



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TÍTULO

**“INCUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNAS EN NIÑOS Y
NIÑAS MENORES DE 24 MESES EN EL CENTRO DE SALUD DE
CHONTACRUZ”**

Tesis previa a la obtención
del título de licenciada en
Enfermería

AUTORA:

Katherine Elizabeth Ocampo Silva

DIRECTORA:

Lic. María Obdulia Sánchez Castillo, Mg. Sc.

Loja 2018

CERTIFICACIÓN

Loja, 17 de julio del 2018

Lic. María Obdulia Sánchez Castillo, Mg.Sc
DIRECTORA DE TESIS

Certifico que el presente trabajo de investigación titulado; **INCUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNAS EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 24 MESES EN EL CENTRO DE SALUD DE CHONTACRUZ**, ha sido elaborado por la Srta. Katherine Elizabeth Ocampo Silva, bajo mi dirección, control y seguimiento, el mismo que se encuentra dentro de los procedimientos legales que exige la institución por lo autorizo su presentación el organismos competente, para que le dé el trámite correspondiente.

Atentamente,



Lic. María Obdulia Sánchez Castillo, Mg. Sc
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Katherine Elizabeth Ocampo Silva declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el repositorio institucional- Biblioteca- Virtual

Autora: Katherine Elizabeth Ocampo Silva

Firma: 

Cédula: 1900641430

Fecha: 17 de julio de 2018

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, **Katherine Elizabeth Ocampo Silva**, autora de la tesis: **“INCUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNAS EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 24 MESES EN EL CENTRO DE SALUD DE CHONTACRUZ”**, cumpliendo el requisito que permite obtener el grado de Licenciada en Enfermería, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, difunda con fines estrictamente académicos la producción intelectual de esta casa de estudios superiores.

Los usuarios, libremente, pueden consultar el contenido de este trabajo a través del Repositorio Digital Institucional (RDL), accediendo a las redes de información del país y del extranjero con las cuales la Universidad mantenga un convenio.

La Universidad Nacional de Loja no se hace responsable por el plagio o copia injustificada de la presente tesis que sea realizada por terceros.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 18 días del mes de mayo del 2018 firma su autora.

Firma: 

Autora: Katherine Elizabeth Ocampo Silva

Cédula: 1900641430

Dirección: Av. Eugenio Espejo y La Palma

Correo Electrónico: katypucha_19@hotmail.com

Teléfono: 0980677410

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de Tesis: Lic. María Obdulia Sánchez Castillo, Mg. Sc.

Tribunal de grado: Presidenta: Lic. Denny Caridad Ayora Apolo, Mg. Sc.

Vocal: Lic. Noemi Dávila Chamba, Mg. Sc.

Vocal: Lic. Bertila Maruja Tandazo Agila, Mg. Sc

ÍNDICE

CARATULA	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
ÍNDICE	v
AGRADECIMIENTO	vii
DEDICATORIA	viii
a. TÍTULO.....	1
b. RESUMEN	2
c. ABSTRACT.....	3
d. INTRODUCCIÓN.....	4
e. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	6
Inmunización.....	6
La inmunización pasiva.....	6
La inmunización activa.....	6
Vacuna.....	6
Vacunas que conforman el esquema de vacunación.....	8
Vacuna BCG	8
Vacuna hepatitis B (HB)	9
Vacuna OPV (Vacuna oral contra Poliomieltis)	10
Vacuna triple bacteriana DPT.....	11
Vacuna pentavalente (DPT+HB+Hib)	12
Vacuna triple viral (SRP) y vacuna dupla viral (SR).....	13
Vacuna de la fiebre amarilla (FA) ó antiamarílica	13
Esquemas de vacunación 2016	15
Importancia.....	16
Calendario de vacunación.....	16
Esquema de vacunación del programa regular.	17
Control de enfermedades.....	17
Oportunidades pérdidas de vacunación.....	17
Factores que intervienen en la asistencia de la madre a las inmunizaciones	18
Factores sociodemográficos y culturales.....	18

Factores Institucionales	22
Accesibilidad al servicio	22
Horario de atención	22
Barreras por la conducta de los prestadores de Salud	23
Tiempo de espera	23
Factores pediátricos.....	25
f. METODOLOGÍA	28
Tipo de estudio	28
Área de estudio.....	28
Grupo de estudio	28
Universo	28
Tiempo	28
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	28
Presentación de resultados.....	29
Consideraciones éticas.....	29
g. RESULTADOS	30
h. DISCUSIÓN	41
i. CONCLUSIONES.....	43
j. RECOMENDACIONES.....	44
k. BIBLIOGRAFÍA.....	45
l. ANEXOS.....	49
Anexo A.....	49
Anexo B	50
Anexo C	53
Anexo D.....	54
Anexo E	55
Proyecto de Tesis	55

AGRADECIMIENTO

Ante todo, agradezco a Dios, por protegerme y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida y permitirme cumplir esta meta tan anhelada.

A demás mis más sinceros agradecimientos a la Universidad Nacional de Loja, Institución en la cual me he formado, al Área de la Salud Humana y en especial a la Carrera de Enfermería, con todos y cada uno de sus directivos, administrativos y docentes que me ayudaron en mi formación, en especial a los maestros quienes dieron su tiempo y conocimientos para realizar mi tesis.

Quiero agradecer a mis padres Graciela y Monfilio, hermanos Juan, Carla y Karina, quienes me acompañaron en esta etapa de mi vida, apoyándome, animándome, dándome su amor incondicional, y sobre todo creyendo en mí.

Gracias a mis queridos compañeros, que me apoyaron y me permitieron entrar en su vida durante estos cuatro años de convivir dentro y fuera del salón de clases.

Gracias a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto, siempre les estaré eternamente agradecida.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios por haberme dado la vida y por estar conmigo en cada paso que doy, cuidándome y dándome fuerza para continuar, porque si el no soy nadie; a mis queridos padres Graciela y Monfilio quienes a lo largo de mi vida han sido el pilar más importante, velando siempre por mi bienestar y dándome su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones, gracias por estar siempre ahí; a mi amado hijo Pablito que ha sido y será siempre el motivo fundamental para salir adelante, el que me da fuerzas y me motiva a luchar cada día para ser una persona mejor. Ustedes han depositado su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi capacidad. Es por ello que soy lo que soy ahora.

a. TÍTULO

“INCUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNAS EN NIÑOS Y NIÑAS
MENORES DE 24 MESES EN EL CENTRO DE SALUD DE CHONTACRUZ”.

b. RESUMEN

La Estrategia Nacional de Inmunizaciones es una acción conjunta de las naciones del mundo y de organismos internacionales interesados en apoyar acciones tendientes a lograr coberturas universales de vacunación. Los objetivos planteados fueron: Identificar los factores pediátricos, señalar los factores institucionales y establecer los factores maternos, que influyen en el incumplimiento del esquema de vacunas de los niños menores de 24 meses. El estudio realizado fue de tipo descriptivo, transversal, en el cual se aplicó una encuesta a madres de niños menores de 24 meses del Centro de Salud. Los resultados revelan que los niños con retraso o abandono del esquema de vacunas se encuentran en edades entre 13 a 24 meses; la mitad de los niños no fueron vacunados por las reacciones post vacuna y porque estaban enfermos el día de la vacuna.; más de la mitad de las madres refieren que siempre encuentran las vacunas que necesita, en menos porcentaje que las citan para otra fecha; así mismo refieren que el trato solo a veces es amable. Entre los factores pediátricos el mayor porcentaje de niños con esquemas de vacunación incompletos son de edades entre 13 a 24 meses. Entre los factores institucionales más de la mitad de las madres refieren que siempre encuentran las vacunas que necesitan, en menores porcentajes expresan que las citan para otra fecha. En relación a los factores maternos, son madres jóvenes entre las edades de 20 a 24 años, con un nivel de instrucción entre primaria y secundaria.

Palabras claves: Incumplimiento, esquema de vacunas

c. ABSTRACT

The National Immunization Strategy is a joint action of the nations of the world and of international organizations interested in supporting actions aimed to achieve universal vaccination coverage. The proposed objectives were: Identify the pediatric factors, point out the institutional factors and establish the maternal factors, which influence the non-completion of the vaccination scheme of children under 24 months. The recognized study was descriptive, transversal, in which a survey was applied to mothers of children under 24 months of El Centro de Salud. The results reveal that children with delay or abandonment of the vaccine scheme are between 13 and 24 months old; half of the children were not vaccinated because of the post-vaccine reactions and because of they were sick on the day of the vaccine; more than half of the mothers report that they always find the vaccines they need, in less percentage who mention them for another date; likewise, they report that the treatment is only sometimes kind. Among the pediatric factors, the highest percentage of children with incomplete vaccination schemes are between 13 and 24 months old. Inside the institutional factors, more than half of the mothers report that they always find the vaccines they need, in smaller percentages they express that they are dated for another date. In relation to maternal factors, they are young mothers between the ages of 20 and 24, with a level of education between primary and secondary.

Keywords: Non-completion, vaccine scheme

d. INTRODUCCIÓN

Los niños son la población más vulnerable, ya que son los más susceptibles de enfermar y morir, las inmunizaciones son la forma más efectiva de control y disminución de riesgo.

En el Ecuador, en diciembre del año 2012, el 7,3% de la población representa a las niñas y los niños menores de cinco años, quienes aproximadamente el 50 % en el transcurso de su vida debieron ser vacunados desde el momento en que nacieron. Aproximadamente 31.880 menores no han sido vacunados con la vacuna BCG, 4,9% la vacuna pentavalente, el 5,5% la vacuna de poliomielitis, aproximadamente 23.810 niñas y niños 56,7% y 43,3% respectivamente no han sido vacunados con la vacuna SRP y un 6,4%, a nivel nacional la vacuna del rotavirus (INEC, 2013).

La inmunización previene cada año entre 2 y 3 millones de defunciones por difteria, tétanos, tos ferina y sarampión en niños. La inmunización es una de las intervenciones sanitarias más potentes y eficaces en relación al costo. Previene enfermedades debilitantes, incapacitantes y salva millones de vida cada año (OMS, 2016).

La vacunación contribuye en gran medida a cumplir los objetivos de desarrollo del milenio relacionados con la salud. A mantener a raya enfermedades transmisibles mortales y mutilantes, las vacunas son esenciales para mantener y ampliar los beneficios sanitarios. Este trabajo obedece al lineamiento número uno de infecciones comunes de “prioridades de investigación en salud 2013-2017”. Así como también a la línea tres de “Las enfermedades infecciosas más frecuentes en la región sur del país y en el ámbito nacional”, ámbito 4 de las líneas de investigación de la carrera, además a cumplir con el objetivo 3 que es mejorar la calidad de vida de la población (Senplades, 2013-2017).

Por lo expuesto el estudio realizado fue de tipo descriptivo, trasversal, en el cual se aplicó una encuesta a madres de niños menores de 24 meses del Centro de Salud.

El presente estudio tiene por finalidad determinar los factores de incumplimiento del esquema de vacunas en niños/as menores de 24 meses del Centro de Salud de Chontacruz, a fin de identificar los factores pediátricos, institucionales y maternos que influyen en el incumplimiento del esquema de vacunas.

e. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Inmunización

La Inmunización es la acción y efecto de inmunizar. Este verbo, por su parte, refiere a hacer inmune). Aquel o aquello que recibe una inmunización, por lo tanto, está exento de ciertos problemas, trastornos, padecimientos, etc.

Es importante destacar que la inmunidad puede ser natural o artificial. La noción de inmunización suele referirse al proceso artificial que permite alcanzar la inmunidad ante una cierta enfermedad.

La inmunización pasiva. Se logra a partir de los anticuerpos que se generan en el cuerpo de otra persona y que luego se transmiten de alguna manera. Ese es el caso de los lactantes que adquieren anticuerpos transferidos por su madre mediante la placenta.

La inmunización activa. En cambio, consiste en la aplicación de vacunas que propician una respuesta inmunitaria del organismo ante determinados patógenos. La intención es alcanzar el desarrollo de una memoria inmunitaria que permita formar anticuerpos protectores contra el antígeno en cuestión (Julián & María, 2014).

Vacuna. Se entiende por vacuna cualquier preparación destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos. El método más habitual para administrar las vacunas es la inyección, aunque algunas se administran con un vaporizador nasal u oral (OMS, 2016).

Clasificación de vacunas. Las vacunas pueden clasificarse según su antígeno integrante, su método de fabricación, su composición, o su uso sanitario. En función de los componentes empleados para su fabricación, las vacunas se clasifican en tres tipos: víricas, bacterianas y biosintéticas.

Vacunas Víricas y Bacterianas. Como su propio nombre indica, se fabrican a partir de los virus o bacterias que provocan la enfermedad. Ambas se dividen en dos grupos:

a) *Vacunas de microorganismos vivos atenuados.* Usan la forma del virus o bacteria debilitada (o atenuada).

b) *Vacunas de microorganismos muertos o inactivados.* Se hace de una proteína u otros pequeños fragmentos tomados de un virus o bacteria. Como los patógenos muertos o inactivos no se pueden replicar en lo absoluto, no pueden revertirse a una forma más virulenta, capaz de provocar enfermedades. Son vacunas generalmente bien toleradas, menos reactógenas que las vacunas vivas, muy seguras y de más fácil fabricación.

Vacunas Biosintéticas. Son aquellas que son obtenidas con componentes diríamos artificiales. Es decir que no son simplemente las partes del virus o la bacteria. Algunas se hacen por recombinación genética.

Por último, nombrar que, según las vías de administración, las vacunas se clasifican en:

Vacunas inyectables.

- Intradérmica (BCG y rabia).
- Subcutánea (neumocócica, meningocócica, tifoidea parenteral, fiebre amarilla, varicela, encefalitis japonesa)
- Intramuscular (las subcutáneas y además hepatitis A y B, DTP, DT, T, D, DTPa, Hib, gripe, neumocócica conjugada, rabia, encefalitis por garrapatas).

Vacunas orales. (antitífica oral Ty21a y anticolérica oral)

Vacunas inhaladas intranasales. (vacuna de la gripe adaptada al frío) (Morán, 2014)

Vacunas que conforman el esquema de vacunación

Vacuna BCG

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

Eficacia e inmunogenicidad. La vacuna BCG previene la diseminación hematológica a partir del foco primario, mostrando una protección del 80% para las formas de tuberculosis infantil más severas (meníngea y miliar), cuando la vacunación se realiza en el recién nacido.

Vía, dosis y edad de aplicación. Una dosis de 0.1 ml ó 0.05 ml, según el fabricante, por vía intradérmica en la parte media del músculo deltoides del brazo derecho. Aplicar a todos los recién nacidos (dentro de las 24 horas) o en el primer contacto del niño(a) con los servicios de salud.

Reacciones adversas. Cuando se utiliza la técnica correcta en el sitio de inyección se produce una pápula que desaparece en 15 a 30 minutos. Entre la segunda y tercera semanas aparece una pústula que deja escapar una serosidad, ulcerándose a veces, la misma que se cierra espontáneamente con una costra y que se desprende luego de 12 semanas dejando una cicatriz permanente. Estas reacciones son indoloras.

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

- Absceso localizado
- Adenitis supurada
- Cicatriz queloides extensa

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

Vacuna hepatitis B (HB)

Descripción general. Contiene el antígeno de superficie purificado del virus, obtenido por recombinación genética del DNA

Susceptibilidad e inmunidad. Tres dosis inducen protección en el 95-98% de los vacunados con títulos protectores a las 2 semanas de la segunda dosis. La respuesta inmune decae en mayores de 40 años.

Vía, dosis y edad de aplicación. Administrar IM, 0.5 ml hasta los 9 años de edad. En recién nacidos y lactantes se aplica en tercio medio lateral del muslo. En mayores de 10 años, adolescentes, embarazadas y adultos 1 ml, IM en el deltoides. El esquema a usar según riesgo es el siguiente:

Lugar	Población o grupo	Esquema de vacunación
Región Amazónica	Menores de un año Población de 1 a 9 años	1 D al nacer y 3 dosis de Penta
Todo el país	Menores de un año (Penta)	1 D: Primera al primer contacto Segunda dosis al mes Tercera a los 6 meses
Trabajadores de salud y adolescentes	Según riesgo como resultado de estudios epidemiológicos	Penta 2 - 4 - 6 meses de edad

Reacciones adversas de la vacuna. Son leves y transitorias (eritema, induración y dolor en el sitio de la inyección). Las generales se resuelven rápido (dolor abdominal, náusea, cansancio, vómitos, diarrea, cefalea). Muy rara vez hay hipotensión, prurito, síncope, bronco espasmo, angioedema, vasculitis y linfadenopatía.

Contraindicaciones. Hipersensibilidad al timerosal o hidróxido de Aluminio, presencia de fiebre alta.

Vacuna OPV (Vacuna oral contra Poliomieltis)

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

Contraindicaciones. En caso de enfermedad aguda severa con temperatura mayor de 39°C, la aplicación será diferida. No debe aplicarse en niños con antecedentes alérgicos a la estreptomicina, neomicina y polimixina, aunque en la práctica es casi imposible conocer este antecedente.

Vacuna triple bacteriana DPT

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

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

- Del 90 al 95% contra la difteria.
- Del 70 al 80% contra la tos ferina.
- Del 98 al 100% contra el tétanos. Las tres dosis y el refuerzo confieren inmunidad prolongada.

Vía, dosis y edad de aplicación. Se administra por vía IM en el vasto externo (tercio medio lateral del muslo). Para la vacunación se utiliza una jeringuilla descartable o autodestructible de 0,5 ml con aguja de 23 G x 1. A partir de los 2 meses de edad, deberá recibir 3 dosis, con intervalo de 2 meses entre ellas (mínimo 4 semanas) y un refuerzo al año de la tercera dosis.

Reacciones adversas. En el sitio de la inyección puede presentarse reacciones locales como dolor, eritema, edema e induración. Algunos niños desarrollan fiebre en cuyo caso se debe recomendar paracetamol (acetaminofen) en dosis de 15 mg/Kg/ cada 6 horas, control de temperatura por medios físicos (baño). En casos raros, el componente Pertussis puede desencadenar reacciones neurológicas (convulsiones). En estos casos no podrá usarse Pentavalente ni DPT sino la vacuna DT (pediátrica) para completar el esquema. Anote este particular en el carné de vacunación y en la historia clínica.

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

Vacuna pentavalente (DPT+HB+Hib)

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

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

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

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

Vacuna triple viral (SRP) y vacuna dupla viral (SR)

Descripción general. La Triple Viral SRP está compuesta por virus vivos atenuados contra sarampión, rubéola y parotiditis. La Dupla Viral SR contiene virus vivos atenuados contra sarampión y rubéola

Susceptibilidad e inmunidad. La eficacia para sarampión y parotiditis es del 95% y para rubéola 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 niños de 12 a 23 meses, por vía subcutánea en la región deltoidea del brazo izquierdo, una dosis de 0,5 ml utilizando jeringuilla auto destructible con aguja 25 G x 5/8.

Reacciones adversas de la vacuna. Las reacciones leves, tales como alza térmica entre el quinto y el décimo segundo día posteriores a la vacunación ocurren en un 15% de vacunados y exantema en un 5% de vacunados. Muy rara vez, puede presentarse encefalitis/encefalopatía, trombocitopenia a una tasa muy baja (1 caso por cada millón de dosis). 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 vacunar 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.

Vacuna de la fiebre amarilla (FA) ó antiamarílica

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

Susceptibilidad e inmunidad. La eficacia de la vacuna es del 100%. La inmunogenicidad es excelente, como ocurre casi en todos los preparados vacunales de virus vivos atenuados, dando títulos de anticuerpos protectores con una sola dosis (a partir de los 10 días post-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 0,5 ml. Se vacuna a partir de los 12 meses de edad y un refuerzo cada 10 años. Se puede aplicar junto con la vacuna Triple viral (SRP o MMR), inyectándose en diferentes sitios. En caso de epidemias se puede aplicar desde los 6 meses de edad.

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 la encefalitis asociada a la vacuna; en embarazadas por tratarse de virus vivo; en caso de antecedentes de reacciones anafilácticas a una dosis previa; historia de anafilaxia al huevo; pacientes inmunodeprimidos (SIDA, leucemia, linfoma, cáncer avanzado, uso de antimetabólicos o radiaciones).

Esquemas de vacunación 2016



SUBSECRETARÍA NACIONAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL
ESTRATEGIA NACIONAL DE INMUNIZACIONES



ESQUEMA DE VACUNACIÓN FAMILIAR / ECUADOR 2016

Ciclos de Vida	Grupos programáticos	Tipos de Vacuna	Total dosis	Dosis* recomendada	Vía de administración	Frecuencia de administración					
						Número de dosis			Refuerzos		
						1 dosis	2 dosis	3 dosis	4ta dosis 1 Refuerzo	5a. Dosis 2 Refuerzo	6ta dosis 3 Refuerzo
NIÑEZ	Menores de un año	*BCG	1	0,05/0,1 ml	I. O.	Dosis única R. N dentro de las primeras 24 horas de nacido.)					
		HB	1	0.5 ml	I. M.	R. N dentro de las primeras 24 horas de nacido.)					
		Rotavirus	2	1.5 ml	V.O.	2m	4m				
		IPV	1	0.5ml	I. M.	2m					
		bOPV	2	2 Gotas	V. O.		4m	6m			
		Pentavalente (DPT+HB+Hib)**	3	0.5 ml	I. M.	2m	4m	6m			
		Neumococo conjugada	3	0.5 ml	I. M.	2m	4m	6m			
	Influenza Estac. (H1N1) Triv. Pediátrica (a partir de los 6 meses a 11 meses.)	2	0.25	I. M.	1er Contacto	al mes de la primera dosis					
	12 a 23 meses	Difteria, tétanos, tosferina (DPT)	1	0.5 ml	I. M.				1 año después de la tercera dosis de Pentavalente (4ta dosis)		
		bOPV	1	2 Gts	V. O.				1 año después de la tercera dosis de antipolio (4ta dosis)		
		Sarampión, rubéola, parotiditis SRP	2	0.5 ml	S. C.	12 meses	18 meses				
		Fiebre Amarilla (FA)	1	0.5 ml	S. C.	12 meses					
		Variola	1	0.5 ml	S. C.	15 meses					
		Influenza Estacional Triv. Pediátrica	1	0.25 ml	I. M.	1er contacto					
	24 a 35 meses	Influenza Estacional Triv. Pediátrica	1	0.25 ml	I. M.	1er contacto					
36 a 59 meses	Influenza Estacional Triv. Pediátrica	1	0.50 ml	I. M.	1er contacto						

Continúa...

	5 años	***DT	1	0,5 ml	I. M.		5ta dosis	
	9 años	HPV	2	0,5 ml	I. M.	1er contacto	5 meses después de la primera dosis	
ADOLESCENCIA	15 años	****DT	1	0,5 ml	I. M.		5ta dosis	
Adultos	Vacunación en grupos de riesgo	MSP: Embarazadas y no embarazadas	****DT	0,5 ml	I. M.	Completar esquema según historia vacunal; si no existiera antecedente vacunal, proceder a iniciar el esquema, conservando los intervalos de 0, 1 mes, 6 meses, 1 año, 1 año hasta completar las 5 dosis que requiere el esquema de adulto.		
		Personal de Salud	HR	3	20 µg/1 ml	I. M.	Completar esquema según historia vacunal: Conservando los intervalos de 0, 1 mes, 6 meses	
		Trabajadoras sexuales, privados de la libertad,	HR	3	20 µg/1 ml	I. M.	Completar esquema según historia vacunal: Conservando los intervalos de 0, 1 mes, 6 meses	
		Viajeros	SR	1	0,5 ml	S. C.	Viajeros a países con circulación endémica de sarampión-rubéola	
			FA	dosis única	0,5 ml	S. C.	Viajeros a países con circulación endémica fiebre amarilla. (una dosis da inmunidad toda la vida)	
		Embarazadas, personal de salud, enfermos crónicos desde 6 meses en adelante	Influenza estacional Triv. Adulto	1	0,5 ml	I. M.	1er Contacto	
	SR	1	0,5 ml	S. C.	Dosis única: para control de brotes, a grupos de riesgo. (vacunación verificando historia(1) vacunal)			

Fuente: (MSP, 2016)

Importancia. Las vacunas han disminuido notablemente la prevalencia de las enfermedades, las vacunas son actualmente muy seguras, la mayoría de los efectos secundarios son poco frecuentes, ligeros y temporales, como puede ser una febrícula o dolor leve en la zona de la inyección, los efectos secundarios importantes son muy extraños y pasan de 1 por millón de dosis. Es necesario también mirar sus beneficios y la capacidad de protección ante las enfermedades, un Niño no vacunado tiene 14 muchos más riesgos de padecer encefalitis neumonía o muerte que un Niño vacunado (N.N, 2013).

Calendario de vacunación. El calendario de vacunación es la secuencia cronológica de vacunas que se administran sistemáticamente a toda la población en un país o área geográfica con el fin de obtener una inmunización adecuada en la población frente a las enfermedades para las que se dispone de una vacuna eficaz. Estos Calendarios, se van modificando en función de la

disponibilidad de nuevas vacunas y de la evolución de la situación epidemiológica de las diferentes enfermedades prevenibles mediante vacunación.

Esquema de vacunación del programa regular.

El esquema de vacunación en los últimos años ha sido modificado por la introducción de nuevas vacunas como: SRP, Pentavalente (DPT+HB+Hib), Rotavirus, HB, y FA en la Región Amazónica.

Control de enfermedades.

1. Ocho años sin Fiebre Amarilla.
2. Dieciocho años sin poliomilitis.
3. Dieciocho años sin poliomielitis.
4. Doce años sin Sarampión.
5. Cuatro años sin casos de Rubéola.
6. Disminución de casos de tosferina.
7. Ausencia de casos de difteria.
8. Eliminación de TNN como problema de salud Pública Nacional y Provincial
9. Disminución de la tendencia de 4 neumonías y meningitis por Hib.
10. Fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Inmunoprevenibles (MSP, 2015).

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

Estudios realizados a nivel mundial demuestran que las OPPV están relacionadas con las actitudes de los profesionales y el personal de la salud cuando no se revisan carnets de vacunación, no se indaga acerca del estado de vacunación de los usuarios, no se informa a los usuarios ni acudientes acerca de las próximas fechas de vacunación ni sobre los calendarios vacúnales, cuando los vacunadores no aplican biológicos que vienen en múltiples dosis por temores a desperdicios de los mismos, entre otras razones (Revista de la Facultad de Medicina, 2015).

Factores que intervienen en la asistencia de la madre a las inmunizaciones

Factores sociodemográficos y culturales.

Factores sociales. Conjunto de normas, leyes, principios que determinan o influyen en el proceder o comportamiento de los individuos de una sociedad. Dicho de aquellas cualidades, que sirven para distinguir a alguien o algo de sus semejantes.

Comprende lo siguiente: Ocupación y estado civil.

Ocupación. Empleo o actividad sea remunerado o no; que ejerce la persona. Tomando en cuenta la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CIUO- 08) elaborada por el INEC, las vamos a clasificar en:

- *Ama de casa.* Personas que sin ejercer ninguna actividad económica se dedican a cuidar sus propios hogares. Estas personas se dedican única y exclusivamente a las tareas domésticas o quehaceres propios de su hogar, no están buscando trabajo, no están pensionadas, ni jubiladas, no reciben renta, ni asisten a la escuela.
- *Trabajadora Privada.* Los empleados del sector privado son aquellos que se encuentran en los lugares que no son agencias gubernamentales. Éstas pueden incluir

tanto propietarios de negocios individuales y otras formas de organizaciones de compañía, tales como corporaciones o sociedades limitadas.

- Trabajadora Pública. Se entiende por trabajador o trabajadora pública, toda persona natural que preste servicios personales en el proceso social de trabajo bajo dependencia de una institución gubernamental.
- Estudiante. La persona que se dedica única y exclusivamente a estudiar.

Estado civil. El Dr. José García Falconí nos da a conocer que de acuerdo al Art. 331 del Código Civil en vigencia dice: El estado civil es la calidad de un individuo, en cuanto le habilita o inhabilita para ejercer ciertos derechos o contraer ciertas obligaciones civiles; de tal manera que según este concepto el estado civil, es el que imprime el carácter al individuo, emanado del hecho que la constituye, confiriéndole un conjunto de derechos y obligaciones propios a su persona, como calidad de la misma, mientras que la capacidad es la aptitud o facultad para ejercitar por sí misma sus derechos.

Hay diferentes tipos de estado civil que varían de acuerdo al tipo de relaciones que una persona mantenga con otras. Entre los más comunes encontramos.

- Soltero(a): Aquellas personas que no se encuentran comprometidas legalmente con otras.
- Casado(a): Aquella persona que ha contraído matrimonio civil o eclesiástico.
- Conviviente: Es el término que se utiliza para aquellas personas que conviven juntos por más de 2 años
- Divorciado(a): Aquella persona que ha roto el vínculo legal con su pareja
- Viudo(a): Aquella persona que no tiene pareja, producto de la muerte del cónyuge.

Ingreso Económico. Según Byron Villacís, director del INEC, este es un estudio que clasifica los estratos no solo por los ingresos que percibe cada hogar sino por otro tipo de variables. “Se tiene familias que pueden tener ingresos muy altos, pero las variables relacionadas a hábitos de consumo o de educación pueden ser muy bajos. O, puede ser lo contrario: un hogar con ingresos bajos y, por ejemplo, niveles de educación bastante altos”. Por lo tanto para nuestro estudio cogimos como ingreso económico los siguientes: Bajo, Medio, Alto.

Factores demográficos. Es el estudio estadístico sobre un grupo de población humana que analiza su volumen, crecimiento y características en un momento o ciclo. Por lo tanto estas características, son cualidades que se consideran en el análisis de una población determinada. Comprende lo siguiente:

Edad. Es el tiempo transcurrido entre el nacimiento de un individuo y el momento presente, se mide en días, meses o años y está determinada por diferentes etapas. Entre ellos: Adolescente (entre 11 y 19 años), joven (entre 20 y 30 años) y adulta (entre 31 y 45 años).

Número de hijos. Se refiere al número total de hijos nacidos vivos que ha tenido la madre hasta el momento en que registra su último hijo.

Lugar de procedencia. Es el medio natural, en el cual el individuo nace y vive con sus tradiciones y costumbres. Así tenemos al hombre de la costa, sierra y la selva. Cada uno como miembros de su grupo presenta características peculiares aunque dichas reglas no pueden ser consideradas universales, porque cambian cuando emigran de un lugar a otro adaptándose al medio social donde migra.

De acuerdo con la Ordenanza Municipal de cada sector un área puede ser urbana o rural según las características de las mismas.

- Urbano. Se denomina zona urbana a aquella porción geográfica altamente poblada, característica de las grandes ciudades acompañadas del comercio y la tecnología, el turismo y muchas veces, las desigualdades sociales. Pero el criterio para considerar a una zona, como zona urbana, es variable; aunque podemos hablar de a partir de unos 2000 habitantes aproximadamente.
- Rural. Se les llama zona rural a todas aquellas áreas geográficas ubicadas a las afueras de las ciudades. Es, por tanto, lo opuesto a lo urbano, y podemos decir que cualquier zona que no pertenezca a las ciudades es, por lo tanto, rural. Las zonas rurales se caracterizan por contar con una densidad poblacional bastante baja, a menudo con viviendas aisladas o asentamientos pequeños de gente.

Grado de instrucción. Según J. Brunner sostiene que el grado de instrucción es el nivel de estudio sistemático escolarizado y constituye el último grado cursado y aprobado por la persona.

Se clasifica en:

- Sin instrucción. Es cuando la persona sabe leer y escribir pero no han terminado ningún tipo de estudios.
- Primaria. Es cuando la persona alcanzó educación primaria completa o incompleta.
- Secundaria. Es cuando la persona alcanzo educación secundaria completa o incompleta.
- Superior o profesional. Es cuando la persona alcanzo educación superior universitaria y/o técnica completa o incompleta.

Conocimiento. El diccionario de la real academia española, define al conocimiento como la acción de conocer. Conocer es adquirir la noción de las cosas, mediante el entendimiento. Es una relación que se establece entre el sujeto que conoce y el objeto conocido. El conocimiento tiene

un carácter individual y social; puede ser: personal, grupal y organizacional, ya que cada persona interpreta la información que percibe sobre la base de su experiencia pasada, influida por los grupos a los que perteneció y pertenece. También influyen los patrones de aceptación que forman la cultura de su organización y los valores sociales en los que ha transcurrido su vida.

Factores Institucionales

Están referidos a todas las causas inherentes a los centros de salud que pueden impedir, dificultar o influir en la motivación para que las personas asistan o no a los centros de vacunación y den cumplimiento al esquema de Inmunización recomendado para sus hijos, estos factores pueden estar representados por: accesibilidad al servicio, disponibilidad de biológicos, horario de atención, el trato que reciben del personal de salud en la admisión del usuario y encargado de la vacunación, tiempo de espera, información que recibe acerca de las vacunas, etc.

Accesibilidad al servicio. Aún no se logra cubrir íntegramente la demanda del territorio nacional pese al incremento de la oferta de servicios en el primer nivel de atención del Ministerio de Salud. La existencia de muchas zonas del país donde predominan poblaciones dispersas es un factor importante de inaccesibilidad geográfica a los servicios, según estudio de investigación señala que los “Los esquemas incompletos de vacunación presenta varios factores como: residencia más de 3 km, mientras que otras forman parte de poblaciones móviles (por ejemplo, grupos nómades o trabajadores migrantes temporales).

Horario de atención. Realizar un viaje a una unidad de salud con un niño sano puede no ser la primera prioridad para personas con muchas cosas importantes que hacer. Para muchos progenitores, particularmente para algunas madres, conseguir y preparar los alimentos de cada día implica trabajar de sol a sol. Otras trabajan en la agricultura, fuera de la casa, o tienen horarios de trabajo inflexibles u otras obligaciones familiares, o no disponen de alguien que

cuiden de sus otros hijos menores. Los horarios de atención en los establecimientos de salud deben ser programadas de modo que resulten convenientes para los padres. Los gestores de las unidades de salud deben evaluar los horarios de vacunación al menos una vez al año y 26 modificarlos, si fuera necesario, para responder a las necesidades de las comunidades.

Barreras por la inconducta de los prestadores de Salud. Según estudios de investigación la percepción de la población respecto a la valoración de los servicios recibidos de los distintos prestadores de salud fueron la insatisfacción y maltrato que condiciona buscar la atención en otro establecimiento o deja de asistir. Estos problemas constituyen una preocupación, a nivel nacional las campañas educativas intentan mejorar el conocimiento de los padres sobre el valor de las vacunaciones y estimular a los profesionales para que aprovechen todas las oportunidades posibles para vacunar a los niños a su cuidado jurisdiccional también esto se hace extensivo a la participación comunitaria llámese religiosos, grupos sociales, colegios medios de comunicación; si existiera trabajo multisectorial se lograría la cobertura esperada.

Tiempo de espera. Dada la misión de las organizaciones de salud de mejorar las condiciones sanitarias de la población mediante la atención; reduciendo desigualdades, conteniendo costos y satisfaciendo a los usuarios con respeto a su autonomía y valores; el usuario es el personaje principal en los escenarios de la prestación de servicios, sus expectativas es la satisfacción de la atención tanto del prestador de servicios y las de la propia institución.

Dentro de la calidad en servicios de salud, Donabedian considera dos dimensiones: la técnica y la interpersonal. La primera busca los mayores beneficios para el paciente sin riesgos en la prestación, la segunda pretende respetarlo como ser humano integral buscando su satisfacción plena; dentro de esta última se encuentra el tiempo de espera para recibir la atención en un servicio de salud, además, deriva del compromiso gubernamental establecido en 1978 en Alma

Ata, bajo el propósito de lograr la meta Salud para todos los ciudadanos del mundo ; cualquier país aspira a una cobertura de servicios de salud básicos para 100 % de la población. Desde esta perspectiva; el tiempo de espera para recibir consulta constituye una barrera o condición de accesibilidad de tipo organizacional y según Donabedian, se precisa como indicador de resultado en cuanto a la importancia de la opinión del usuario.

También algunos autores clásicos lo han propuesto como condicionante de no utilización de servicios cuando es elevado. En un análisis de estudios realizados en diversas instituciones de salud en México, Rúelas encontró que el elevado tiempo de espera es causa de insatisfacción. Dado la gran importancia se ha tratado de determinar cuál sería el tiempo de espera aceptable por un paciente antes de ser atendido en un servicio de salud; estudios realizados encontraron; un promedio de $16,1 \pm 7,9$ minutos, otros estudios demuestran que este no debería de exceder los 30 minutos.

La satisfacción del usuario es un componente integral de la calidad de atención en los servicios de salud. Un alto nivel de satisfacción promueve conductas positivas tales como conformidad y continuidad con los proveedores de salud; de esta manera, la evaluación de la satisfacción del usuario puede ayudar a la mejora continua de la calidad de atención.

Información que recibe acerca de las vacunas: Muchas familias carecen de información fidedigna sobre inmunizaciones y servicios de inmunización. Muchas veces no saben que si no acuden a una cita programada de inmunización todavía pueden ser inmunizados; sólo deben acudir lo más pronto posible a vacunarse. Las creencias falsas y los rumores mal intencionados también hacen que las personas dejen de utilizar los servicios de inmunización.

Los siguientes son conceptos erróneos comunes: Los niños están protegidos contra enfermedades prevenibles por vacuna por un ser religioso o sobrenatural que vela por ellos, los

niños están completamente protegidos porque ya han recibido algunas inmunizaciones, los niños enfermos no pueden ser vacunados, las inmunizaciones frecuentemente causan esterilización, enfermedad o efectos adversos peligrosos, los padres no saben que el niño puede ser vacunado en cualquier unidad de salud del país, para darle seguimiento, los padres creen que deben pagar las consultas para poder vacunar a sus hijos, los servicios de salud vendrían a su casa o a su comunidad si la vacunación fuera realmente importante, tal como lo hacen durante las campañas.

Los trabajadores de salud local tienen un rol particularmente importante en mejorar el nivel de conciencia de la gente y brindar información a las poblaciones beneficiarias; La información a los 28 padres acerca de las vacunas se debe dar en términos generales: vacunas y enfermedades que previene, calendario de vacunación, importancia, recibirla a tiempo; todo ello en lenguaje adecuado; es una medida eficaz.

Factores pediátricos

Un aspecto muy importante vinculado a la seguridad de las vacunas son las precauciones y contraindicaciones de cada vacuna con la finalidad de evitar situaciones que puedan poner en riesgo al paciente.

Contraindicaciones. Es una condición del individuo que aumenta de forma importante el riesgo de padecer un efecto adverso grave si se le administra una vacuna concreta.

La mayoría de las contraindicaciones son temporales y una vez pasada esa situación el paciente podrá ser vacunado.

Contraindicaciones temporales: Las contraindicaciones temporales permiten la administración de una vacuna una vez resueltas.

Inmunodepresión. La inmunodepresión o el tratamiento inmunosupresor contraindican, con algunas excepciones, las vacunas atenuadas; los niños con niveles de linfocitos CD4+ superiores

al 15 % pueden recibir las vacunas triple vírica y la de la varicela. Esta inmunodepresión puede condicionar una respuesta inadecuada de las vacunas inactivadas, que se podrán administrar, aunque posteriormente es posible que precisen dosis adicionales.

Enfermedad. Cualquier enfermedad moderada o grave (crisis asmática, cardiopatía descompensada, diarrea aguda...), con o sin fiebre, es una contraindicación temporal para la administración de las vacunas, salvo situación de riesgo epidémico muy elevado. Una vez desaparecida la situación podrán recibir vacunas.

Edad. La edad de administración puede considerarse una contraindicación. La vacuna triple vírica no se aconseja administrarla antes de los 12 meses de vida porque puede interferir con los anticuerpos maternos y no producir una respuesta inmunológica completa, aunque en situaciones epidémicas se puede administrar a partir de los 6 meses de edad, aunque posteriormente deberá recibir dos dosis a partir de que cumpla los 12 meses de edad. Igualmente, la vacuna frente a la hepatitis A se administra a partir de los 12 meses de edad, la antigripal a partir de los 6 meses de edad y los componentes de carga antigénica estándar de difteria y tosferina (D y P) solo se pueden aplicar hasta los 7 años de edad.

Precauciones. Son situaciones en las que la administración de una vacuna condiciona un mayor riesgo de presentar un efecto adverso o bien que la respuesta inmunitaria a la vacuna pueda ser insuficiente y no permita obtener una adecuada protección.

Algunas situaciones consideradas precauciones son:

- Cuadro de hipotonía-hiporrespuesta (cuadro similar al shock) o fiebre superior a 40,5 °C o cuadro de llanto persistente de 3 o más horas en las 48 horas posteriores, o convulsiones en las 72 horas siguientes a la administración de una dosis de cualquier vacuna con el componente de la tosferina.

- Trastorno neurológico progresivo, incluidos espasmos infantiles, epilepsia no controlada y encefalopatía progresiva. En estos casos se recomienda retrasar la vacunación hasta la estabilización del proceso.
- Historia de síndrome de Guillain-Barré en las 6 semanas posteriores a la administración de una vacuna. En este caso deberá valorarse con precaución la conveniencia o no de administrar una dosis posterior de dicha vacuna.
- Pacientes con enfermedades crónicas y/o inmunodepresión: la respuesta a la vacunación puede ser subóptima en algunos de estos pacientes, por lo que las vacunas deben administrarse atendiendo a este hecho. Se ha comentado previamente que en caso de inmunodepresión las vacunas atenuadas están contraindicadas en la mayoría de las situaciones.
- La administración de productos biológicos (inmunoglobulinas o sangre) antes de la administración de la vacuna triple vírica o la de la varicela.
- Una excepción a la anafilaxia como contraindicación son los niños con alergia anafiláctica al huevo ya que pueden recibir la vacuna triple vírica en el centro de salud, porque prácticamente no tiene proteínas de huevo, eso si esperando posteriormente 15-30 minutos en la sala de espera como con todas las vacunas. (Pediatría, 2016)

f. METODOLOGÍA

Tipo de estudio

La investigación fue de tipo descriptivo y de corte trasversal. Descriptivo porque se describió las causas del incumplimiento del esquema de vacunas y transversal porque la información fue obtenida en un tiempo determinado.

Área de estudio

El Centro de Salud de Chontacruz se encuentra geográficamente al sureste de la Ciudad de Loja, Parroquia Urbana Sucre del Cantón Loja, en la Provincia de Loja, a una altitud de 2,489 metros sobre el nivel del mar con una superficie de 16.25 km² aproximadamente.

Grupo de estudio

La población estuvo conformada por las madres de niños menores de 24 meses que incumplen el esquema de vacunas y pertenecen al Centro de Salud de Chontacruz.

Universo

55 madres con niños menores de 24 meses que han incumplido el esquema de vacunas y que pertenecen al Centro de Salud de Chontacruz.

Tiempo

El tiempo en que se llevó acabo esta investigación es de diciembre 2017 - marzo 2018.

Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

La técnica de recolección de datos fue la encuesta dirigida a madres de niños menores de 24 meses que pertenecen al centro de salud de Chontacruz, además se revisó el carnet de vacunas. El instrumento que se aplicó fue un cuestionario constituido por 19 preguntas cerradas con indicadores establecidos, las preguntas 1 - 8 obedecen al objetivo de factores maternos, las preguntas 9 – 10 al objetivo de factores pediátricas y las preguntas 11 - 19 al objetivo de factores

institucionales (Anexo B); el cuestionario utilizado fue Elaborado por Dina Cirila Gonzales Sotel, Lima-Peru,2012 y ajustado según las necesidades de esta investigación.

Presentación de resultados

Luego de la recolección de datos estos fueron procesados y presentados en tablas y gráficos estadísticos con su respectivo análisis e interpretación.

Consideraciones éticas

La investigación no tuvo un fin experimental, el uso de los resultados fue únicamente para fines de investigación, se realizó un oficio dirigido al Director del Centro de Salud de Chontacruz para solicitar el permiso de la realización del proyecto de investigación, así como también se facilitó la hoja de consentimiento informado (Anexo C) para poder recolectar la información a las madres que pertenecen al Centro de Salud de Chontacruz, la información obtenida fue de uso exclusivo con fines de investigación practicando siempre los valores éticos.

g. RESULTADOS

Tabla N°1

Edad y disponibilidad del carnet de los niños que tienen su esquema de vacunación incompleto del Centro de Salud de Chontacruz.

Edad de los niños	Disponibilidad del carnet			
	Si		No	
	f	%	f	%
0-6m	5	9,1	0	0
7m-12m	14	25,5	0	0
13m-18m	18	32,7	0	0
19m-24m	18	32,7	0	0
TOTAL	55	100%	0	0

Fuente: Encuestas

Autora: Katherine E. Ocampo S

Todas las madres encuestadas que se encuentran con retraso o abandono del esquema de vacunas cuentan con el carnet; en relación a la edad de los niños que tienen sus esquemas de vacunas incompleto más de la mitad se encuentran comprendidos entre 13 a 18 meses y 19 a 24 meses, en menor porcentaje los niños de 7 a 12 meses y un mínimo de ellos de 0 a 6 meses.

Tabla N°2

Razones pediátricas para no tener un esquema de vacunas completo en niños menores de 24 meses.

Razones de no vacunar	f	%
Enfermedades	23	41.8
Alergias	3	5.4
Peso bajo	1	1.8
Reacción post vacuna	28	50.9
TOTAL	55	100

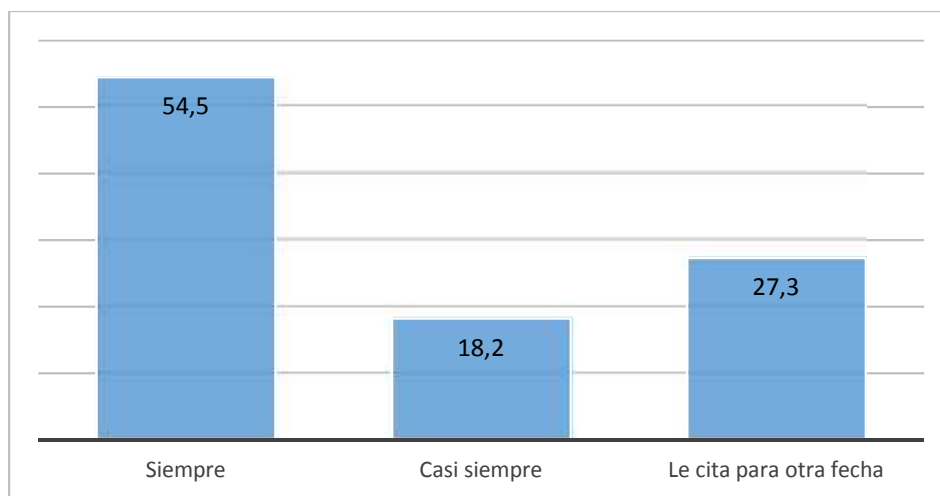
Fuente: Encuestas

Autora: Katherine E. Ocampo S.

Los porcentajes reflejan que la mitad de las madres encuestadas no vacunaron a sus niños por las reacciones post vacunas que presentan, en menor porcentaje porque estaban enfermos y en mínimo porcentaje por alergias a ciertas vacunas

Gráfico N°1

Disponibilidad de las vacunas en el Centro de Salud de Chontacruz.



Fuente: Encuestas

Autora: Katherine E. Ocampo S.

De las madres encuetadas más de la mitad refieren que siempre encuentran las vacunas que necesita, en menos porcentaje refieren que las citan para otra fecha y un mínimo porcentaje manifiestan que casi siempre encuentran las vacunas que necesitan.

Tabla N°3

Trato del personal en relación a las madres que acuden al Centro de Salud de Chontacruz.

Trato amable	f	%
Siempre	25	45.4
A veces	26	47.3
Nunca	4	7.3
TOTAL	55	45.5

Fuente: Encuestas

Autora: Katherine E. Ocampo S.

En relación al trato del personal cerca de la mitad de las madres refieren que el trato solo a veces es amable, la otra mitad refieren que siempre es amable y un mínimo porcentaje asegura que nunca es amable.

Tabla N°4*Horario de atención del Centro de Salud de Chontacruz.*

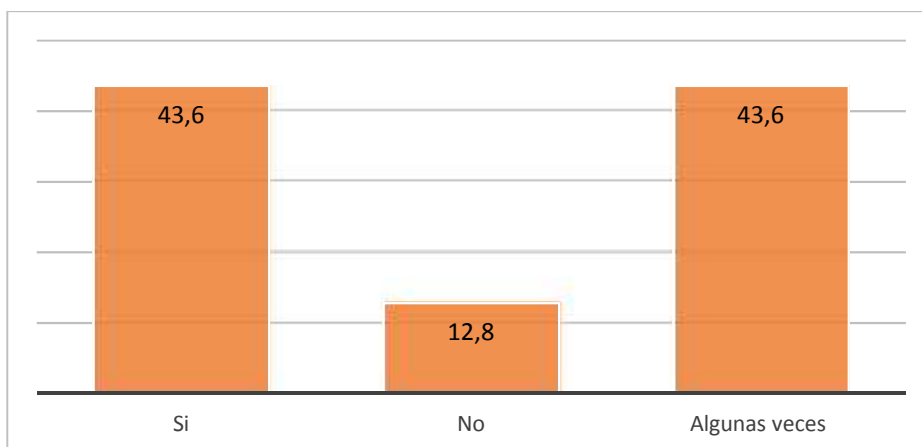
Horario de atención	f	%
Es adecuado para su tiempo	39	70.9
No es adecuado para su tiempo	9	16.4
Por su trabajo no le permite asistir	7	12.7
TOTAL	55	100

*Fuente: Encuestas**Autora: Katherine E. Ocampo S.*

Se puede observar que más de la mitad de las madres encuestadas refieren que el horario de atención es adecuado para el tiempo que disponen, en menor porcentaje señala que no es adecuado para el tiempo que disponen, y un mínimo porcentaje manifiestan que por su trabajo no les permite asistir al Centro de Salud.

Gráfico N°2

Tiempo de espera de las madres que acuden al Centro de Salud de Chontacruz.



Fuente: Encuestas

Autora: Katherine E. Ocampo S.

En relación al tiempo de espera las madres señalan en porcentajes similares que, si es adecuado y algunas veces el tiempo de espera, tan solo un pequeño porcentaje menciona que el tiempo de espera no es adecuado.

Tabla N°5

Información post-vacuna a madres de niños que tiene su esquema de vacunas incompleto y que acuden al Centro de Salud de Chontacruz.

Información	Si		No		Algunas veces	
	f	%	f	%	f	%
Reacciones	36	65.5	6	10.9	13	23.6
Próxima cita	47	85.5	2	3.6	6	10.9

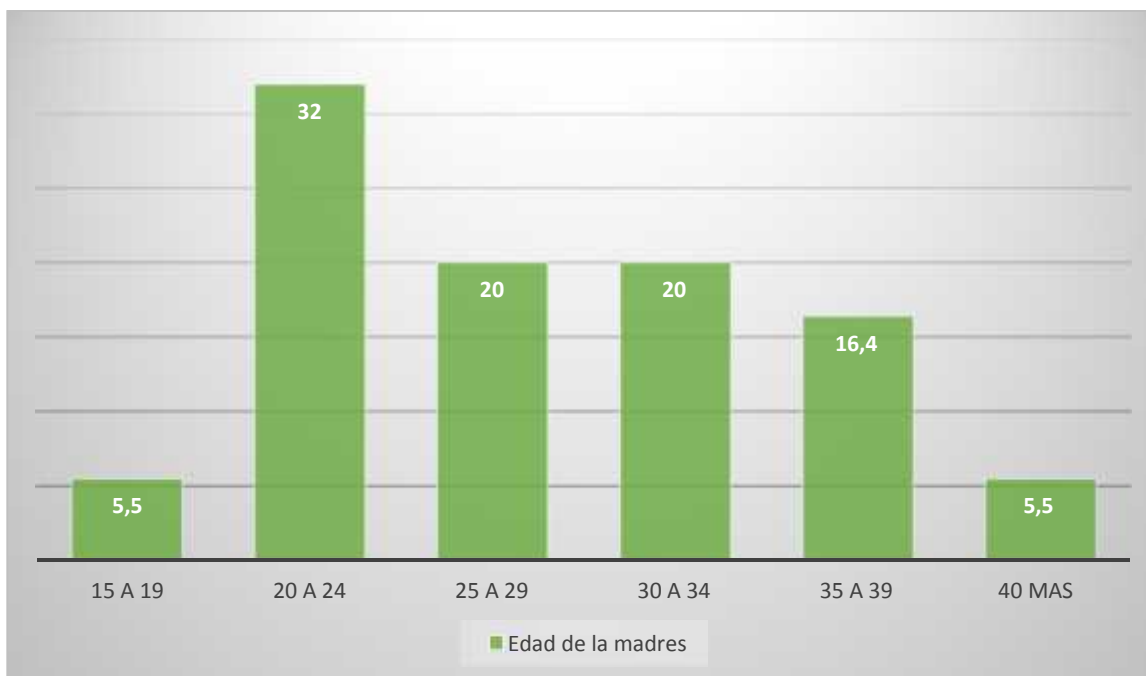
Fuente: Encuestas

Autora: Katherine E. Ocampo S.

Más de la mitad de las madres encuestadas expresan que si han recibido información de las reacciones de las vacunas por parte del personal del Centro de Salud de Chontacruz, menor porcentaje manifiestan que solo algunas veces les informaron y un mínimo porcentaje no les informaron de las reacciones de las vacunas; en relación a la información de la próxima cita para recibir las vacunas la mayoría de las madres encuestadas expresan que sí se les informó, un menor porcentaje señala que solo algunas veces se les informó y un mínimo porcentaje no se les informo de la próxima cita.

Gráfico N°3

Edad de las madres de niños que tienen su esquema de vacunas incompleto y que acuden al Centro de Salud Chontacruz



Fuente: Encuestas

Autora: Katherine E. Ocampo S.

Se puede evidenciar que casi la mitad de las madres encuestadas se encuentran en edades comprendidas de 20 a 24 años de edad, en similares porcentajes entre los 25 a 29 años y 30 a 34 años, en menor cantidad las edades de 35 a 39 años y un mínimo porcentaje las edades de 15 a 19 años y de 40 años y más. Conforme avanza la edad las madres adquieren mayor madurez emocional, adquieren nuevos conocimientos que le permiten cumplir su papel con mayor satisfacción, participando en actividades que están dirigidas a promover un óptimo estado de salud del niño.

Tabla N°6

Procedencia y estado civil de las madres de niños que tienen su esquema de vacunas incompleto y que acuden al Centro de Salud Chontacruz.

Estado civil	Procedencia	
	Urbano	
	f	%
Soltera	17	30.9
Casada	22	40
Divorciada	3	5.5
Unión libre	13	23.64
TOTAL	55	100

Fuente: Encuestas

Autora: Katherine E. Ocampo S

Todas las madres encuestadas son de procedencia urbana; con referencia al estado civil se puede evidenciar que casi la mitad de las madres son de estado civil casadas, le sigue con menor porcentaje las solteras y unión libre y en mínimo porcentaje se encuentran las madres divorciadas.

Tabla N°7

Nivel de escolaridad y ocupación de las madres de los niños que tienen su esquema de vacunas incompleto y que acuden al Centro de Salud de Chontacruz.

Nivel de escolaridad	Ocupación											
	f	%	Ama de casa		E. Publico		E. Privado		Comerciante		Estudiantes	
			f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Primaria incompleta	1	1.8					1	1.8				
Primaria completa	11	20	8	14.5	1	1.8				1.8	1	1.8
Secundaria incompleta	11	20	5	9.1			1	1.8	3	5.5	2	3.6
Secundaria completa	26	47.3	8	14.5	2	3.6	6	10.9	4	7.3	6	10.9
Superior	6	10.9	2	3.6	1	1.8	3	5.5				
TOTAL	55	100	23	41.7	4	7.3	11	20	8	14.5	9	16.4

Fuente: Encuestas

Autora: Katherine E. Ocampo S.

La mitad de las madres encuestadas tienen la secundaria completa, en iguales porcentajes las madres con primaria completa y secundaria incompleta, en menor porcentaje tienen nivel superior y un mínimo de ellos presentan primaria incompleta; así mismo se puede evidenciar que en mayor porcentaje las madres son amas de casa, seguida de empleos privados, en menor porcentaje son estudiantes, comerciantes y una mínima cantidad empleadas pública.

Tabla N°8

Motivos por lo que las madres tienen el esquema de vacunas incompleto y no acuden al Centro de Salud de Chontacruz.

Categoría	f	%
Vive lejos	5	9,1
No alcanza cupo para la atención en el consultorio de vacunación	9	16,4
Se olvido	41	74,5
TOTAL	55	100%

Fuente: Encuestas

Autora: Katherine E. Ocampo S.

De las madres encuestadas la mayoría refieren como un motivo para no asistir a la cita programada para vacunar a sus niños el olvido; en menor porcentaje refiere que no alcanza cupo para la atención en el consultorio de vacunación y un mínimo de las madres señalan que no asisten a la cita programada porque viven lejos.

h. DISCUSIÓN

La Estrategia Nacional de Inmunizaciones (ENI) es una acción conjunta de las naciones del mundo y de organismos internacionales interesados en apoyar acciones tendientes a lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles y con un fuerte compromiso de erradicar, eliminar y controlar las mismas.

En relación a los factores pediátricos todas las madres de familia con niños menores de 2 años de edad, que tienen incompleto el esquema de vacunas de su hijo disponen del carnet de vacunas.

Otro de los factores pediátricos corresponde a la edad de los niños que tienen su esquemas de vacunas incompleto, se encontró que un 32,7% se encuentran en edades comprendidas entre los 13 a 18 meses y 19 a 24 meses, en tanto que un estudio realizado en Quito por (Guamangallo & Flores, 2017) presenta un 31% tenían entre 10-14 meses; 14% tenían 20-24 meses, por lo que la mayoría de niños que incumplen el esquema de vacunas son menores de 1 año.

En relación a los factores institucionales con referencia a la disponibilidad de vacunas los datos revelan que un 54.5% de las madres siempre encuentran las vacunas en el Centro de Salud de Chontacruz, un 27.3% las citan para otra fecha, el estudio antes mencionado (Guamangallo & Flores, 2017) revela que el 78% de las madres manifiestan que sí disponen la mayoría de vacunas en la unidad de salud, mientras que el 22% les dicen que no había las vacunas. En relación al trato del personal el, 47.3% de las madres encuestadas manifiestan que el trato solo a veces es amable, estos datos discrepan con un estudio realizado en Esmeralda (Olmedo, 2016) donde el 100% de las madres de familia consideran que es amable la atención que les brinda el personal de enfermería del Centro de Salud Tipo C del Cantón San Lorenzo.

Otro de los factores institucionales referente al horario de atención del Centro de salud de Chontacruz afirma que un 70.9% de las madres expresan que el horario de atención del Centro de Salud es adecuado y el 16.4% lo contrario; estos datos son similares al estudio realizado en Quito (Guamangallo & Flores, 2017) en el cual señala que el 91% de las madres dijeron que es adecuado y el 10% dijeron que la atención es inadecuada.

Con referencia a los factores maternos del presente trabajo, el 32% de las madres se encuentran en edades de 20 a 24 años de edades, con datos similares un estudio realizado en Quito (Guamangallo & Flores, 2017) revela que el 45% son madres jóvenes entre 20-23 años, así mismo coincide con otro trabajo realizado en Perú, (Ramón, 2016) donde el 34,7% de las madres tienen edades de 18 a 23 años de edad con relación al estado civil se puede evidenciar que el 40% son de estado civil casadas y el 30,9% son solteras, un estudio realizado en Perú, (Ramón, 2016) presenta datos un tanto similares, demuestran que el 60,2% son convivientes y el 29,7% de estado civil casadas.

Según el nivel de escolaridad de las madres el 47,3% tiene la secundaria completa, en similares porcentajes al estudio realizado en Quito en el que se menciona que la instrucción de las madres de los niños con esquema de vacunación incompleto un 45% tiene estudios secundarios, otro estudio similar realizado en Perú, (Ramón, 2016) asegura que el 50,8% poseen secundaria. Respecto a la ocupación de las madres el 41,8% son amas de casa, coinciden los resultados de un trabajo realizado en Quito, (Guamangallo & Flores, 2017) que demuestran que el 46% de las madres se dedican actividades del hogar, otro estudio realizado en Perú, (Ramón, 2016) señala que 73,7% de las madres son amas de casa.

i. CONCLUSIONES

Referente a los factores pediátricos el mayor porcentaje de niños con esquemas de vacunación incompletos se encuentran en edades comprendidas entre 13 a 24 meses de edad, con respecto a las causas pediátricas la mitad de las madres encuestadas no vacunaron a sus niños por las reacciones post vacunas que presentan, con porcentaje casi similares porque estaban enfermos el día de la vacuna.

En lo que se concierne a los factores institucionales más de la mitad de las madres refieren que siempre encuentran las vacunas que necesita para vacunar a su hijos, en menor porcentaje pero expresan que las citan para otra fecha debido a la no disponibilidad de las vacunas; con referencia al trato que reciben del personal de salud expresan que solo *a veces* son amables; respecto a la información acerca de las reacciones de las vacunas y la próxima cita de vacunación más de la mitad manifiestan que si les informan; en cuanto al tiempo de espera cerca de la mitad refieren que es adecuado, la otra mitad señala que solo algunas veces el tiempo de espera es adecuado.

En relación a los factores maternos, las madres de familia que incumplen con el esquema de vacunas son madres jóvenes, se encuentran entre 20 a 24 años de edad, con un nivel de instrucción entre primaria y secundaria; casi la mitad de ellas se desempeñan como amas de casa, y en menor porcentaje en empleos privados y estudiantes, referente al estado civil casi la mitad de ellas son casadas; en su mayor parte manifiestan que no gastan en pasajes para llevar a sus hijos a vacunar al Centro de Salud; pero la situación más alarmante es que más de la mitad de las madres manifiestan que no llevan a sus niños a vacunar por olvido.

j. RECOMENDACIONES

- Se recomienda al Personal de enfermería del Centro de Salud de Chontacruz el requerimiento oportuno de los biológicos para evitar citar en otras fechas a las madres de los niños que requieren las vacunas, así como aprovechar la postconsulta que realiza el profesional de enfermería para concienciar a las madres sobre la importancia de cumplir con el esquema de vacunación.
- A la Universidad Nacional de Loja especialmente a la Carrera de Enfermería para que por medio de sus estudiantes se sigan realizando temas relacionados a este en diferentes Centros de Salud de la ciudad y poder llegar a los grupos más vulnerables y contribuir a la prevención de enfermedades.

k. BIBLIOGRAFÍA

- AEP. Asociación Española de Pediatría (2016). VACUNA TOSFERINA. Obtenido de <http://vacunasaep.org/familias/vacunas-una-a-una/vacuna-tosferina>
- Boscan, M., Salinas, B., Trestini, M. L., & Tomat, M. (2012). Actitud de las madres en el cumplimiento del calendario de vacunación de niños menores de 6 años. *Salus*, 25-30.
- Giménez, D. S. (26 de SEPTIEMBRE de 2016). SALUD21. Obtenido de https://www.medicina21.com/Articulos-V18-Las_vacunas_en_la_infancia.html
- Julián, P., & María, M. (2014). DEFINICIÓN.DE. Obtenido de <http://definicion.de/inmunizacion/>
- Justich, D. P. (2015). El rechazo a vacunar a los niños: un desafío por enfrentar. Scielo.
- Morán, A. (19 de noviembre de 2014). Dciencia . Obtenido de <http://dciencia.es/tipos-vacuna/>
- MSAL.(2015). Chau polio. Obtenido de <http://www.msal.gob.ar/index.php/component/content/article/46-ministerio/547-chau-polio>
- MSP. (2014). MAIS. Obtenido de https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/482/GUIA%20MAIS%20-FCI%20para%20poblaciones%20con%20dificil%20acceso.pdf
- MSP. (2015). MSP. Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/>
- N.N. (2013). N.N. Obtenido de <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/vacunas/archivos/mensajesvacunacion.pdf>
- OMS. (2016). OMS. Obtenido de <http://www.who.int/topics/vaccines/es/>

- OMS. (2017). Hepatitis B. OMS. (2016). OMS. Obtenido de <http://www.who.int/topics/vaccines/es/>
- Sotelo, D. C. (2012). Factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación en las madres con niños menores de un año en el Centro de Salud de Mala, 2011 . Obtenido de http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2515/1/Gonzales_Sotelo_Dina_Cirila_2012.pdf
- Cruz, E. V., & Rios, A. P. (2012). Causas de incumplimiento y retraso del esquema primario de vacunacion en niños atendidos en el Hopsital Infantil de Mexico. *Aten Fam*, 6-10.
- Gentile, A., Lucion, M., Bakir, J., Veronica, F., Carusc, M., J, H., & Debbag, R. (2011). Esquemas atrasados de vacunacion y oportunidades perdidas de vacunacion en niños de hasta 24 meses. *Arch Argent Pediatr*, 219-225.
- INEC. (2010). Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec//wp-content/descargas/Manualateral/Resultados-provinciales/loja.pdf>
- INEC. (2013). Principales Causas de morbilidad.revistae-análisis, 11-14.
- MSP. (2013-2017). MSP. Obtenido de [https://www.ucuenca.edu.ec/images/facu_medicina/Investigacion/prioridades_investigacion_salud2013-2017%20\(1\).pdf](https://www.ucuenca.edu.ec/images/facu_medicina/Investigacion/prioridades_investigacion_salud2013-2017%20(1).pdf)
- OMS. (.. de .. de 2016). OMS . Obtenido de OMS : <http://www.who.int/topics/immunization/es/>
- Schargrodsky, L., Tenenbaum, M., Nolte, F., & Czerniuk, P. (2011). El atraso en vacunas. poniendo en evidencia una realidad en salud. *Rev Hosp Baires*, 154-160.
- Senplades. (2013-2017). *Buen Vivir Plan Nacional*. Obtenido de <http://www.buenvivir.gob.ec/web/guest>

- Unicef. (2016). Obtenido de <https://www.unicef.org/spanish/earlychildhood/9479.html>
- Boscan, M., Belen, S., Trestini, M., & Tomat, M. (2012). Actitud de las madres en el cumplimiento del calendario de vacunación de niños menores de 6 años. *Scielo*, 33-41
- Rodriguez del Pezo, M. Tomalá, D.J. Factores que influye en el nivel de conocimiento de las madres adolescentes sobre el esquema del P.A.I del Sub Centro Santa Rosa Salinas [Tesis tercer nivel]. La Libertad: Facultad de ciencias sociales y de la salud, Universidad Estatal Península de Santa Elena; 2012. Obtenido de:
<http://servicios.uss.edu.pe/ojs/index.php/rsvs/article/view/111>
- Quezada M.C (2013), Conocimiento sobre la importancia de la vacunación y su relación con la salud en niños menores de 5 años en madres del barrio Zalapa [Quezada Morocho Carmen Mercedes pdf- Repositorio]. [Tesis]. Loja. Obtenido de:
<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/7000/1/Quezada%20Morocho%20Carmen%20Mercedes.pdf>
- Falconí J, (noviembre 2014). Estado Civil y el derecho a la identidad. Obtenido de:
<https://derechoecuador.com/-el-estado-civil-y-el-derecho-a-la-identidad>
- INEC (Junio 2012). Clasificación Nacional de Ocupaciones. Obtenido de:
<http://aplicaciones2.ecuadorencifras.gob.ec/SIN/metodologias/CIUO%2008.pdf>
- EL COMERCIO (2011), El nivel socioeconómico no solo se define por el ingreso. Obtenido de:
<http://www.elcomercio.com/actualidad/negocios/nivel-socioeconomico-no-se-define.html>.
- Organización Colegial de Enfermería (2018). Vacunación. Obtenido de:
<http://www.enfermeriaavila.com/PDF/Vacunacion.pdf>

Bejar H. Mortalidad Infantil Y Contexto Social. Obtenido de:

<http://www.socialwatch.org/es/node/10034>

Revista de la Facultad de Medicina (2016). Conocimiento de las oportunidades perdidas de vacunación en profesionales no PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones) de Bogotá, D.C. Obtenido de:

<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/48044/55384>

Guerrero, E. (2013). Cobertura de vacunación en niños y adolescentes en México: esquema completo, incompleto y no vacunación. Ministerio de Salud Publica Mexico. Obtenido de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800028

I. ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

Anexo A

MATRIZ OPERACIONAL DE VARIABLES

Proyecto

“Incumplimiento del esquema de vacunas en niños y niñas menores de 24 meses en el Centro de Salud Chontacruz.”

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<p>Causas de incumplimiento de vacunas</p> <p>Motivos que contribuyen a que el niño no cumpla con el esquema de vacunación correspondiente a su edad o cuando este se lleva a cabo un mes después de la fecha indicada.</p>	Pediátricas	Problema de salud	Enfermedades infecciosas
		Peso	Bajo peso
		Malformación	Si No
	Institucionales	Horarios asequibles	Si No
		Falta del biológico	Si No
		Accesibilidad	Accesible No accesible
		Calidad y calidez del servicio	Si No
		Tiempo de espera	Adecuado Inadecuado
		Falta de información	Existe información No existe información
	Maternas	Edad de la madre	15 a 19 años 20 a 24 años 25 a 29 años 30 a 34 años 35 a 39 años 40 a mas
		Procedencia	Urbana Rural
		Ingreso económico	Bajo Medio Alto
		Desconocimiento de las vacunas	Conoce No conoce
		Ocupación de la madre	Ama de casa Publico Privado Estudiante Comerciante
		Estado civil	Casada Soltera Divorciada Unión libre
	Nivel de instrucción	Sin instrucción Primaria Incompleta Primaria Completa Secundaria Incompleta Secundaria Completa Profesional	

Autor: Katherine Elizabeth Ocampo Silva



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA
Anexo B

ENCUESTA

Proyecto: “Incumplimiento del esquema de vacunas en niños y niñas menores de 24 meses en el Centro de Salud Chontacruz.”

Datos Generales

Cuantos hijos menores de 5 años tiene:

Edad de su niño en meses

Cuenta con carnet de vacunación:

- a. SI b. NO

Factores Maternos

1. Procedencia:

- a. Urbano () b. Rural ()

2. Edad de la Madre:

- a. De 15 a 19 años () b. De 20 a 24 años () c. De 25 a 29 años ()
d. De 30 a 34 años () e. De 35 a 39 años () f. De 40 a más ()

3. Estado Civil:

- a. Soltera () b. casada () c. divorciada () d. unión libre ()

4. Grado de Instrucción:

- a. Sin instrucción () b. primaria incompleta () c. Primaria completa ()
d. secundaria incompleta () e. secundaria completa () f. profesional ()

5. Ocupación de la Madre:

- a) Ama de casa () b. privado () c. público () d. estudiante e.
comerciante ()

6. Ingreso económico:

- a) Bajo (menos de 354 \$)
b) Medio (mayor a 354 \$ y menor a 1300\$)
c) Alto (mayor a 1300)

7. Para vacunar a su niño; Gasta en pasajes:

- a) Si
b) No
c) Algunas veces

8. Si gastara en pasajes, ¿esto le hace difícil llevarlo a vacunar a su niño?

- a) Si
b) No
c) Algunas veces

Factores Pediátricos

- 9. ¿Vacunaría a su niño si presentará: resfrío, fiebre leve, diarrea, recibe tratamiento con antibióticos o se encuentra desnutrido?**
- Si
 - No
 - Algunas veces
- 10. ¿Cuándo no debe vacunar a su hijo?**
- Cuando está enfermo
 - Cuando presenta alergias
 - Cuando presenta reacción post vacuna
 - Cuando esta con bajo peso

Factores Institucionales

- 11. Cuando no asiste a la cita programada para vacunar a su niño es porque:**
- Vive lejos
 - No alcanza cupo para la atención en el consultorio de vacunación
 - Se olvido
- 12. ¿Al acudir a su cita para vacunar a su niño, encuentra las vacunas que necesita?**
- Siempre
 - Casi siempre
 - Le cita para otra fecha
- 13. El horario de atención en el consultorio de vacunación:**
- Es adecuado para el tiempo que usted tiene
 -
 - No es adecuado para el tiempo que usted tiene
 - Por su trabajo no le permite asistir
- 14. ¿El trato que usted recibe del personal de admisión; es amable?**
- Siempre
 - A veces
 - Nunca
- 15. El tiempo que usted espera para pasar a la consulta de vacunación es adecuado:**
- Si
 - No
 - Algunas veces
- 16. La Información que usted recibió acerca de las vacunas fue dada por:**
- Personal de Salud (Enfermera, Médico, Aux. de Enfermería)
 - Amistades
 - Medios de comunicación (Radio, televisión, periódico)
- 17. ¿Después de vacunar a su niño la Enfermera le informa acerca de las reacciones que tiene la vacuna aplicada?**
- Si
 - No
 - Algunas veces

- 18. ¿Después de vacunar a su niño la Enfermera le informa acerca de la próxima cita?**
- a. Si
 - b. No
 - c. Algunas veces
- 19. La Enfermera que lo atendió se mostró interesado por su niño:**
- a. Nada interesada
 - b. Poco interesada
 - c. Muy interesada

GRACIAS



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Anexo C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto: “Incumplimiento del esquema de vacunas en niños/as menores de 24 meses en el Centro de Salud Chontacruz.”

N°__

Datos generales.

Dirección:

Fecha:

Buenos días.

Soy egresado de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, actualmente me encuentro realizando un estudio con la finalidad de recolectar información sobre “INCUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNAS EN NIÑOS/AS MENORES DE 24 MESES EN EL CENTRO DE SALUD DE CHONTACRUZ”, el mismo que servirá para optar mi título profesional de Licenciada en Enfermería.

Para ello le solicito su participación voluntaria la cual será de mucha importancia para el estudio. Al mismo tiempo debo indicarle que de aceptar participar en el estudio, su colaboración será anónima, en ningún momento se afectará su integridad física ni moral.

¿Desearía participar en el estudio?

SI

NO

De ser positiva su respuesta, le agradezco y a continuación se procederá a la aplicación de los instrumentos de recolección de datos. Muchas gracias.

.....

**FIRMA
C.I**

Anexo D



LILIA ALEXANDRA CONTENTO TENEZACA PORTADORA DE CEDULA DE CIUDADANÍA 1104024037, GERENTE GENERAL DE LA ACADEMIA DE CAPACITACION Y NIVELACION "GUILLERMO CONTENTO", a petición verbal de parte interesada

CERTIFICA:

Que nuestra Institución realizo la debida traducción del Resumen de tesis de la Srta. **KATHERINE ELIZABETH OCAMPO SILVA**, con CI: **1900641430**, correspondiente al Tema: **"INCUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNAS EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 24 MESES EN EL CENTRO DE SALUD DE CHONTACRUZ"**

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facultando a la parte interesada hacer uso del presente en lo que estime conveniente.

Para constancia firma:

A circular official stamp with the text 'ACADEMIA DE CAPACITACIÓN Y NIVELACIÓN GUILLERMO CONTENTO' around the perimeter. Overlaid on the stamp is a handwritten signature in blue ink. Below the stamp, the name 'Lilia Contento I.' and the title 'GERENTE PROPIETARIA' are printed in black.

Lilia Contento I.
GERENTE PROPIETARIA

Loja, 17 de julio del 2018

Anexo E

Proyecto de tesis



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

Carrera de Enfermería

Proyecto de titulación

**INCUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNAS
EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 24 MESES EN EL
CENTRO DE SALUD DE CHONTACRUZ**

Nombre del estudiante

OCAMPO SILVA KATHERINE ELIZABETH

Loja, 8 de septiembre 2017

a. TEMA

INCUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNAS EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE
24 MESES EN EL CENTRO DE SALUD DE CHONTACRUZ

b. PROBLEMÁTICA

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es una acción conjunta de las naciones del mundo y de organismos internacionales interesados en apoyar acciones tendientes a lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles y con un fuerte compromiso de erradicar, eliminar y controlar las mismas. Siendo los niños la población más vulnerable, ya que son los más susceptibles de enfermar y morir, las inmunizaciones son la forma más efectiva de control y disminución de riesgo.

La inmunización previene cada año entre 2 y 3 millones de defunciones por difteria, tétanos, tos ferina y sarampión en niños. La inmunización es una de las intervenciones sanitarias más potentes y eficaces en relación al costo. Previene enfermedades debilitantes, incapacitantes y salva millones de vida cada año (OMS, 2016).

En todo el mundo existen más de 30 millones de niños y niñas sin inmunizar, ya sea porque carecen de acceso a las vacunas, porque los servicios sanitarios son precarios o inexistentes, o porque sus familias no están informadas acerca de cuándo y porqué deben inmunizar a sus hijos (Unicef, 2016).

La mortalidad de las niñas y niños latinoamericanos no es un hecho aislado del contexto económico y social en que se desenvuelve la región, sino una resultante de las condiciones de vida de la mayoría de la población. (Héctor Bejar, sn).

La cifra mundial de muertes neonatales se ha reducido de 5,1 millones en 1990 a 2,6 millones en 2017. Sin embargo, la reducción de la mortalidad neonatal entre 1990 y 2016 ha sido más lenta que la de la mortalidad posneonatal en menores de cinco años: 49% y 62%, respectivamente.

Esto se aplica a la mayoría de los países de ingresos bajos y medios. Si se mantienen las tendencias actuales, aproximadamente la mitad de los 69 millones de muertes en la niñez que se producirán entre 2016 y 2030 tendrán lugar en el periodo neonatal. Se prevé que la proporción de muertes neonatales entre las muertes de menores de cinco años aumente del 45% en 2015 al 52% en 2030.

Más de la mitad de las muertes de niños menores de cinco años se deben a enfermedades prevenibles y tratables mediante intervenciones simples y asequibles. El fortalecimiento de los sistemas de salud para que todos los niños accedan a tales intervenciones salvará la vida de muchos niños pequeños.

Para algunas de las enfermedades infantiles más mortales, como el sarampión, la poliomielitis, la difteria, el tétanos, la tos ferina o la neumonía por *Haemophilus influenzae* de tipo b o *Streptococcus pneumoniae*, o la diarrea por rotavirus, existen vacunas que pueden evitar que los niños enfermen y mueran. (OMS, 2017)

En el Ecuador, en diciembre del año 2012, el 7,3% de la población representa a las niñas y los niños menores de cinco años, quienes aproximadamente el 50 % en el transcurso de su vida debieron ser vacunados desde el momento en que nacieron. Aproximadamente 31.880 menores no han sido vacunados con la vacuna BCG, 4,9% la vacuna pentavalente, el 5,5% la vacuna de poliomielitis, aproximadamente 23.810 niñas y niños 56,7% y 43,3% respectivamente no han sido vacunados con la vacuna SRP y un 6,4% menores, a nivel nacional la vacuna del rotavirus (INEC, 2013).

Estudios realizados en el Ecuador determinan que una de las causas del incumplimiento del programa de inmunizaciones (PAI) es la falta de conocimiento de las madres sobre la protección que ofrece las vacunas (Rodríguez, 2012).

A nivel local, una investigación realizada en el barrio Zalapa de la ciudad de Loja, demuestra que el 33.3% de las madres no tienen conocimiento en relación con las enfermedades que se previenen con las vacunas, el resto de madres reconocen que las vacunas previenen las enfermedades pero no tienen conocimiento adecuado sobre la importancia de las vacunas durante los primeros años de vida del niño y además desconocen la edad adecuada para llevar a cabo la vacunación de los niños (Quezada, 2013).

Así mismo en un estudio realizado en el Centro de Salud Tipo A “Daniel Álvarez Burneo” de la ciudad de Loja, de Conocimiento de las madres sobre inmunizaciones en niños menores de 2 años a cerca de la protección de enfermedades que brindan las vacunas, se verifica que el 78% de madres conocen la protección de la vacuna Varicela, asimismo el 72% la fiebre amarilla y el 63% la vacuna dupla viral, por otro lado más de la mitad de las madres no conoce la protección que brindan las vacunas en general, resultados semejantes se encontraron en el estudio realizado en el Barrio Zalapa por Quezada C. donde 40% de las madres reconocen las enfermedades que previene la vacuna sarampión y rubeola un 37.8% varicela, y del 13 al 17% la fiebre amarilla; más de la mitad de las madres no tienen conocimiento en relación con las enfermedades que se previenen con las vacunas. Hace relación con el estudio realizado por Padilla G, en donde 78% de las madres encuestadas tienen conocimiento sobre la enfermedad que previene la vacuna fiebre amarilla, el 68% de la vacuna dupla viral, mientras que el 92% desconoce la prevención que se logra con la aplicación de las vacunas antipoliomielítica, Neumococo, Pentavalente, BCG y triple bacteriana. (Ordoñez, 2015).

En México una investigación realizada se encontró que 4.7% (IC95% 2.0-10.4) de los lactantes de 0 a 11 meses de edad y 0.2% (IC95% 0.1-0.7) en el grupo de 15 a 23 meses nunca habían sido vacunados y 6.8% (IC95% 5.0-8.7) de los niños de 6 años no tenían registro de aplicación de la

primera dosis de SRP en la CNS. Lo anterior permite inferir que a nivel poblacional, aproximadamente 7 000 lactantes de 0 a 1 mes y 3 000 niños en el grupo de 15 a 23 meses no habían sido vacunados, en tanto que 103 000 niños de 6 años carecían de registro de aplicación de la primera dosis de vacuna SRP. Los adolescentes fueron el grupo con menor vacunación registrada. Entre quienes mostraron cartilla, 37.0% (IC95% 34.4-39.6) no tenía registro de vacunación y 35.7% (IC95% 33.3-38.2) se encontraba subvacunado. En menores de un año los factores de la madre asociados con cobertura incompleta con esquema de cinco vacunas fueron analfabetismo (RM 2.8; IC95% 1.3-6.1), hablar lengua indígena (RM 1.7; IC95% 1.1-2.5) y tener escolaridad de primaria o menos (RM 1.6; IC95% 1.22.2), y por parte del menor, no ser derechohabiente de algún servicio de salud (RM 1.5; IC95% 1.1-2.1). (Guerrero,2013).

En México una investigación realizado a 56 personas determina que: el 35,3% de los padres contaba con secundaria completa, 54 mostraron cartilla de vacunas vigente (96.4%), el 85% presentaba el esquema de vacunación completo; en un 55.07% las vacunas eran la fecha indicada y el 30.03% existió retraso y un 14,6 no se aplicaron las vacunas (Cruz & Rios, 2012).

Los resultados a 71 madres determinaron que 94,4 % no conoce el calendario de vacunas, 56,3% ha presentado retraso en el cumplimiento de la dosis de vacunas; 35% de las madres tiene edades entre 21 a 25 años.

En Venezuela un artículo científico determinó que 94,4 % de las madres manifestó conocer el calendario de vacunas; 43% negó haber visto o escuchado mensajes sobre vacunación en el último mes; 40,8% desconoce la presencia de nuevas vacunas; 56,3% ha presentado retraso en el cumplimiento de la dosis de alguna vacuna; 97,2% de las madres afirmó que deberían haber más centros de vacunación (Boscan, Salinas, Trestini, & Tomat, 2012).

La investigación se realizará en las madres de niños y niñas menores de 24 meses que acuden al Centro de Salud de Chontacruz, el mismo que se encuentra al Occidente de la ciudad de Loja, pertenece a la Parroquia Sucre, se lo ejecutará en septiembre 2017 a febrero 2018, la variable que se medirá son las causas del incumplimiento del esquema de vacunas en niños/as menores de 24 meses en el centro de salud Chontacruz de la ciudad de Loja (Anexo A).

Población: Niños y niñas que acuden al área de vacunación el Centro de Salud Chontacruz.

Intervención: Causas de incumplimiento de vacunación.

Comparación: Calendario de vacunas.

Resultado: Determinar las causas del incumplimiento y retraso del calendario de vacunación en niños/as menores de 24 meses en el Centro de Salud de Chontacruz.

En el presente contexto se requiere establecer ¿cuáles son los factores del incumplimiento del esquema de vacunas de los niños/as menores de 24 meses en el Centro de Salud de Chontacruz?

c. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio busca identificar las causas del incumplimiento del esquema de vacunación de los niños/as menores de 24 meses debido a que esta situación genera un problema de salud, y que los padres y la familia debe enfrentar, ya que el 67,3% del cuidado diario de los niños y niñas menores de 5 años en el Ecuador, lo realizan principalmente las madres, padres y familiares (MSP, 2013-2017).

La inmunización previene cada año entre 2 y 3 millones de defunciones por difteria, tétanos, tos ferina y sarampión en niños, es una de las intervenciones sanitarias más potentes y eficaces en relación al costo. Previene enfermedades debilitantes, incapacitantes y salva millones de vida cada año (OMS, 2016).

Puesto que la población de niños de Loja es de 44.203 según el Censo 2010 (INEC, 2010). Además, es necesaria para mejorar el estado de salud de niños disminuyendo enfermedades, y muertes provocadas por el incumplimiento de vacunas buscando así calidez y calidad en la salud de toda la población.

Varios estudios científicos realizados a nivel mundial a madres de niños menores de 2 años sobre el incumplimiento de vacunas se ven evidenciados con datos significativos esquemas de vacunas atrasados y esquemas incompletos, siendo los factores más destacados los maternos, factores pediátricos y factores institucionales; como edades materas menores de 30 años, desconocimiento de las vacunas, falta de centros de salud, etc.

La vacunación contribuye en gran medida a cumplir los objetivos de desarrollo del milenio relacionados con la salud. A mantener a raya enfermedades transmisibles mortales y mutilantes, las vacunas son esenciales para mantener y ampliar los beneficios sanitarios. Este trabajo obedece al lineamiento número uno de infecciones comunes de “prioridades de investigación en salud

2013-2017”. Así como también a la línea tres de “Las enfermedades infecciosas más frecuentes en la región sur del país y en el ámbito nacional”, ámbito 4 de las líneas de investigación de la carrera, además a cumplir con el objetivo 3 que es mejorar la calidad de vida de la población lineamiento 3.2. Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas del Plan Nacional del Buen Vivir (Senplades, 2013-2017).

Este proyecto será factible gracias a la predisposición del equipo de salud del Centro de Salud de Chontacruz y de la comunidad. Como beneficiarios de esta investigación se considera a los niños menores de dos años, padres de familia y sociedad en general, pues de esta manera se pretende disminuir los índices de discapacidades y mortalidad infantil provocadas por el incumplimiento de vacunas. Los resultados de la investigación servirán para elaborar estrategia y promover acciones enfocadas a crear conciencia de los beneficios de las vacunas, así como también brindar con la investigación un aporte científico a la población sobre esta temática.

d. OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar los factores de incumplimiento del esquema de vacunas en niños/as menores de 24 meses en el Centro de Salud de Chontacruz.

Objetivos Específicos

- Identificar los factores pediátricos que influyen en el incumplimiento y retraso del esquema de vacunas.
- Señalar los factores institucionales que influyen en el incumplimiento y retraso del esquema de vacunas en niños/as menores de 24 meses.
- Establecer los factores maternos que influyen en el incumplimiento del esquema de vacunas de los niños menores de 24 meses.

e. MARCO TEÓRICO

Inmunización.

La Inmunización es la acción y efecto de inmunizar. Este verbo, por su parte, refiere a hacer inmune). Aquel o aquello que recibe una inmunización, por lo tanto, está exento de ciertos problemas, trastornos, padecimientos, etc.

Es importante destacar que la inmunidad puede ser natural o artificial. La noción de inmunización suele referirse al proceso artificial que permite alcanzar la inmunidad ante una cierta enfermedad.

La inmunización pasiva. Se logra a partir de los anticuerpos que se generan en el cuerpo de otra persona y que luego se transmiten de alguna manera. Ese es el caso de los lactantes que adquieren anticuerpos transferidos por su madre mediante la placenta.

La inmunización activa. En cambio, consiste en la aplicación de vacunas que propician una respuesta inmunitaria del organismo ante determinados patógenos. La intención es alcanzar el desarrollo de una memoria inmunitaria que permita formar anticuerpos protectores contra el antígeno en cuestión (Julián & María, 2014).

Vacuna. Se entiende por vacuna cualquier preparación destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos. El método más habitual para administrar las vacunas es la inyección, aunque algunas se administran con un vaporizador nasal u oral (OMS, 2016).

Clasificación de vacunas. Las vacunas pueden clasificarse según su antígeno integrante, su método de fabricación, su composición, o su uso sanitario. En función de los componentes empleados para su fabricación, las vacunas se clasifican en tres tipos: víricas, bacterianas y biosintéticas.

Vacunas Víricas y Bacterianas. Como su propio nombre indica, se fabrican a partir de los virus o bacterias que provocan la enfermedad. Ambas se dividen en dos grupos:

a) *Vacunas de microorganismos vivos atenuados.* Usan la forma del virus o bacteria debilitada (o atenuada).

b) *Vacunas de microorganismos muertos o inactivados.* Se hace de una proteína u otros pequeños fragmentos tomados de un virus o bacteria. Como los patógenos muertos o inactivos no se pueden replicar en lo absoluto, no pueden revertirse a una forma más virulenta, capaz de provocar enfermedades. Son vacunas generalmente bien toleradas, menos reactógenas que las vacunas vivas, muy seguras y de más fácil fabricación.

Vacunas Biosintéticas. Son aquellas que son obtenidas con componentes diríamos artificiales. Es decir que no son simplemente las partes del virus o la bacteria. Algunas se hacen por recombinación genética.

Por último, nombrar que, según las vías de administración, las vacunas se clasifican en:

Vacunas inyectables.

- Intradérmica (BCG y rabia).
- Subcutánea (neumocócica, meningocócica, tifoidea parenteral, fiebre amarilla, varicela, encefalitis japonesa)
- Intramuscular (las subcutáneas y además hepatitis A y B, DTP, DT, T, D, DTPa, Hib, gripe, neumocócica conjugada, rabia, encefalitis por garrapatas).

Vacunas orales (antitífica oral Ty21a y anticolérica oral)

Vacunas inhaladas intranasales (vacuna de la gripe adaptada al frío) (Morán, 2014)

Vacunas que conforman el esquema de vacunación

Vacuna BCG

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

Eficacia e inmunogenicidad. La vacuna BCG previene la diseminación hematológica a partir del foco primario, mostrando una protección del 80% para las formas de tuberculosis infantil más severas (meníngea y miliar), cuando la vacunación se realiza en el recién nacido.

Vía, dosis y edad de aplicación. Una dosis de 0.1ml ó 0.05 ml, según el fabricante, por vía intradérmica en la parte media del músculo deltoides del brazo derecho. Aplicar a todos los recién nacidos (dentro de las 24 horas) o en el primer contacto del niño(a) con los servicios de salud.

Reacciones adversas. Cuando se utiliza la técnica correcta en el sitio de inyección se produce una pápula que desaparece en 15 a 30 minutos. Entre la segunda y tercera semanas aparece una pústula que deja escapar una serosidad, ulcerándose a veces, la misma que se cierra espontáneamente con una costra y que se desprende luego de 12 semanas dejando una cicatriz permanente. Estas reacciones son indoloras.

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

- Absceso localizado
- Adenitis supurada
- Cicatriz queiloide extensa

Contraindicaciones. Recién nacido con peso menor de 2000 gramos, enfermedad infecciosa aguda grave, lesiones cutáneas generalizadas, niños que tienen su inmunidad comprometida por

inmunodeficiencia celular, SIDA, leucemia, linfoma o malignidad generalizada o en tratamiento con preparados inmuno-supresivos.

Vacuna hepatitis B (HB)

Descripción general. Contiene el antígeno de superficie purificado del virus, obtenido por recombinación genética del DNA.

Susceptibilidad e inmunidad. Tres dosis inducen protección en el 95-98% de los vacunados con títulos protectores a las 2 semanas de la segunda dosis. La respuesta inmune decae en mayores de 40 años.

Vía, dosis y edad de aplicación. Administrar IM, 0.5 ml hasta los 9 años de edad. En recién nacidos y lactantes se aplica en tercio medio lateral del muslo. En mayores de 10 años, adolescentes, embarazadas y adultos 1 ml, IM en el deltoides. El esquema a usar según riesgo es el siguiente:

Lugar	Población o grupo	Esquema de vacunación
Región Amazónica	Menores de un año	HB al nacer y 3 dosis de Penta
	Población de 1 a 9 años	HB: Primera al primer contacto Segunda dosis al mes Tercera a los 6 meses Penta 2 - 4 - 6 meses de edad
Todo el país	Menores de un año (Penta)	
Trabajadores de salud y adolescentes	Según riesgo como resultado de estudios epidemiológicos	

Reacciones adversas de la vacuna. Son leves y transitorias (eritema, induración y dolor en el sitio de la inyección). Las generales se resuelven rápido (dolor abdominal, náusea, cansancio, vómitos, diarrea, cefalea). Muy rara vez hay hipotensión, prurito, síncope, bronco espasmo, angioedema, vasculitis y linfadenopatía.

Contraindicaciones. Hipersensibilidad al timerosal o hidróxido de Aluminio, presencia de fiebre alta.

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

Contraindicaciones. En caso de enfermedad aguda severa con temperatura mayor de 39°C, la aplicación será diferida. No debe aplicarse en niños con antecedentes alérgicos a la estreptomina, neomicina y polimixina, aunque en la práctica es casi imposible conocer este antecedente.

Vacuna triple bacteriana DPT

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

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

- Del 90 al 95% contra la difteria.
- Del 70 al 80% contra la tos ferina.
- Del 98 al 100% contra el tétanos. Las tres dosis y el refuerzo confieren inmunidad prolongada.

Vía, dosis y edad de aplicación. Se administra por vía IM en el vasto externo (tercio medio lateral del muslo). Para la vacunación se utiliza una jeringuilla descartable o autodestructible de 0,5 ml con aguja de 23 G x 1. A partir de los 2 meses de edad, deberá recibir 3 dosis, con intervalo de 2 meses entre ellas (mínimo 4 semanas) y un refuerzo al año de la tercera dosis.

Reacciones adversas. En el sitio de la inyección puede presentarse reacciones locales como dolor, eritema, edema e induración. Algunos niños desarrollan fiebre en cuyo caso se debe recomendar paracetamol (acetaminofen) en dosis de 15 mg/Kg/ cada 6 horas, control de temperatura por medios físicos (baño). En casos raros, el componente Pertussis puede desencadenar reacciones neurológicas (convulsiones). En estos casos no podrá usarse Pentavalente ni DPT sino la vacuna DT (pediátrica) para completar el esquema. Anote este particular en el carné de vacunación y en la historia clínica.

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

Vacuna pentavalente (DPT+HB+Hib)

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

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.

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

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

Vacuna triple viral (SRP) y vacuna dupla viral (SR)

Descripción general. La Triple Viral SRP está compuesta por virus vivos atenuados contra sarampión, rubéola y parotiditis. La Dupla Viral SR contiene virus vivos atenuados contra sarampión y rubéola.

Susceptibilidad e inmunidad. La eficacia para sarampión y parotiditis es del 95% y para rubéola 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 niños de 12 a 23 meses, por vía subcutánea en la región deltoidea del brazo izquierdo, una dosis de 0,5 ml utilizando jeringuilla auto destructible con aguja 25 G x 5/8.

Reacciones adversas de la vacuna. Las reacciones leves, tales como alza térmica entre el quinto y el décimo segundo día posteriores a la vacunación ocurren en un 15% de vacunados y exantema en un 5% de vacunados. Muy rara vez, puede presentarse encefalitis/encefalopatía, trombocitopenia a una tasa muy baja (1 caso por cada millón de dosis). 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 vacunar 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.

Vacuna de la fiebre amarilla (FA) ó antiamarílica

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

Susceptibilidad e inmunidad. La eficacia de la vacuna es del 100%. La inmunogenicidad es excelente, como ocurre casi en todos los preparados vacunales de virus vivos atenuados, dando títulos de anticuerpos protectores con una sola dosis (apartir de los 10 días post-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 0,5 ml. Se vacuna a partir de los 12 meses de edad y un

refuerzo cada 10 años. Se puede aplicar junto con la vacuna Triple viral (SRP o MMR), inyectándose en diferentes sitios. En caso de epidemias se puede aplicar desde los 6 meses de edad.

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 la encefalitis asociada a la vacuna; en embarazadas por tratarse de virus vivo; en caso de antecedentes de reacciones anafilácticas a una dosis previa; historia de anafilaxia al huevo; pacientes inmunodeprimidos (SIDA, leucemia, linfoma, cáncer avanzado, uso de antimetabólicos o radiaciones).

Esquemas de vacunación Ecuador 2016



SUBSECRETARÍA NACIONAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL
ESTRATEGIA NACIONAL DE INMUNIZACIONES



ESQUEMA DE VACUNACIÓN FAMILIAR / ECUADOR 2016

Ciclos de Vida	Grupos programáticos	Tipos de Vacuna	Total dosis	Dosis* recomendada	Via de administración	Frecuencia de administración					
						Número de dosis			Refuerzos		
						1 dosis	2 dosis	3 dosis	4ta dosis 1 Refuerzo	5a. Dosis 2 Refuerzo	6ta dosis 3 Refuerzo
NIÑEZ	Menores de un año	*BCG	1	0,05/0,1 ml	I. D.	Dosis única R. N. dentro de las primeras 24 horas de nacido.)					
		H II	1	0,5 ml	I. M.	R. N. dentro de las primeras 24 horas de nacido.)					
		Rotavirus	2	1,5 ml	V.O.	2m	4m				
		IPV	1	0,5 ml	I. M.	2m					
		bOPV	2	2 Gotas	V. O.			4m	6m		
		Pentavalente (DPT+Hib+Hb)**	3	0,5 ml	I. M.	2m	4m	6m			
		Neumococo conjugada	3	0,5 ml	I. M.	2m	4m	6m			
	Influenza Estac. (HN) Triv. Pediátrica (a partir de los 6 meses a 11 meses.)	2	0,25	I. M.	1er Contacto	al mes de la primera dosis					
	12 a 23 meses	Difteria, Tétanos, Tostferina (DPT)	1	0,5 ml	I. M.				1 año después de la tercera dosis de Pentavalente (4ta dosis)		
		bOPV	1	2 Gts	V.O.				1 año después de la tercera dosis de antipolio (4ta dosis)		
		Sarampión, rubéola, parotiditis SPP	2	0,5 ml	S. C.	12 meses	18 meses				
		Fiebre Amarilla (FA)	1	0,5 ml	S. C.	12 meses					
		Varicela	1	0,5 ml	S. C.	15 meses					
		Influenza Estacional Triv. Pediátrica	1	0,25 ml	I. M.	1er contacto					
	24 a 35 meses	Influenza Estacional Triv. Pediátrica	1	0,25 ml	I. M.	1er contacto					
	36 a 59 meses	Influenza Estacional Triv. Pediátrica	1	0,50 ml	I. M.	1er contacto					

Continúa...

	5 años	***DT	1	0.5 ml	I. M.			5ta dosis	
	9 años	HPV	2	0.5 ml	I. M.	1er contacto	6 meses después de la primera dosis		
ADOLESCENCIA	15 años	***DT	1	0.5 ml	I. M.			5ta dosis	
Adultos	Vacunación en grupos de riesgo	MEP: Embarazadas y no embarazadas	****DT	0.5 ml	I. M.	Completar esquema según historia vacunal; si no existiera antecedente vacunal, proceder a iniciar el esquema, conservando los intervalos de 0, 1 mes, 6 meses, 1 año, 1 año hasta completar las 5 dosis que requiere el esquema de adulto			
		Personas de Salud	HB	3	20 µg/1 ml	I. M.	Completar esquema según historia vacunal; Conservando los intervalos de 0, 1 mes, 6 meses		
		Trabajadoras sexuales, privados de la libertad,	HB	3	20 µg/1 ml	I. M.	Completar esquema según historia vacunal; Conservando los intervalos de 0, 1 mes, 6 meses		
		Viajeros	SR	1	0.5 ml	S. C.	Viajeros a países con circulación endémica de sarampión-cúbita		
			FA	dosis única	0.5 ml	S. C.	Viajeros a países con circulación endémica: fiebre amarilla. (una dosis da inmunidad toda la vida)		
		Embarazadas, personal de salud, enfermos crónicos desde 6 meses en adelante	Influenza estacional Triv. Adulto	1	0.5 ml	I. M.	1er Contacto		
	SR	1	0.5 ml	S. C.	Dosis única: para control de brotes, a grupos de riesgo (vacunación verificando historia vacunal)				

Fuente: (MSP, 2016)

Importancia. Las vacunas han disminuido notablemente la prevalencia de las enfermedades, las vacunas actualmente muy seguras, la mayoría de los efectos secundarios son poco frecuentes, ligeros y temporales, como puede ser una febrícula o dolor leve en la zona de la inyección, los efectos secundarios importantes son muy extraños y pasan de 1 por millón de dosis. Es necesario también mirar sus beneficios y la capacidad de protección ante las enfermedades, un Niño no vacunado tiene 14 muchos más riesgos de padecer encefalitis neumonía o muerte que un Niño vacunado (N.N, 2013).

Calendario de Vacunación. El calendario de vacunación es la secuencia cronológica de vacunas que se administran sistemáticamente a toda la población en un país o área geográfica con el fin de obtener una inmunización adecuada en la población frente a las enfermedades para las que se dispone de una vacuna eficaz. Estos Calendarios, se van modificando en función de la

disponibilidad de nuevas vacunas y de la evolución de la situación epidemiológica de las diferentes enfermedades prevenibles mediante vacunación.

Esquema de vacunación del programa regular

El esquema de vacunación en los últimos años ha sido modificado por la introducción de nuevas vacunas como: SRP, Pentavalente (DPT+HB+Hib), Rotavirus, HB, y FA en la Región Amazónica.

Control de enfermedades.

1. Ocho años sin Fiebre Amarilla.
2. Dieciocho años sin poliomyelitis.
3. Dieciocho años sin poliomielitis.
4. Doce años sin Sarampión.
5. Cuatro años sin casos de Rubéola.
6. Disminución de casos de tosferina.
7. Ausencia de casos de difteria.
8. Eliminación de TNN como problema de salud Pública Nacional y Provincial
9. Disminución de la tendencia de 4 neumonías y meningitis por Hib.
10. Fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Inmunoprevenibles (MSP, 2015).

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

Estudios realizados a nivel mundial demuestran que las OPPV están relacionadas con las actitudes de los profesionales y el personal de la salud cuando no se revisan carnets de vacunación, no se indaga acerca del estado de vacunación de los usuarios, no se informa a los usuarios ni acudientes acerca de las próximas fechas de vacunación ni sobre los calendarios vacúnales, cuando los vacunadores no aplican biológicos que vienen en múltiples dosis por temores a desperdicios de los mismos, entre otras razones. (Revista de la Facultad de Medicina, 2015)

Factores que intervienen en la asistencia de la madre a las inmunizaciones

Factores sociodemográficos y culturales.

Factores sociales. Conjunto de normas, leyes, principios que determinan o influyen en el proceder o comportamiento de los individuos de una sociedad. Dicho de aquellas cualidades, que sirven para distinguir a alguien o algo de sus semejantes.

Comprende lo siguiente: Ocupación y estado civil.

Ocupación. Empleo o actividad sea remunerado o no; que ejerce la persona. Tomando en cuenta la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CIUO- 08) elaborada por el INEC, las vamos a clasificar en:

Ingreso Económico. Según Byron Villacís, director del INEC, este es un estudio que clasifica los estratos no solo por los ingresos que percibe cada hogar sino por otro tipo de variables. “Se tiene familias que pueden tener ingresos muy altos, pero las variables relacionadas a hábitos de consumo o de educación pueden ser muy bajos. O, puede ser lo contrario: un hogar con ingresos bajos y, por ejemplo, niveles de educación bastante altos”. Por lo tanto para nuestro estudio cogimos como ingreso económico los siguientes: Bajo, Medio, Alto.

Factores demográficos. Es el estudio estadístico sobre un grupo de población humana que analiza su volumen, crecimiento y características en un momento o ciclo. Por lo tanto estas

características, son cualidades que se consideran en el análisis de una población determinada.

Comprende lo siguiente:

Edad. Es el tiempo transcurrido entre el nacimiento de un individuo y el momento presente, se mide en días, meses o años y está determinada por diferentes etapas. Entre ellos: Adolescente (entre 11 y 19 años), joven (entre 20 y 30 años) y adulta (entre 31 y 45 año).

Número de hijos. Se refiere al número total de hijos nacidos vivos que ha tenido la madre hasta el momento en que registra su último hijo.

Lugar de procedencia. Es el medio natural, en el cual el individuo nace y vive con sus tradiciones y costumbres. Así tenemos al hombre de la costa, sierra y la selva. Cada uno como miembros de su grupo presenta características peculiares, aunque dichas reglas no pueden ser consideradas universales, porque cambian cuando emigran de un lugar a otro adaptándose al medio social donde migra.

De acuerdo con la Ordenanza Municipal de cada sector un área puede ser urbana o rural según las características de las mismas.

- Urbano. Se denomina zona urbana a aquella porción geográfica altamente poblada, característica de las grandes ciudades acompañadas del comercio y la tecnología, el turismo y muchas veces, las desigualdades sociales. Pero el criterio para considerar a una zona, como zona urbana, es variable; aunque podemos hablar de a partir de unos 2000 habitantes aproximadamente.
- Rural. Se les llama zona rural a todas aquellas áreas geográficas ubicadas a las afueras de las ciudades. Es, por tanto, lo opuesto a lo urbano, y podemos decir que cualquier zona que no pertenezca a las ciudades es, por lo tanto, rural. Las zonas rurales se

caracterizan por contar con una densidad poblacional bastante baja, a menudo con viviendas aisladas o asentamientos pequeños de gente.

Grado de instrucción. Según J. Brunner sostiene que el grado de instrucción es el nivel de estudio sistemático escolarizado y constituye el último grado cursado y aprobado por la persona.

Se clasifica en:

- *Sin instrucción.* Es cuando la persona sabe leer y escribir pero no han terminado ningún tipo de estudios.
- *Primaria.* Es cuando la persona alcanzó educación primaria completa o incompleta.
- *Secundaria.* Es cuando la persona alcanzo educación secundaria completa o incompleta.
- *Superior o profesional.* Es cuando la persona alcanzo educación superior universitaria y/o técnica completa o incompleta.

Conocimiento. El diccionario de la real academia española, define al conocimiento como la acción de conocer. Conocer es adquirir la noción de las cosas, mediante el entendimiento. Es una relación que se establece entre el sujeto que conoce y el objeto conocido. El conocimiento tiene un carácter individual y social; puede ser: personal, grupal y organizacional, ya que cada persona interpreta la información que percibe sobre la base de su experiencia pasada, influida por los grupos a los que perteneció y pertenece. También influyen los patrones de aceptación que forman la cultura de su organización y los valores sociales en los que ha transcurrido su vida.

Factores institucionales

Están referidos a todas las causas inherentes a los centros de salud que pueden impedir, dificultar o influir en la motivación para que las personas asistan o no a los centros de vacunación y den cumplimiento al esquema de Inmunización recomendado para sus hijos, estos factores pueden estar representados por: accesibilidad al servicio, disponibilidad de biológicos, horario de

atención, el trato que reciben del personal de salud en la admisión del usuario y encargado de la vacunación, tiempo de espera, información que recibe acerca de las vacunas, etc.

Accesibilidad al servicio. Aún no se logra cubrir íntegramente la demanda del territorio nacional pese al incremento de la oferta de servicios en el primer nivel de atención del Ministerio de Salud. La existencia de muchas zonas del país donde predominan poblaciones dispersas es un factor importante de inaccesibilidad geográfica a los servicios, según estudio de investigación señala que los “Los esquemas incompletos de vacunación presenta varios factores como: residencia más de 3 km, mientras que otras forman parte de poblaciones móviles (por ejemplo, grupos nómades o trabajadores migrantes temporales).

Horario de atención. Realizar un viaje a una unidad de salud con un niño sano puede no ser la primera prioridad para personas con muchas cosas importantes que hacer. Para muchos progenitores, particularmente para algunas madres, conseguir y preparar los alimentos de cada día implica trabajar de sol a sol. Otras trabajan en la agricultura, fuera de la casa, o tienen horarios de trabajo inflexibles u otras obligaciones familiares, o no disponen de alguien que cuiden de sus otros hijos menores. Los horarios de atención en los establecimientos de salud deben ser programadas de modo que resulten convenientes para los padres. Los gestores de las unidades de salud deben evaluar los horarios de vacunación al menos una vez al año y 26 modificarlos, si fuera necesario, para responder a las necesidades de las comunidades.

Barreras por la inconducta de los prestadores de Salud. Según estudios de investigación la percepción de la población respecto a la valoración de los servicios recibidos de los distintos prestadores de salud fueron la insatisfacción y maltrato que condiciona buscar la atención en otro establecimiento o deja de asistir. Estos problemas constituyen una preocupación, a nivel nacional las campañas educativas intentan mejorar el conocimiento de los padres sobre el valor de las

vacunaciones y estimular a los profesionales para que aprovechen todas las oportunidades posibles para vacunar a los niños a su cuidado jurisdiccional también esto se hace extensivo a la participación comunitaria llámese religiosos, grupos sociales, colegios medios de comunicación; si existiera trabajo multisectorial se lograría la cobertura esperada.

Tiempo de espera. Dada la misión de las organizaciones de salud de mejorar las condiciones sanitarias de la población mediante la atención; reduciendo desigualdades, conteniendo costos y satisfaciendo a los usuarios con respeto a su autonomía y valores; el usuario es el personaje principal en los escenarios de la prestación de servicios, sus expectativas es la satisfacción de la atención tanto del prestador de servicios y las de la propia institución.

Dentro de la calidad en servicios de salud, Donabedian considera dos dimensiones: la técnica y la interpersonal. La primera busca los mayores beneficios para el paciente sin riesgos en la prestación, la segunda pretende respetarlo como ser humano integral buscando su satisfacción plena; dentro de esta última se encuentra el tiempo de espera para recibir la atención en un servicio de salud, además, deriva del compromiso gubernamental establecido en 1978 en Alma Ata, bajo el propósito de lograr la meta Salud para todos los ciudadanos del mundo ; cualquier país aspira a una cobertura de servicios de salud básicos para 100 % de la población. Desde esta perspectiva; el tiempo de espera para recibir consulta constituye una barrera o condición de accesibilidad de tipo organizacional y según Donabedian, se precisa como indicador de resultado en cuanto a la importancia de la opinión del usuario.

También algunos autores clásicos lo han propuesto como condicionante de no utilización de servicios cuando es elevado. En un análisis de estudios realizados en diversas instituciones de salud en México, Rúelas encontró que el elevado tiempo de espera es causa de insatisfacción. Dado la gran importancia se ha tratado de determinar cuál sería el tiempo de espera aceptable por un

paciente antes de ser atendido en un servicio de salud; estudios realizados encontraron; un promedio de $16,1 \pm 7,9$ minutos, otros estudios demuestran que este no debería de exceder los 30 minutos.

La satisfacción del usuario es un componente integral de la calidad de atención en los servicios de salud. Un alto nivel de satisfacción promueve conductas positivas tales como conformidad y continuidad con los proveedores de salud; de esta manera, la evaluación de la satisfacción del usuario puede ayudar a la mejora continua de la calidad de atención.

Información que recibe acerca de las vacunas: Muchas familias carecen de información fidedigna sobre inmunizaciones y servicios de inmunización. Muchas veces no saben que si no acuden a una cita programada de inmunización todavía pueden ser inmunizados; sólo deben acudir lo más pronto posible a vacunarse. Las creencias falsas y los rumores mal intencionados también hacen que las personas dejen de utilizar los servicios de inmunización.

Los siguientes son conceptos erróneos comunes: Los niños están protegidos contra enfermedades prevenibles por vacuna por un ser religioso o sobrenatural que vela por ellos, los niños están completamente protegidos porque ya han recibido algunas inmunizaciones, los niños enfermos no pueden ser vacunados, las inmunizaciones frecuentemente causan esterilización, enfermedad o efectos adversos peligrosos, los padres no saben que el niño puede ser vacunado en cualquier unidad de salud del país, para darle seguimiento, los padres creen que deben pagar las consultas para poder vacunar a sus hijos, los servicios de salud vendrían a su casa o a su comunidad si la vacunación fuera realmente importante, tal como lo hacen durante las campañas.

Los trabajadores de salud local tienen un rol particularmente importante en mejorar el nivel de conciencia de la gente y brindar información a las poblaciones beneficiarias; La información a los 28 padres acerca de las vacunas se debe dar en términos generales: vacunas y enfermedades

que previene, calendario de vacunación, importancia, recibirla a tiempo; todo ello en lenguaje adecuado; es una medida eficaz.

Factores pediátricos

Un aspecto muy importante vinculado a la seguridad de las vacunas son las precauciones y contraindicaciones de cada vacuna con la finalidad de evitar situaciones que puedan poner en riesgo al paciente.

Contraindicaciones. Es una condición del individuo que aumenta de forma importante el riesgo de padecer un efecto adverso grave si se le administra una vacuna concreta.

La mayoría de las contraindicaciones son temporales y una vez pasada esa situación el paciente podrá ser vacunado.

Contraindicaciones temporales: Las contraindicaciones temporales permiten la administración de una vacuna una vez resueltas.

Inmunodepresión. La inmunodepresión o el tratamiento inmunosupresor contraindican, con algunas excepciones, las vacunas atenuadas; los niños con niveles de linfocitos CD4+ superiores al 15 % pueden recibir las vacunas triple vírica y la de la varicela. Esta inmunodepresión puede condicionar una respuesta inadecuada de las vacunas inactivadas, que se podrán administrar, aunque posteriormente es posible que precisen dosis adicionales.

Enfermedad. Cualquier enfermedad moderada o grave (crisis asmática, cardiopatía descompensada, diarrea aguda...), con o sin fiebre, es una contraindicación temporal para la administración de las vacunas, salvo situación de riesgo epidémico muy elevado. Una vez desaparecida la situación podrán recibir vacunas.

Edad. La edad de administración puede considerarse una contraindicación. La vacuna triple vírica no se aconseja administrarla antes de los 12 meses de vida porque puede interferir con los

anticuerpos maternos y no producir una respuesta inmunológica completa, aunque en situaciones epidémicas se puede administrar a partir de los 6 meses de edad, aunque posteriormente deberá recibir dos dosis a partir de que cumpla los 12 meses de edad. Igualmente, la vacuna frente a la hepatitis A se administra a partir de los 12 meses de edad, la antigripal a partir de los 6 meses de edad y los componentes de carga antigénica estándar de difteria y tosferina (D y P) solo se pueden aplicar hasta los 7 años de edad.

Precauciones. Son situaciones en las que la administración de una vacuna condiciona un mayor riesgo de presentar un efecto adverso o bien que la respuesta inmunitaria a la vacuna pueda ser insuficiente y no permita obtener una adecuada protección.

Algunas situaciones consideradas precauciones son:

- Cuadro de hipotonía-hiporrespuesta (cuadro similar al shock) o fiebre superior a 40,5 °C o cuadro de llanto persistente de 3 o más horas en las 48 horas posteriores, o convulsiones en las 72 horas siguientes a la administración de una dosis de cualquier vacuna con el componente de la tosferina.
- Trastorno neurológico progresivo, incluidos espasmos infantiles, epilepsia no controlada y encefalopatía progresiva. En estos casos se recomienda retrasar la vacunación hasta la estabilización del proceso.
- Historia de síndrome de Guillain-Barré en las 6 semanas posteriores a la administración de una vacuna. En este caso deberá valorarse con precaución la conveniencia o no de administrar una dosis posterior de dicha vacuna.
- Pacientes con enfermedades crónicas y/o inmunodepresión: la respuesta a la vacunación puede ser subóptima en algunos de estos pacientes, por lo que las vacunas deben administrarse atendiendo a este hecho. Se ha comentado previamente que en caso de

inmunodepresión las vacunas atenuadas están contraindicadas en la mayoría de las situaciones.

- La administración de productos biológicos (inmunoglobulinas o sangre) antes de la administración de la vacuna triple vírica o la de la varicela.
- Una excepción a la anafilaxia como contraindicación son los niños con alergia anafiláctica al huevo ya que pueden recibir la vacuna triple vírica en el centro de salud, porque prácticamente no tiene proteínas de huevo, eso si esperando posteriormente 15-30 minutos en la sala de espera como con todas las vacunas. (Pediatria, 2016)

f. METODOLOGÍA

Tipo de estudio

La investigación será de tipo descriptivo, de corte trasversal. Es descriptivo porque se describe las causas del incumplimiento del esquema de vacunas. Es de corte trasversal porque la información que se obtendrá en un tiempo determinado.

Área de estudio

El Centro de Salud de Chontacruz se encuentra geográficamente al sureste de la Ciudad de Loja, Parroquia Urbana Sucre de Cantón Loja, en la Provincia de Loja; pertenece al Distrito de Planificación 11D01 de la Zona 7 del Ministerio de Salud Pública. A una altitud de 2,489 metros sobre el nivel del mar con una superficie de 16.25 km² aproximadamente.

Tiene un área de influencia de extensión territorial de aproximadamente 16.25 kilómetros cuadrados, su población asignada según MSP al 2015 es de 17930 habitantes. Tiene influencia geográfica sobre los siguientes barrios: Capuli Loma, Isidro Ayora Alto y Bajo, Monseñor Alberto Zambrano, Bell-Monte, Reinaldo Espinosa, Chontacruz, Santa Inés, Lote Bonito, Las Palmeras, Colinas Lojanas, Nuevo Amanecer y UNE etapa 1 y 2. El acceso al Centro es a través de la Avenida Eugenio Espejo y de los Paltas, y la intersección con la calle Dinamarca e Irlanda. La cartera de servicios que ofrece son: consulta externa médica y odontológica, maternidad gratuita y atención a la infancia, farmacia, vacunas, detección diagnóstico y tratamiento de Tb, VIH, salud escolar, atención del adolescente, visitas domiciliarias.

Grupo de estudio

La población estará conformada por las madres de niños menores de dos años que pertenecen al centro de salud para las vacunas de sus niños.

Universo

55 madres con niños menores de 24 meses que han incumplido el esquema de vacunas y que pertenecen al Centro d Salud de Chontacruz.

Tiempo

El tiempo en el que se llevara a cabo la recolección de datos de la investigación es de diciembre 2017 - marzo del 2018.

Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

La técnica a utilizar será la visita domiciliaria, donde se entrevistará a madres de niños menores de 24 meses además se revisará el carnet de vacunas. El instrumento que se aplicará es un cuestionario que estará constituido por 19 preguntas cerradas con indicadores establecidos, las preguntas 1 - 8 obedecen al objetivo de factores maternos, las preguntas 9 – 10 al objetivo de factores pediátricas y las preguntas 11 - 19 al objetivo de factores institucionales (Anexo B); el cuestionario que se utilizará fue Elaborado por Dina Cirila Gonzales Sotel, Lima-Peru,2012 y ajustado según las necesidades de esta investigación.

Los aspectos que nos ayudarán a llegar a obtener el resultado de nuestra investigación serán el ingreso económico, la aplicación de las vacunas al niño son gratuitas, trato del personal de Enfermería, ocupación de la madre, contraindicación de la vacunación, accesibilidad al servicio, etc.

Fuentes de información

La información que se recibirá para la realización de la investigación será obtenida de fuentes primarias, es decir la aplicación del instrumento directamente a las madres, y como fuente secundaria la revisión de carnet y la información obtenida de libros y artículos, para la elaboración del marco teórico.

Presentación de resultados

Luego de la recolección de datos estos serán procesados y presentados en tablas y gráficos estadísticos con su respectivo análisis e interpretación.

Consideraciones éticas

La investigación no tiene un fin experimental, el uso de los resultados serán únicamente para fines de investigación, se realizará un oficio dirigido al Director del Centro de Salud de Chontacruz para el permiso de la realización del proyecto de investigación, así como también se facilitará la hoja de consentimiento informado (Anexo C) para poder recolectar la información a las madres que acuden al área de vacunación del Centro de Salud de Chontacruz, la información obtenida será de uso exclusivo con fines de investigación practicando siempre los valores éticos.

g. CRONOGRAMA

Proyecto

“Incumplimiento del esquema de vacunas en niños y niñas menores de 24 meses en el Centro de Salud Chontacruz.”

FECHA	Noviembre/2017				Diciembre/2017				Enero/ 2018				Febrero/ 2018				Marzo 2018				Abril 2018			
ACTIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Aprobación del proyecto																								
Solicitar autorización para el desarrollo del proyecto																								
Construcción del marco teórico																								
Recolección de datos																								
Análisis e interpretación de datos																								
Construcción del primer borrador de tesis																								
Revisión del informe																								
Presentación del Informe final de tesis																								

Autor: Katherine Elizabeth Ocampo Silva

h. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Proyecto

“Incumplimiento del esquema de vacunas en niños y niñas menores de 24 meses en el Centro de Salud Chontacruz.”

El presupuesto estimado es de 150 dólares el mismo que será autofinanciado.

Rubros	Total
Transporte	\$ 10,00
Material e Insumos	\$20, 00
Internet	\$20,00
Copias	\$ 80,00
Anillados	\$20,00
Total	\$ 150.00

Autor: Katherine Elizabeth Ocampo Silva

i. BIBLIOGRAFÍA

AEP. Asociación Española de Pediatría (2016). VACUNA TOSFERINA. Obtenido de <http://vacunasae.org/familias/vacunas-una-a-una/vacuna-tosferina>

Boscan, M., Salinas, B., Trestini, M. L., & Tomat, M. (2012). Actitud de las madres en el cumplimiento del calendario de vacunación de niños menores de 6 años. *Salus*, 25-30.

Giménez, D. S. (26 de SEPTIEMBRE de 2016). Las vacunas en la infancia. Obtenido de https://www.medicina21.com/Articulos-V18-Las_vacunas_en_la_infancia.html

Julián, P., & María, M. (2014). DEFINICIÓN.DE. Obtenido de <http://definicion.de/inmunizacion/>

Justich, D. P. (2015). El rechazo a vacunar a los niños: un desafío por enfrentar. Scielo.

Lombardo, D., & Hernández, D. (2012). Oportunidades perdidas de vacunación en la Consulta Externa de Pediatría. *INP*, 133-136.

Cruz, E. V., & Rios, A. P. (2012). Causas de incumplimiento y retraso del esquema primario de vacunación en niños atendidos en el Hospital Infantil de Mexico. *Aten Fam*, 6-10.

Morán, A. (19 de noviembre de 2014). Dciencia . Obtenido de <http://dciencia.es/tipos-vacuna/>

MSAL.(2015). Chau polio. Obtenido de: <http://www.msal.gob.ar/index.php/component/content/article/46-ministerio/547-chau-polio>

MSP. (2014). MAIS. Obtenido de: https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/482/GUIA%20MAIS%20-FCI%20para%20poblaciones%20con%20difícil%20acceso.pdf

Organización Colegial de Enfermería (2018). Vacunacion. Obtenido de: <http://www.enfermeriaavila.com/PDF/Vacunacion.pdf>

MSP. (2015). MSP. Obtenido de: <http://www.salud.gob.ec/programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/>

N.N. (2013). N.N. Obtenido de:
<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/vacunas/archivos/mensajesvacunacion.pdf>

OMS. (2016). OMS. Obtenido de: <http://www.who.int/topics/vaccines/es/>

OMS. (2017). Hepatitis B. OMS. (2016). OMS. Obtenido de:
<http://www.who.int/topics/vaccines/es/>

OMS. (2017). Reducción de la mortalidad en la niñez. Obtenido de:
<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>

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

Rodriguez del Pezo, M. Tomalá,D.J (2012). Factores que influye en el nivel de conocimiento de las madres adolescentes sobre el esquema del P.A.I del Sub Centro Santa Rosa Salinas [Tesis tercer nivel].Facultad de ciencias sociales y de la salud, Universidad Estatal Península de Santa Elena. La Libertad. Obtenido de: <http://servicios.uss.edu.pe/ojs/index.php/rsvs/article/view/111>

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

- Gentile, A., Lucion, M., Bakir, J., Veronica, F., Carusc, M., J, H., & Debbag, R. (2012). Esquemas atrasados de vacunacion y oportunidades perdidas de vacunacion en niños de hasta 24 meses. *Arch Argent Pediatr*, 219-225.
- INEC. (2013). Principales Causas de morbilidad.revistae-análisis, 11-14.
- MSP. (2013-2017). MSP. Obtenido de:
[https://www.ucuenca.edu.ec/images/facu_medicina/Investigacion/prioridades_investigacion_salud2013-2017%20\(1\).pdf](https://www.ucuenca.edu.ec/images/facu_medicina/Investigacion/prioridades_investigacion_salud2013-2017%20(1).pdf)
- OMS. (2016). *OMS* . Obtenido de: OMS : <http://www.who.int/topics/immunization/es/>
- Schargrotsky, L., Tenenbaum, M., Nolte, F., & Czerniuk, P. (2011). El atraso en vacunas. poniendo en evidencia una realidad en salud. *Rev Hosp Baires*, 154-160.
- Senplades. (2013-2017). *Buen Vivir Plan Nacional*. Obtenido de:
<http://www.buenvivir.gob.ec/web/guest>
- Unicef. (2016). Obtenido de: <https://www.unicef.org/spanish/earlychildhood/9479.html>
- Boscan, M., Belen, S., Trestini, M., & Tomat, M. (2012). Actitud de las madres en el cumplimiento del calendario de vacunación de niños menores de 6 años. *Scielo*, 33-41
- Quezada M.C, (2013) Conocimiento sobre la importancia de la vacunación y su relación con la salud en niños menores de 5 años en madres del barrio Zalapa [Quezada Morocho Carmen Mercedes pdf- Repositorio]. [Tesis pregrado]. Loja. Obtenido de:
<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/7000/1/Quezada%20Morocho%20Carmen%20Mercedes.pdf>
- Falconí J, (noviembre 2014).Estado Civil y el derecho a la identidad. Obtenido de:
<https://derechoecuador.com/-el-estado-civil-y-el-derecho-a-la-identidad>

INEC (Junio 2012). Clasificación Nacional de Ocupaciones. Obtenido de:

<http://aplicaciones2.ecuadorencifras.gob.ec/SIN/metodologias/CIUO%2008.pdf>

Bejar H. Mortalidad Infantil Y Contexto Social. Obtenido de:

<http://www.socialwatch.org/es/node/10034>

Revista de la Facultad de Medicina (2016). Conocimiento de las oportunidades perdidas de vacunación en profesionales no PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones) de Bogotá, D.C.

Obtenido de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/48044/55384>

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

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800028

Organización Colegial de Enfermería (2018). Vacunacion. Obtenido de:

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



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

ANEXO A

MATRIZ OPERACIONAL DE VARIABLES

Proyecto

“Incumplimiento del esquema de vacunas en niños y niñas menores de 24 meses en el Centro de Salud Chontacruz.”

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Causas de incumplimiento de vacunas Motivos que contribuyen a que el niño no cumpla con el esquema de vacunación correspondiente a su edad o cuando este se lleva a cabo un mes después de la fecha indicada.	Pediátricos	Problema de salud	Enfermedades infecciosas
		Peso	Bajo peso
		Malformación	Si No
	Institucionales	Horarios accesibles	Si No
		Falta del biológico	Si No
		Accesibilidad	Accesible No accesible
		Calidad y calidez del servicio	Si No
		Tiempo de espera	Adecuado Inadecuado
		Falta de información	Existe información No existe información
		Maternas	Edad de la madre
	Procedencia		Urbana Rural
	Ingreso económico		Bajo Medio Alto
	Desconocimiento de las vacunas		Conoce No conoce
	Ocupación de la madre		Ama de casa Publico Privado Estudiante Comerciante
	Estado civil		Casada Soltera Divorciada Unión libre
			Nivel de instrucción

Autor: Katherine Elizabeth Ocampo Silva



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

ANEXO B

ENCUESTA

Proyecto: “Incumplimiento del esquema de vacunas en niños y niñas menores de 24 meses en el Centro de Salud Chontacruz.”

Datos Generales

Cuantos hijos menores de 5 años tiene:

Edad de su niño en meses

Cuenta con carnet de vacunación:

- a. SI b. NO

Factores Maternos

1. Procedencia:

- a. Urbano () b. Rural ()

2. Edad de la Madre:

- a. De 15 a 19 años () b. De 20 a 24 años () c. De 25 a 29 años ()
d. De 30 a 34 años () e. De 35 a 39 años () f. De 40 a más ()

3. Estado Civil:

- a. Soltera () b. casada () c. divorciada () d. unión libre ()

4. Grado de Instrucción:

- a. Sin instrucción () b. primaria incompleta () c. Primaria completa ()
d. secundaria incompleta () e. secundaria completa () f. profesional ()

5. Ocupación de la Madre:

- a) Ama de casa () b. privado () c. público () d. estudiante e.
comerciante ()

6. Ingreso económico:

- a) Bajo (menos de 354 \$)
b) Medio (mayor a 354 \$ y menor a 1300\$)
c) Alto (mayor a 1300)

7. Para vacunar a su niño; Gasta en pasajes:

- a) Si
b) No
c) Algunas veces

8. Si gastara en pasajes, ¿esto le hace difícil llevarlo a vacunar a su niño?

- a) Si
b) No
c) Algunas veces

Factores Pediátricos

9. ¿Vacunaría a su niño si presentará: resfrío, fiebre leve, diarrea, recibe tratamiento con antibióticos o se encuentra desnutrido?

- a. Si
 - b. No
 - c. Algunas veces
- 10. ¿Cuándo no debe vacunar a su hijo?**
- d. Cuando está enfermo
 - e. Cuando presenta alergias
 - f. Cuando presenta reacción post vacuna
 - g. Cuando esta con bajo peso

Factores Institucionales

Cuando no asiste a la cita programada para vacunar a su niño es porque:

- a. Vive lejos
 - b. No alcanza cupo para la atención en el consultorio de vacunación
 - c. Se olvido
- 11. ¿Al acudir a su cita para vacunar a su niño, encuentra las vacunas que necesita?**
- a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. Le cita para otra fecha
- 12. El horario de atención en el consultorio de vacunación:**
- a. Es adecuado para el tiempo que usted tiene
 - b.
 - c. No es adecuado para el tiempo que usted tiene
 - d. Por su trabajo no le permite asistir
- 13. ¿El trato que usted recibe del personal de admisión; es amable?**
- a. Siempre
 - b. A veces
 - c. Nunca
- 14. El tiempo que usted espera para pasar a la consulta de vacunación es adecuado:**
- a. Si
 - b. No
 - c. Algunas veces
- 15. La Información que usted recibió acerca de las vacunas fue dada por:**
- a. Personal de Salud (Enfermera, Médico, Aux. de Enfermería)
 - b. Amistades
 - c. Medios de comunicación (Radio, televisión, periódico)
- 16. ¿Después de vacunar a su niño la Enfermera le informa acerca de las reacciones que tiene la vacuna aplicada?**
- a. Si
 - b. No
 - c. Algunas veces

17. ¿Después de vacunar a su niño la Enfermera le informa acerca de la próxima cita?

- a. Si
- b. No
- c. Algunas veces

18. La Enfermera que lo atendió se mostró interesado por su niño:

- a. Nada interesada
- b. Poco interesada
- c. Muy interesada

GRACIAS



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA
ANEXO C
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Proyecto: “Incumplimiento del esquema de vacunas en niños/as menores de 24 meses en el Centro de Salud Chontacruz.”

N° __

Datos generales.

Dirección:

Fecha:

Buenos días.

Soy egresado de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, actualmente me encuentro realizando un estudio con la finalidad de recolectar información sobre “INCUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNAS EN NIÑOS/AS MENORES DE 24 MESES EN EL CENTRO DE SALUD DE CHONTACRUZ”, el mismo que servirá para optar mi título profesional de Licenciada en Enfermería.

Para ello le solicito su participación voluntaria la cual será de mucha importancia para el estudio. Al mismo tiempo debo indicarle que de aceptar participar en el estudio, su colaboración será anónima, en ningún momento se afectará su integridad física ni moral.

¿Desearía participar en el estudio?

De ser positiva SI su respuesta, le agradezco y NO a continuación se procederá a la aplicación de los instrumentos de recolección de datos. Muchas gracias.

.....

FIRMA

C.I