean sus esquemas de vacunaciones completas. Un 5% de la

población dice conocer la vacuna BCG la cual es necesaria que se administre al niño para poder obtener el carnet de vacunación requisito indispensable para inscribir al recién nacido pero desconoce los beneficios que esta tiene en la salud de su hijo y por consiguiente tampoco va a dar importancia a las siguientes vacunas, peor aún conocer para que sirven, por lo cual, influye en el no cumplimiento de la cobertura de vacunación. La población restante que sumando el 5% que conoce la pentavalente, el 16% conoce rotavirus, 3%DPT, tenemos un 24% que dará importancia a la vacunación.

Vacunas que ha recibido el niño/a

TABLA No. 11
TIPO DE VACUNAS INYECTADAS

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
BCG	45	18%
Pentavalente	104	40%
Rotavirus	16	6%
DPT	13	5%
Todas	53	21%
Ninguna	27	10%
Total	258	100%

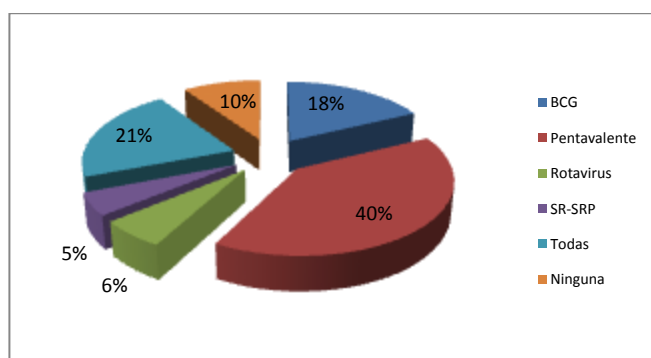
Fuente: Encuestas dirigidas alas madres

Elaborado por: Erika Tisalema

Análisis.-

Los niños de 0-18 meses el 18% ha recibido BCG, el 40% pentavalente, 6% rotavirus, 5% DPT, 21% a recibido todas, 10% no a recibido ninguna.

GRÁFICO No. 11
TIPO DE VACUNAS INYECTADAS



Fuente: Encuestas dirigidas alas madres

Elaborado por: Erika Tisalema

Interpretación.-

Haciendo relación al 18% de la población que tiene solo la BCG, a diferencia del 40% que tiene la vacuna pentavalente, se entiende que hay niños menores de 3 meses o recién nacidos que apenas están empezando su esquema de vacunación o que por algún motivo no ha recibido la continuación de vacunas de acuerdo a su edad, ya sea por descuido de la madre, falta de información del personal de salud al momento de la vacunación o por miedo del responsable del niño a los efectos secundarios propios de la vacuna. El restante de niños al comparar el 6% rotavirus, mas el 5% DPT, 21% a recibido todas, 10% no ha recibido ninguna nos da un porcentaje del 37% de niños que pueden ser desertores del esquema de vacunación o causas de baja cobertura.

Cumplimiento de la vacunación

TABLA No. 12
CUMPLIMIENTO DE VACUNACIÓN

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
SI	190	73%
NO	15	6%
Poco	53	21%
Total	258	100%

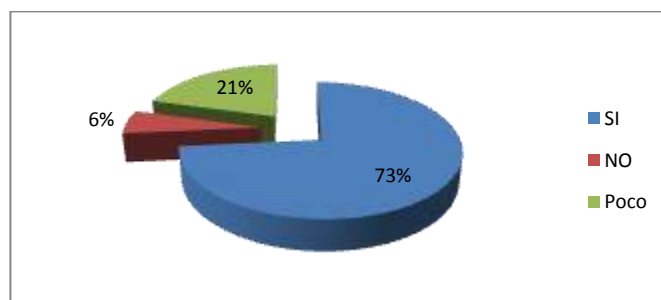
Fuente: Encuestas dirigidas a las madres

Elaborado por: Erika Tisalema

Análisis.-

Del 100% de encuestados el 73% si considera necesario, el 6% no considera necesario, el 21% considera poco necesario aplicar todas las vacunas al niño.

GRÁFICO No. 12
CUMPLIMIENTO DE VACUNACIÓN



Fuente: Encuestas dirigidas a las madres

Elaborado por: Erika Tisalema

Interpretación.-

El 73% de la población está consciente de la importancia del cumplimiento del esquema de vacunación, pero no identifica el tipo de vacunas que debe recibir el niño de acuerdo a su edad (Tabla No.12); entonces, se deduce la inadecuada orientación acerca del esquema de vacunación y complicaciones que traen como consecuencia el incumplimiento del esquema de vacunación. Haciendo referencia al 21% que considera poco necesario mas el 6% que no cree necesario la vacunación de su niño tenemos un 27% de población que nos demuestra que durante la vacunación el personal de enfermería no brinda la información necesaria para que la madre tenga conocimiento de lo que se le está administrando y los beneficios que esto presenta a futuro para su niño.

Capacitación sobre el Programa Ampliado de Inmunización

**TABLA No. 13
CAPACITACIÓN**

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
SI	35	13%
NO	172	67%
A veces	51	20%
Total	258	100%

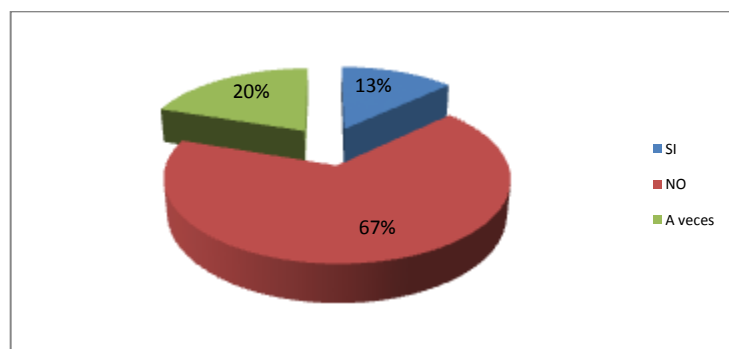
Fuente: Encuestas dirigidas a las madres

Elaborado por: Erika Tisalema

Análisis.-

Se encuentra que del total de la población el 13% si ha sido capacitado, el 67% no, el 20% a veces a recibida capacitación sobre las vacunas de su niño.

**GRÁFICO No. 13
CAPACITACIÓN**



Fuente: Encuestas dirigidas a las madres

Elaborado por: Erika Tisalema

Interpretación.-

La mayoría de la población (67%) no ha sido capacitada, lo que implica que no hay promoción de la salud a través de la vacunación, el personal de salud no se preocupa por educar a la población en cuanto a vacunas, se está limitando exclusivamente a su trabajo encomendado y no toman en cuenta que este aspecto sería lo ideal para lograr una buena cobertura. Comparando el 20% que a veces a recibido capacitación más el 13% que si ha recibido capacitación, tenemos un 33% de población es decir la capacitación que en alguna ocasión ha dado el personal de enfermería sobre el PAI solo ha logrado llegar a una cuarta parte de la población.

4.2 Verificación de la hipótesis

Verificación con el estadístico Chi cuadrado

1. Planteamiento de la hipótesis

a. Modelo lógico

Hipótesis Nula (H0)

“El buen nivel de información sobre vacunas hace que NO se cumpla el esquema de vacunación de los niños de 0 a 18 meses de edad de la Parroquia Quisapincha”.

Hipótesis Alternativa (H1)

“El nivel de información sobre vacunas hace que SI se cumpla el esquema de vacunación de los niños de 0 a 18 meses de edad de la Parroquia Quisapincha”.

b. Modelo matemático

Hipótesis Nula (H0): Observado (O) = Esperado (E)

Hipótesis Alternativa (H1): Observado (O) \neq Esperado (E)

c. Modelo estadístico

$$X^2C = \frac{O - E^2}{E}$$

Simbología

X^2t = Chi cuadrado tabla

X^2c = Chi cuadrado calculado

∞ = Nivel de significancia

gl = grados de libertad

c = Columnas

f = Fila

2. Nivel de significación $\infty = 0.05$

3. Zona de rechazo de la H0

$$gl = (c-1)(f-1)$$

$$gl = (3-1)(3-1)$$

$$gl = 4$$

$$X^2t = 9.49$$

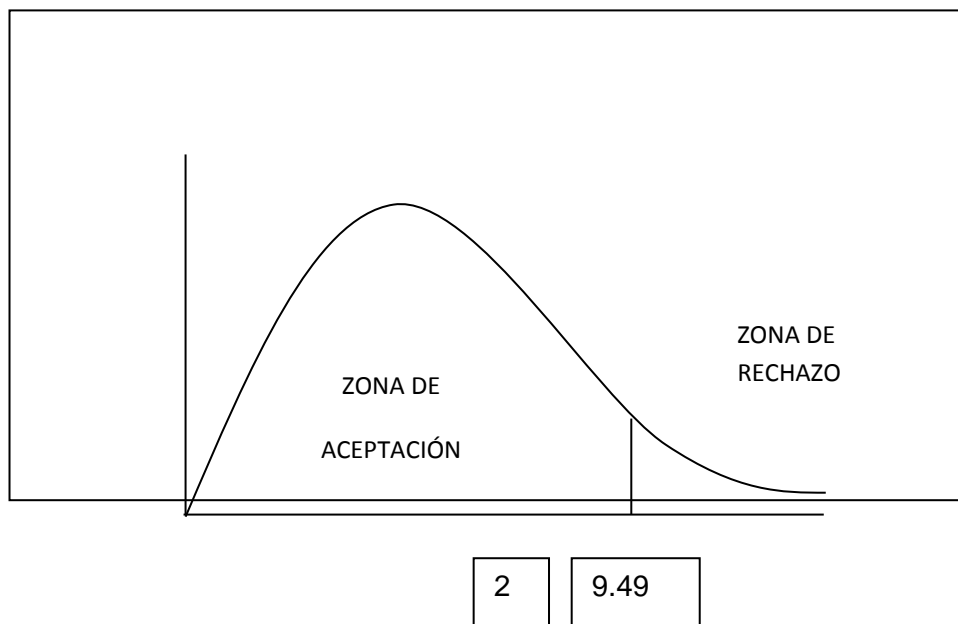


Gráfico No. 17. Identificación de zonas
Elaborado por: ErikaTisalema

4. Regla de decisión

Si $X^2c < X^2t$ se acepta H1

5. Cálculo de X^2c

Nivel de información Pregunta 14. VI. Cobertura Pregunta 6. VD.	SI	NO	A veces	TOTAL
SI	1	14	1	16
NO	6	182	15	203
A veces	0	35	4	39
TOTAL	7	231	20	258

Tabla No. 17. Frecuencias Observadas
Elaborado por: Erika Tisalema

Nivel de información Pregunta 14. VI. Cobertura Pregunta 6. VD.	SI	NO	A veces	TOTAL
SI	0.43410853	14.3255814	1.24031008	16
NO	5.50775194	181.755814	15.7364341	203
A veces	1.05813953	34.9186047	3.02325581	39
TOTAL	7	231	20	258

Tabla No. 18. Frecuencias Esperadas
Elaborado por: Erika Tisalema

O	E	O-E	(O-E)²	(O-E)²/E
1	0.43410853	0.56589147	0.32023316	1
6	5.50775194	0.49224806	0.24230815	0
0	1.05813953	-1.05813953	1.11965928	1
14	14.3255814	-0.3255814	0.10600324	0
182	181.755814	0.24418605	0.05962683	0
35	34.9186047	0.08139535	0.0066252	0
1	1.24031008	-0.24031008	0.05774893	0
15	15.7364341	-0.73643411	0.5423352	0
4	3.02325581	0.97674419	0.9540292	0
TOTAL				2

Tabla No. 19. Cálculo del χ^2
Elaborado por: Erika Tisalema

6. Decisión

Si $\chi^2 < 9.49$ entonces se acepta H_1 .

Interpretación

Con 4 grados de libertad y 95% de confiabilidad, aplicando la prueba X^2 (Chi-cuadrado) se tiene que el valor tabular es igual a 9.49; de acuerdo a los resultados obtenidos con los datos tomados de las encuestas realizadas a las madres o representantes de los niños de 0 a 18 meses, se ha calculado el valor de X^2_c que alcanza a 2; lo que implica que se acepta la hipótesis que dice: **“El buen nivel de información sobre vacunas hace que SI se cumpla el esquema de vacunación de los niños de 0 a 18 meses de edad de la Parroquia Quisapincha.**

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Existe una población de 50% que es joven, menor a 25 años, que apenas concluye la primaria. Es una población en edad fértil, con déficit en la preparación escolar la cual necesita fortalecer el nivel de información sobre inmunización a través de los diferentes tipos de vacunas (encuesta dirigida a las madres).

Las tres cuartas partes es decir el 71% de la población tiene la costumbre de utilizar medicamentos caseros. La falta de conciencia entre la población que no considera a las fiebres, alergias como una enfermedad y limitan su atención a remedios caseros o falsas soluciones, conlleva a que el problema de vacunación no alcance su cobertura total.

Los niños investigados están en una edad frágil con altas probabilidades de enfermarse. Población infantil que en edad temprana demanda de atención para ser atendido por problemas de salud.

En el 76% de los casos la madre es la encargada de vacunar, el padre rara vez se preocupa de vacunarlos. Por tanto la madre es la primera en ser informada sobre la inmunización a través del esquema de vacunación completo.

El 79% de la población no tiene un buen nivel de información sobre vacunas esto hace que no se cumpla el esquema de vacunación de los niños de 0 a 18 meses de edad en la Parroquia Quisapincha. Existe un desconocimiento sobre los beneficios incuestionables de las vacunas. Con las vacunas se puede ahorrar en el costo de los tratamientos futuros, se reduce la incidencia de muchas enfermedades infecciosas y evidentemente hay una reducción de la morbi-mortalidad.

El Sub-centro de Salud de Quisapincha tiene gran acogida porque el 66% de la población acude para hacer ver a sus hijos de enfermedades que pueden ser prevenibles mediante una oportuna vacunación.

De los 258 encuestados, el 53% a veces cumple las citas de vacunación, lo que implica que existe un riesgo en el cumplimiento del nivel de cobertura. El 71% no conoce las vacunas (BCG, Pentavalente, Rotavirus y DPT) que requiere el niño de 0 a 18 meses, este desconocimiento constituye la causa fundamental de que los niños no posean sus esquemas de vacunaciones completas.

La población está consciente de la importancia del cumplimiento del esquema de vacunación, pero no identifica el tipo de vacuna (Tabla No.12); entonces se deduce la inadecuada orientación acerca del esquema de vacunación y complicaciones que traen como consecuencia el incumplimiento del esquema de vacunación.

El 67% de la población no ha recibido capacitación sobre el Programa Ampliado de Inmunización en los últimos 6 meses lo que implica que hace falta mayor promoción de la cobertura de vacunación. Tampoco han recibido charlas educativas y/o consejerías al respecto. Esto es otro factor para el incumplimiento del esquema de vacunación; es un problema, que incide en las enfermedades, cuyas consecuencias pueden conllevar un alto índice de morbi-mortalidad en niños de 0 a 18 meses de edad.

5.2 RECOMENDACIONES

Fortalecer el nivel de información de la población de Quisapincha, considerando que es gente joven en edad fértil y con poca preparación escolar.

Durante la etapa de educación al paciente, la enfermera debe concientizar a la población sobre la inmediata atención médica al niño

cuando presenta signos y síntomas como fiebres, alergias y no limitarse únicamente a remedios caseros o falsas soluciones, que pueden tener consecuencias de morbi-mortalidad.

En la atención a los pacientes, dar mayor atención a los niños de 0 a 18 meses. Ellos están en una edad frágil con altas probabilidades de enfermarse. Una pronta atención médica puede salvar vidas.

Brindar información, en la mayoría de los casos la madre es la encargada de vacunar, el padre rara vez se preocupa de vacunarlo. Por tanto la madre es la primera en ser informada sobre la inmunización a través del esquema de vacunación completo, los beneficios que este tiene y hacer énfasis en la prevención para evitar nuevos rebrotes de sarampión, o cualquier otra enfermedad prevenible.

CAPÍTULO VI PROPUESTA

6.1 DATOS INFORMATIVOS

6.1.1. Título de la propuesta

“Promoción del Esquema ideal de inmunización en niños de 0 a 18 meses”

6.1.2. Localización de la propuesta

Sub-centro de Salud de la parroquia Quisapincha. Teléfono (03)2772498

6.1.3. Responsable de la organización

Erika Tisalema

6.1.4. Coordinador de la propuesta

Tutora Dra. Patricia Rojas

6.1.5. Duración de la propuesta

Elaboración y ejecución de la propuesta: Dos mes

6.1.6. Beneficiarios

Las madres de familia y los niños de 0 a 18 meses de edad

6.1.7. Gasto total de la propuesta

El costo total de la propuesta es de \$750, que serán financiados por la investigadora.

6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

La investigación realizada mediante la aplicación de encuestas, observación directa y revisión de las historias clínicas da como resultado que el 71% de la población de Quisapincha ha recibido u bajo nivel de información en cuanto a vacunas de los niños de 0 a 18 meses.

Las tres cuartas partes de la población tiene la costumbre de utilizar medicamentos caseros. La falta de conciencia entre la población que no considera a las fiebres, alergias como una enfermedad y limitan su atención a remedios caseros o falsas soluciones, conlleva a que el problema de vacunación no alcance su cobertura total.

En la mayoría de los casos la madre es la encargada de vacunar, el padre rara vez se preocupa de vacunarlo. Por tanto la madre es la primera en ser informada sobre la inmunización a través del esquema de vacunación completo.

En la población de Quisapincha existe un desconocimiento sobre los beneficios incuestionables de las vacunas. Con las vacunas se puede ahorrar en el costo de los tratamientos futuros, se reduce la incidencia de muchas enfermedades infecciosas y evidentemente hay una reducción de la morbi-mortalidad.

De los 258 encuestados, el 53% a veces cumple las citas de vacunación, lo que implica que existe un riesgo en el cumplimiento del nivel de cobertura. El 71% no conoce las vacunas (BCG, Pentavalente, Rotavirus y DPT) que requiere el niño de 0 a 18 meses, este desconocimiento constituye la causa fundamental de que los niños no posean sus esquemas de vacunaciones completas.

Estos resultados conllevan a presentar una propuesta de promoción del esquema ideal de inmunización en niños de 0 a 18 meses.

6.3 JUSTIFICACIÓN

Dentro de la sociedad la falta de información, sobre todo la falta de promoción del esquema ideal de inmunización en niños de 0 a 18 meses incide en el cumplimiento de la cobertura de vacunación.

La disminución de la comunicación entre personal de salud y padre de familia o representante del niño/a permite que no se tenga buenas relaciones humanas y el usuario no cumpla con el deber sagrado de cuidar la salud del niño.

El trabajo investigativo ha optado por la promoción porque contribuye a fortalecer el conocimiento sobre el esquema ideal de vacunación de los niños de 0 a 18 meses que permite una mayor cobertura de vacunación. Por tanto la propuesta va dirigida a los padres de familia o representantes de los niños de 0 a 18 meses de edad en el Sub-centro de Salud de Quisapincha.

La promoción de esquema ideal de inmunización se presenta mediante la planificación de la cobertura de vacunación y la divulgación del calendario de vacunación.

En lo social, la propuesta, contribuye a mejorar la calidad de vida de los niños puesto que una intervención de vacunación oportuna genera salud y cumplimiento satisfactorio de la cobertura de vacunación.

El personal de salud del Sub-centro de Quisapincha, son especialistas que están dispuestos a promocionar a fin de cumplir las expectativas de cobertura.

La investigación es factible de realizarse porque existe apoyo del personal de salud, bibliografía pertinente, trípticos de promoción y los costos que acarrea, es cubierto por quien investiga.

6.4 OBJETIVOS

6.4.1 Objetivo general

Promocionar el esquema ideal de inmunización de los niños de 0 a 18 meses para elevar el nivel de cobertura de vacunación en el Sub-centro de Salud de Quisapincha en la Provincia de Tungurahua, aplicando estrategias innovadoras.

6.4.2 Objetivos específicos

- Educar a los usuarios del Sub-centro de Salud, mediante charlas, talleres, casas abiertas, sobre la importancia de la vacunación y sus efectos secundarios.
- Organizar atención médica y de vacunación a las comunidades de limitado acceso al Sub-centro de Salud.
- Elaborar un plan de acción para la promoción del esquema de vacunación en los niños de 0 a 18 meses.

6.5 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

Las **vacunas** (del latín *vaccinus-a-um*, vacuno; de *vacca-ae*, vaca). son preparados de antígenos que una vez dentro del organismo provocan una respuesta de ataque, denominada anticuerpo (que elimina el antígeno). Esta respuesta genera *memoria inmunológica* produciendo, en la mayoría de los casos, inmunidad permanente frente a la enfermedad. La vacuna fue inventada por Edgard Jenner. (<http://es.wikipedia.org/wiki/vacuna>).



Gráfico No. 14. Vacunas
Elaborado por: ErikaTisalema

Esquema de vacunación:

Las vacunas recomendadas para los niños de 0 a 18 meses son:

En Recién Nacidos:

- **BCG**

Que previene enfermedades como la Tuberculosis, es una dosis única que se administra al recién nacido, por vía subcutánea.

- **HEPATITIS B**

Previene enfermedades de la hepatitis B la misma que afecta al hígado del niño, se administran tres únicas dosis, por vía intramuscular.

En niños de 2 a a4 meses:

- **PVO**

La poliemielitis es una enfermedad vírica aguda, que se va desde una asintomática hasta la febril inespecífica desencadenando en complicaciones meningo encefálicas y muerte, la administración es oral.

- **PENTAVALENTE**

Previene contra la difteria, tos ferina, tetanos, hepatitis B e infecciones invasivas producidas por Haemophilus influenzae de tipo b.

- **ROTAVIRUS**

Es una enfermedad endémica y la causa más común de diarrea severa, puede provocar serias consecuencias de salud incluyendo deshidratación

y hasta la muerte. El rotavirus es altamente contagioso y se disemina habitualmente por transmisión fecal-oral.

- **NEUMOCOCO**

La enfermedad neumocócica es una enfermedad causada por un tipo de bacteria llamado neumococo. A menudo es leve, pero puede causar síntomas graves, incapacidad por toda la vida o la muerte. Los niños menores de 2 años de edad se encuentran en mayor riesgo de contraer la enfermedad. La vacuna contra la enfermedad neumocócica protege contra esta enfermedad.

En los niños de 6 meses:

- **SR**

Vacuna de virus atenuados, conocida como “Triple Viral”, que protege contra el sarampión, rubéola y la parotiditis.

En los niños de 1 año a 18 meses:

- **FIEBRE AMARILLA**

La fiebre amarilla es una enfermedad viral transmisible pero prevenible por vacunas. Esta enfermedad es causada por el virus de la fiebre amarilla y es transmitida por diferentes especies de mosquitos.

- **VARICELA**

La varicela es una enfermedad muy contagiosa causada por el virus varicela zóster. Los síntomas iniciales normalmente incluyen dolor, fiebre, y dolor de garganta, seguido por unas ampollas que dan mucha picazón, como una erupción.

- **DPT**

Es una vacuna combinada que protege al niño contra tres enfermedades difteria, tosferina y tétanos. Es una vacuna muy eficaz ya que proporciona alta protección, y gracias a su utilización hoy son muy poco frecuentes

estas enfermedades. Si dejamos de vacunar a los niños, estas enfermedades volverán a aumentar, con todas sus complicación.

Preguntas frecuentes

- ¿Qué son las vacunas?

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

- ¿Cómo se aplican?

Las vacunas se aplican mediante inyección, y con menos frecuencia vía oral (poliomielitis, fiebre tifoidea, cólera). En muchos casos son necesarias varias aplicaciones para conseguir que el efecto protector se mantenga durante años.

- ¿Es segura la vacuna?

Sí, la persona que tiene puesta todas las dosis del calendario es prácticamente imposible que padezca la enfermedad.

- ¿Qué efectos secundarios tiene la vacuna?

Aunque las vacunas se consideran medicamentos muy seguros, en ocasiones pueden aparecer algunas reacciones adversas como: enrojecimiento leve y dolor en el lugar de la inyección (son raras las reacciones locales más pronunciadas), fiebre o dolores musculares. En contadas ocasiones se han presentado reacciones alérgicas fuertes a alguno de los componentes de las vacunas.

- ¿Qué es la Difteria?

Una infección causada por una bacteria (bacilo de la Difteria) que puede provocar enfermedades graves que afectan a la garganta (que puede causar dificultad severa para respirar), corazón, riñones...

- ¿Cómo se transmite la Difteria?

De una persona enferma a otra sana.

- ¿Por qué nos debemos vacunar?

Porque existen distintas partes del mundo en las que aún se producen casos y por ello la Organización Mundial de Salud, recomienda la vacunación junto con la vacuna del Tétanos.

- ¿Es segura la vacuna?

Con todas las dosis del calendario se alcanza una protección de cerca del 100%.

- ¿Qué efectos secundarios tiene la vacuna?

Prácticamente ninguno, son muy raros y leves cuando se producen, (inflamación o dolor del lugar de la inyección, décimas de fiebre...) que ceden en pocos días.

- Para mayor información Sub-centro de salud de Quisapincha. Teléfono (03)2772498.

-

6.6 ANALISIS DE FACTIBILIDAD

Esta propuesta es factible llevar adelante porque está dentro de las políticas del Sub-centro de Salud, se cuenta con la colaboración y apertura del personal de salud que labora en dicha institución para la ejecución de esta propuesta.

Es un tema de interés para la población y el mismo puesto de salud ya que los beneficiarios serán el puesto de salud por que se ayudara a incrementar el nivel de cobertura de vacunación, la área de salud ya que se disminuiría el gasto en medicación por morbilidad, en especial la misma población por que se evitaría el riesgo de mortalidad infantil por rebrote de enfermedades prevenibles.

6.7 METODOLOGÍA. PLAN DE ACCIÓN

ACTIVIDADES	ESTRATEGIAS	RESPONSABLES
Redacción de oficios	Oficio a la directora del Sub-centro de salud	Erika Tisalema
Entrevista con el personal de enfermería	Solicitar apoyo para la realización de la promoción Solicitar la colaboración para que actúe como instructora, ya que conoce del proyecto y de las estrategias de la atención al usuario.	Erika Tisalema
Presentación de la propuesta	Plan de acción Trípticos	Erika Tisalema
Promoción	Trípticos	Erika Tisalema
Ejecución de la propuesta	Desarrollo dela promoción a través de entrega de los trípticos a las madres de familia	Erika Tisalema
Reuniones con el personal de salud del subcentro.	Monitoreo de la cobertura de vacunación	Erika Tisalema
Evaluación de la Propuesta	Aplicación de una encuesta para medir el nivel de cobertura de vacunación.	Erika Tisalema



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Área de Salud No.1 Medalla Milagrosa
 Sub-centro de Salud de Quisapincha

**“Promoción del Esquema ideal de
 inmunización en niños de 0 a 18
 meses”**

ELABORADO POR: ERIKA TISALEMA

AMBATO – ECUADOR
 2013

VACUNACIÓN



La vacunación es el proceso por medio del cual una persona se hace inmune o resistente a una enfermedad específica.

Importancia de las vacunas

Las vacunas son medicamentos biológicos que provocan la generación de defensas (anticuerpos) evitando la infección o la enfermedad.

Los niños requieren protegerse frente a gérmenes como la difteria, sarampión, neumococo, gripe, rubéola, que son causa de enfermedades.

Enfermedades que se previene

- Tuberculosis meníngea
- Poliomielitis
- Rotavirus
- Difteria
- Tétanos
- Tosferina
- HepatitisB
- HemophilusInfluenzae tipo b
- StreptococcusNeumoniae

La mejor estrategia para evitar contraer la enfermedad es la vacunación

TABLA DE VACUNACIÓN

VACUNAS	2	4	6	12	15	18
	MESAS	MESAS	MESAS	MESAS	MESAS	MESAS
Poliomielitis	VPI1	VPI2	VPI3			VPI4 (*)
Difteria-Tétanos-Pertussis	DTP _{ca1}	DTP _{ca2}	DTP _{ca3}			DTP _{ca4}
Haemophilus-influenzae b	Hib1	Hib2	Hib3			Hib4
Sarampión Rubéola Parotiditis				TY1		
Hepatitis B		HB3 dosis 0; 1-2; 6 meses				
Meningitis Meningocócica C	1	2	3 (*)			
Vancea						

EFFECTOS SECUNDARIOS

Enrojecimiento leve y dolor en el lugar de la inyección (son raras las reacciones locales más pronunciadas), fiebre o dolores musculares. En contadas ocasiones se han presentado reacciones alérgicas fuertes a alguno de los componentes de las vacunas.

UN PINCHAZO POSITIVO PROTEGE LA VIDA

TIPOS DE VACUNA

VACUNA BCG:

Esta vacuna protege a tu bebé de la tuberculosis. Se aplica a los recién nacidos menores de tres meses y en buen estado de salud, en el brazo derecho una sola vez en la vida y no requiere refuerzos.

VACUNA PENTAVALENTE

Es una vacuna que combina cinco antígenos. Protege de la difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B e infecciones invasivas. Vacunea los 2, 4, 6 meses y los refuerzos de 18 meses y 6 años.

VACUNA ROTAVIRUS

El rotavirus es la causa más común de diarrea grave en niños. La enfermedad está caracterizada por vómito y diarrea líquida por 3 a 8 días, y se presentan con frecuencia fiebre y dolor abdominal. Tanto los niños vacunados como los que no han recibido la vacuna pueden enfermarse por rotavirus más de una vez ya que existen diferentes tipos de rotavirus y porque ni la vacuna ni la infección adquirida en forma natural proporcionan una inmunidad (protección) total a futuras infecciones. Sin embargo, una segunda infección tiende a ser menos grave que la primera infección por el rotavirus.

- **Vacuna OPV (Vacuna Oral contra Poliomiélitis)**

Protege contra la Poliomiélitis. 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.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Área de Salud No.1 Medalla Milagrosa Sub-centro de Salud de Quisapincha



Ministerio de Salud Pública

“Promoción del Esquema ideal de inmunización en niños de 0 a 18 meses”

ELABORADO POR: ERIKA TISALEMA

AMBATO – ECUADOR

2013

6.8 ADMINISTRACIÓN

Recursos institucionales

Sub-centro de salud de Quisapincha

Recursos materiales

300 trípticos sobre vacunación

Proceso

Con la autorización del director del sub-centro de salud de Quisapincha, se procede a la entrega de trípticos a las madres o representantes de los niños de 0 a 18 meses de edad.

CRONOGRAMA

SUB-CENTRO DE SALUD QUISAPINCHA

Promoción a las madres de familia representantes de los niños de 0 a 18 meses

No.	ACTIVIDADES	TIEMPO	DICIEMBRE 2012															ENERO 2013					
			L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	S	M	M	J	V	S
			2	3	4	5	6	9	10	11	12	13	16	17	18	19	20	21	21	22	23	24	25
1	Redacción de oficios		█																				
2	Entrevista con el responsable del Sub-centro salud		█																				
	Elaboración de la propuesta			█	█	█	█	█															
3	Presentación de la propuesta						█																
4	Análisis de la propuesta							█	█	█	█												
5	Aprobación de la propuesta																						
6	Promoción																						
7	Ejecución de la propuesta (Promoción)																						
8	Reuniones con el personal de salud del sub-centro.																						
9	Evaluación de la Propuesta																						

PRESUPUESTO

RECURSOS	VALOR
Materiales de escritorio	\$ 250
Materiales bibliográficos	100
Trípticos	100
Refrigerios	50
Transporte	50
Transcripciones	100
Imprevistos	<u>100</u>
Total	\$750

El presupuesto de la propuesta es de \$750, los mismos que serán financiados por la investigadora.

IMPACTO

Se considera relevante señalar que el contenido de la propuesta, al igual que sus principios inspiradores y enfoque, es producto de la investigación.

Para que los padres de familia o el representante del niño/a se sientan motivados a asistir al sub-centro de salud de Quisapinchaa participar en la cobertura de vacunación.

La propuesta de promocionar mediante entrega de trípticos, charlas a la población sobre el Esquema ideal de inmunización en niños de 0 a 18 meses genera un impacto social, porque contribuye a mejorar la calidad de vida de la población de Quisapincha, niños sanos y fuertes que es de interés comunitario.

La propuesta a través de la promoción con la aplicación de trípticos lo que contribuye positivamente al desarrollo del medio ambiente, especialmente

cuando trata al niño(a) en el proceso de vacunación emitir consejos y el cuidado que se debe tener para así favorecer al medio ambiente.

6.9 PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN

Se conceptualiza la evaluación como una actividad constante como los del proceso de enseñanza aprendizaje que es parte integral del proceso de promoción y tiene como objetivo proporcionar un alto nivel de información de las vacunas que requiere el niño de 0 a 18 meses de edad logrando alcanzar una aceptación de la comunidad y cumpliendo con satisfacción el nivel de cobertura de vacunación.

ANEXO No. 1 ENCUESTA

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE ENFERMERIA

CUESTIONARIO

Objetivo: Determinar el nivel de información que tiene la población en cuanto a vacunas de los niños de 0 a 18 meses que acuden al Sub-centro de Salud de Quisapincha.

1.- ¿Qué edad tiene la madre?

- Menos de 19 años ()
- De 19 a 25 años ()
- De 25 a 40 años ()
- Más de 40 años ()

2.- ¿Cuál fue la etapa escolar aprobada?

- | | | | |
|---------------------|-----|-----------------------|-----|
| Superior | () | Secundaria completa | () |
| Primaria completa | () | Secundaria incompleta | () |
| Primaria incompleta | () | Ninguna | () |

3.- ¿Usted tiene la costumbre de utilizar medicamentos caseros?

- SI () NO () A veces ()

4.- ¿Qué edad tiene su hijo?

- 0 a 6 meses ()
- 7 meses a 12 meses ()
- 13 meses a 18 meses ()

5.- ¿Quién es el encargado de llevar a vacunar a su hijo?

- Madre ()
- Padre ()
- Otro familiar ()

6.- ¿Sabe usted que vacunas debe administrarle a su hijo de acuerdo a su edad?

- SI () NO () Algunas ()

7.- ¿Ha sido vacunado su niño fuera del Sub-centro de salud?

- SI () NO () A veces ()

8.- ¿Conoce usted sobre la importancia de las vacunas de su niño?

SI () NO () Poco ()

9.- ¿Cumple usted las citas de vacunación?

Siempre ()

A veces ()

Nunca ()

10. ¿Qué tipo de vacunas conoce?

BCG ()

Pentavalente ()

Rotavirus ()

SR - SRP ()

Todas ()

Ninguna ()

11. ¿Qué tipo de vacunas ha recibido su niño(a)?

BCG ()

Pentavalente ()

Rotavirus ()

SR - SRP ()

Todas ()

Ninguna ()

12.- ¿Considera necesario aplicar todas las vacunas indicadas en el carnet de vacunación de su niño?

SI () NO () A veces ()

13.- ¿Ha recibido capacitación sobre el Programa Ampliado de Inmunización en los últimos 6 meses?

SI () NO () A veces ()

Gracias por su colaboración

ANEXO Nº 2

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE TUNGURAHUA
ÁREA DE SALUD N.-1
SUBCENTRO DE SALUD DE QUISAPINCHA
TASAS DE ABANDONO Y DESERCIÓN DE VACUNAS

TASA DE ABANDONO- VACUNA PENTAVALENTE

$$\frac{\text{N.-primeras dosis en}<1 \text{ año} - (\text{N.-de terceras dosis de penta en}<1 \text{ año})}{\text{N.-primeras dosis en}<1 \text{ año}} \times 100$$

$$\text{JULIO: } \frac{13-16}{13} \times 100 = \frac{-3}{13} \times 100 = -23\%$$

$$\text{AGOSTO: } \frac{25-22}{25} \times 100 = \frac{3}{25} \times 100 = 12\%$$

$$\text{SEPTIEMBRE: } \frac{16-22}{16} \times 100 = \frac{-6}{16} \times 100 = -37.5\%$$

$$\text{OCTUBRE: } \frac{32-22}{32} \times 100 = \frac{10}{32} \times 100 = 31.25\%$$

$$\text{NOBIEMBRE: } \frac{32-22}{32} \times 100 = \frac{10}{32} \times 100 = 31.25\%$$

$$\text{DICIEMBRE: } \frac{32-22}{32} \times 100 = \frac{10}{32} \times 100 = 31.25\%$$

ANEXO N°3

TASA DE ABANDONO- VACUNA OPV

$$\frac{\text{N.}-\text{primeras dosis de OPV en}<1 \text{ año} -(\text{N.}-\text{de terceras dosis de OPV en}<1 \text{ año})}{\text{N.}-\text{primeras dosis de OPV en}<1 \text{ año}} \times 100$$

$$\text{JULIO: } \frac{13-16}{13} \times 100 = \frac{-3}{13} \times 100 = -23\%$$

$$\text{AGOSTO: } \frac{25-22}{25} \times 100 = \frac{3}{25} \times 100 = 12\%$$

$$\text{SEPTIEMBRE: } \frac{16-22}{16} \times 100 = \frac{-6}{16} \times 100 = -37.5\%$$

$$\text{OCTUBRE: } \frac{32-22}{32} \times 100 = \frac{10}{32} \times 100 = 31.25\%$$

$$\text{NOBIEMBRE: } \frac{16-22}{16} \times 100 = \frac{-6}{16} \times 100 = -37.5\%$$

$$\text{DICIEMBRE: } \frac{32-22}{32} \times 100 = \frac{10}{32} \times 100 = 31.25\%$$

ANEXO N°4

TASA DE ABANDONO- Vacuna dT

$$\frac{\text{N.-primeras dosis de dT} - (\text{N.-de segundas dosis de dT})}{\text{N.-primeras dosis de dT}} \times 100$$

$$\text{JULIO: } \frac{1-32}{1} \times 100 = \mathbf{-3,100\%}$$

$$\text{AGOSTO: } \frac{0-26}{0} \times 100 = \mathbf{0\%}$$

$$\text{SEPTIEMBRE: } \frac{0-28}{0} \times 100 = \mathbf{0\%}$$

$$\text{OCTUBRE: } \frac{1-16}{1} \times 100 = \mathbf{-1,500 \%}$$

$$\text{NOVIEMBRE: } \frac{0-28}{0} \times 100 = \mathbf{0\%}$$

$$\text{DICIEMBRE: } \frac{1-16}{1} \times 100 = \mathbf{-1,500 \%}$$

ANEXO N°5

TASA DE DESERCIÓN BCG-OPV

$$\frac{\text{N. de dosis BCG en <1 año} - (\text{N. de primeras dosis OPV en <1 año})}{\text{N. de dosis BCG en <1 año}} \times 100$$

$$\text{JULIO: } \frac{17-13}{17} \times 100 = \frac{4}{17} \times 100 = \mathbf{23.5\%}$$

$$\text{AGOSTO: } \frac{21-25}{21} \times 100 = \frac{-4}{21} \times 100 = \mathbf{-19.05\%}$$

$$\text{SEPTIEMBRE: } \frac{10-16}{10} \times 100 = \frac{-6}{10} \times 100 = \mathbf{-60\%}$$

$$\text{OCTUBRE: } \frac{22-32}{22} \times 100 = \frac{-10}{22} \times 100 = \mathbf{-45.4\%}$$

$$\text{NOVIEMBRE: } \frac{10-16}{10} \times 100 = \frac{-6}{10} \times 100 = \mathbf{-60\%}$$

$$\text{DICIEMBRE: } \frac{22-32}{22} \times 100 = \frac{-10}{22} \times 100 = \mathbf{-45.4\%}$$

ANEXO N°6

TASA DE DESERCIÓN BCG-OPV 3.

$$\frac{\text{N.-de dosis BCG en}<1 \text{ año} - (\text{N.-de terceras dosis OPV en}<1 \text{ año})}{\text{N.-de dosis BCG en}<1 \text{ año}} \times 100$$

$$\text{JULIO: } \frac{17-16}{17} \times 100 = \mathbf{5.9\%}$$

$$\text{AGOSTO: } \frac{21-22}{21} \times 100 = \mathbf{-4.8\%}$$

$$\text{SEPTIEMBRE: } \frac{10-22}{10} \times 100 = \mathbf{-120\%}$$

$$\text{OCTUBRE: } \frac{22-22}{22} \times 100 = \mathbf{0\%}$$

$$\text{NOVIEMBRE: } \frac{10-22}{10} \times 100 = \mathbf{-120\%}$$

$$\text{DICIEMBRE: } \frac{22-22}{22} \times 100 = \mathbf{0\%}$$

ANEXO N°7

TASA DE DESERCIÓN OPV 3-SRP.

$$\frac{\text{N.-de dosis OPV3 en}<1 \text{ año} - (\text{N.-dosis SRP en niños 1 año})}{\text{N.-de dosis OPV3 en}<1 \text{ año}} \times 100$$

$$\text{JULIO: } \frac{23-33}{23} \times 100 = \mathbf{-43.4\%}$$

$$\text{AGOSTO: } \frac{16-23}{16} \times 100 = \mathbf{-43.75\%}$$

$$\text{SEPTIEMBRE: } \frac{22-48}{22} \times 100 = \mathbf{-118.1\%}$$

$$\text{OCTUBRE: } \frac{22-27}{22} \times 100 = \mathbf{-22.7\%}$$

$$\text{NOVIEMBRE: } \frac{22-42}{22} \times 100 = \mathbf{-90.9\%}$$

$$\text{DICIEMBRE: } \frac{22-42}{22} \times 100 = \mathbf{-90.9\%}$$

ANEXO N-8

GRAFICO DE COBERTURAS DE VACUNACION

REPÚBLICA DEL ECUADOR
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
REGISTRO GRAFICO DE

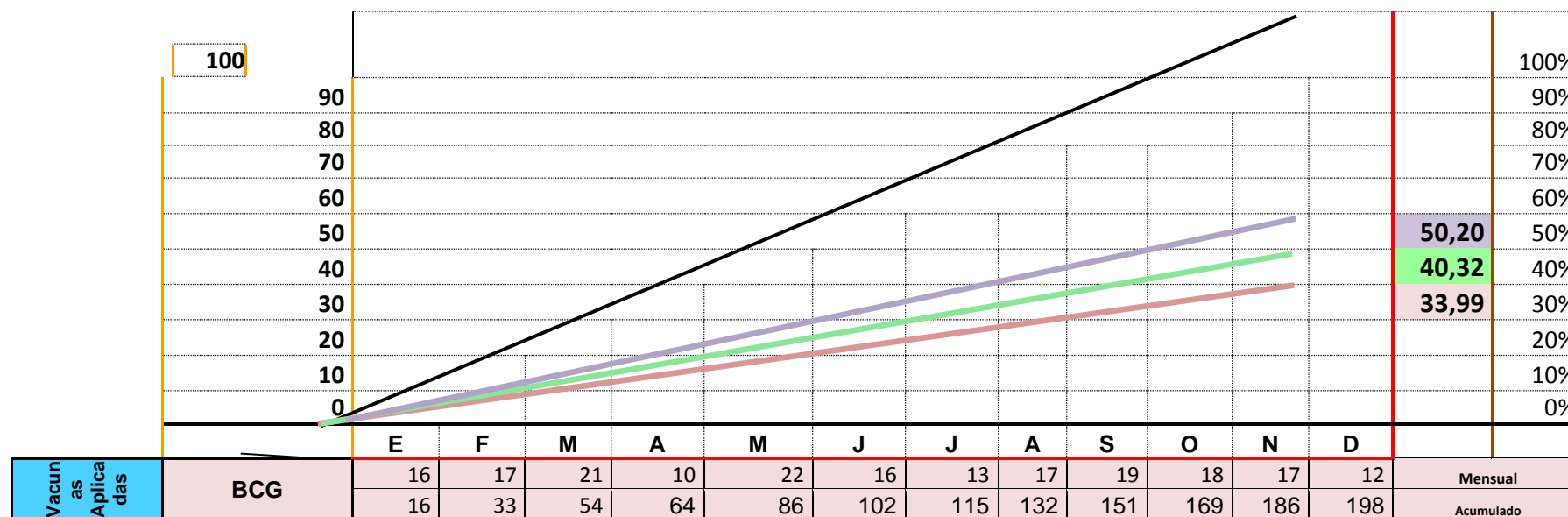


DIVISIÓN NACIONAL DE FOMENTO Y PROTECCIÓN DE LA SALUD
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES
= VACUNACIÓN EN MENORES DE 1 AÑO

Provincia: Tungurahua
Localidad: Quisapincha

Cantón: Ambato
Tipo de Unidad: Subcentro de Salud Quisapincha

Año: 2012 Mes: Diciembre
Población de Niños menores de 1 año: 253
Promedio Mensual de Vacunación: 253



		6,32	13,04	21,34	25,30	33,99	40.31	45.45	52	60	67	73.5	78	%	
	ROTAVIRUS		24	27	16	13	22	19	13	220	180	160	220	190	Mensual
			24	51	67	80	102	121	134	156	174	190	212	231	Acumulado
			9,49	20,16	26,48	31,62	40,32	47.82	52.96	62	69	75	83	91	%
	S.R		27	18	31	27	24	11	20	23	11	18	19	23	Mensual
			27	45	76	103	127	138	158	181	192	40	229	252	Acumulado
			10,67	17,79	30,04	40,71	50,198	54.54	62.45	72	76	83	90.5	99	%

ANEXO N°9



REPÚBLICA DEL ECUADOR
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

DIVISIÓN NACIONAL DE FOMENTO Y PROTECCIÓN DE LA SALUD
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

REGISTRO GRAFICO DE LAS COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN MENORES DE 1 AÑO

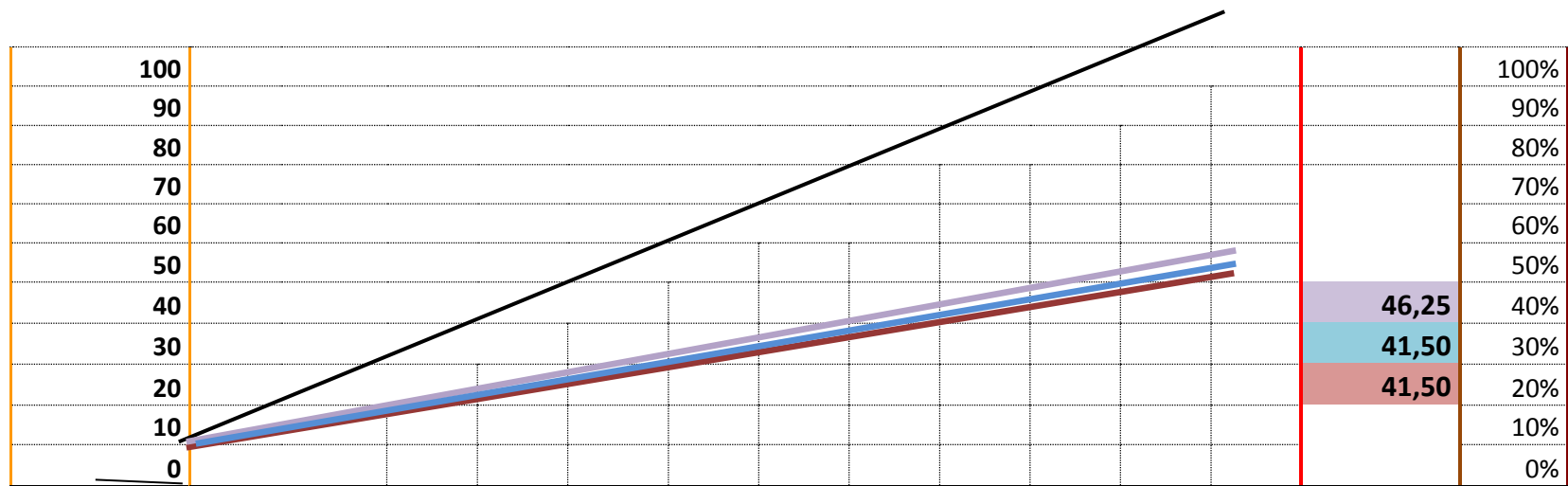
Provincia: Tungurahua
Localidad: Quisapincha

Cantón: Ambato
Tipo de Unidad: Subcentro de Salud Quisapincha

Año: 2012 Mes: Enero - Diciembre

Población de Niños menores de 1 año:

Promedio Mensual de Vacunación:



		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Vacunas Aplicadas	ANTIPOLIO	23	16	22	22	22	13	24	16	16	18	15	20	Mensual
		23	39	61	83	105	118	142	158	175	192	207	227	Acumulado
		9,09	15,42	24,11	32,81	41,50	46,64	56,12	62	69	76	81	89	%
	PENTAVALENTE	23	16	22	22	22	13	24	16	16	18	15	20	Mensual
		23	39	61	83	105	118	142	158	175	192	207	227	Acumulado
		9,09	15,42	24,11	32,81	41,50	46,64	56,2	62	69	76	81	89	%
	NEUMOCOCO	23	30	19	20	25	21	12	24	23	26	13	16	Mensual
		23	53	72	92	117	82	94	118	141	167	180	196	Acumulado
		9,091	20,95	28,46	36,36	46,245	32,41	37,15	47	56	66	71	77	%

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Flores E. en el trabajo sobre “Deserción al programa ampliado de inmunización”
- 2.- Landázuri D. (2010), de la Universidad Técnica del Norte en Imbabura, en el trabajo sobre “Factores socio-culturales que inciden en el cumplimiento del esquema de inmunización de niños menores de un año”.
- 3.-Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2006, Lineamientos técnicos y operativos para la vacunación.
- 4.-Ministerio de Salud Pública. Manual de Lineamientos Técnicos y Operativos para la Introducción de la Vacuna contra Rotavirus al Programa Ampliado de Inmunizaciones. Septiembre 2007
- 5.- Ministerio de Salud Pública, Quito (2005), Manual de normas técnico-administrativas, métodos y procedimientos de vacunación y vigilancia epidemiológica del Programa Ampliado de Inmunización. (PAI)
- 6.- Organización Panamericana de Salud, Ecuador 2007, Proceso de control y mejoramiento de la Salud Pública.
- 7.-Rendon M. (2008), de la Universidad centro occidental “Lisandro Alvarado” de Venezuela, en el trabajo sobre “Cobertura de vacunación de los niños del pre-escolar “El muchachito”.
- 8.- Saavedra C.; Terrera J. (2009), de la Universidad Técnica de Babahoyo: Intervenciones de enfermería para disminuir la tasa de abandono de la aplicación de vacunas pentavalentes, anti polio y rotavirus en los menores de un año que acuden al sub-centro de salud mocache.
- 9.- Soto E. Otros. La Florida en el trabajo: “conocimiento de las madres sobre el Esquema Nacional de Vacunación, antes y después de participar en programa educativo”.

LINKOGRAFÍA:

1.- Arteaga. A. Lucas. F. (2013) Conocimientos que tienen los padres, sobre las reacciones de las vacunas en los menores de cinco años en la parroquia crucita del cantón Portoviejo. Recuperado 5 de marzo de 2013, disponible <http://hdl.handle.net/123456789/662>

2.- Acosta. R. Rodríguez. J. (2006) Inequidad en las Coberturas de Vacunación Infantil en Colombia, Años 2000 y 2003. *Rev. Salud pública* [online]. 2006. Disponible en <http://www.revmed.unal.edu.co/revistasp>

3.- Gómez. M. (2010) Evaluacion de las coberturas de Inmunizacion en niños y niñas menores de 23 meses de edad. Publicado el 10 de junio de 2010. Disponible en [www.portales](http://www.portalesmédicos.com) médicos.com

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

BASES DE DATOS UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

1.- LUHM, Karin, Cardoso M, Waldman E., Vaccination coverage among children under two years of age based on electronic immunization registry in Southern Brazil. *Rev. Saúde Pública* 45(1): 90-98, TAB. 2011 Feb. SciELO Brasil

2.- QUINTANA Jesús, Quintana L., Gómez M. Immunizational impact in the morbidity per bacterial meningoencephalitis to Meningococcus B-C y to Haemophilus influenza group b. Province of Matanzas, 2000-2008. *Rev. Med. Electrón.* 34(2): 173-185, ND. 2012 Apr. SciELO Province of Matanzas

3.- Arevshatian, L., Clements C., Lwanga S., Misore A., Ndumbe P., Seward, J; Taylor P. An evaluation of infant immunization in África: is a transformation in progress? *Bull World Health Organ* 85(6): 449-457,. 2007 Jun. SciELO Africa.

4.- QUEIROZ Lorena, Monteiro S, Mochel E, Veras M, Sousa F, Bezerra M, Chein M. Coverage of the basic immunization schedule in the first year of life in State capitals in Northeast Brazil. Grupo Inquérito Cobertura Vacinal 2007. *Cad. Saúde Pública* 29(2): 294-302, ND. 2013 Feb. SciELO Brazil.

5.- BÁRCENAS Rosa, Curiel R, Caballero R, Villaseñor A, Baja cobertura de vacunación en niños y niñas migrantes indígenas Salud pública Méx 54(4): 361-362, ND. 2012 Aug. SciELO Saúde Pública.