



Universidad Nacional de Loja

En los tesoros de la sabiduría, está la glorificación de la vida.

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE NIÑOS/ AS MENORES DE 1 AÑO DE EDAD SOBRE EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE DE LA CIUDAD DE LOJA, EN EL PERÍODO ABRIL - AGOSTO DEL 2011.”

Tesis de Grado
previo a la
obtención del título

AUTORA:

Silvia Rosalia Zumba Jami

DIRECTORA DE TESIS:

Dra. Marcia Mendoza

Loja - Ecuador
2011

1859

I. CERTIFICACIÓN

Dra. Marcia Mendoza

**Docente de la Universidad Nacional de Loja, Área de salud Humana,
Carrera de Medicina, y Directora de tesis.**

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de tesis, titulado “**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE NIÑOS/AS MENORES DE 1 AÑO DE EDAD SOBRE EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE DE LA CIUDAD DE LOJA, EN EL PERÍODO ABRIL - AGOSTO DEL 2011.**”, de autoría de la Egresada Silvia Rosalia Zumba Jami, previo a la obtención del Título de Médico General, ha sido orientado, dirigido y revisado bajo mi dirección, tanto en su forma como en su contenido, de conformidad con los requerimientos institucionales y luego de haber sido revisado prolijamente autorizo su presentación, sustentación y defensa ante el respectivo tribunal de grado.

Loja, 10 de Octubre del 2011

Atentamente

Dra. Marcia Mendoza

DIRECTORA DE TESIS

II. AUTORÍA

Los diferentes conceptos, criterios, análisis, opiniones, así como conclusiones y recomendaciones del presente trabajo de investigación, son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Silvia Rosalia Zumba Jami

III. AGRADECIMIENTO

Definitivamente en las siguientes líneas puedo resultar ingrata para muchos.

En primer lugar gracias a Dios y la Virgen María, porque hoy una aspiración profesional de hace seis años es una realidad. A mi amada Familia Zumba-Jami, en especial a mis padres, quienes siempre me apoyaron, creyeron en mis sueños y me enseñaron el poder de la paciencia y la perseverancia, por cada esfuerzo realizado para brindarme la maravillosa oportunidad de estudiar, mil gracias; a mis hermanos y sobrinos por todos los momentos compartidos y su infinito amor.

Quiero también expresar mi agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, al Hospital Regional Isidro Ayora, y al Hospital Universitario de Motupe, instituciones del saber y aprendizaje, que han constituido mis centros de formación Académica.

A mi directora de Tesis, Dra. Marcia Mendoza, por su disponibilidad e incansable apoyo para la elaboración del presente estudio.

A cada uno de los Médicos que se desempeñaron como docentes y que impartieron sin egoísmo sus conocimientos y consejos para mi formación académica, muchas gracias, por sus conocimientos, amabilidad y experiencia.

Mi agradecimiento a mi esposo Franklin Sigcho, que con paciencia y amor, ha dedicado tiempo al cuidado de nuestro hijo.

Gratitud.

IV. DEDICATORIA

El presente estudio lo dedico a mis padres por su gran esfuerzo, porque con su trabajo me han permitido educarme, por su infinito amor que antes no comprendía, por enseñarme a luchar por mis sueños y metas.

A mis hermanos, especialmente a María, porque recuerdo que dijo que no tendría la paciencia ni el valor de estudiar seis años y ser Médico, pues desde ese día hermana luché para que se haga realidad.

A mi esposo y mi hijo, porque sin ellos no hubiera conocido la felicidad y la dicha de vivir verdaderamente los triunfos y fracasos.

Finalmente dedico este trabajo a cada uno de las personas, que confiaron en mí, a los pacientes, a mis maestros, a mis amigos y compañeros.

I. TÍTULO

1. TÍTULO:

“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE NIÑOS/AS MENORES DE 1 AÑO DE EDAD SOBRE EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE DE LA CIUDAD DE LOJA, EN EL PERÍODO ABRIL - AGOSTO DEL 2011.”

2. RESUMEN

Las vacunas tienen la capacidad no sólo de salvar vidas, sino también de transformarlas, y aunque su aceptación en los padres es satisfactoria, aún existen retos por vencer, como su poco conocimiento, por tal motivo se realizó el presente estudio descriptivo y de corte transversal, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre el esquema de vacunación en las madres de niños/as menores de 1 año de edad en el Hospital Universitario de Motupe, en el período Abril - Agosto del 2011, y su relación con la edad, nivel de educación y ocupación de las madres; teniendo como muestra 110 madres, se determinó a través de una encuesta dirigida el nivel de conocimiento.

Se concluyó que el nivel de conocimiento en la población es deficiente con 102 (92,73%); la edad de mayor proporción corresponde a la categoría adulto joven con 64 (58,18%), con predominio del nivel de conocimiento deficiente con 59 (92,19%); el nivel de educación de mayor proporción es la primaria con 87 (79,09), con un nivel de conocimiento deficiente con 87 (100%). Las madres con ocupación quehacer doméstico presentan la mayor proporción con 85 (77,27%), con un nivel de conocimiento deficiente con 85 (100%).

Palabras Claves: Vacunas, Nivel de conocimiento, esquema de vacunación.

2.1 SUMMARY

Vaccines have the ability to not only save lives but also to transform, and although his parents acceptance is satisfactory, there are still challenges to overcome, as his little knowledge, for this reason the present study was descriptive and cross-sectional with the aim of determining the level of knowledge about the vaccination in mothers of children / as under 1 year old at the Hospital Universitario de Motupe, in the period April to August 2011, and its relationship with age , level of education and occupation of mothers, 110 mothers having as sample was determined through a survey of the level of knowledge.

It was concluded that the level of knowledge in the population is poor with 102 (92.73%), the largest share age of the young adult category with 64 (58.18%), predominantly poor level of knowledge with 59 (92.19%), the highest level of education is the primary ratio of 87 (79.09), with a poor level of knowledge with 87 (100%). Mothers with housework occupation have the highest proportion with 85 (77.27%), with a poor level of knowledge with 85 (100%).

Password: Vaccines, Level of knowledge, outline of bovine.

3. INTRODUCCIÓN

En el contexto de la acción preventiva, la Prevención Primaria se orienta hacia el individuo sano o aparentemente sano, a través de la Educación para la Salud y la Prevención Específica direccionada a evitar una enfermedad o conjunto de enfermedades, en particular aquellas que pueden afectar al ser humano en sus primeros años de vida, tales como: Poliomielitis, Difteria, Tosferina, Tétanos, Sarampión, Tuberculosis, Rubéola, Parotiditis, Meningitis, Hepatitis B, entre otras. La medida más conocida de Prevención para dichas enfermedades es la aplicación de Vacunas.

Las vacunas definitivamente tienen la capacidad no sólo de salvar vidas, sino también de transformarlas, porque brindan a los niños la oportunidad de crecer sanos, ir a la escuela y mejorar sus perspectivas de futuro; y cuando se combinan con otras intervenciones sanitarias, como los suplementos vitamínicos, los medicamentos antihelmínticos, entre otros, sin duda se convierten en un instrumento de gran importancia para la supervivencia infantil.

Los beneficios de las vacunas son múltiples, y es que a diferencia de muchas otras intervenciones sanitarias, las vacunas tienen la particularidad de ayudar a las personas sanas a mantenerse sanas; benefician no sólo a las personas sino a las comunidades, e incluso a poblaciones enteras, y no sólo salvan vidas sino que ahorran costos. Según datos estadísticos del Programa ampliado de inmunizaciones, la inmunización, incluso con las vacunas más caras, sigue siendo una inversión rentable, ya que se asocia con un menor número de consultas y hospitalizaciones. No es sorprendente, por tanto, que los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos situasen a la vacunación en el primer lugar de su lista de los diez grandes logros de la salud pública del siglo XX. Además, en el 2008, un panel de prestigiosos economistas convocados por el Centro de Consenso de Copenhague, un grupo internacional de reflexión que asesora a los gobiernos y entidades humanitarias sobre la mejor forma de invertir fondos en ayuda y desarrollo, situó la ampliación de la cobertura de

inmunización para niños en el cuarto lugar de una lista de 30 soluciones costo-eficaces para impulsar el bienestar a escala mundial.

Cifras manejadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2010) revelan que:

Por primera vez en la historia documentada, el número de niños menores de cinco años que muere cada año ha caído por debajo de los 10 millones, y son las vacunas las que evitan más de 2,5 millones de muertes de niños al año. Esta estimación está basada en la hipótesis de ausencia de inmunización y en la incidencia y las tasas de mortalidad actuales entre niños no inmunizados. Se señala además que las vacunas disponibles podrían evitar otros dos millones de muertes al año entre niños menores de cinco años.

Son más de 100 millones los niños inmunizados cada año antes de cumplir el primer año de vida con las tres dosis necesarias de vacuna triple bacteriana (difteria, tétanos, tosferina (DTP)), sin embargo aún 24 millones de niños menores de un año no son inmunizados o son incompletamente inmunizados, y la mayoría viven en los países más pobres. Así el 20% de los niños que nacen anualmente quedan sin vacunar, un 10% corresponde a los países en desarrollo, frente al 2% de los países industrializados.

Debido a la importancia de las vacunas, es que todos los países cuentan con programas nacionales de inmunización, y en la mayoría de los países en desarrollo, los menores de cinco años son vacunados de acuerdo con las recomendaciones de la OMS.

Y a pesar de que hoy en día se está llegando con la inmunización a más niños que en ningún otro momento de la historia: más de 100 millones de niños al año, en el período 2005-2007, y su extensión incluso a otros grupos poblacionales como los adolescentes y los adultos; es primordial que el

equipo de salud para incrementar la cobertura de vacunación, mejore la atención en materia de proporcionar una información clara y completa a las madres sobre el esquema de vacunación, porque está claro que aunque la aceptación es alta según diversos estudios realizados, el deficiente conocimiento sobre el esquema de vacunación y su importancia, sin lugar a duda es uno de los grandes retos que se deben vencer aún, para garantizar los beneficios tras la inmunización; es por ello que en la actualidad el ministerio de Salud Pública establece como objetivo primordial mejorar la atención en la Salud, mediante una atención integral de calidad con calidez, a nivel de las instituciones de salud y sus áreas de influencias.

De allí, que se consideró importante realizar un estudio cuyo propósito se orientó a determinar Nivel de Conocimiento de las Madres de niños/as menores de 1 año de edad sobre el esquema de Vacunación en el Hospital Universitario de Motupe en el Período Abril - Agosto del 2011. Además conocer la relación entre edad, nivel de educación y ocupación de las madres con el conocimiento del esquema de vacunación. Al mismo tiempo identificar la principal causa del conocimiento regular y deficiente en las madres. Simultáneamente frente a los resultados se analizó la importancia de educar a las madres acerca de las vacunas, su importancia y esquema de vacunación.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

La atención primaria de salud se ha situado en un lugar preponderante como estrategia clave para maximizar la efectividad de los sistemas de salud en el mundo y por ende en Ecuador. Grandes avances se han producido en nuestro país, particularmente la disminución de la mortalidad infantil producto de las altas coberturas de vacunación, siendo éste, un indicador trazador de la evaluación de dicha Estrategia.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones del Ministerio de Salud Pública, ha tenido grandes logros, desde eliminar enfermedades del territorio nacional hasta disminuir la incidencia de otras, de manera sustantiva. Sin embargo, nuevos desafíos se han planteado, encaminados al mejoramiento de la calidad de la información y especialmente de la atención. Como una estrategia innovadora, el Control de Vacunación Infantil, otorgará atención personalizada a los niños y las niñas menores de dos años, que son los más vulnerables; cautelará la incorporación oportuna a los servicios en el primer mes de vida; así como el acceso a los mismos en condiciones de equidad a través del monitoreo de nacionalidades y pueblos. Y también contribuirá al cumplimiento del derecho a la ciudadanía de niños y niñas haciendo seguimiento a su inscripción en el registro civil. Con universalidad del derecho a la vacunación, oportunidad en la entrega del servicio, en un marco de calidad y calidez de la atención.¹

Luego de estas consideraciones, es fundamental realizar una descripción de las vacunas, conocer sobre el programa Ampliado de inmunizaciones y el calendario de vacunación pediátrico.

1. VACUNA.

Quizá el término “vacuna” es utilizado muy frecuentemente por el equipo médico y personal de enfermería a la ligera, situación que se evidencia en la consulta a nivel público y privado, debido a que no se proporciona de forma

¹ Castillo R, Manuel. Documentos técnicos. PAI “Vacunación”. Ecuador – Quito, 2007.

oportuna la información suficiente sobre este tema a la población; por tal razón, quienes están a cargo del cuidado y tutela de niños, no logran dimensionar la verdadera importancia de su aplicación, basada en conocimientos sólidos, y no por simple inercia.

La vacuna es un preparado de procedentes de microorganismos patógenos (microbios muertos de cepas virulentas o vivos de cepas atenuadas), cuya finalidad es la creación de anticuerpos que reconozcan y ataquen a la infección y, por lo tanto, produzcan la inmunidad del organismo inoculado. La vacuna suele consistir en dosis muy pequeñas del propio agente (forma inactiva o atenuada) que origina la enfermedad, por lo que provoca la creación de anticuerpos que permanecen en el organismo y lo protegen en el caso de futuros contagios. La técnica de administración depende del tipo de vacuna.

Y es que en la antigüedad se creía que las enfermedades eran castigos con los que dioses caprichosos castigaban a la humanidad; sin embargo, en el lejano oriente surgió una práctica en la que se ponía en evidencia que algunos conceptos heréticos resultaban bastante saludables, y de hecho revelaban que las soluciones para algunas enfermedades pertenecían a un plano más mundano que divino.

La primera evidencia escrita relacionada con los procesos de vacunación data del siglo XI y se encuentran en la literatura china. “A una monja budista se le atribuye un texto llamado “El tratamiento adecuado de la viruela”, otro libro chino “El espejo dorado de la Medicina” describe diferentes formas de inoculación antivariólica en la que se explica cómo se puede prevenir el contagio de viruela inoculándose con pus proveniente de pacientes que habían contraído la enfermedad. Esta práctica era relativamente común y constituía una práctica surgida de la necesidad de evitar esta enfermedad que causaba terribles epidemias; sin embargo esta medida no estaba exenta

de riesgos pues aproximadamente el 3% de las personas inoculadas contraían la enfermedad”².

Esta práctica fue conocida en Gran Bretaña hasta 1721 pues Lady Mary Wortley Montagu, esposa de un embajador, la introdujo a este país tras su regreso de Constantinopla. Desde la corte británica, la práctica de la variolización se extendió a todo el país y, a partir del siglo XVIII al resto del continente europeo. Pero a pesar de constituir una práctica sencilla, en aquellos tiempos no se tenían medidas higiénicas como las que tenemos en la actualidad, por lo que las condiciones en las que se comenzó a practicar esta “variolización” tuvo desastrosas consecuencias en algunos lugares pues la incorrecta inoculación ocasionó que algunas personas fueran contagiadas de viruela o bien, al tomar pus de enfermos que también tenían sífilis se dispersó esta otra enfermedad. Esta “variolización” constituye el primer intento de la humanidad por evitar las enfermedades infecciosas.

Con estas consideraciones hablar de vacunas en la actualidad, y con la disponibilidad de textos, artículos y estudios, no es un tema nuevo para el equipo de salud, ya que ha estado presente desde la antigüedad.

2. TIPOS DE INMUNIDAD

La protección frente a las enfermedades infecciosas se basa en el desarrollo de “inmunidad frente a las mismas” y aunque los términos de vacunación e inmunización son utilizados de forma similar, tienen sin embargo significados diferentes, que son fundamentales conocer, es así que el primer término describe la administración de una vacuna o toxoide, mientras que el segundo hace referencia al proceso de inducir o proporcionar inmunidad.

De lo mencionado se describe dos tipos de inmunidad:

² Sesmero Lillo M^a Ángeles, Pediatra. “Historia de Vacunas”. Mayo 2010.Pag 5-9.

– Inmunización activa significa inducción de defensas por la administración de diferentes formas de antígenos (vacunas, toxoides).

– Inmunización pasiva refiere la protección temporal mediante la administración de sustancias inmunes producidas de forma exógena (inmunoglobulinas procedentes de donantes humanos o animales).

Aunque la inmunidad más efectiva es la que se produce como respuesta a un microorganismo vivo, generalmente la existencia de una infección por un virus o una bacteria, no es una condición indispensable para generar inmunidad. Este es el principio en que se basa la inmunización.

2.1 Definiciones.

2.1.1 Vacuna.

Vacuna: Suspensión de microorganismos vivos, atenuados o porciones antigénicas de dichos agentes que introducidos en un huésped, producen respuesta inmune para prevenir enfermedades.

2.1.2 Toxoide.

Toxoide (o anatoxina) es una toxina bacteriana atenuada por efecto de los métodos químicos o físicas, a la que se ha destruido su acción tóxica, pero que mantiene el acción inmunizante específica de la toxina. Toxoides se emplean como vacuna.

2.1.3 Inmunoglobulina.

Los anticuerpos o inmunoglobulinas son un tipo de proteínas plasmáticas producidas por el sistema inmune en respuesta a la presencia de sustancias

extrañas potencialmente dañinas que pueda ser una amenaza para el organismo: como químicos, partículas de virus, esporas o toxinas de las bacterias. Estas sustancias extrañas se llaman antígeno. Cada tipo de anticuerpo es único y defiende al organismo de un tipo específico de antígeno.

Son utilizadas para mantener la inmunidad en personas inmunodeficientes o para conseguir la inmunización pasiva. Se administran de forma IM o IV.

2.1.4 Antitoxina.

Antitoxina: Anticuerpos obtenidos de suero de animales después de la estimulación con determinados antígenos y utilizados para proporcionar inmunización pasiva.

3 CLASIFICACIÓN DE LAS VACUNAS.

Se considera para la clasificación, la composición y forma de obtención en víricas y bacterianas, que a su vez pueden ser vivas atenuadas o muertas inactivadas.

3.1 Vacunas activas.

- Son derivadas directamente del agente que causa la enfermedad, virus o bacteria. Estos virus o bacterias son atenuados, es decir debilitados en el laboratorio generalmente por cultivos repetidos.
- Para producir una respuesta inmune, las vacunas vivas deben replicarse en la persona vacunada. Cuando estas vacunas replican generalmente no causan enfermedad tal como lo haría la enfermedad natural. Cuando en algunos casos se produce enfermedad, esta es

generalmente leve y se refiere como un evento supuestamente atribuible a la vacunación o inmunización (ESAVI).

- La respuesta del sistema inmune es semejante a la de la enfermedad natural ya que el sistema inmune no puede diferenciar entre una infección por una vacuna atenuada y una producida por el virus o bacteria “salvaje” o de la calle. Esta clase de vacuna generalmente son efectivas con una sola dosis salvo cuando se administran por vía oral (OPV), o cuando se quiere dar una dosis adicional.

La inmunidad que generan estas vacunas puede ser interferida por anticuerpos circulantes de cualquier fuente (transfusiones, transplacentarios) y en estos casos no hay respuesta a la vacuna (falla de la vacuna). Sin embargo estas vacunas son frágiles y se pueden dañar o destruir con la luz o el calor.

Algunos ejemplos de vacunas activas y que se incluyen en el PAI están: virales vivas (sarampión, rubéola, paperas, polio, fiebre amarilla) y bacterianas vivas (BCG).

3.2 Vacunas inactivas o muertas.

- Pueden elaborarse a partir de microorganismos completamente virulentos.
- Se dan en dosis múltiples (la protección conferida es más corta y para mantenerla son necesarias revacunaciones).
- Requieren adyuvantes muy a menudo.
- Por lo general, se administran por vía parenteral.

- Inducen sólo anticuerpos.
- No es posible la difusión de la infección a los vacunados.
- Suelen provocar pocos efectos adversos.

En general, las vacunas inactivas en uso pueden ser inactivas a partir de todo el virus (IPV), a partir de subunidades o partes del antígeno (hepatitis B, pertusis acelular), toxoides (difteria, tétanos) o polisacáridos conjugados (Hib).

4 CALENDARIO DE VACUNACIÓN.

Se entiende a la secuencia cronológica de vacunas que se administran sistemáticamente en un país o área geográfica y cuyo fin es el de obtener una inmunización adecuada en la población frente a las enfermedades para las que se dispone de una vacuna eficaz.

4.1 Características del calendario.

El calendario vacunal debe reunir las siguientes características:

- Ser eficaz, es decir, que proteja frente a enfermedades infecciosas que abarca.
- Sencillo, simplificando al máximo las dosis y las visitas medicas que precisa y que permita dictar recomendaciones claras y concisas.
- Aceptado ampliamente por los médicos y la sociedad.

- Adaptado a las necesidades de la población y a sus características epidemiológicas, demográficas y socioeconómicas.
- El esquema de vacunación empleado es universal, esto quiere decir que la mayoría de los países se han comprometido a establecer campañas permanentes de vacunación, lo que representa una seguridad en caso de tener que viajar o cambiarse de lugar de residencia.
- Actualizado permanentemente en base de desarrollo de nuevas vacunas, apareciendo nuevas patologías, recrudescencia o desaparición de otras ya existentes, etc.

Las principales diferencias existentes entre los calendarios de los diferentes países de Latinoamérica están relacionados con la cronología de la aplicación de las vacunas del calendario, el número de dosis administradas y la inclusión por parte de algunos países de las vacunas triple viral, anti H. influenzae b y anti hepatitis B.

La importancia de un Calendario de esta naturaleza radica en su carácter gratuito, lo que permite la inmunización preventiva de cualquier niño o adulto residente en nuestro país. Si la coherencia demostrada hasta ahora persiste, nuevas vacunas se irán incorporando al Calendario, pero el máximo objetivo actual y futuro es el de llegar a todos aquéllos que por razones socioeconómicas, geográficas o sanitarias, aún quedan marginados de su derecho a la salud. Pero no olvidemos que la vacunación es un derecho, pero también un deber; ya que la protección individual significa la protección de toda la comunidad.

En nuestro país, se utiliza el siguiente calendario de vacunas:

Grupos de edad	Vacuna	N° dosis	Dosis recomendada	Via de administración	Frecuencia de administración						
					Dosis según edad			Reforzo			
					1 dosis	2 dosis	3 dosis	1 Refuerzo	2 Refuerzo	3 Refuerzo	
Menores 1 año	BCG	1	0,1 ml	I. O.	R.H.						
	HB (Region/Azooctica)	1	0,5 ml	I. M.	R.M.						
	OPV	4	2 Gts	V.O.	2m	4m	6m	1 año después de la tercera dosis			
	PENTAVALENTE (DPT +HB +Hb)	3	0,5 ml	I. M.	2m	4m	6m				
12 a 23 meses	DPT	1	0,5 ml	I. M.				1 año después de la tercera dosis de pentavalente			
	SRP	1	0,5 ml	S.C.				Dosis única de 12 a 23 meses			
Escolares	DT	2	0,5 ml	I. M.	2do año de básica				7mo año de básica		
	HB (Region/Azooctica)	3	0,5 ml	I. M.	1er contacto	1 mes	6 meses		7mo año de básica		
Mujeres en edad fértil	dT Embarazadas	1	0,5 ml	I. M.	1er contacto	1 m después			Siguiente embarazo	Siguiente embarazo	
	dT No embarazadas (en áreas de alto riesgo)	5	0,5 ml	I. M.	1er contacto	1 m después de la primera dosis			6 meses después de la segunda dosis	1 año después del primer refuerzo	1 año después del segundo refuerzo
Desde los 12 meses	FA (Region/Azooctica)	1	0,5 ml	S. C.	12 meses				Cada 10 años		
	SR	1	0,5 ml	S. C.					Dosis única en campañas de seguimiento y para control de brotes		

3

³ Rodríguez, Rodrigo, OPS/OMS. "Manual de Inmunizaciones". Ecuador, junio 2005.

5 DESCRIPCION DE LAS VACUNAS.

En las siguientes páginas se describe las características principales de las vacunas, realizando prioridad a las relacionadas con el título de investigación.

5.1 Vacuna BCG⁴.

5.1.2 Descripción general.

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

5.1.3 Eficacia e inmunogenicidad.

La vacuna BCG previene la diseminación hematógena 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.

5.1.4 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.

⁴ Rodríguez, Rodrigo, OPS/OMS. "Manual de Inmunizaciones, MENINGITIS TUBERCULOSA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA VACUNA BCG.". Ecuador, junio 2005.

5.2 Vacuna OPV (Vacuna Oral contra Poliomielitis)⁵.

5.2.2 Descripción general.

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

5.2.3 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.

5.2.4 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.

⁵ Rodríguez, Rodrigo, OPS/OMS. "Manual de Inmunizaciones, POLIOMIELITIS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (PARÁLISIS FLÁCCIDA AGUDA) VACUNA OPV.". Ecuador, junio 2005.

5.3 Vacuna Triple Bacteriana DPT⁶.

5.3.2 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.

5.3.3 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 tosferina.
- Del 98 al 100% contra el tétanos.

Las tres dosis y el refuerzo confieren inmunidad prolongada.

5.3.4 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.

⁶ Rodríguez, Rodrigo, OPS/OMS. "Manual de Inmunizaciones, VACUNAS DPT, DT y dT". Ecuador, junio 2005.

5.4 Vacuna Hepatitis B (HB)⁷.

5.4.2 Descripción general.

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

5.4.3 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.

5.4.4 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.

5.5 Vacuna Pentavalente (DPT+HB+Hib)⁸.

5.5.2 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).

⁷ Rodríguez, Rodrigo, OPS/OMS. "Manual de Inmunizaciones, HEPATITIS B VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA HEPATITIS B VACUNA HB". Ecuador, junio 2005.

⁸ Rodríguez, Rodrigo, OPS/OMS. "Manual de Inmunizaciones, MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B (HIB) VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA VACUNA PENTAVALENTE (DPT + HB + Hib)". Ecuador, junio 2005.

5.5.3 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.

5.5.4 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.

5.6 Vacuna Triple Viral (SRP) y Vacuna Dupla Viral (SR).⁹

5.6.2 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.

⁹ Rodríguez, Rodrigo, OPS/OMS. "Manual de Inmunizaciones, SARAMPIÓN VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL SARAMPIÓN RUBÉOLA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA RUBEOLA SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA (SRC) VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL SRC PAROTIDITIS VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA PAROTIDITIS VACUNA SRP/SR". Ecuador, junio 2005.

5.6.3 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.

5.6.4 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 x5/8.

5.7 Vacuna FA o Antiamarílica¹⁰.

5.7.2 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.

5.7.3 Susceptibilidad e inmunidad.

La eficacia de la vacuna es del 100%. La inmunogenicidad es excelente, como ocurre casi en todos los preparados de vacunas 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.

¹⁰ Rodríguez, Rodrigo, OPS/OMS. "Manual de Inmunizaciones, FIEBRE AMARILLA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA FIEBRE AMARILLA VACUNA FA (ANTIAMARÍLICA)". Ecuador, junio 2005.

5.7.4 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.

6 IMPORTANCIA DE LAS VACUNAS.

Dos son los grandes avances tecnológicos que han tenido un impacto masivo en la salud de la humanidad: la potabilización del agua, y la vacunación.

Es por ello que partiendo del análisis de los resultados de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia de 1990, presentado por el Secretario General de las Naciones Unidas, que concluyó “que los niveles altos y sostenidos de inmunización de niños en la mayor parte de las regiones del mundo han contribuido de manera considerable al progreso de las iniciativas para la supervivencia del niño. El análisis puso de relieve una vez más que la inmunización sigue siendo la intervención de salud pública más práctica y eficaz en función de los costos”.¹¹

Sin embargo, las epidemias han sido olvidadas en muchos países, esto junto con los escándalos surgidos por la falta de ética de muchas compañías farmacéuticas que venden productos inútiles, han promovido la aparición de grupos que rechazan la vacunación.

¹¹Regalado Margarita “Vacunas e Inmunización”, Introducción, volumen I. Edición 2002.

El rechazo a las vacunas útiles (no el rechazo a las vacunas y medicamentos inútiles) ha tenido serias consecuencias en algunas poblaciones y para ejemplificarlo se señalara que en Japón en 1975 la población rechazó la vacuna contra la tosferina por los efectos adversos de esta, el resultado fue que mientras en 1973 solo se presentaron 361 casos, para 1978 se presentaron 105 casos.

Por lo citado, claramente se comprende la importancia de continuar con los esquemas de vacunación a toda la población sin excepciones y al desarrollo de vacunas mejores para todas las enfermedades que sea posible.

Por tal motivo, “ a partir de la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas llevada a cabo en el año 2000, la comunidad internacional ha elevado a niveles sin precedentes su compromiso con el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) a través del apoyo a iniciativas internacionales, nacionales y locales, entre ellas, los esfuerzos hacia la reducción de la morbilidad y la mortalidad en los niños menores de 5 años en dos tercios hacia 2015, según la línea basal del año 1990”.¹²

Por lo mencionado “los objetivos de los programas de inmunización forman parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), respaldados por todos los miembros de las Naciones Unidas y de las estrategias de reducción de la pobreza fijadas por las instituciones financieras internacionales”.¹³

Esto ha permitido que “La cobertura de vacunación de menores de 1 año en la Región de las Américas haya aumentado gradualmente, hasta alcanzar niveles superiores a 90% para la mayoría de los antígenos. Esta cifra de

¹² Benguigui, Yehuda, Organización Panamericana de la Salud. Manual Clínico AIEPI Neonatal, “Mortalidad Neonatal”, prólogo. Edición 2005. Pág.7-9.

¹³ Benguigui, Yehuda. OPS. “Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)”. Washington, septiembre 2002.

cobertura constituye la mejor prueba de la repercusión de los programas de inmunización en la drástica disminución de la morbilidad y mortalidad asociada a las enfermedades comunes de la infancia prevenibles por vacunación.

Como resultado del mejor conocimiento de la situación epidemiológica de las enfermedades, los programas de inmunización se han extendido a otros grupos de población, tales como los adolescentes, los ancianos y las mujeres en edad fértil”.¹⁴

Es imprescindible por realizar una descripción sencilla de qué enfermedades y secuelas se previene con la vacunación, así tenemos que la vacuna llamada BCG (antituberculosis), se aplica para prevenir que los bebés se vean afectados por Tuberculosis meníngea, es decir, la bacteria de la tuberculosis no llegue al cerebro de los niños, ya que les puede provocar convulsiones, retraso mental o la muerte.

La vacuna de la Hepatitis B, precisamente evita que el hígado sea infectado por este virus, ya que si alguna persona llega a estar en contacto con esta enfermedad puede desarrollar Cirrosis hepática, es decir el hígado deja de funcionar completamente, y por lo tanto provoca la muerte.

La Difteria es una enfermedad que afecta la garganta y los bronquios, cuando un niño menor de 1 año se llega a contagiar de esta enfermedad, le provoca neumonía y existe el riesgo de que muera.

La Tosferina igual que la difteria provoca infecciones de garganta y bronquios, aquí el problema es que la tos es tan intensa, que puede provocar hemorragias cerebrales y por lo tanto la muerte.

¹⁴ Regalado Margarita “Vacunas e Inmunización”, Introducción, volumen I. Edición 2002.

El Tétanos es una infección provocada por una bacteria, la cual produce una toxina o veneno, que hace que se paralicen los músculos o que estos tengan movimientos anormales (convulsiones). Nuestro organismo necesita de los músculos del tórax para poder respirar, por lo que si estos se paralizan, evidentemente no podremos respirar y por lo tanto nos provocará la muerte.

Las características de la bacteria del tétanos es que es muy rápida, una vez que ingresa a nuestro organismo se empieza a reproducir de tal forma, que cuando empiezan los síntomas, nuestro organismo está invadido y es muy difícil de combatir.

La vacuna de la Poliomiélitis, esta enfermedad afecta nuestro sistema nervioso a nivel de la columna vertebral, destruyendo las neuronas (o nervios) que ayudan al movimiento, la mayor parte de las personas afectadas dejan de mover alguna de sus piernas, o cuando es grave la enfermedad, afecta las dos piernas; en la medida que la infección avanza, también puede afectar otros nervios motores, desafortunadamente, estos nervios ya no regresan a la normalidad, y aunque nuestro organismo pueda controlar la infección, el daño es permanente.

La Influenza tiene dos formas de presentación: la provocada por una bacteria (*Haemophilus influenzae*) la cual afecta nuestras vías respiratorias (garganta y pulmones) pero también puede irse a nuestro cerebro provocando una meningitis o una meningoencefalitis que puede llevar a la muerte a la persona afectada o en el mejor de los casos, provoca retraso mental o epilepsia. Y la provocada por Virus, generalmente produce una gripa muy fuerte, que en niños menores de 5 años, les puede provocar una Neumonía.

El Rotavirus, es un microbio que afecta nuestro intestino, generalmente provoca Diarrea y vómito importantes, que llevan a la gente a la deshidratación, evidentemente entre más pequeña es la persona afectada,

mucho más riesgo de deshidratación, es por eso que esta vacuna está diseñada para aplicarse a niños mayores de un mes y menores de 6 meses. Si un niño se deshidrata en forma importante, esta lo puede llevar a la muerte.

El Neumococo, es una bacteria que afecta nuestro pulmón provocando Neumonía, pero también se puede ir a nuestro cerebro provocando meningoencefalitis y como lo hemos comentado esta enfermedad provoca convulsiones, retraso mental o muerte.

La Rubéola es una enfermedad que se manifiesta con fiebre y lesiones eritematosas en el cuerpo, lo peligroso de esta enfermedad es que se puede acompañar de infección pulmonar.

El Sarampión, también provoca lesiones en el cuerpo, así como fiebre, lo peligroso de que un niño se enferme de sarampión, es que este virus se vaya al cerebro, y provoque una enfermedad llamada Encefalitis esclerosante subaguda, es decir que poco a poco el cerebro se vaya deteriorando de tal manera que presente retraso mental, convulsiones y a la larga la muerte.

El virus de la Parotiditis, puede afectar los testículos de los niños, provocándoles esterilidad.

Con lo mencionado se explica porque las vacunas generalmente se administran a una edad temprana, debido a que las enfermedades que éstas previenen pueden atacar a cualquier edad. Algunas enfermedades son mucho más graves o comunes entre los bebés o niños pequeños como se ha descrito. Por tal razón se ha elegido ese momento para dar a los niños la mejor protección.

A nivel mundial se ha luchado por el acceso universal de las vacunas, y diversas publicaciones señalan que con ello se ha conseguido erradicar la viruela, estar finalizando la erradicación de la poliomielitis en el mundo, el sarampión ha dejado de ser un problema frecuente en nuestro medio, no tenemos casos de difteria y otras enfermedades como la tosferina, el tétanos, la hepatitis B, las meningitis meningocócicas B, que están siendo controladas.

Estudios reportan respecto al control de dichas enfermedades en nuestro país, la siguiente información: Ocho años sin Fiebre Amarilla, dieciocho años sin poliomielitis, doce años sin Sarampión, cuatro años sin casos de Rubéola, disminución de casos de tosferina, ausencia de casos de difteria, disminución de la tendencia de neumonías y meningitis por Hib.

La vacunación, por tanto, no solo aporta beneficios individuales sino también sociales. Y es fundamental tener conciencia en su importancia, sumado al hecho que las vacunas incluidas en el programa ampliado de inmunizaciones, son gratuitas para todos.

Sin embargo a pesar de la gratuidad, una realidad en nuestro país, es que aun existen padres que no llevan a vacunar a sus hijos. Esto puede ser por falta de información o por informaciones equivocadas sobre la gravedad de las enfermedades que se pretenden prevenir, sobre la eficacia de las vacunas o por miedo a los efectos secundarios de las vacunas, por objeciones de tipo cultural-ideológico, o bien por dejadez o abandono.

Olvidando o desconociendo que las vacunas constituyen una de las medidas sanitarias que mayor beneficio ha producido y sigue produciendo a la humanidad, pues protegen de enfermedades contagiosas potencialmente graves o incluso mortales, sus secuelas que disminuyen la calidad de vida, y no sólo beneficia a la persona vacunada sino también a las personas no vacunadas y susceptibles que viven en su entorno.

7 PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES EN ECUADOR.

Las autoridades sanitarias de las Américas, en reconocimiento del impacto de la vacunación, han incluido los programas de inmunización entre las prioridades de sus programas nacionales de salud.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones como acción conjunta entre las naciones del mundo y los organismos internacionales busca apoyar acciones tendentes a lograr la cobertura universal de vacunación con el fin de disminuir las tasas de morbimortalidad causadas por enfermedades inmunoprevenibles en niños menores de un año, escolares, adolescentes, mujeres embarazadas y en edad fértil.

La atención primaria de salud se ha situado en un lugar preponderante como estrategia clave para maximizar la efectividad de los sistemas de salud en el mundo y por ende en Ecuador. Grandes avances se han producido en nuestro país, particularmente la disminución de la mortalidad infantil producto de las altas coberturas de vacunación.

7.1 Misión

Asegurar la inmunización universal y equitativa de la población objeto del programa usando vacunas de calidad, gratuitas, que satisfagan al usuario, basada en una gerencia y vigilancia epidemiológica efectivas y eficientes en todos los niveles, que involucre a los diversos actores del Sistema Nacional de Salud.

7.2 Visión¹⁵

Lograr el control, eliminación y/o erradicación de las enfermedades prevenibles por vacunación.

7.3 Objetivo general

Disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad de las enfermedades prevenibles por vacunación (EPV) en la población objeto.

7.4 Objetivos específicos

- Fortalecer la gerencia del programa en todos los niveles de atención dentro del marco de la descentralización y desconcentración.
- Posicionar al PAI en la agenda política de las autoridades en todos los niveles.
- Documentar a las autoridades nacionales y comités asesores la definición de las políticas de vacunación en ejercicio de la rectoría del Ministerio de Salud Pública.
- Brindar un servicio eficiente con vacuna de calidad, segura y gratuita a nivel nacional.
- Lograr la erradicación de sarampión en el país.
- Eliminar el tétanos neonatal como problema de salud pública en las provincias y áreas de salud del país.
- Mantener las acciones contempladas en la erradicación de la poliomielitis hasta la certificación mundial de esta enfermedad.

¹⁵ Narváez Alberto, et al, Diplomado de epidemiología en acción, " Vigilancia epidemiológica". Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Epidemiología; Quito, Enero2001.

- Eliminar la rubéola y eliminar el síndrome de la rubéola congénita (SRC).
- Reducir el riesgo y controlar los brotes de fiebre amarilla selvática (FAS) y prevenir su urbanización.
- Controlar efectivamente la tos ferina, difteria y las infecciones invasivas, por *Haemophilus influenzae* tipo b.
- Establecer una estrategia de información, educación y comunicación social del PAI.
- Mantener coberturas útiles y homogéneas por área de salud en todos los biológicos del PAI combinando estrategias y como indicador de equidad.
- Fortalecer en el nivel local el sistema de vigilancia epidemiológica de las EPV para mantener y mejorar los indicadores de calidad.
- Incorporar la búsqueda activa de casos (BA), tanto institucional como comunitaria, y el monitoreo rápido de cobertura (MRC) como actividades regulares.
- Mejorar la accesibilidad de toda la población a los servicios de vacunación gratuita.
- Incorporar nuevos biológicos al esquema nacional según riesgo epidemiológico y sostenibilidad en la población o grupos específicos de riesgo.
- Fortalecer los procesos de supervisión, evaluación y capacitación.
- Asegurar el suministro suficiente y oportuno de insumos del PAI a todas las unidades operativas, la práctica universal de la política de frascos abiertos y eliminar las oportunidades perdidas de vacunación.
- Velar por el cumplimiento de las prácticas de vacuna segura al usuario y de bioseguridad al personal.

- Velar por un presupuesto acorde con las necesidades y disposiciones legales y constitucionales y la ejecución adecuada del mismo.

7.5 Metas¹⁶

- Vacunar al 100% de los menores de un año con BCG,OPV,Pentavalente (DPT+Hib+HB) en todo el país y contra la hepatitis B al 100% de los recién nacidos en la región Amazónica.
- Vacunar anualmente al 100% de los niños y niñas de 12 a 23 meses con Triple Viral (SRP).
- Vacunar con toxoides tetánico y diftérico (dT) al 100% de embarazadas.
- Vacunar con toxoides tetánico y diftérico (dT) al 100% de las mujeres en edad fértil (MEF) no embarazadas de las zonas de alto riesgo para tétanos neonatal.
- Vacunar al 100% de la población de 12 a 23 meses contra la fiebre amarilla (FA) en la Región Amazónica.
- Vacunar al 100% de la población susceptible de 2 y más años de edad contra la fiebre amarilla (FA) en la Región Amazónica y en grupos específicos que ingresan a la zona endémica.
- Vacunar con toxoides tetánico y diftérico (DT) al 100% de los niños y niñas de 10 años y más en segundo y séptimo grados de educación básica.
- Completar esquema de HB al 100% de la población escolar en la Región Amazónica.

¹⁶ Narváez Alberto, et al, Diplomado de epidemiología en acción," Vigilancia epidemiológica". Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Epidemiología; Quito, Enero2001.

- Alcanzar y mantener los indicadores de vigilancia epidemiológica de enfermedades febriles eruptivas no vesiculares (EFENV), parálisis flácida aguda (PFA) y tétanos neonatal (TNN) en un cumplimiento del 80% y más.
- Lograr y mantener por lo menos el 80% de las áreas de salud con coberturas de 95% o más en todos los biológicos.

Finalmente con lo descrito, se debe resaltar la importancia del papel que deben cumplir los padres y, particularmente las madres, en el hecho de comprender y aprender los conceptos que definen las prenombradas vacunas, su clasificación y especificidad en función del Esquema Nacional de Vacunación, así como su importancia para la protección de la salud del niño; mediante su participación activa en la acción educativa con el equipo de salud, que se traduce en aprendizajes y por ende en conocimientos, como una forma de motivarlas a proteger a sus hijos de enfermedades prevenibles mediante la vacunación, considerando que la educación permanente es hoy por hoy una herramienta útil para promover la salud. Partiendo del trabajo conjunto con el personal de salud, se espera que las madres sean agentes motivadores de conductas de cambio positivo hacia la promoción de la salud en los niños integrantes de la comunidad, enfatizando la importancia de las medidas de protección para enfermedades prevenibles, como el hecho de acudir al Centro de Salud ambulatorio más cercano con sus hijos/as con el objetivo de vacunarlos, solicitando de los integrantes del equipo de salud información precisa sobre el Esquema Nacional de Vacunación. Porque *“¡Cada madre y cada niño cuentan!”*.¹⁷

¹⁷ Organización Panamericana de la Salud. Manual Clínico AIEPI Neonatal, prólogo. 2005.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDIO

El estudio realizado fue de tipo descriptivo y de corte transversal.

5.2 LUGAR DE ESTUDIO

Se realizó en el Hospital Universitario de Motupe de la Ciudad de Loja, que se encuentra ubicado en el Barrio de Motupe, perteneciente al área de Salud N.-3.

5.3 UNIVERSO Y MUESTRA

El universo estuvo conformado por las madres de niños/as menores de 1 año de edad que acudieron a los diferentes servicios del Hospital Universitario de Motupe. La muestra estuvo constituida por 110 madres.

5.3.1 Criterios de Inclusión

En el estudio realizado se consideraron a todas las madres de niños/as menores de 1 año de edad que acudieron a los diferentes servicios del Hospital Universitario de Motupe.

5.3.2 Criterios de Exclusión

Madres de niños/as mayores de 1 año de edad.

Madres de niños/as menores de 1 año de edad, ya encuestadas.

5.4 PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS

El proceso de recolección de datos se realizó mediante la aplicación de una encuesta dirigida, que constó de dos partes; la primera parte destinada a obtener información general de las madres como: edad, nivel de educación y ocupación, y la segunda parte con 12 preguntas estructuradas o cerradas, acerca del:

- Conocimiento del programa de vacunación del Ministerio de Salud Pública (2 preguntas).
- Conocimiento pertinente al esquema de vacunación (4 preguntas).
- Conocimiento concerniente a la importancia de la vacunación (4 preguntas).

Dándose un punto por cada respuesta correcta; se agruparon los resultados en los siguientes intervalos:

- Deficiente (0-3).
- Regular (4-7).
- Bueno (8-10).

Una vez que se recolectó la información, se procedió a realizar su presentación en tablas e interpretación de los resultados a través de gráficos estadísticos, planteamiento de las conclusiones y las recomendaciones pertinentes.

Además se planificó y ejecutó una charla educativa dirigida a las madres de niños menores de 1 año de edad. La temática expuesta fue: Vacunas, importancia y esquema de vacunación.

6. RESULTADOS

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES

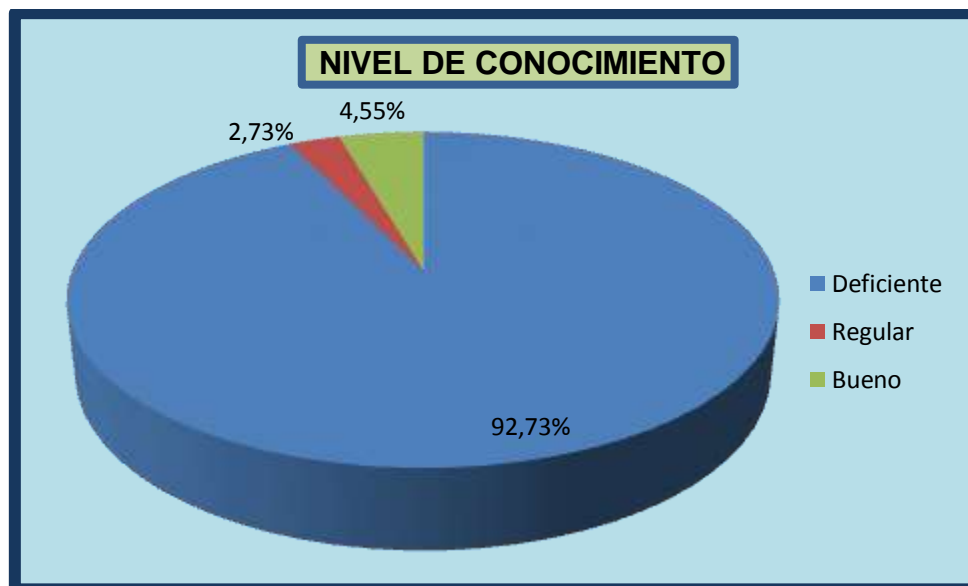
TABLA N° 1

NIVEL DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Deficiente	102	92,73
Regular	3	2,73
Bueno	5	4,55
TOTAL	110	100,00

FUENTE: Encuesta realizada a las madres de niños menores de 1 año de edad, en el Hospital Universitario de Motupe.

ELABORADO POR: Silvia Rosalia Zumba Jami.

GRÁFICO N° 1



Datos tomado de la tabla N°1

Del total de (110) madres encuestadas, se observa que existe predominio del nivel de conocimiento deficiente con 92,73%, en menor proporción se encuentra el nivel de conocimiento bueno con 4,55%, y con 2,73% el nivel de conocimiento regular.

EDAD DE LAS MADRES

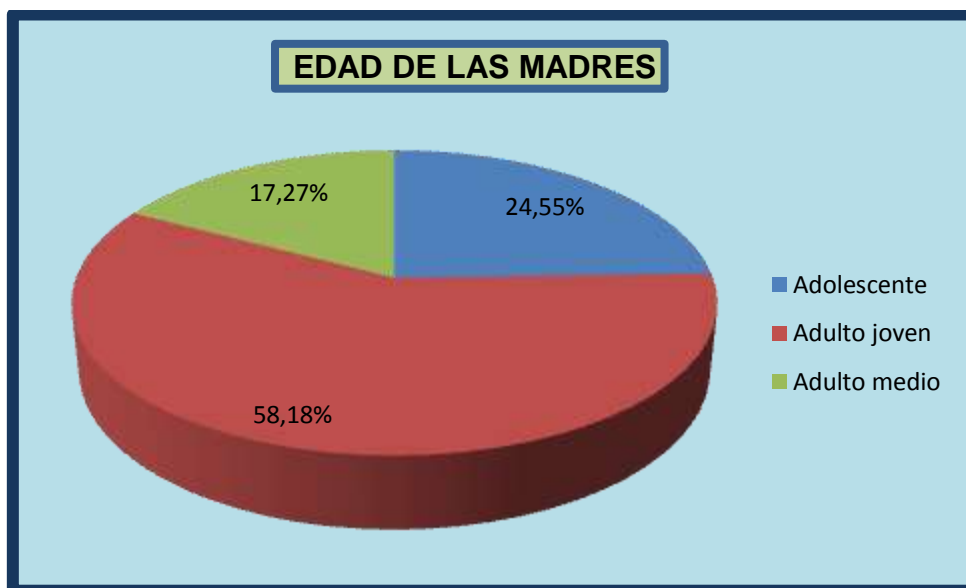
TABLA N° 2

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Adolescente	27	24,55
Adulto Joven	64	58,18
Adulto Medio	19	17,27
TOTAL	110	100,00

FUENTE: Encuesta realizada a las madres de niños menores de 1 año de edad, en el Hospital Universitario de Motupe.

ELABORADO POR: Silvia Rosalia Zumba Jami.

GRÁFICO N° 2



Datos tomado de la tabla N°2

Al analizar el grupo etario de las madres, la mayor proporción corresponde a la categoría adulto joven con 64 que representa el 58,18%, seguido de la categoría adolescente con 27 que constituye el 24,55%, y en menor proporción la categoría adulto medio con 19 que representa el 17,27%.

NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN EDAD DE LAS MADRES

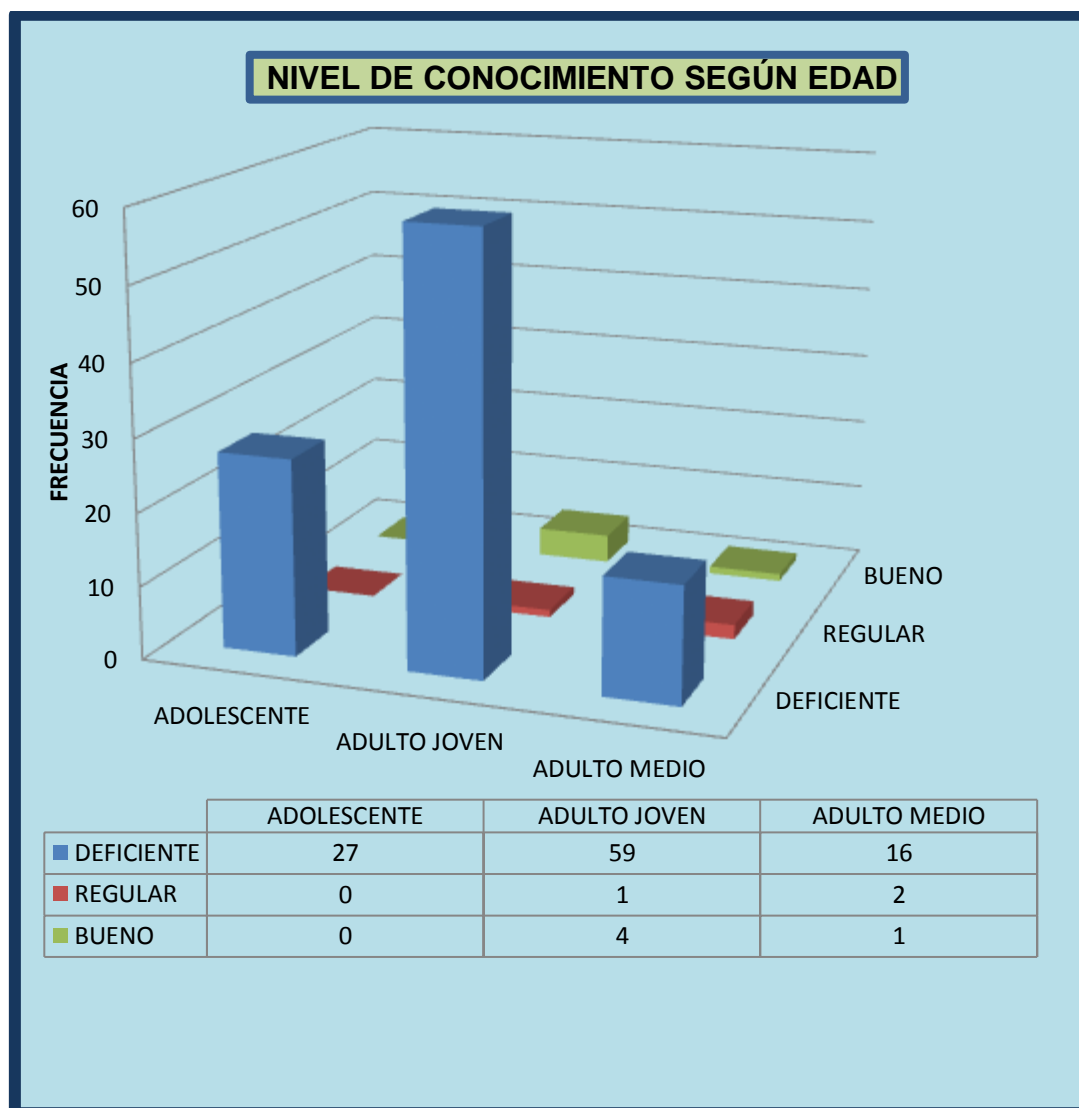
TABLA N° 3

EDAD	NIVEL DE CONOCIMIENTO							
	DEFICIENTE		REGULAR		BUENO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Adolescente	27	100	0	0	0	0	27	100
Adulto Joven	59	92,19	1	1,56	4	6,25	64	100
Adulto Medio	16	84,21	2	10,53	1	5,26	19	100
TOTAL	102	92,73	3	2,73	5	4,55	110	100

FUENTE: Encuesta realizada a las madres de niños menores de 1 año de edad, en el Hospital Universitario de Motupe.

ELABORADO POR: Silvia Rosalia Zumba Jami.

GRÁFICO N° 3



Datos tomado de la tabla N°3

Al relacionar el nivel de conocimiento y la edad de las madres, tenemos que la mayor proporción corresponde a la categoría adulto joven, de las cuales el mayor porcentaje presenta un nivel de conocimiento deficiente con 59 (92,19%) y sólo 4 (6,25%) exhibe un nivel de conocimiento bueno, y la categoría de menor proporción es la del adulto medio con nivel de conocimiento deficiente predominante con 16 (84,21%). En la categoría adolescente domina el nivel de conocimiento deficiente con 27 (100%). En todas las categorías predomina el nivel de conocimiento deficiente.

NIVEL DE EDUCACIÓN DE LAS MADRES

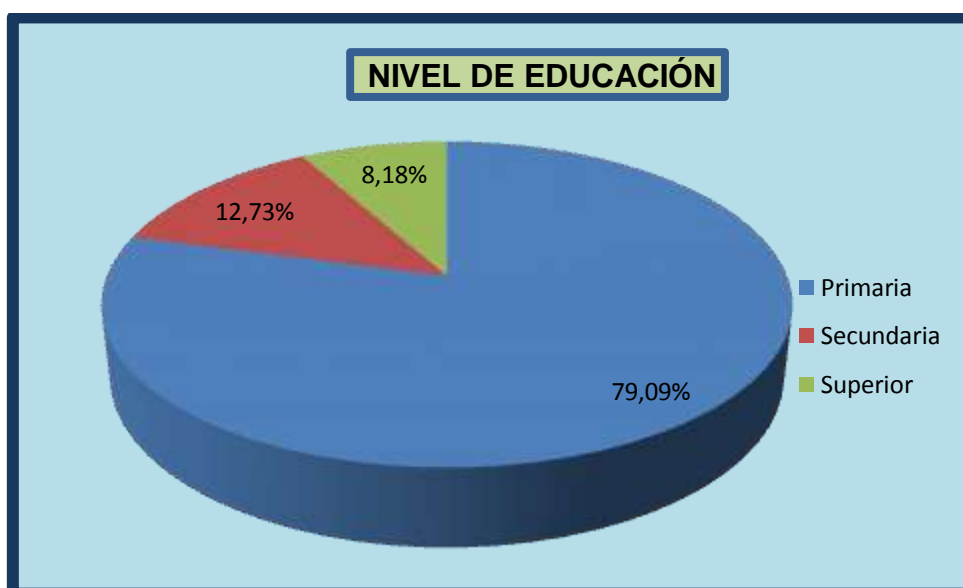
TABLA N° 4

NIVEL DE EDUCACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Primaria	87	79,09
Secundaria	14	12,73
Superior	9	8,18
TOTAL	110	100,00

FUENTE: Encuesta realizada a las madres de niños menores de 1 año de edad, en el Hospital Universitario de Motupe.

ELABORADO POR: Silvia Rosalia Zumba Jami.

GRÁFICO N° 4



Datos tomado de la tabla N°4

El 79,09% de las madres presentan un nivel de educación primaria, el 12,73% ha alcanzado el estudio hasta el nivel secundario; y sólo el 8,18% ha obtenido un nivel de educación superior.

NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN NIVEL DE EDUCACIÓN DE LAS MADRES

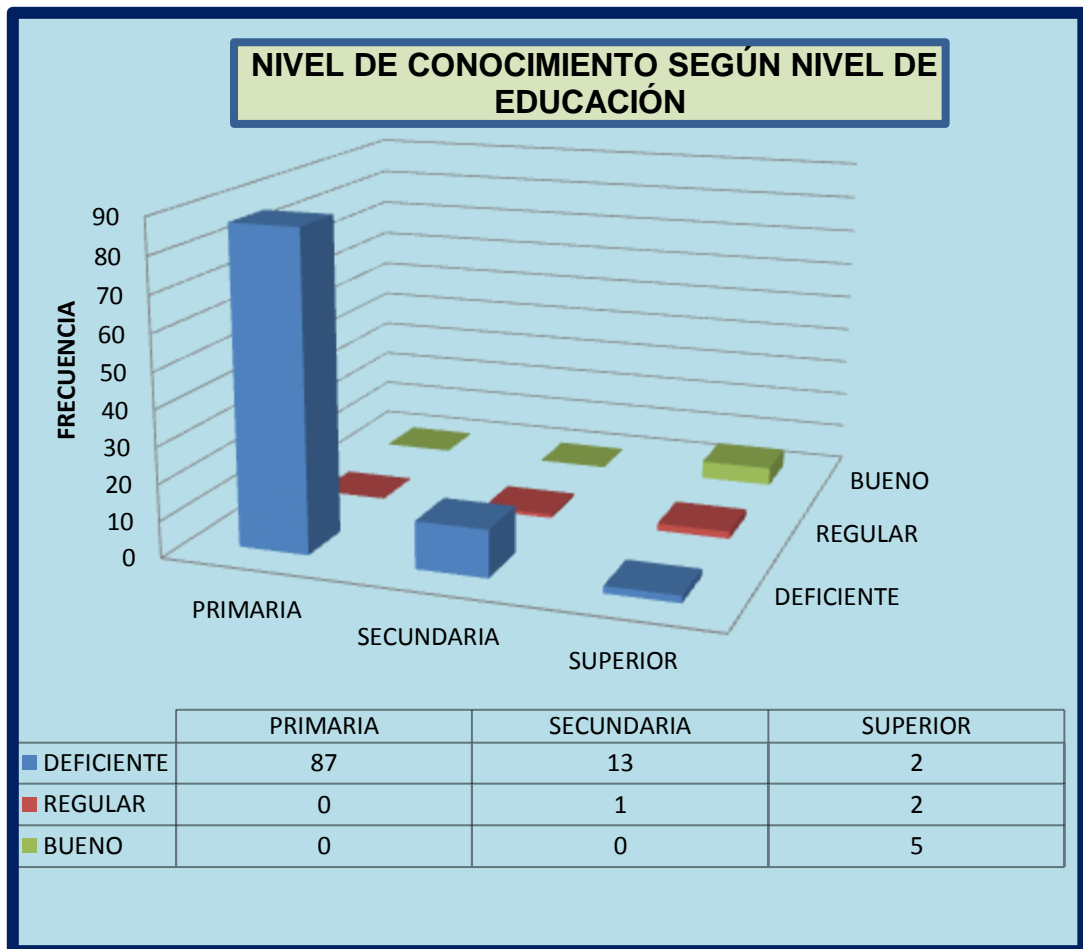
TABLA N° 5

NIVEL DE EDUCACIÓN	NIVEL DE CONOCIMIENTO							
	DEFICIENTE		REGULAR		BUENO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Primaria	87	100	0	0	0	0	87	100
Secundaria	13	92,86	1	7,14	0	0	14	100
Superior	2	22,22	2	22,22	5	55,56	9	100
TOTAL	102	92,73	3	2,73	5	4,55	110	100

FUENTE: Encuesta realizada a las madres de niños menores de 1 año de edad, en el Hospital Universitario de Motupe.

ELABORADO POR: Silvia Rosalia Zumba Jami.

GRÁFICO N° 5



Datos tomado de la tabla N° 5

Relacionando el nivel de conocimiento con el nivel de educación, tenemos que la mayor proporción corresponde a la categoría primaria y de ellas el nivel de conocimiento dominante es el deficiente con 87 (100%), seguido de la categoría secundaria donde predomina el nivel de conocimiento deficiente con 13 (92,86%). En las madres de la categoría superior, el nivel de conocimiento que sobresale es el bueno con 5 (55,56%).

OCUPACIÓN DE LAS MADRES

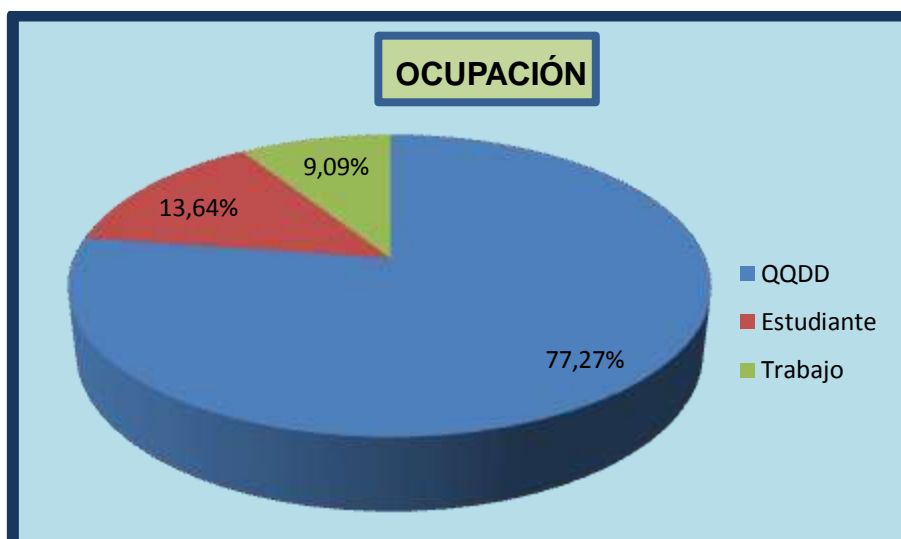
TABLA N° 6

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
QQDD	85	77,27
Estudiante	15	13,64
Trabajo	10	9,09
TOTAL	110	100,00

FUENTE: Encuesta realizada a las madres de niños menores de 1 año de edad, en el Hospital Universitario de Motupe.

ELABORADO POR: Silvia Rosalía Zumba Jami.

GRAFICO N° 6



Datos tomado de la tabla N° 6

Respecto a la ocupación, un 77,27% de las madres encuestadas se dedican al quehacer domestico, el 13.64% estudian; y el 9.09% trabaja.

NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN LA OCUPACIÓN DE LAS MADRES

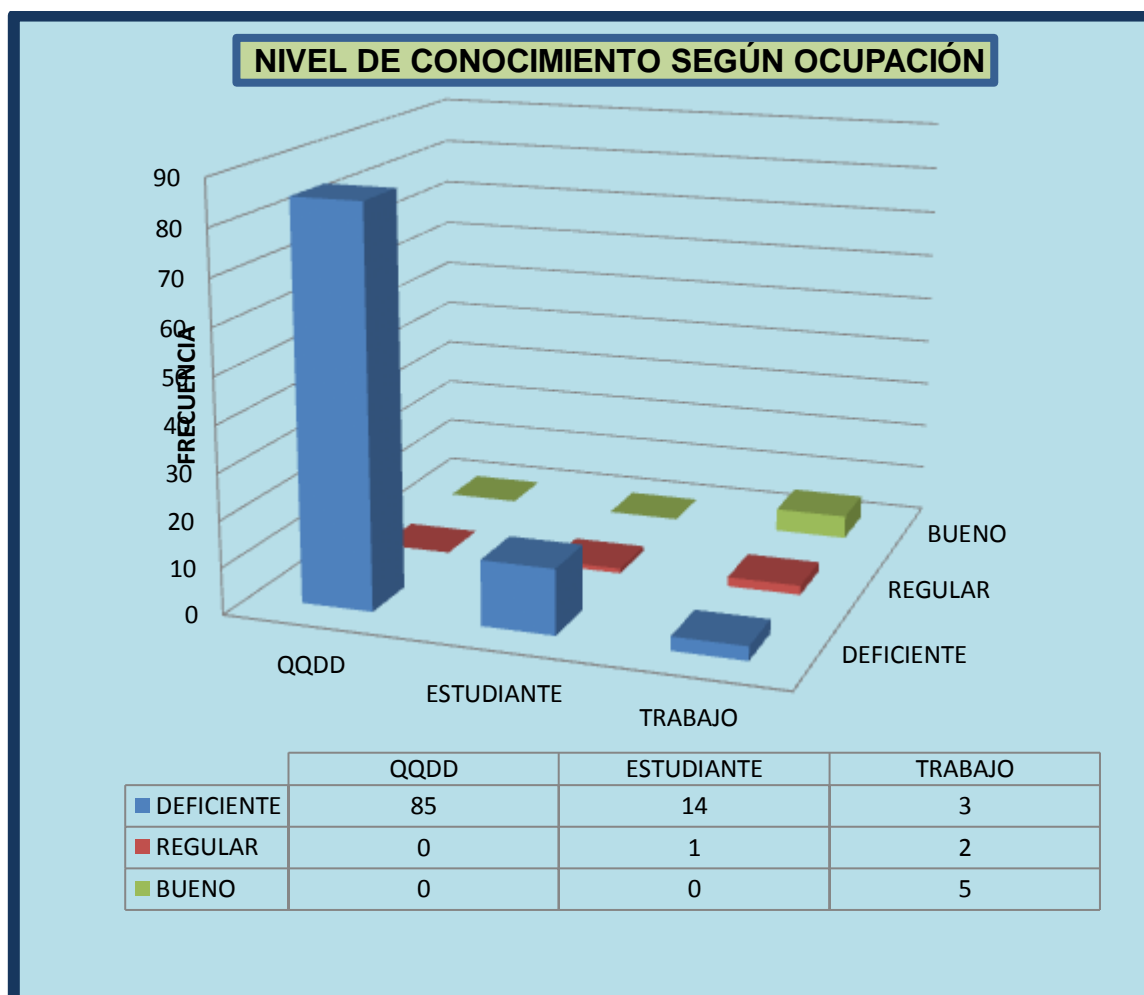
TABLA N° 7

OCUPACIÓN	NIVEL DE CONOCIMIENTO							
	DEFICIENTE		REGULAR		BUENO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
QQDD	85	100	0	0	0	0	85	100
Estudiante	14	93,33	1	6,67	0	0	15	100
Trabaja	3	30,00	2	20,00	5	50,00	10	100
TOTAL	102	92,73	3	2,73	5	4,55	110	100

FUENTE: Encuesta realizada a las madres de niños menores de 1 año de edad, en el Hospital Universitario de Motupe.

ELABORADO POR: Silvia Rosalia Zumba Jami.

GRÁFICO N° 7



Datos tomado de la tabla N° 7

Al relacionar el nivel de conocimiento con la ocupación, tenemos que las madres con ocupación quehacer doméstico presentan la mayor proporción, de las cuales la totalidad posee un nivel de conocimiento deficiente con 85 (100%), y la categoría de menor proporción son las madres que trabajan con nivel de conocimiento bueno predominante con 5 (50%). En la categoría estudiante domina el nivel de conocimiento deficiente con 14 (93,33%).

CAUSAS DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO REGULAR - DEFICIENTE

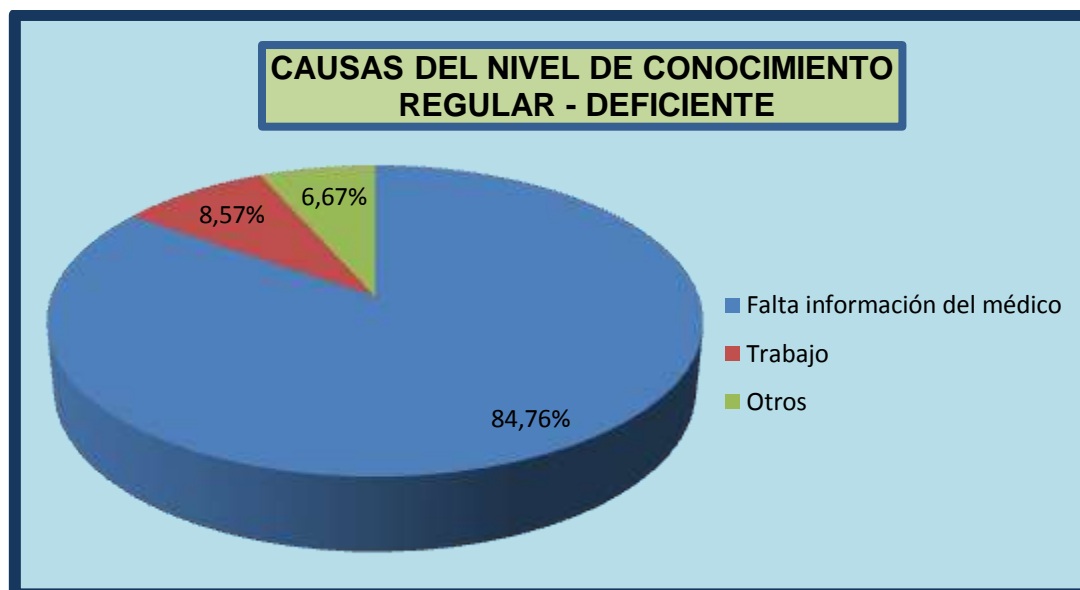
TABLA N° 8

CAUSA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO REGULAR-DEFICIENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Falta información del médico	89	84,76
Trabajo	9	8,57
Otros	7	6,67
TOTAL	105	100,00

FUENTE: Encuesta realizada a las madres de niños menores de 1 año de edad, en el Hospital Universitario de Motupe.

ELABORADO POR: Silvia Rosalia Zumba Jami.

GRÁFICO N° 8



Datos tomado de la tabla N° 8

El 84,76% de las madres señalan como causa principal del conocimiento regular – deficiente a falta de información por parte del médico; el 8,57% por su trabajo; y el 6,67% por otras causas, dentro de las cuales se incluye a la breve duración de la consulta médica y la poca información a través de medios de comunicación.

7. DISCUSIÓN

■ Investigando acerca de mi título propuesto se pudo encontrar y analizar un estudio realizado en el Servicio de cuidados intermedios del Hospital Universitario de Pediatría Dr. Agustín Zubillaga, de Barquisimeto en Octubre – Diciembre 2008, donde se determinó el nivel de conocimiento sobre esquema de inmunizaciones pediátricas a través de una entrevista dirigida a las madres (300 personas), en donde el nivel de conocimiento regular predominó con 143 (47,67%), seguido del nivel de conocimiento deficiente con 111 (37%), bueno con 44 (14,67%), y en menor proporción correspondió a la categoría excelente con 2 (0,66%); en otro trabajo investigativo realizado en El “Muchachito” del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda, de Barquisimeto de Mayo-Diciembre 2007, en donde la encuesta sobre conocimiento del esquema de vacunación fue dirigida hacia los representantes de preescolares (97 personas), quienes tuvieron al nivel de conocimiento regular como dominante con 38,18%, seguido del nivel de conocimiento bueno con 35,05%, el nivel de conocimiento excelente con 13,40%, el deficiente con 9,28% y tan sólo el 3,09% no contestó la encuesta; en otro estudio realizado en el Policlínico “José Martí Pérez” Camagüey-Cuba 2009 en el cual su objetivo era conocer el nivel de conocimientos de las madres acerca de vacunas en niños menores a 18 meses y cuya muestra fue de 135 personas, se observó que el 54,1% no tenía conocimientos sobre las vacunas y limitadamente el 45,9% si conocía sobre las mismas.

En los documentos técnicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones del Ecuador se señala que a pesar de los grandes logros, aun existen desafíos, destacando la necesidad de proporcionar una información de calidad a la población, enfatizando que es un problema que se debe enfrentar a la brevedad posible, por lo expuesto, observamos que es una realidad nacional, debido a que en la población investigada en nuestro apartado encontramos que la mayor parte de las madres encuestadas 102 (92,73%) tiene un conocimiento deficiente sobre el esquema de vacunas, 5 (4,55%)

muestran un conocimiento bueno del esquema; y limitadamente 3 (2,73%) manifiesta un conocimiento regular; siendo lamentable que se presente esta deficiencia en nuestra sociedad, puesto que las vacunas constituyen una de las medidas sanitarias que mayor beneficio han producido y siguen produciendo a la humanidad, previniendo enfermedades que antes causaban grandes epidemias, secuelas e incluso la muerte; todo niño merece estar protegido contra las enfermedades inmunoprevenibles, por lo tanto, es un deber de la madre garantizarle todas las vacunas necesarias para la salud de sus hijos. De allí, que ellas juegan un rol fundamental en el cumplimiento de las mismas; porque el tener conocimiento de las diferentes vacunas y que enfermedades previenen, toman conciencia de la importancia de su aplicación.

- Con respecto a la edad de las madres, la mayor proporción corresponde a la categoría adulto joven, de las cuales el mayor porcentaje presentan un nivel de conocimiento deficiente con 59 (92,19%) y 4 (6,25%) exhibe un nivel de conocimiento bueno, y la categoría de menor proporción es la de adulto medio con nivel de conocimiento deficiente predominante con 16 (84,21%). En la categoría adolescente el nivel de conocimiento deficiente predomina con 27 (100%). Extrapolando estos datos con otro estudio realizado en Servicio de cuidados intermedios del Hospital Universitario de Pediatría Dr. Agustín Zubillaga, de Barquisimeto en Octubre – Diciembre 2008, en cuyos objetivos se incluye determinar la influencia del factor edad de las madres en el nivel de conocimiento de inmunizaciones pediátricas, con una muestra de 300 personas, se encontraron resultados similares respecto a la edad que prevaleció, así el grupo etario de categoría adulto joven sobresalió con 228 (76%) sin embargo presentó predominio del nivel de conocimiento regular con 113 (49,56%), y en esta misma categoría se distinguió el mayor porcentaje de nivel de conocimiento excelente con 2 (0,88%), y la

categoría de menor proporción fue adulto medio con 24 (8%) con nivel de conocimiento regular dominante de 11 (45,83%). En la categoría adolescente con 48 (16%) destacó el nivel de conocimiento deficiente con 22 (45,84%); otro trabajo investigativo realizado en 100 madres primíparas del Centro de Salud El Porvenir (La Victoria) del Perú, en Mayo – Junio de 1999, para determinar la influencia de factores socioeconómicos y personales (incluye la edad) sobre el nivel del conocimiento en la atención del recién nacido (cuidados de salud, se preguntó sobre las vacunas que recibe el bebé al nacer y contra qué enfermedad protege), por medio de un cuestionario, se encontró que el mayor porcentaje 47%, oscilan entre 15 y 19 años, de las cuales 42% exhiben un nivel de conocimiento bajo, y las de menor porcentaje 22%, oscilan entre 25 y 29 años, las cuales presentaron un nivel de conocimiento bajo de 10%, sin embargo fue donde sobresalió el nivel de conocimiento bueno con 9%. El grupo etario entre 30 y 35 años presentó 31%, con predominio del nivel de conocimiento bajo con 25%.

Esto hace pensar que las madres sin importar la edad, no tienen conocimientos sobre el esquema de vacunas, una situación particular, puesto que la edad se asocia con la experiencia y adquisición de conocimientos, sin embargo respecto al tema de vacunas, esto no se genera.

- Al analizar nivel de educación de las madres, se observa que 87 (79,09%) de las madres tiene un nivel de educación primaria, 14 (12,73%) ha alcanzado el estudio hasta la secundaria; y 9 (8,18%) un nivel superior, de estos datos la mayor proporción corresponde a la categoría primaria y de ellas el nivel de conocimiento absoluto es el deficiente con 87 (100%), seguido de la categoría secundaria donde predomina el nivel de conocimiento deficiente con 13 (92,86%). Las madres de la categoría superior son las únicas que presentan el nivel

de conocimiento bueno que sobresale con 5 (55,56%). Resultados similares fueron obtenidos del trabajo investigativo El "Muchachito" del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda, de Barquisimeto de Mayo-Diciembre 2007, en donde la encuesta sobre conocimiento del esquema de vacunación fue dirigido hacia los representantes de preescolares (97 personas) donde se apreció que 35 (36,08%) de los representantes tuvieron un grado de instrucción universitaria, seguido de 33 (34,02%) de bachilleres, el personal técnico obtuvo 13 (13,40%) y 12 (12,37%) secundaria incompleta, de esta referencia se encontró que los representantes con grado de instrucción primaria completa obtuvieron 1 (33,33%) para nivel de conocimiento bueno, regular y deficiente. En aquellos con secundaria incompleta, el nivel de conocimiento bueno constituyó un 50%, regular el 33,33% y deficiente el 16,67%. En los técnicos fue bueno en 61,54% y regular en 30%. Los universitarios obtuvieron un nivel de conocimiento regular en 40%, seguido de bueno con 28% y excelente en 20%. Así mismo en un estudio realizado por la Universidad de Oriente Núcleo de Anzoátegui, Puerto La Cruz, de Venezuela en diciembre 2008, a las madres de la comunidad Santa Eduvigis donde se aprecia el grado de instrucción, del cual el 44,4 % tiene una educación básica incompleta, seguido de un 22,2 % con educación básica completa. El 11,1 % diversificada incompleta y a su vez 11,1 % primaria incompleta, 9,7 % primaria completa y 1,4 % diversificada completa; citando otro trabajo realizado en Servicio "B" de Pediatría del Centro Hospitalario Pereira Rossell Uruguay 2000 en donde se observa, en cuanto al nivel de instrucción, que sólo uno de los entrevistados (responsables del niño) tenía estudios terciarios, 8% no completó estudios secundarios, 77% finalizó estudios primarios, 11% no completó la primaria y 3,5% eran analfabetos.

En base a estos datos, se podría inferir que el nivel de educación es una variable determinante en el nivel de conocimiento.

Afortunadamente tanto en el sector público y particular, se cuenta con un equipo de salud que guía a las madres primordialmente cuando acuden por control del niño sano, o consulta médica pre-vacunal, pero es necesario que los padres conozcan todos estos puntos, soliciten una información más amplia y clara, ya que el conocimiento y la comprensión mejoran siempre el grado de actuación.

- Indagando con estudios similares se puede analizar el trabajo investigativo realizado en el Servicio de cuidados intermedios del Hospital Universitario de Pediatría Dr. Agustín Zubillaga, de Barquisimeto en Octubre – Diciembre 2008, para determinar el nivel de conocimiento sobre esquema de inmunizaciones pediátricas, donde el total de la muestra fueron 300 madres entrevistadas, en el que la ocupación predominante fue la del oficio del hogar 68.33%, estudiante 19%, comerciante el 6% y otros 6%, de lo cual se obtuvo que las madres con ocupación oficios del hogar, comerciante, estudiantes de básica y universitaria y otros, el nivel de conocimiento predominante fue el regular y sólo las universitarias obtuvieron un nivel de conocimiento excelente con 15,38%, y las madres con ocupación técnico presentaron un nivel de conocimiento destacado deficiente con 40%; asimismo en comparación con un tratado realizado por la Universidad de Colima, México 2010, a las madres de familia del sector 3 de la ciudad de Tecoman con niños menores de 5 años, donde se aprecia que la población en estudio fue conformada por 195 madres de las cuales indican que el 82,70% de dedican al hogar, 12,30% a labores del campo, trabajan 5%; en cambio en nuestro estudio el 77,27% de las madres se dedican al quehacer doméstico, el 13,64% es estudiante y, el 9,09% trabaja, siendo las madres con ocupación quehacer doméstico las de mayor proporción, de las cuales la totalidad obtiene un nivel de conocimiento deficiente con 85 (100%), y la categoría de menor proporción son las madres que trabajan con nivel de

conocimiento bueno, destacando con 5 (50%). En la categoría estudiante domina el nivel de conocimiento deficiente con 14 (93,33%). De ello se considera que existe relación entre la ocupación y el conocimiento, así Homero plantea que compartir iguales condiciones de trabajo, vida y necesidades aumentaría el interés por los mismos temas, favoreciendo a todas las madres por igual, así concluye que una madre trabajadora o estudiante adquiriría mayor conocimiento que las amas de de casa.¹⁸

De lo anteriormente expuesto cabe mencionar que las madres juegan un papel fundamental en este tema desde el punto de vista de salud pública, por lo que su conocimiento sobre las enfermedades infecciosas que pueden afectar a sus hijos y la utilidad de las distintas vacunas es extremadamente importante, para el cumplimiento de las mismas, disminuyendo la morbimortalidad por enfermedades inmunoprevenibles.

- En un estudio realizado por la Universidad de Oriente Núcleo de Anzoátegui, Puerto La Cruz, de Venezuela en diciembre donde se resalta la labor de promoción de la salud que ejerce el equipo de salud representado en suma por un 54,1 %, paralelo a el papel de la familia 41,7 % como ente gerencial de la salud de sus miembros, participando en la erradicación de enfermedades inmunoprevenibles, sin menospreciar los medios de comunicación 4,2%; en otro estudio realizado en Servicio de cuidados intermedios del Hospital Universitario de Pediatría Dr. Agustín Zubillaga, de Barquisimeto en Octubre – Diciembre 2008, se observa que la principal fuente de información verbal fue la que brinda las enfermeras con un 50,39%, seguida del médico 32,31%, la familia representa 10,38%, y amigos-otros 6,92%.

¹⁸ Martínez H, Suriano K, Gery W, Ryan MA, Pelto GH. Etnografía de la infección respiratoria aguda en la zona rural del altiplano Mexicano. México; 2004.

En la Estrategia de Cooperación de País, de la OPS/OMS en Ecuador, para el periodo 2010-2014, en septiembre del 2009, establece a la vacunación como una prioridad política para la presidencia y el Ministerio de Salud, manifestada en el incremento presupuestario para vacunas, señalando la necesidad de impulsar el desarrollo de un nuevo Modelo de Atención Integral de Salud, a partir de determinantes sociales que favorezca la integración horizontal de programas y servicios de salud, activa participación social y, el logro de estilos y entornos saludables, en un marco de interculturalidad, intersectorialidad, igualdad de género, descentralización y democracia. A pesar de ello encontramos en nuestro estudio que las 105 (95,46%) madres con conocimiento regular – deficiente, atribuyen a falta de información por parte del médico el mayor porcentaje 89 (84,76%), 9 (8,57) % por su trabajo; y 7 (6,67%) por otras causas dentro de las cuales se incluye la breve duración de la consulta médica y la poca información a través de medios de comunicación.

Es lamentable que las madres señalen como principal causa de conocimiento regular – deficiente sobre esquema de vacunación a la falta de información por el médico, por el hecho que el objetivo primordial del médico es el de ayudar al ser humano a recuperar su salud, prevenirle de enfermarse así como brindar el apoyo espiritual y moral, tanto al individuo como a sus seres queridos. Y es que aunque el equipo de salud tiene conocimientos sólidos sobre las vacunas, la gran mayoría no tiene la capacidad de transmitir la información completa y clara, tan sólo se mencionan y prioriza algunos efectos secundarios por las vacunas y su tratamiento. Por tanto, las madres de familia no reciben información completa sobre vacunas y no tienen un conocimiento puntual, pero sin embargo reconocen con facilidad algunos efectos secundarios.

8. CONCLUSIONES

Una vez culminado el presente trabajo investigativo, puedo concluir lo siguiente:

- Que 102 (92,73%) de las madres tiene un conocimiento deficiente sobre el esquema de vacunas, 5 (4,55%) exhiben un conocimiento bueno del esquema; y limitadamente 3 (2,73%) presentan un conocimiento regular.

- Respecto a la edad de las madres, la mayor proporción corresponde a la categoría adulto joven con 64 (58,18%), de las cuales el mayor porcentaje presenta un nivel de conocimiento deficiente con 59 (92,19%), y la categoría de menor proporción es la de adulto medio con 19 (17,27%) con el nivel de conocimiento deficiente como predominante con 16 (84,21%). Por tanto las madres sin importar la edad, no tienen conocimientos sobre el esquema de vacunas.

- Se destaca a cerca del nivel de educación de las madres, que la mayor proporción corresponde a la categoría primaria con 87 (79,09%) y de ellas el nivel de conocimiento absoluto es el deficiente con el 87 (100%), seguido de la categoría secundaria donde predomina el nivel de conocimiento deficiente con 13 (92,86%). En base a estos datos, se podría deducir que el nivel de educación es una variable determinante en el nivel de conocimiento.

- En cuanto a la ocupación, las madres que se dedican al quehacer doméstico presentan la mayor proporción con 85 (77,27%), de las cuales la totalidad tiene un nivel de conocimiento deficiente con 85 (100%), y la categoría de menor proporción son las madres que trabajan con 10 (9,09%) que presenta un nivel de conocimiento bueno destacando con 5 (50%). Se considera que existe relación entre la

ocupación y el conocimiento, así una madre trabajadora o estudiante adquiriría mayor conocimiento que las amas de casa.

- Destaca como causa principal del conocimiento regular – deficiente de las madres sobre el esquema de vacunas, a falta de información por parte del médico con 89 (84,76%) madres, 9 (8,57%) por su trabajo; y 7 (6,67%) por otras causas, dentro de las cuales se incluye: la breve duración de la consulta médica y la poca información a través de medios de comunicación.

- Se cumplió con el sexto objetivo específico del trabajo investigativo que consistió en la realización de una charla educativa con la temática Vacunas, importancia y esquema de vacunación del ministerio de Salud Pública del Ecuador, dirigida a las madres de niños/as menores de 5 años de edad.

8.1 RECOMENDACIONES

