

**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NUCLEO DE ANZOÁTEGUI
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR**



**PROPUESTA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO PARA LA
FORMACIÓN DE ACTITUDES PREVENTIVAS ANTE EL
INCUMPLIMIENTO Y RETRASO DE LA APLICACIÓN DEL ESQUEMA
NACIONAL DE INMUNIZACIÓN. COMUNIDAD “SANTA EDUVIGES”.
PUERTO LA CRUZ. ANZOÁTEGUI. 2008**

**Tesis presentada como requisito parcial para optar al Grado de
Especialista en Medicina Familiar**

Autora: Judit Juhász

Tutora: Yajaira Sánchez

Puerto La Cruz, diciembre 2008

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NUCLEO DE ANZOÁTEGUI
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR



**PROPUESTA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO PARA LA
FORMACIÓN DE ACTITUDES PREVENTIVAS ANTE EL
INCUMPLIMIENTO Y RETRASO DE LA APLICACIÓN DEL ESQUEMA
NACIONAL DE INMUNIZACIÓN. COMUNIDAD “SANTA EDUVIGES”.
PUERTO LA CRUZ. ANZOÁTEGUI. 2008**

**Aprobado en nombre de la Universidad de Oriente por el siguiente jurado
examinador**

Puerto La Cruz, diciembre 2008

DEDICATORIA

A Dios, Todopoderoso

A mis padres Judit y Tibor por su amor y apoyo.

A mi hermano Tibor, a quien extraño.

A mi esposo Héctor, hombre trabajador, a quien admiro, quiero y respeto.

A mi querida hija Andrea, el tesoro más valioso de mi vida.

A los Médicos de Familia

A la comunidad “Santa Eduvigés”

AGRADECIMIENTO

A mis tutores del Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad de Oriente, quienes con sus conocimientos y experiencia contribuyeron a mi continua formación.

A la Dra. Yajaira Sánchez, Premio Nacional de la Academia de Medicina 2007, ejemplo a seguir y asesora de la tesis.

A la Dra. Berthalina Quijada, por sus conocimientos en Metodología de la Investigación.

A mis compañeros de postgrado, Carolina, Mariela, Jorge y Venancio por demostrar que sí se puede trabajar en equipo.

A Olga Ramírez, quien ha contribuido al crecimiento y desarrollo del Postgrado de Medicina Familiar de la Universidad de Oriente.

A mi equipo de Salud del CIS II Puerto La Cruz, especialmente a la Lic. Griselda Caraballo y a mis apreciadas trabajadoras sociales, Arelis y Obdilia, por su colaboración.

A la comunidad Santa Eduvigis, por haber permitido entrar a sus hogares y en especial al Sr. Edgar Corona y su esposa Onelia, así como a la Sra. Omaira Suárez, auxiliares en Salud Comunitaria.

Mil gracias, sin Uds. no hubiera sido posible.

Judit

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
LISTA DE CUADROS.....	vii
LISTA DE GRÁFICOS.....	x
RESUMEN.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
Planteamiento del problema.....	3
Objetivo.....	6
Justificación.....	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
Antecedentes.....	9
Bases teóricas	
Consideraciones generales.....	20
Contraindicaciones y precauciones en la inmunización.....	22
Inmunizaciones sistemáticas.....	25
Oportunidades perdidas en inmunización.....	40
Estándares para la inmunización en Pediatría.....	43
Bases legales.....	46
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	
Tipo de investigación.....	47
Población y muestra.....	48
Operacionalización de las variables.....	49
Técnica e instrumento de recolección de datos.....	50

Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	51
CAPÍTULO IV: MARCO ANALÍTICO	
Resultados de la investigación.....	52
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
Conclusiones.....	76
Recomendaciones.....	79
Capítulo VI: LA PROPUESTA	
Presentación.....	81
Justificación.....	82
Objetivos.....	83
Programa educativo de inmunizaciones.....	84
Estrategias.....	85
Informe de actividades.....	86
Comentarios.....	87
Sugerencias.....	89
BIBLIOGRAFÍA.....	91
ANEXOS.....	95

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Grado de instrucción de la madre. Comunidad Santa Eduviges. 2008.....	52	Eduviges.
Cuadro 2. Fuente de información sobre el esquema nacional de inmunización. Comunidad Santa Eduviges. 2008.....	54	de
Cuadro 3. Lugar de información sobre el esquema nacional de inmunización. Comunidad Santa Eduviges. 2008.....	55	de
Cuadro 4. Creencia sobre prevención de enfermedades por vacunas. Comunidad Santa Eduviges. 2008.....	57	por
Cuadro 5. Conocimiento sobre enfermedades que previenen las vacunas. Comunidad Santa Eduviges. 2008.....	58	
Cuadro 6. Conocimiento sobre la enfermedad que previene vacuna BCG. Comunidad Santa Eduviges. 2008.....	60	La
Cuadro 7. Conocimiento sobre las enfermedades que previene la vacuna triple. Comunidad Santa Eduviges. 2008.....	61	
Cuadro 8. Conocimiento sobre las enfermedades que previene la vacuna trivalente viral. Comunidad Santa Eduviges. 2008.....	63	
Cuadro 9. Conocimiento sobre las enfermedades que previene la vacuna anti-H. influenzae tipo b. Comunidad Santa		

Eduviges. 2008.....	64
Cuadro 10. Conocimiento sobre la composición de la vacuna pentavalente. Comunidad Santa Eduviges. 2008.....	66
Cuadro 11. Conocimiento sobre las enfermedades que previene la vacuna pentavalente. Comunidad Santa Eduviges. 2008.....	67
Cuadro 12. Conocimiento sobre la enfermedad que previene la vacuna rotavirus. Comunidad Santa Eduviges. 2008.....	69
Cuadro 13. Conocimiento sobre el significado de prevenir. Comunidad Santa Eduviges. 2008.....	70
Cuadro 14. Conocimiento de otras vacunas que no están incluidas en el esquema. Comunidad Santa Eduviges. 2008.....	72
Cuadro 15. Motivo de no vacunación. Comunidad Santa Eduviges. 2008.....	73

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Grado de instrucción de la madre. Comunidad Santa Eduviges. 2008.....	53
Gráfico 2.	Fuente de información sobre el esquema nacional de inmunización. Comunidad Santa Eduviges. 2008.....	54
Gráfico 3.	Lugar de información sobre el esquema nacional de inmunización. Comunidad Santa Eduviges. 2008.....	56
Gráfico 4.	Creencia sobre prevención de enfermedades por vacunas. Comunidad Santa Eduviges. 2008.....	57
Gráfico 5.	Conocimiento sobre enfermedades que previenen las vacunas. Comunidad Santa Eduviges. 2008.....	59
Gráfico 6.	Conocimiento sobre la enfermedad que previene la vacuna BCG. Comunidad Santa Eduviges. 2008.....	60
Gráfico 7.	Conocimiento sobre las enfermedades que previene la vacuna triple. Comunidad Santa Eduviges.....	62
Gráfico 8.	Conocimiento sobre las enfermedades que previene la vacuna trivalente viral. Comunidad Santa Eduviges. 2008.....	63
Gráfico 9.	Conocimiento sobre las enfermedades que previene la anti-H. influenzae tipo b. Comunidad Santa Eduviges. 2008...	65

- Gráfico 10. Conocimiento sobre la composición de la vacuna pentavalente. Comunidad Santa Eduvigés. 2008..... 66
- Gráfico 11. Conocimiento sobre las enfermedades que previene la vacuna pentavalente. Comunidad Santa Eduvigés. 2008..... 68
- Gráfico 12. Conocimiento sobre la enfermedad que previene la vacuna rotavirus. Comunidad Santa Eduvigés. 2008..... 69
- Gráfico 13. Conocimiento sobre el significado de prevenir. Comunidad Santa Eduvigés. 2008..... 71
- Gráfico 14. Conocimiento de otras vacunas que no están incluidas en el esquema. Comunidad Santa Eduvigés. 2008..... 72
- Gráfico 15. Motivo de no vacunación. Comunidad Santa Eduvigés. 2008..... 74

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NUCLEO DE ANZOÁTEGUI
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR



PROPUESTA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO PARA LA FORMACIÓN
DE ACTITUDES PREVENTIVAS ANTE EL INCUMPLIMIENTO Y RETRASO
DE LA APLICACIÓN DEL ESQUEMA NACIONAL DE INMUNIZACIÓN.
COMUNIDAD “SANTA EDUVIGES”. PUERTO LA CRUZ. ANZOÁTEGUI. 2008

Autora: Judit Juhász

Tutora: Yajaira Sánchez

Año: 2008

RESÚMEN

La inmunización se considera la más efectiva intervención en salud. Entre los factores que contribuyen a disminuir las coberturas, un lugar importante ocupan las oportunidades perdidas en vacunación y el mayor número corresponde a las contraindicaciones erróneas. El objetivo general de este trabajo es proponer un programa educativo para la formación de actitudes preventivas ante el incumplimiento y retraso de la aplicación del esquema nacional de inmunización en la comunidad Santa Eduvigis, Puerto La Cruz. El estudio es de tipo investigación-acción-participante; la muestra estuvo conformada por 72 niños menores de 5 años de edad, de ambos sexos, con esquema de inmunización incompleto o con retraso en alguna dosis previa según la edad recomendada; se aplicó un cuestionario para evaluar conocimientos, motivos de no vacunación y creencias; y se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows versión 11.5. Resultados: 56.9 % no conoce cuáles

son las enfermedades que previenen las vacunas; motivos de no vacunación y creencias: no hubo vacuna (36.1%), enfermedad del niño (27.8 %), olvido de vacunar (22.2 %), trabajo materno (8.3 %), migración (2.8 %), es mejor adquirir la enfermedad naturalmente y falta de comprensión de la tarjeta (1.4 %, respectivamente). Posteriormente, se comienza a aplicar el programa educativo, para realizar los correctivos a nivel de atención primaria. Descriptores: Esquema nacional de inmunización, conocimiento, creencias.

INTRODUCCIÓN

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

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

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

A continuación, se presenta este estudio con la finalidad de proponer un programa educativo dirigido a los padres para la formación de actitudes preventivas ante el incumplimiento o retraso de la aplicación del esquema nacional de inmunización en la comunidad Santa Eduvigis de Puerto La Cruz.

El presente estudio está estructurado de la siguiente manera:

Capítulo I: El problema, en el cual se describe el estado de inmunización en la comunidad Santa Eduvigés.

Capítulo II: Marco teórico, que contiene los antecedentes de estudios sobre el tema.

Capítulo III: Metodología que comprende métodos y técnicas, operacionalización de las variables y el instrumento validado.

Capítulo IV: Marco analítico, que contiene la información recolectada y el análisis de los resultados obtenidos.

Capítulo V, que comprende las conclusiones y las recomendaciones.

Capítulo VI, la propuesta del programa educativo para la formación de actitudes preventivas ante el incumplimiento y retraso de la aplicación del esquema nacional de inmunización en niños menores de 5 años de edad pertenecientes a la comunidad.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento Del Problema

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

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

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

En vista de que la autora no logró obtener del Ministerio del Poder Popular para la Salud las coberturas nacionales de inmunización del año 2007 solicitadas a través del Servicio de Epidemiología del CIS II Puerto La Cruz, se basó en datos del estado Anzoátegui y del municipio Sotillo, parroquia Puerto La Cruz para el mismo año.

En el estado Anzoátegui, en el año 2007, las coberturas de inmunización en niños y niñas menores de 1 año y de 1 año, fueron las siguientes: Pentavalente3: 65,69%; VPO3: 76,68 %; DPT3: 69,21 %; anti-amarílica: 62,11 %; Hib3: 69,27 %; HB3: 86,52 %; trivalente viral: 55,27 % y BCG: 94,84 %. En el municipio Sotillo, parroquia Puerto La Cruz, en el mismo año se registraron las siguientes coberturas: Pentavalente3: 105,87 %; VPO3: 147,09 %; DPT3: 108,93 %; Hib3: 108,93 %; HB: 108,93 %; trivalente viral: 85,82 %; BCG: 186,59 % y anti-amarílica: 88,90% (SALUDANZ, 2007).

Durante el periodo comprendido entre enero y junio del año 2007, los residentes del postgrado de Medicina Familiar de la Universidad de Oriente realizaron el diagnóstico de salud en la comunidad Santa Eduvigis, cuyo objetivo era determinar las condiciones socio-sanitarias de la misma. De una muestra de 945 individuos, se determinó el estado de inmunización y se obtuvieron los siguientes resultados: 292 individuos presentaron inmunizaciones completas (30,90 %); 75 individuos manifestaron inmunizaciones incompletas (7,94 %) y 578 individuos no refirieron información al respecto (61,16 %).

Por ello, este proyecto de investigación se centrará en proponer un programa educativo para la formación de actitudes preventivas ante el incumplimiento y/o retraso de la aplicación del esquema nacional de inmunización dirigido a la comunidad “Santa Eduvigis” de Puerto La Cruz, estado Anzoátegui.

Concretamente, con la realización de la investigación propuesta se pretende responder las siguientes interrogantes:

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

¿Cuáles son los motivos de no inmunización desde la perspectiva de las madres?

¿Cómo influye el sistema de creencias de la familia venezolana en la participación de la población en la prevención de enfermedades, específicamente las prevenibles por vacunas?

¿Será necesario diseñar un programa educativo para la formación de actitudes preventivas ante el incumplimiento o retraso de la aplicación del esquema nacional de inmunización en la comunidad “Santa Eduvigis”?

1.2. Objetivo General

Proponer un programa educativo para la formación de actitudes preventivas ante el incumplimiento y/o retraso de la aplicación del esquema nacional de inmunización dirigido a la comunidad “Santa Eduvigés” de Puerto La Cruz, estado Anzoátegui.

1.3. Objetivos Específicos

1. Determinar el nivel de conocimiento de las madres acerca de las inmunizaciones sistemáticas que deben aplicarse a sus hijos para cumplir con el esquema nacional de inmunización.
2. Detectar desde la perspectiva de las madres, los motivos de no inmunización.
3. Establecer la influencia del sistema de creencias de la familia venezolana en la participación de la población en la prevención de enfermedades, específicamente las prevenibles por vacunas.
4. Diseñar un programa educativo para la formación de actitudes preventivas ante el incumplimiento o retraso de la aplicación del esquema nacional de inmunización en la comunidad “Santa Eduvigés”.

JUSTIFICACIÓN

El por qué de esta investigación responde a la necesidad de identificar aquellos factores que determinan el incumplimiento y/o retraso de la aplicación del esquema nacional de inmunización en niños menores de 5 años de edad de la comunidad "Santa Eduvigis" de Puerto La Cruz desde la perspectiva de las madres.

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

Otra razón que justifica la realización del estudio propuesto, radica en la escasez de investigaciones realizadas al respecto y ante la situación de baja producción de investigaciones sociales en el campo de las inmunizaciones, se aspira que éste proyecto tenga relevancia científica, relevancia social y relevancia contemporánea.

Relevancia científica, porque a partir de los resultados que se obtengan, se formularían nuevas hipótesis, modelos y propuestas teóricas dirigidas a explicar y predecir el éxito del cumplimiento del esquema de inmunizaciones.

Relevancia social, por cuanto los resultados podrán ser utilizados para diseñar planes y programas en el campo de las inmunizaciones. Además, el desarrollo de la aplicación de inmunizaciones en general, implica una serie de beneficios y un gran impacto social, concretamente en cuanto a prevención y erradicación global de las enfermedades.

Relevancia contemporánea, ya que mediante el control continuo y la erradicación de enfermedades, se puede disminuir la inversión económica en materia de salud.

Por último, se considera que la ejecución de este proyecto es totalmente factible, ya que se cuenta con la disposición del Postgrado de Medicina Familiar de la Universidad de Oriente, que contribuye con su participación en el avance de la ciencia en pro de mejorar la calidad de vida de la población.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes De La Investigación

Nigenda-López, Orozco y Leyva (1997), en su trabajo titulado “Motivos de no vacunación: un análisis crítico de la literatura internacional, 1950-1990”, presentaron un análisis sobre una selección de estudios que se interesaron por entender la respuesta de las poblaciones ante la oferta de vacunas a fin de evaluar sus resultados para la definición de políticas futuras de inmunización. Los estudios fueron agrupados de acuerdo a dos criterios: a) grupo de países y b) los factores identificados como motivo de no vacunación para ese período.

Los antes mencionados autores refieren que en los estudios en países desarrollados como Estados Unidos, Gran Bretaña e Italia, los principales factores que se identificaron fueron aquellos relacionados con la política sanitaria, los aspectos psicológicos y el papel del personal de salud como proveedores de información.

A diferencia de los países industrializados, en los países en desarrollo se han encontrado dificultades específicas para lograr la cobertura universal. En este caso, la falta de participación se ha asociado a la existencia de síndromes culturales en las poblaciones entre los cuales destaca el miedo a la vacunación y la falta de información. (Nigenda-López, Orozco y Leyva, 1997).

Bedford y Elliman en su trabajo titulado “Inquietudes en relación a la inmunización”; Prislín, Dyer, Blakely y Johnson en “Estado de la inmunización y características socio-demográficas: rol de intervención de las creencias, actitudes y control percibido”; y Meszaros, David, Baron, Hershey, Krunreuther, Schwartz-Buzzaglo en “Procesos cognitivos y las decisiones de algunos padres de privarse de la vacuna pertussis para sus hijos” (citados por Fredrickson, 2004), mencionan varias razones para la negativa de los padres de inmunizar a sus hijos como: creencias erróneas acerca de las contraindicaciones, no querer exponer a los niños a los peligros percibidos de las vacunas y el no querer exponer a niños sanos a las enfermedades. Dichos motivos de no vacunación se tomaron en cuenta al determinar las creencias en la comunidad Santa Eduvigés.

Ball, Evans y Bostrom en su trabajo “Negocio riesgoso: Desafíos en la comunicación de los riesgos de las vacunas” y Meszaros y cols. (citados por Fredrickson, 2004), en sus estudios enfocados en la decisión de vacunar han descubierto que los padres prefieren hacer errores de omisión que errores de comisión y prefieren aceptar los riesgos “naturales” más que los riesgos “humanos”, aspecto importante a tomar en cuenta en relación con las creencias de la comunidad en estudio.

Meszaros y cols. (citados por Fredrickson, 2004) destacaron a los procesos cognitivos de los padres, específicamente la habilidad percibida por ellos para controlar la susceptibilidad de su niño a la enfermedad y el resultado de la enfermedad, así como las dudas acerca de la seguridad de las vacunas. Basándose en los conocimientos y creencias de las madres de la comunidad Santa Eduvigés se realizaron las conclusiones y recomendaciones tomando en cuenta estos antecedentes.

Luder y Friedman en su trabajo titulado “Mortalidad y morbilidad del tratamiento no médico de las minorías”; y Simpson, Lenton y Randal en su trabajo

“La negativa de los padres de inmunizar a sus hijos: alcance y razones” (citados por Fredrickson, 2004) destacaron que algunos padres están en desacuerdo con las prácticas de la medicina convencional. Sin duda que este punto es muy interesante a la hora de explorar creencias en Santa Eduvigés, según la autora.

Stein, Pickering, Tanner y Mazella (citados por Fredrickson, 2004) en su trabajo titulado “La negativa del padre para inmunizar a un infante de 2 meses de edad” refieren que algunos creen en la “cura natural” y piensan que es mejor para los niños estar expuestos a las enfermedades y adquirirlas naturalmente. Estos investigadores comprobaron la existencia de dichas creencias, lo cual despertó la curiosidad de la autora por explorar este motivo de no vacunación en Santa Eduvigés.

Prislin y cols. (citados por Fredrickson, 2004) refieren que otros se niegan basados en las convicciones religiosas. Ross y Aspinwall en su trabajo titulado “Exenciones religiosas para los estatutos de inmunización” (citados por Fredrickson, 2004), refieren que algunos padres y ciertos grupos ven la inmunización como una violación innecesaria de los derechos individuales. Por lo tanto, las razones religiosas se exploraron como parte del sistema de creencias de la comunidad Santa Eduvigés.

Numerosos son los estudios aportados por diferentes autores, tanto nacionales como internacionales, con respecto a este tema y en los últimos diez años se destacan los que a continuación serán nombrados:

En Venezuela, Rondón (2008), realizó un trabajo de grado titulado Cobertura de Vacunación de los niños del preescolar “El Muchachito” del Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda” y nivel de conocimiento de sus representantes sobre el esquema ideal de vacunación, cuyo objetivo fue determinar el nivel de cobertura de vacunación y el nivel de conocimiento de sus representantes

sobre las vacunas, importancia y esquema ideal de vacunación. Los hallazgos fueron los siguientes: Nivel de conocimiento de los representantes: 13% excelente, 35% bueno, 39% regular y 12% deficiente. Se confirmó que el esquema del PAI obtuvo cobertura entre 72 y 100% a diferencia del esquema de la Sociedad Venezolana de Pediatría y Puericultura (SVPP), que incluye varicela (2,02%), hepatitis A (3,38%) y antineumococo (4,05%). En cuanto al grado de instrucción, predominó el nivel universitario (36%), seguido del de bachiller (34%). Al relacionar grado de instrucción con nivel de conocimiento, se observó que los de instrucción universitaria, técnica y bachiller tenían un nivel de conocimiento de regular a bueno. Se concluye que a mayor nivel de conocimiento de los padres sobre vacunas, mayor es la cobertura, determinándose así la necesidad de promover un plan educativo preventivo dirigido a los representantes para mejorar los conocimientos y por ende la cobertura. Considerando lo anterior, la autora propuso un programa educativo que se aplicó en la comunidad Santa Eduvigis para mejorar conocimientos, erradicar las falsas creencias y así mejorar la cobertura.

Gaspar, Callejón, Domínguez, Gómez, Godoy y Pérez (2005), realizaron un estudio en el servicio de Pediatría HOSPITEN Rambla, Santa Cruz de Tenerife, que evaluó el conocimiento de las familias acerca de las vacunas infantiles y tuvo como resultado que el conocimiento sobre las vacunas es generalmente muy bajo, pero la aceptación muy alta, llegando a la conclusión de incrementar la educación sobre las vacunas en las consultas.

Lo expresado por dichos autores, demuestra una vez más la necesidad de una propuesta de un programa educativo de inmunizaciones dirigido a padres para la formación de actitudes preventivas ante el incumplimiento y retraso en las inmunizaciones detectadas en los niños de Santa Eduvigis, a propósito de esta comunidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), realizaron un estudio de conocimientos, actitudes, prácticas en inmunizaciones; cuyo objetivo fue identificar, desde el punto de vista de la comunidad, de los servicios de salud y de los líderes sociales y comunitarios, los conocimientos, actitudes, prácticas, percepciones, creencias, barreras que impiden la inmunización. Los hallazgos fueron los siguientes:

Todas las entrevistadas conocían en términos generales las vacunas, sin embargo, esta información contrasta fuertemente con el relativo bajo nivel de conocimiento específico de las mismas, valorada a partir de la mención espontánea de cada vacuna.

Se encontraron diferencias significativas en conocimiento entre regiones ecológicas, idioma materno y, para algunas vacunas, entre áreas urbanas y rurales; sobre las dosis de las vacunas se observó en general un alto desconocimiento, tanto madres como padres no saben exactamente cuantas dosis se debe colocar para cada vacuna, aunque las madres entienden el concepto de dosis como “refuerzo”. Sobre a quien deberían vacunar más, no se encontraron diferencias de género para la inmunización.

La actitud hacia la inmunización es ampliamente favorable, 92% piensa que las vacunas son muy necesarias, sin embargo, entre el 3% y el 14%, tanto en áreas urbanas como rurales, creen que las medicinas caseras pueden sustituirla.

El 88% indicó que hizo vacunar a sus hijos en un servicio de salud, el 6% en campaña de vacunación y 6% por brigada móvil. Estas respuestas son relativas, dado que las encuestadas tenían uno o más hijos que podían haber recibido sus vacunas bajo distintas estrategias y debido a que existen múltiples vacunas con varias dosis, las posibilidades también son múltiples, por lo que es probable que las mujeres

indicaran la modalidad de su preferencia o aquella que consideran sea la más aceptada.

Con relación a la tenencia del carnet de inmunización, el 76% si lo tiene y el 24% no. A nivel de localidad, varían del 79% que sí lo tiene en área urbana al 74% en área rural. Sobre la DPT se obtuvo que el 74% estaba totalmente vacunado, el 23% parcialmente y el 3% no había recibido ninguna dosis. Con relación a las oportunidades perdidas se demostró que sólo al 29% de las madres se les acercó alguien para indicarle que ingrese al servicio de inmunización, es decir, que al 71% nadie le indicó que se vacunara.

Al 43% de mujeres le explicaron que tipo de reacción le podía dar a ella después de vacunarla y a su niño/a al 76%, al 73% le informaron como iba a ser la reacción en el caso que se diera, pero al 24% no, al 66% le recomendaron un medicamento, pero sólo al 36% se lo dieron.

Al 43% le indicaron la fecha de la próxima dosis, todavía hay un porcentaje importante (57%) al que no se la dijeron. La mitad de las entrevistadas (51%) dijo haber tenido oportunidad de hacer preguntas y aclarar dudas sobre las vacunas y al 53% le dieron cita para la próxima consulta. Al 90% le entregaron el carnet de inmunización.

Bajo esta modalidad, se realizó el estudio en la Comunidad Santa Eduvigés, donde se recolectó información sobre conocimientos en inmunizaciones y motivos de no inmunización, que incluyó la exploración de creencias de las madres y posteriormente se realizaron correctivos mediante la ejecución de un programa educativo propuesto.

En Argentina, Dayan, Orellana, Forlenza, Ellis, Chaui, Kaplan y Strebel (2004), realizaron una investigación para calcular la cobertura con el régimen de inmunización completo y con vacunas contra antígenos particulares en niños de 13 a 59 meses de edad en Buenos Aires. Los autores hallaron que la cobertura con vacunas contra antígenos particulares varió de 69,4% en el caso de la vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo B a 99% en el caso de la vacuna BCG. Exceptuando la vacuna contra el sarampión, las coberturas estimadas mediante la encuesta prácticamente no difirieron de las obtenidas de los registros sanitarios públicos. Los autores llegaron a la conclusión, que a pesar de los resultados, los porcentajes de cobertura de algunas vacunas son altos, pero sigue siendo baja la frecuencia de la inmunización con el régimen completo en niños de 13 a 59 meses de edad en Buenos Aires. Para poder mejorar esta cobertura, tendrá que haber mayor acceso a las vacunas, especialmente en los sectores de la comunidad que están expuestos a los factores de riesgo.

Cabe considerar que, al igual que Dayan y col., la autora reconoce que para mejorar la cobertura, tiene que haber mayor acceso a las vacunas, especialmente para aquellos sectores de la comunidad como Santa Eduvigis donde existen factores de riesgo.

En Estados Unidos, Fredrickson, Davis, Arnold, Kennen, Humiston, Cross y Bocchini (2004), realizaron un estudio exploratorio titulado “La negativa de la inmunización en la infancia: Percepciones de los padres y del proveedor”, publicado en la revista *Family Medicine*, cuyo objetivo era estimar las tasas de la negativa de las inmunizaciones en la infancia y la prevalencia de las razones que los padres dieron para negarse a las vacunas. Los hallazgos indicaron que los padres raramente se negaron a las vacunas, ocasionalmente se resistieron a vacunas específicas. Los padres quienes estaban inseguros de vacunar, estaban abiertos a las discusiones acerca de las vacunas con un proveedor. La mayoría de estos padres estaban de

acuerdo en inmunizar después de discutir las inquietudes con su proveedor. La vacuna de la varicela era la más comúnmente negada. El miedo a los efectos secundarios fue la razón más común expresada por los padres para negarse a las vacunas (52%). Las razones religiosas (28%) o filosóficas (26%) o creer que la enfermedad no era dañina (26%), fueron las razones menos comunes. Pocos padres se negaron debido a un sentimiento antigubernamental (8%).

Sobre la base de la investigación mencionada anteriormente, la autora propuso un programa educativo para la formación de actitudes preventivas ante el incumplimiento o retraso de la aplicación del esquema nacional de inmunización, tomando en cuenta los hallazgos obtenidos en Santa Eduvigis en relación a conocimientos y creencias en torno a las vacunas.

En Bolivia, Huanca, L. y col. (2001), realizaron una tesis titulada “Impacto de aceptación de las vacunas del PAI segunda generación en los padres de familia” .Hospital Pediátrico Albina Patiño- Hospital Materno Infantil Germán Urquidi, Cochabamba. Los resultados confirman que el equipo de salud tiene los conocimientos sobre vacunas, pero no tienen la capacidad de transmitir la información completa; tan solo mencionan algunos efectos secundarios por las vacunas y su tratamiento. Por tanto, las madres de familia no reciben información completa sobre las vacunas y no tienen un conocimiento puntual, pero reconocen algunos efectos secundarios y mencionan que estos son factores para el rechazo de las mismas.

De acuerdo a lo expresado en la investigación anteriormente mencionada, la autora en su estudio de tipo investigación acción, propuso un programa educativo tomando en cuenta tales aspectos para promover las inmunizaciones en Santa Eduvigis y así aumentar las coberturas en inmunización.

En Guatemala, Barrios de León (2001), en su trabajo titulado “Evaluación de coberturas de vacunación”. Municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango, determinó las causas de incumplimiento de vacunas y obtuvo los siguientes resultados: “No le tocaba” (52,1%), “no sabía” (11,2%); el 10,1% rechazaron la vacuna, porque el niño lloraba o le causaba fiebre o se enfermaba; en el 7,1% hubo falsa contraindicación, porque le dijeron que el niño tenía fiebre; en 4,1% fue porque el servicio estuvo cerrado o no había personal, y en otros, vale destacar argumentaciones de tipo religioso o cultural. Además, se les preguntó a los padres si sabían para qué servían las vacunas y se encontró que el 82,8% respondieron positivamente sobre los beneficios de las vacunas y el 17,2% señalaron que estas no eran benéficas. A la pregunta contra qué enfermedades protegen las vacunas, el sarampión y tos ferina fueron las más conocidas; 66,1% y 65,7%, respectivamente; la polio un 13,7% y la rubéola 4,7%.

Retomando lo anterior, resultó interesante para la autora comparar los resultados obtenidos en la comunidad Santa Eduvigis con los hallazgos obtenidos por Barrios de León, para la realización de la propuesta educativa con el propósito de realizar los correctivos en materia de inmunizaciones.

En Venezuela, estado Anzoátegui, Véliz (1999), en su trabajo de grado titulado “Evaluación del Esquema de Inmunizaciones en Pacientes Pediátricos hasta los 6 años de edad que consultaron al Servicio de Emergencia, Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”, Barcelona, Octubre 1998- Junio 1999, obtuvo los siguientes resultados: El 60 % de los pacientes no cumplieron el esquema de inmunización, de los cuales el 75,6 % correspondieron al grupo de edades de 0 a 2 años; siendo la DPT la de mayor incumplimiento con un 57,14 %. Con respecto a las causas de incumplimiento del esquema de inmunización, el 46,67 % se debió a no consultar a los centros asistenciales pertinentes, 25,33 % por falta de información y 23,33 % por ausencia de vacunas.

Cabe destacar que, Veliz halló como principal causa de incumplimiento del esquema de inmunización el no consultar a los centros asistenciales pertinentes, por lo tanto, la autora tomó en cuenta en su investigación la importancia de la asistencia a las consultas de Medicina Familiar y Pediatría, como oportunidades para actualizar el carnet de inmunización y educar a las madres de manera continua en relación al tema.

Meszaros, David, Baron, Hershey, Krunreuther y Schwartz-Buzzaglo (1998) realizaron un estudio titulado “Procesos cognitivos y decisiones de algunos padres de privarse de la vacuna pertussis para sus hijos”, publicado en la revista *Journal Clinic Epidemiology*, donde reportaron que las madres quienes se negaron a dar a sus hijos DTP (43%), tenían menos probabilidad de ver la enfermedad pertussis como dañina y más probabilidad de ver la vacuna DTP como nociva en comparación con las madres que inmunizan. Ellos llegaron a la conclusión de que el proceso cognitivo de los padres era un predictor importante de la decisión para negar DTP. Las madres no vacunadoras creyeron que pueden prevenir a sus hijos de adquirir tos ferina y que podrían prevenir complicaciones si sus hijos desarrollaran la enfermedad. Estos padres creyeron que la lactancia materna durante la infancia y tenerlos bajo cuidado diario protegería a sus hijos de la mayoría de las enfermedades prevenibles por vacunas.

Las conclusiones generadas del estudio de Meszaros y col., demuestran como influye el sistema de creencias de la familia en la decisión de vacunar a sus hijos y de allí nace la necesidad de proponer y aplicar un programa educativo dirigido a los padres de la comunidad Santa Eduvigis para realizar los correctivos pertinentes y por ende, incrementar las coberturas en inmunizaciones.

Finalmente, estos antecedentes sirvieron de aporte teórico para la investigación de los factores que influyen en el incumplimiento y/o retraso en la

aplicación de las inmunizaciones contempladas en el calendario nacional en los niños menores de 5 años pertenecientes a la comunidad Santa Eduvigis y para la elaboración de la propuesta de un programa educativo para la formación de actitudes preventivas ante este problema, que posteriormente fue aplicado en la comunidad, tomando en cuenta los resultados obtenidos en la investigación.

2.2. Bases Teóricas

La Sociedad Latinoamericana de Infectología y la Asociación Panamericana de Infectología (SLIPE y API, 2005) refieren lo siguiente:

Las vacunas actuales son eficaces y seguras; a pesar de ello, pueden aparecer reacciones secundarias a su administración. Los profesionales sanitarios que las manejan deben conocer sus indicaciones, precauciones y contraindicaciones, así como el tipo de reacciones secundarias que pueden originar, e informar a los usuarios. Éstos deben también ser informados de que las grandes ventajas de la inmunización superan, con mucho, el riesgo de reacciones asociadas a las vacunas y las alteraciones debidas a la infección natural.

Se comentan los aspectos más relevantes en relación con la seguridad, precauciones y contraindicaciones de las vacunas.

2.3. Consideraciones generales

- En general, todas las vacunas deben retrasarse si el niño tiene una enfermedad aguda, moderada o severa con o sin fiebre, hasta que esté asintomático. Infecciones menores (como otitis media, infecciones de vías aéreas superiores, diarrea) con o sin fiebre no son motivo para retrasar las vacunas.

- No es necesario repetir una primoinmunización cuando ésta no se ha completado. Independientemente del tiempo transcurrido desde la última dosis de la vacuna administrada, se continuará la inmunización según el calendario, partiendo del momento en el que se suspendió la vacunación.

- Siempre que sea posible se administrará una sola vacuna inmunizante por miembro.

- No inmunizar en zonas donde se observen signos locales de inflamación.

- Respetar el intervalo mínimo entre 2 dosis de una misma vacuna o entre dos productos biológicos distintos. La administración simultánea de vacunas y el intervalo entre ellas será considerado individualmente para cada vacuna.

- Siempre administrar las dosis completas de vacunas.

- Las vacunas reconstituidas, si no se utilizan, deben desecharse, ya que su actividad una vez reconstituida es de 1 hora.

- Los niños prematuros serán vacunados según el calendario vigente, teniendo en cuenta su edad actual y no su fecha de nacimiento prevista, excepto para la vacuna frente a la hepatitis B en los niños menores de 2.000 gramos, donde la vacunación se iniciará al alcanzar ese peso, salvo que la madre sea HbsAg (+), en este caso se aplica la primera dosis en las primeras 24-48 horas de vida, además de inmunoglobulina para hepatitis B dentro de las 12 horas de nacer. Luego se administrará una dosis adicional de vacuna antihepatitis B (4 dosis).

- Los niños con alteraciones neurológicas diagnosticadas estables no evolutivas deben ser vacunados porque los beneficios superan los riesgos de la vacunación. En las enfermedades neurológicas evolutivas están contraindicadas las vacunas que pueden producir, como reacciones adversas, cuadros neurológicos. (vacuna contra la tos ferina y fiebre amarilla). (SLIPE y API, 2005).

Las personas que administran las vacunas deberían realizar algunas preguntas, sobre contraindicaciones y precauciones antes de colocar la misma:

¿Cómo está su hijo hoy?

¿Su hijo es sano?

Su hijo es alérgico a algún alimento o medicamento?

¿Su hijo tuvo algún problema con alguna vacuna previa?

¿Su hijo recibió transfusión de sangre o inmunoglobulina en el último año?

(SLIPE y API, 2005).

2.1.2. Contraindicaciones Y Precauciones En La Inmunización

2.4. Contraindicaciones

Debido a la eficacia y seguridad de las vacunas que se utilizan en la actualidad, son muy pocas las contraindicaciones absolutas de vacunación. (SLIPE y API, 2005).

Una contraindicación absoluta es la condición en el receptor de una vacuna que aumenta enormemente el riesgo de reacción adversa seria. Una vacuna no será administrada cuando una contraindicación está presente. (SLIPE y API, 2005).

2.1.3. Precauciones

Una precaución es la condición en el receptor de una vacuna que podría aumentar el riesgo de reacción adversa seria o que podría comprometer la capacidad de la vacuna en producir inmunidad (por ejemplo, la administración de vacuna antisarampionosa a una persona con inmunidad pasiva para sarampión debido a transfusión sanguínea). (SLIPE y API, 2005).

Si bien las precauciones no son contraindicaciones, deben ser evaluadas cuidadosamente considerando el riesgo/beneficio. (SLIPE y API, 2005).

Si los beneficios obtenidos tras la vacunación superan el riesgo de los posibles efectos adversos de la misma (en caso de epidemia o de viaje a una zona endémica), se procederá a la vacunación. (SLIPE y API, 2005).

2.4.1 Contraindicaciones Absolutas Generales Para Todas Las Vacunas

1. Reacción anafiláctica a dosis previas de la vacuna.
2. Reacción anafiláctica previa a alguno de los componentes de la vacuna. (SLIPE y API, 2005).

2.5. Precauciones generales para todas las vacunas

1. Enfermedad aguda, moderada o grave con o sin fiebre.
2. Alergia al látex. (SLIPE y API, 2005).

2.5.1. No Son Contraindicaciones Para La Vacunación

Una contraindicación errónea es cuando cualquier circunstancia o alguna falsa creencia con respecto a las vacunas se considera en forma inadecuada como contraindicación para la aplicación de las mismas. (SLIPE y API, 2005).

Son muchas las situaciones en las que el desconocimiento, el miedo o la interpretación incorrecta ha llevado a contraindicar injustificadamente la vacunación infantil. Tan importante como conocer las indicaciones de vacunar es reconocer cuáles son las **falsas contraindicaciones** de vacunación. Así se evitará que muchos niños queden sin vacunar o mal vacunados, con lo que esto supone de riesgo tanto para el niño mal inmunizado como para la comunidad. (SLIPE y API, 2005).

Al no ser contraindicaciones para la vacunación, las vacunas podrán administrarse en las siguientes situaciones:

1. Reacciones leves a dosis previas de DTP como: dolor, enrojecimiento o inflamación en el lugar de la inyección o fiebre menor de 40,5° C.
2. Enfermedad aguda benigna como: proceso catarral o diarrea en un niño sano. Una infección simple de las vías respiratorias superiores (coriza, catarro) sin fiebre no es contraindicación para la vacunación. Las enfermedades febriles más importantes sí justifican el retraso de la vacunación. Así se evita que la reacción vacunal, si se produce, pueda agravar la enfermedad de base o que pueda considerarse como una reacción secundaria a la vacuna algo debido a la enfermedad de base.
3. Niño en tratamiento con antibióticos en ese momento y/o en fase de convalecencia de una enfermedad leve.
4. Que la madre del niño a vacunar esté embarazada o que el niño esté en contacto estrecho con otras mujeres gestantes.
5. La prematuridad.
6. Niños que hayan tenido contacto reciente con un paciente con patología infecciosa.
7. La lactancia.
8. Historia de alergia inespecífica en el niño o historia familiar de alergia
9. Historia de alergia a los antibióticos contenidos en las vacunas (neomicina, estreptomicina o polimixina B), salvo si la reacción alérgica que presentó fue de tipo anafiláctico.
10. Historia de alergia no anafiláctica, al pollo o a las plumas de aves.
11. Historia familiar de convulsiones en el contexto de una vacunación con DTP o contra la SRP
12. Historia familiar de síndrome de muerte súbita del lactante en el contexto de vacunación con DTP.

13. Historia familiar de reacciones desfavorables a las vacunas en pacientes no inmunocomprometidos.
14. La administración concomitante de tratamientos de desensibilización
15. La administración de OPV en niños con candidiasis oral, tratada o no.
16. La administración de vacunas inactivadas en pacientes inmunocomprometidos.
17. Enfermedad neurológica conocida, resuelta y estabilizada.
18. Desnutrición. (SLIPE y API, 2005)

2.6. Inmunizaciones Sistemáticas

Las inmunizaciones sistemáticas son aquellas que han demostrado ser eficaces contra las enfermedades transmisibles de reservorio humano y transmisión interhumana, que se encuentran incluidas en el calendario vacunal de la comunidad y se aplican universalmente a todos los niños. En Latinoamérica las inmunizaciones sistemáticas incluyen las vacunas del PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones): BCG, vacuna antipoliomielítica, triple bacteriana, Haemophilus influenzae tipo B, trivalente viral, antiamarílica, anti-hepatitis B, toxoide tetánico, pentavalente, dT (adulto), rotavirus e influenza. (SLIPE y API, 2005).

VACUNA BCG

2.6.1. Descripción General

Vacuna replicativa, liofilizada, cuyo contenido es una suspensión de bacilos vivos (CALMETTE-GUERIN) que corresponde a una cepa de *Mycobacterium Boris* atenuada. Se presenta en ampollas de 10 y 20 dosis, que se reconstituye con solución salina normal al 0,9% o agua destilada. (OPS, 2004).

2.7. Dosificación Y Administración .

Se recomienda una dosis al nacimiento. Según la casa productora, la cantidad es de 0,05 a 0,1 ml. La BCG se aplica en la región deltoidea derecha, por vía intradérmica. (OPS, 2004).

2.7.1 Reacciones adversas

Luego de aplicada la vacuna aparece, entre los dos y tres días, un nódulo plano de 3 mm., con reacción eritematosa, que desaparece rápidamente. El nódulo puede desaparecer o persistir hasta la tercera semana, en que aumenta de tamaño, se eleva y adquiere un tono rojizo de mayor intensidad. Continúa su crecimiento, adquiriendo a veces carácter de renitente o fluctuante, y a los 30 a 35 días se produce una pequeña ulceración con salida de material seropurulento, de lenta cicatrización. Luego se establece una cicatriz característica, deprimida, en sacabocado, del tamaño de una lenteja, primero de color rojizo y luego acrómica. (OPS, 2004).

Las complicaciones locales son poco frecuentes, pudiendo aparecer: adenitis supurativas, ulceración persistente y formación de abscesos (muchas de estas complicaciones son por el uso de técnicas inadecuadas de aplicación). (OPS, 2004).

La más seria complicación por inmunización con BCG es la infección diseminada con el bacilo (Calmette-Guerin) y la osteítis, que ocurre en menos de 1 por 100.000 vacunados, observada sobre todo en pacientes con SIDA o con otro severo cuadro de inmunocompromiso, que han sido inmunizados por error. (OPS, 2004).

2.8. Contraindicaciones

- Niños inmunocomprometidos: leucemias, linfomas, enfermedades malignas generalizadas e inmunodeficiencias congénitas
- Todo niño VIH positivo asintomático debe vacunarse con BCG en el momento del nacimiento. Pasado este periodo se debe consultar y evaluar la progresión de la enfermedad.
- Los niños hijos de madre HIV positivas pueden recibir la vacuna BCG al nacer.
- Recién nacidos prematuros y con un peso inferior a 2.000 gramos; se debe aplazar la inmunización hasta que se observe que el niño tiene una curva de crecimiento adecuado y alcanza el peso necesario
- Embarazo (OPS, 2004).

2.8.1. Vacuna Antipoliomielítica

Descripción general

Vacuna Oral de Poliovirus (OPV o tipo Sabin): Es una vacuna preparada con cepas de los diferentes virus vivos atenuados para uso oral. La vacuna oral trivalente es la de mayor utilización. (OPS, 2004).

La OPV se presenta usualmente en frascos goteros de 10, 20 y 25 dosis. Cada dosis contiene:

Poliovirus I: 1.000.000 Unidades infectantes

Poliovirus II: 100.000 Unidades infectantes

Poliovirus III: 600.000 Unidades infectantes

Estabilizador: Sucrosa o bromuro de magnesio (OPS, 2004).

Descripción y administración

La OPV debe administrarse por vía oral. Cada dosis consiste en dos gotas de vacuna oral de virus vivos de poliomielitis. (OPS, 2004).

Esquema de inmunización

El PAI recomienda que se administre la inmunización primaria con la vacuna OPV trivalente a partir de 2 meses de edad. Puede aplicarse a los niños o adolescentes hasta los 18 años de edad. Se recomienda enfáticamente administrar una dosis suplementaria a los recién nacidos en las zonas endémicas con circulación del virus salvaje, aunque dicha dosis no se cuenta como parte de la serie primaria. (OPS, 2004).

- No es necesario volver a comenzar el esquema si los intervalos entre dosis son más largos que los previstos en el calendario. Lo importante es el número total de dosis y NO los intervalos entre las mismas.
- No es necesario respetar intervalos con otras vacunas vivas o replicativas inyectables.
- La vacuna antipoliomielítica puede aplicarse simultáneamente con cualquier otra vacuna del PAI. (OPS, 2004).

Durante los Días Nacionales de Vacunación y en Operaciones Barrido, se administra la vacuna OPV en forma masiva, como dosis adicional, sin tomar en cuenta el esquema de inmunización ni las dosis previas que el niño ha recibido. (OPS, 2004).

Reacciones Adversas

En raras ocasiones, la OPV se ha asociado con parálisis en vacunados o en personas en contacto con estos. El riesgo es más alto para la primera dosis (1 por 1.400.000-3.400.000 de dosis) que para las dosis posteriores y los contactos, 1 por 5.900.000 y 1 por 6.700.000 de dosis, respectivamente. (OPS, 2004).

Contraindicaciones

En países donde la infección por VIH se considera un problema, deberá inmunizarse a los niños con los antígenos del PAI de acuerdo con los esquemas corrientes. Esto también se aplica a las personas con infección asintomática por VIH. Los individuos con SIDA clínico (sintomático), no inmunizados, que viven en países donde la poliomielitis todavía constituye una seria amenaza, deben recibir la OPV de acuerdo con los esquemas establecidos. Se puede afirmar que la OPV no tiene contraindicaciones. La diarrea tampoco es contraindicación. A un niño con diarrea se le administra la vacuna, aunque esa dosis no se la cuenta como parte del esquema. Debe completarse el esquema tan pronto haya pasado la diarrea. (OPS, 2004).

2.9. Dtp O Triple Bacteriana (Difteria, Pertussis, Tétanos)

Descripción general

Contiene toxoides diftérico y tetánico en formol, purificados y absorbidos, así como vacuna pura de Bordet-Gengou (Pertussis). Un mililitro contiene al menos 30 UI de Antígeno Diftérico purificado y absorbido; 40 a 60 UI de Antígeno Tetánico purificado y absorbido; al menos 4 UI de *Bordetella pertussis*. Agente conservador: Timerosal. Adyuvante: Hidróxido de aluminio o fosfato de aluminio. (OPS, 2004).

Dosificación y administración

Una serie primaria de tres dosis, iniciando la primera dosis a los 2 meses de edad, con intervalo de 8 semanas entre dosis. No se debe recomenzar un nuevo esquema después de cada interrupción, sino seguir con el que corresponde, independientemente de la interrupción. En general la dosis es de 0,5 ml. Se aplica en la cara antero lateral del muslo, en el tercio medio. (OPS, 2004).

Reacciones adversas

En algunos niños, las reacciones más comunes en los tres días después de la vacunación con DPT son: dolor, eritema y calor en el sitio de aplicación, fiebre moderada, decaimiento. Las reacciones graves son complicaciones neurológicas severas (convulsiones) que se presentan en 1 por cada 110.000 dosis aplicadas, debido al componente pertussis. (OPS, 2004).

Contraindicaciones

Absolutas: niño que haya presentado alguna de las siguientes reacciones graves a la dosis anterior:

- Reacción anafiláctica a algunos de los componentes de la vacuna
- Encefalopatía que aparece dentro de los 7 días siguientes a la inmunización con o sin convulsiones
- Niños mayores de 7 años de edad. (OPS, 2004).

En estos casos el niño no debe recibir dosis adicionales de DPT (ni a células enteras ni acelular); debe continuarse el esquema de inmunización con los toxoides tetánico y diftérico (TD) hasta completar las 3 dosis. (OPS, 2004).

Precauciones:

- Enfermedad aguda moderada o severa
 - Temperatura > 40° C
 - Colapso o shock con hipotonía o hiporespuesta
 - Llanto agudo persistente o incontrolable que dura más de 3 horas en las siguientes 48 horas de aplicada la vacuna
 - Convulsiones con o sin fiebre en los 3 días siguientes a la inmunización.
- (OPS, 2004).

2.9.1. Haemophilus Influenzae Tipo B**Descripción General**

La vacuna de polisacárido capsular es muy poco inmunogénica en los niños menores de 2 años (que es el período de mayor riesgo de la enfermedad); por ello se han desarrollado una serie de vacunas contra el *H. influenzae b* llamadas **conjugadas**. (OPS, 2004).

Dosificación y administración

La dosis de vacuna varía con cada laboratorio productor; por lo general es 0,5 ml. Se presenta en forma líquida o liofilizada, y como monodosis o multidosis. Se utiliza la vía intramuscular profunda y el sitio de aplicación es en la región antero lateral externa del muslo o en el deltoides para mayores de 1 año. (OPS, 2004).

Esquema de inmunización

Las vacunas conjugadas disponibles siguen el mismo esquema de inmunización.

- La serie primaria consiste en 3 dosis, con un intervalo de 2 meses entre ellas o un mínimo de un mes, a partir de los 2 meses de edad. En algunos países se aplica combinada con la DPT (cuádruple) o con DPT y hepatitis B (pentavalente), conjuntamente con la vacuna Sabin, a los 2, 4 y 6 meses.

- Estas vacunas conjugadas se recomiendan para niños mayores de 5 años o adultos con enfermedades crónicas, que se asocian con un aumento del riesgo de contraer enfermedad por *Haemophilus*: pacientes VIH asintomáticos o sintomáticos, esplenectomizados, pacientes con déficit de Ig2, transplantados de médula ósea o cáncer.

Los niños menores de 24 meses que han padecido una enfermedad invasiva a *H. influenzae* deben recibir vacuna *antihaemophilus*, ya que muchos pacientes no desarrollan una adecuada inmunidad luego de la enfermedad. La serie de vacunación debe recomenzar con el esquema de acuerdo a la edad, un mes después del comienzo de la enfermedad o tan pronto como sea posible. (OPS, 2004).

Reacciones adversas

Las vacunas conjugadas, al ser inactivadas, tienen pocas reacciones desfavorables; el 3 al 10% de los niños puede presentar fiebre y menos del 1% irritabilidad, vómitos y somnolencia. (OPS, 2004).

Contraindicaciones

Es una vacuna segura, al ser inactivada tiene muy pocas contraindicaciones y se puede usar en pacientes inmunocomprometidos. Las más importantes contraindicaciones son:

- Enfermedades infecciosas agudas
- Hipersensibilidad a algunos de los componentes de la vacuna. (OPS, 2004).

2.10. Vacuna Trivalente Viral

Descripción general

Esta vacuna es producida con virus vivos atenuados y se presenta en frascos o multidosis de 10; es liofilizada y debe ser reconstituida con agua estéril fría.

Cada dosis contiene:

Sarampión: Cepa Schwarz, 1.000 TCID 50

Rubéola: Cepa Wistar RA 27/3, 1.000 TCID 50

Parotiditis: Cepa Urabe, 5.000 CID 50 (OPS, 2004).

Dosificación y administración

La dosis que se administra es de 0,5 ml., por vía subcutánea y en la región postero-superior del brazo (región deltoidea). (OPS, 2004).

Reacciones adversas

Se puede presentar fiebre moderada, entre el 5° al 7° día, en un 5 a 15% de los niños y en un 5% erupción, pero son bien toleradas y se deben al componente sarampión. (OPS, 2004).

Contraindicaciones

Prácticamente no existen; se debe evitar administrar la vacuna a niños con enfermedad febril grave y con inmunodeficiencia severa conocida (ejemplo: tumores hematológicos, tratamiento inmunosupresor de largo tiempo o infección VIH sintomática severa). (OPS, 2004).

2.10.1 Vacuna Antiamarílica

Descripción general

Es una suspensión liofilizada de virus vivos atenuados de la cepa 17D, subcepas 17DD y 17D204. (OPS, 2004).

Indicación

Esta vacuna es la única sujeta a reglamentación internacional; un certificado oficial de inmunización puede ser exigido a viajeros para ingresar a un determinado país. Es una vacuna que se indica a partir de los 12 meses de vida a: viajeros que ingresan o salen de zonas endémicas o epidémicas. Residentes de zonas endémicas y epidémicas infestadas por el mosquito *Aedes aegypti*. Personal de laboratorio que trabaja con el virus. (OPS, 2004).

Dosis y vías de administración

Se aplicará una dosis de 0,5 ml tanto en niños como en adultos por vía subcutánea.

Se revacunará de acuerdo al reglamento sanitario internacional cada 10 años. (OPS, 2004).

Contraindicaciones

Embarazadas, huéspedes inmunocomprometidos, menores de 4 meses, HIV con severo estado de inmunodepresión. Como existe la posibilidad de transmisión de la cepa de la vacuna por leche materna, en la medida de lo posible debe evitarse la inmunización de mujeres que amamantan. (OPS, 2004).

Usos simultáneos con otras vacunas: la vacuna contra la fiebre amarilla se puede administrar simultáneamente con cualquier vacuna, incluso con vacuna triple viral y antivaricela; de no administrarse simultáneamente deben darse separadas por un mes de intervalo. No existe riesgo de interferencia con la vacuna OPV. (OPS, 2004).

Se puede administrar a personas que reciben profilaxis antimalaria, no afectándose la respuesta inmunitaria. Las gammaglobulinas no alteran la respuesta de la vacuna. (OPS, 2004).

Reacciones adversas

- La vacuna antiamarílica es bien tolerada.
- Entre el 2 y el 5% de los vacunados es posible que sufran algún evento adverso entre el 5 y el 10 día posvacunación:

Reacciones locales: eritema y dolor. Leves 0-8%

Reacciones sistémicas: febrícula (4,5%), mialgias (10,2%) y cefalea (14,6%)

- Excepcionalmente puede producir encefalitis, sobre todo en menores de 4 meses de edad.

- Reacciones de hipersensibilidad inmediata: las erupciones urticarianas se observan en un caso por cada 131.000 dosis administradas.

- Viscerotropismo: desde 1996 a la actualidad se han reportado en el mundo 7 casos de reacciones adversas inusuales, caracterizadas por un síndrome de fallo multiorgánico; 6 de ellos tuvieron evolución fatal. (OPS, 2004).

VACUNA ANTI-HEPATITIS B

Las vacunas disponibles en Latinoamérica son las obtenidas por recombinación genética. Existen comercialmente varios tipos de vacunas, todas contienen HBsAg obtenido y purificado por tecnología de DNA recombinante en levaduras (*Saccharomyces cerevisiae*) en las que se inserta el gen responsable de la síntesis del HBsAg. Contienen como adyuvante hidróxido de aluminio y como conservante timerosal. Se requiere una serie de 3 dosis para una respuesta óptima de anticuerpos en más del 90% de los adultos sanos y en más del 95% de los lactantes, niños y adolescentes. (OPS, 2004).

Indicaciones

Pre-exposición

- Todos los niños desde la edad de recién nacidos y los adolescentes no vacunados en la infancia.
- Adictos a drogas endovenosas

- Individuos heterosexuales, sexualmente activos con más de un compañero en los 6 meses previos o que tienen una enfermedad de transmisión sexual
- Hombres homosexuales o bisexuales, sexualmente activos
- Trabajadores de la salud y otros individuos con riesgo ocupacional de exposición a sangre o a otros líquidos corporales contaminados con sangre
- Residentes y miembros del personal de instituciones para personas con discapacidad mental
- Pacientes sometidos a hemodiálisis
- Pacientes con trastornos hemorrágicos que reciben concentrados de factores de coagulación
- Contactos domésticos y compañeros sexuales de portadores de HVB
- Miembros de familias con niños adoptados que son HBsAg positivo
- Personas que efectúan viajes internacionales a regiones en las que la hepatitis es endémica
- Internos con estadías prolongadas en centros correccionales
- Bomberos, policías, militares y personal forense (OPS, 2004).

Post-exposición

- Hijos de madres portadoras del HBsAg, deben recibir la vacuna dentro de las primeras 12 horas de vida
- Exposición aguda a sangre que contiene o podría contener HBsAg para hepatitis B
- Contactos domésticos de las personas con infección aguda por HBV
- Compañeros sexuales de los individuos con infección aguda por HBV (OPS, 2004).

Vía de administración

Intramuscular profunda en la región deltoidea o en la cara antero lateral del muslo en recién nacidos y lactantes menores. (OPS, 2004).

Dosificación

Niños: 10 mcg (0,5 cc) hasta 9 años y adulto: 20 mcg (1 cc). (OPS, 2004).

Intervalo entre dosis

Menores de 1 año: al nacer

Resto de edades:

1° dosis: 0 mes

2° dosis: 1 mes después de la 1° dosis

3° dosis: 5 meses después de la 1° dosis (OPS, 2004).

Reacciones adversas

La incidencia general de efectos colaterales es igual o inferior al 15 del total de inyecciones. La más frecuente reportada es una reacción local en el sitio de la inyección con dolor, eritema o inflamación. Estas reacciones suelen ser moderadas y por lo general persisten sólo durante los dos días subsiguientes a la inmunización. (OPS, 2004).

Entre los cuadros excepcionales secundarios tenemos: prurito, rash, urticaria, angioedema, dolor abdominal, náuseas y vómitos, disminución del apetito y

dispepsia, mialgias, artralgias, dolor de hombro, dolor de espalda, vértigo, parestesias inespecíficas, sensación de rinitis, influenza, etc. (OPS, 2004).

Contraindicación absoluta

Reacción anafiláctica a levadura de panadería.

2.11. Vacuna Pentavalente

Descripción general

Es una vacuna que contiene dos frascos, uno contiene Hib, en forma liofilizada y otro contiene vacuna DPT combinada con la de Hepatitis B, siendo el contenido líquido de este frasco el solvente para la Hib. El detalle de esta preparación es el siguiente:

Frasco líquido:

- Toxoide tetánico: > 60 UI absorbido en hidróxido o fosfato de aluminio.
- Toxoide diftérico: 30 UI absorbido en hidróxido o fosfato de aluminio.
- Componente pertussis: >4 UI
- Preparado purificado del antígeno de superficie del virus de la hepatitis

Frasco liofilizado:

Polisacárido capsular purificado (poli-ribosil-fosfato o PRP) de *Haemophilus influenzae* tipo b conjugado o unido a una proteína. (OPS, 2004).

Dosificación y administración

La dosis de la vacuna es 0,5 ml; se administra vía intramuscular profunda y el sitio de aplicación es el tercio medio de la cara antero lateral externa del muslo. (OPS, 2004).

El esquema de inmunización vigente establece la aplicación de tres dosis a los 2, 4 y 6 meses. Si por algún motivo se interrumpiera la inmunización, no es necesario reiniciar el esquema, sino continuarlo, aplicando la dosis correspondiente. Al igual que la DPT requiere de un refuerzo a los 13 meses. A mayores de 5 años se les aplicará TD, en caso de no haber recibido el refuerzo con la pentavalente antes de esta edad. (OPS, 2004).

Reacciones adversas

En general son leves y ceden en un lapso de 24 a 48 horas. Son las mismas que se producen con la DPT. (OPS, 2004).

Locales (pueden ser evitadas aplicando las técnicas correctas de administración y medidas de asepsia en la preparación de la vacuna):

- Dolor, enrojecimiento, inflamación en el sitio de aplicación y desaparecen espontáneamente
- Nódulo indoloro en el sitio de aplicación y se puede presentar entre el 5 al 10 % de los vacunados y persistir por varias semanas.

Sistémicas:

- Malestar general, irritabilidad, fiebre igual o mayor de 38° C, náuseas, vómitos, decaimiento, pérdida del apetito.
- Episodios de llanto persistente agudo, que generalmente se manifiesta entre las siguientes 2 a 8 horas de la aplicación, relacionada con la primera dosis.

- El estado de colapso o shock, es generalmente corto, de pocos minutos de duración, sin embargo puede persistir por 24 horas o más. (OPS, 2004).

Contraindicaciones

- Reacción anafiláctica a cualquiera de los componentes de la vacuna
- Reacción alérgica severa a una dosis previa del biológico
- En caso de encefalopatía, que se haya presentado en los siguientes 7 días de la administración de una dosis previa (OPS, 2004).

ANTI-ROTAVIRUS

Vacuna constituida por virus vivos atenuados de origen humano.

Enfermedad: Diarreas severas por rotavirus

Edad recomendada: 2, 4 meses (la primera dosis debe colocarse a los 2 meses de edad y la segunda antes de los 6 meses).

Vía de administración: oral

Dosificación: 1cc

Nº dosis: 2

Intervalo entre dosis: 8 semanas entre dosis (OPS, 2004).

2.11.1. Oportunidades Perdidas En Inmunización

Entre los factores que contribuyen a disminuir las coberturas vacunales un lugar importante ocupan las *oportunidades perdidas en vacunación (OPV)*. (SLIPE y API, 2005). La autora tomó en cuenta este factor en la investigación realizada en la comunidad Santa Eduvigés.

Definición

Es toda visita a un establecimiento de salud realizada por el niño que no tiene esquema de inmunización completo, no presenta contraindicación y no se utiliza para que reciba la/s dosis necesaria/s. (SLIPE y API, 2005).

Las oportunidades perdidas en inmunización ocurren en establecimientos que rutinariamente ofrecen inmunización, tales como centros de salud u hospitales, durante la consulta de crecimiento y desarrollo, consultas por patologías o en el área de emergencias/urgencias. (SLIPE y API, 2005).

La internación provee la oportunidad de captura del paciente e inmunización de rutina; sin embargo, la pesquisa de los internados para evaluar su historia natural está lejos de ser rutinaria y no aparece como prioridad. (SLIPE y API, 2005).

Oportunidades perdidas en inmunización. ¿Cuándo?

- Control de crecimiento y desarrollo
- Consulta por patología
- Área de emergencia/urgencia
- Alta hospitalaria. (SLIPE y API, 2005).

¿Por qué se pierde la oportunidad de vacunar?

1. Los encargados de administrar las vacunas pueden no detectar la necesidad de vacunar, especialmente si el carnet de inmunización no es llevado a la consulta o no existe registro del estado vacunal del niño.
2. Muchos médicos y enfermeras evitan la administración simultánea de vacunas inyectables; las razones frecuentemente invocadas a la resistencia para la

administración simultánea incluyen conceptos erróneos de disminución de una respuesta inmune adecuada o aumento de los efectos adversos, ninguno de ellos con soporte científico. La objeción de los padres y la falta de una recomendación adecuada también influye en la aplicación simultánea de vacunas.

3. No aplicar esquemas acelerados en niños con menos dosis de las que les corresponden.
4. Contraindicaciones erróneas: es el mayor número de oportunidades perdidas. Algunas de las más comunes son: enfermedades menores (IRA, resfrío, OMA, diarrea o fiebre moderada); terapia antibiótica (no afecta la respuesta inmune de la vacuna); exposición o convalecencia a una enfermedad; contacto con embarazadas; lactancia (no disminuye la respuesta a las vacunas rutinarias incluida vacuna OPV); prematuridad (debe ser vacunado en relación a su edad cronológica); entre otras.
5. Hospitalización, es una oportunidad real de “poner al día” la inmunización, pero la mayor parte se pierden, por lo que la inmunización apropiada de acuerdo a la edad durante el alta hospitalaria debería estar protocolizada. (SLIPE y API, 2005).

Oportunidades perdidas en inmunización. Causas

- No detección de la necesidad de vacunar
- No administración simultánea
- No aplicación de esquemas acelerados
- Contraindicaciones erróneas
- Hospitalización (SLIPE y API, 2005).

Oportunidades perdidas en inmunización. Contraindicaciones erróneas

- Enfermedad aguda con febrícula o diarrea moderada en niño sano
- Terapia antimicrobiana
- Fase de convalecencia de una enfermedad
- Reacción a una dosis previa de DTP
- Prematuridad
- Madre o contacto familiar embarazada
- Lactancia materna
- Exposición reciente a una enfermedad infecciosa
- Historia familiar de convulsiones
- Historia familiar de síndrome de muerte súbita relacionada a vacuna *pertussis* o antisarampionosa
- Historia familiar de evento adverso postvacunal
- Malnutrición (SLIPE y API, 2005).

Estrategias para reducir oportunidades perdidas de inmunización

Eliminando las oportunidades perdidas de inmunización podría aumentarse la cobertura vacunal hasta un 20 %, aplicando:

1. Reducción de barreras para la inmunización: tiempo de espera; disminución de las distancias y accesibilidad a los vacunatorios, aumento del horario de atención; evaluación clínica previa del niño (sólo la pregunta: ¿cómo está su niño/a hoy?); provisión de vacunas e insumos.
2. Reconsiderar como conducta rutinaria de vacunar en todo contacto del niño/a con el establecimiento de salud, “todo contacto con el establecimiento de salud debe ser considerado como oportunidad para vacunar”.
3. Realizar estudios epidemiológicos periódicos de OPV en centros asistenciales y difundir sus resultados.

4. Campañas de capacitación y concientización para los miembros del equipo de salud y padres.
5. La “inmunización oportunista” permite integrar la inmunización a la rutina asistencial.
6. Llevar registros adecuados y accesibles de la inmunización: vacuna, fecha de aplicación, número de lote, actualización del carnet del niño, registro en el centro asistencial. (SLIPE y API, 2005).

El Comité de Vacunas de la Academia Americana de Pediatría publica en 1992 los *Estándares para Inmunización en Pediatría*, dirigido a los profesionales de la salud cuyo objetivo primordial es proteger a todos los niños y resume acciones a tomar para mejorar coberturas vacunales y disminuir las oportunidades perdidas. (SLIPE y API, 2005).

Estándares para la inmunización en Pediatría

- Los vacunatorios deben ser de fácil acceso y disponibilidad.
- No existen requisitos previos para recibir una vacuna.
- Los servicios de inmunizaciones deben ser gratuitos o de bajo costo.
- Se debe utilizar todo encuentro clínico para evaluar los esquemas de inmunización del paciente.
 - Educar a los padres sobre inmunizaciones
 - Informar sobre los beneficios y probables efectos adversos de las vacunas.
 - Todas las vacunas que el niño necesita en esa consulta se deben aplicar simultáneamente.
- Los servicios de inmunización deberán utilizar registros precisos y completos.
 - Denunciar los efectos adversos.
 - Usar procedimientos adecuados para el manejo de vacunas.

- Realizar auditorias semestrales para evaluar niveles de cobertura. (SLIPE y API, 2005).

2.12. Bases Legales

La Ley Orgánica de Protección del Niño y del Adolescente (LOPNA, 1998), en su Art. 5 titulado obligaciones generales de la familia refiere que “La familia es responsable, de forma prioritaria, inmediata e indeclinable, de asegurar a los niños y adolescentes el ejercicio y disfrute pleno y efectivo de sus derechos y garantías. El padre y la madre tienen responsabilidades y obligaciones comunes e iguales en lo que respecta al cuidado, desarrollo y educación integral de sus hijos”.

El mismo artículo refiere que “El Estado debe asegurar políticas, programas y asistencia apropiada para que la familia pueda asumir adecuadamente esta responsabilidad, y para que los padres y las madres asuman, en igualdad de condiciones, sus responsabilidades y obligaciones”.

La LOPNA, en su Art. 47 titulado derecho a ser vacunado refiere que “Todos los niños y adolescentes tienen derecho a la inmunización contra las enfermedades prevenibles”. Además refiere que “El Estado debe asegurar programas gratuitos de vacunación obligatoria dirigidos a todos los niños y adolescentes. En estos programas, el Estado debe suministrar y aplicar las vacunas, mientras que los padres, representantes o responsables deben garantizar que los niños y adolescentes sean vacunados oportunamente”.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Este capítulo está estructurado por todo lo concerniente a la metodología utilizada en la realización de la investigación.

Se presenta a continuación, el diseño de la investigación, la población, la muestra seleccionada, las variables abordadas, las técnicas para recoger la información y las técnicas para el procesamiento de los datos obtenidos.

3.1. Tipo De Investigación

La investigación realizada responde a un modelo de estudio a nivel evaluativo, con un diseño de investigación-acción, que permitió obtener información sobre el nivel de conocimiento de las madres en relación con las inmunizaciones, motivos de no inmunización, incluyendo las creencias; para la propuesta de un programa educativo, con el propósito de implementar correctivos en el nivel de atención primaria.

Para Brandt, C. (2006), la investigación evaluativa indaga si los objetivos planteados en un proyecto o programa están siendo alcanzados, analiza la estructura, el funcionamiento y los resultados con el fin de proporcionar información de la cual se puedan derivar criterios útiles para la toma de decisiones, con respecto a la administración y desarrollo del programa evaluado.

Martínez, M. (2006) describe el método de investigación acción como el indicado cuando el investigador no solo quiere conocer una determinada realidad o un

problema específico de un grupo, sino que desea también resolverlo. El fin principal de estas investigaciones está orientado a la concientización, desarrollo y emancipación de los grupos estudiados.

Murcia (1990), expresa lo siguiente:

El término investigación-acción-participante hace referencia a diversos esfuerzos por desarrollar enfoques investigativos que impliquen la participación de las personas que hayan de ser beneficiarias de la investigación y de aquellos con quienes ha de hacerse el diseño, la recolección y la interpretación de la información.

Murcia (1990) señala tres fases, que son los pilares fundamentales que se utilizaron en la investigación propuesta:

- 1º Fase exploratoria de la comunidad e identificación de necesidades básicas.
- 2º Descripción de la problemática con sus variables e indicadores de valoración.
- 3º Elaboración de una estrategia educativa con sus acciones de ejecución.

Población

La población está conformada por 945 individuos pertenecientes a la comunidad de Santa Eduvigis de Guanire, Puerto La Cruz, de los cuales 101 individuos representan niños menores de 5 años de edad, que a su vez constituyen la población accesible.

Ary, Jacobs y Razavieh (citados por Arias, 2006), refieren que la **población accesible**: también denominada *población muestreada*, es la *porción finita* de la población objetivo a la que realmente se tiene acceso y de la cual se extrae una muestra representativa.

Muestra

Fidias, A. (2006) dice que la muestra es un subconjunto representativo y finito que se extrae de la población accesible.

En el presente estudio, la muestra está integrada por 72 niños pertenecientes a la comunidad Santa Eduvigis, que tienen como características en común ser menores de 5 años de edad con incumplimiento o retraso en la aplicación del esquema nacional de inmunización según la tarjeta de vacunación.

Criterios de inclusión y exclusión

En el presente trabajo, la muestra está conformada por niños del sexo masculino y femenino menores de 5 años de edad, de la comunidad Santa Eduvigis de Puerto La Cruz, con tarjeta de inmunización, con esquema nacional de vacunación incompleto o con retraso en la aplicación de dosis previas de alguna vacuna, tomando en cuenta la edad recomendada de inmunización. Se excluyen aquellos niños con esquema de inmunización completado a las edades recomendadas por el PAI.

Operacionalización de las variables

En relación con la operacionalización de las variables, Arias (2006) refiere:

La palabra “operacionalización” es un tecnicismo que se emplea en investigación científica para designar al proceso mediante el cual se transforma la variable de *conceptos abstractos* a términos concretos, observables y medibles, es decir, *dimensiones e indicadores*. (p. 63).

Para analizar los factores que influyen en el incumplimiento o retraso en la aplicación del esquema nacional de inmunización en niños menores de 5 años de

edad en la comunidad de Santa Eduvigis de Guanire, Puerto La Cruz, se procedió a realizar la operacionalización de variables, en función de los objetivos específicos, que se representan en el cuadro siguiente:

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	FUENTE	INSTRUMENTO	ÍTEM
Incumplimiento o retraso en la aplicación del esquema nacional de inmunización	Nivel de conocimiento	Sistema de creencias de la familia	La madre o la madre sustituta	Tarjeta de inmunización	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11,12,13,14,15 y 16
	Motivos de no vacunación				17,18 y 19
	Sistema de creencias			Cuestionario	14, 15, 17, 18 y 19

Técnica e instrumento de recolección de datos

La técnica de recolección de datos utilizada fue la encuesta en la modalidad escrita y el instrumento para recoger y almacenar la información estaba representado por un cuestionario que consta de preguntas abiertas, cerradas y mixtas que suman un total de 19 preguntas que tienen correspondencia con los objetivos específicos de la investigación: Nivel de conocimiento (1-16), motivos de no inmunización (17-19) y sistema de creencias (14, 15, 17, 18 y 19). Además, fueron producto de la operacionalización de las variables y de la definición de los indicadores.

Validez del instrumento

Hernández y cols. (1997), señalan lo siguiente:

Todo instrumento de recolección de datos debe tener confiabilidad y validez. La confiabilidad se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados; y la validez se refiere al grado en que la medición representa el concepto medido, es decir, que el instrumento refleje el dominio específico de lo que se está midiendo.

El instrumento se validó mediante la aplicación de la técnica de validez de contenido mediante el juicio de expertos, la Dra. Berthalina Quijada, docente del postgrado de Medicina Familiar y experta en metodología de la investigación; y la Dra. Yajaira Sánchez, médica especialista en Medicina Familiar, docente del postgrado y asesora de la tesis.

Una vez construido el cuestionario, se aplicó una *prueba piloto o sondeo preliminar* a un pequeño grupo que no formó parte de la muestra, equivalente en cuanto a las características de la investigación, con el propósito de establecer la

validez, corregir las fallas y elaborar el instrumento definitivo. Posteriormente, el instrumento se sometió a confiabilidad.

Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Para realizar el procesamiento y análisis de los datos, se procedió a utilizar un programa estadístico informático denominado SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 11.5 para Windows.

Una vez concretada la investigación, se procedió a diseñar un programa educativo para la formación de actitudes preventivas en las madres ante el incumplimiento o retraso de la inmunización, para su posterior ejecución en la comunidad Santa Eduvigis, permitiendo su participación en la solución de dicho problema.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos luego de la aplicación del instrumento y tabulación de los datos que se hallaron en el transcurso de la investigación, los mismos se presentan en forma de tablas de frecuencia absoluta y frecuencia relativa (%).

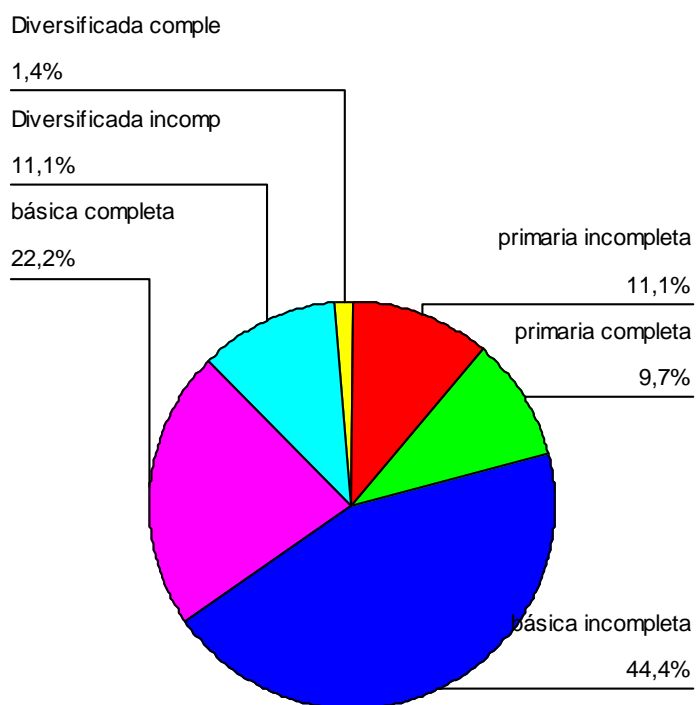
Cada cuadro se acompaña de un gráfico que representa la frecuencia relativa y un análisis cualitativo de cada uno de ellos.

**CUADRO 1. GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE.
COMUNIDAD SANTA EDUVIGES. PUERTO LA CRUZ. 2008.**

ITEM 1	Frecuencia	%
primaria incompleta	8	11, 1
primaria completa	7	9,7
básica incompleta	32	44, 4
básica completa	16	22, 2
Diversificada incompleta	8	11, 1
Diversificada completa	1	1,4
Total	72	10 0,0

Fuente: Formulario de recolección de datos. Comunidad Santa Eduvigés. Puerto La Cruz. 2008.

GRÁFICO 1. GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE. COMUNIDAD SANTA EDUVIGES. PUERTO LA CRUZ. 2008.



En el cuadro y el gráfico 1 se observa el grado de instrucción de las madres, 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.

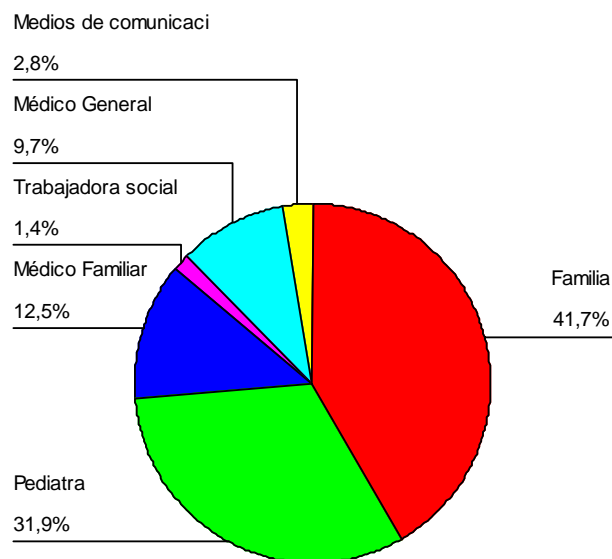
La mayoría de las madres de la comunidad Santa Eduviges presentan un bajo grado de instrucción, lo cual está representado en su totalidad por un 65,2 % de la muestra estudiada.

CUADRO 2. FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE EL ESQUEMA NACIONAL DE INMUNIZACIÓN. COMUNIDAD SANTA EDUVIGES. PUERTO LA CRUZ. 2008.

ITEM 3	Frecuencia	%
Familia	30	41,7
Pediatra	23	31,9
Médico Familiar	9	12,5
Trabajadora social	1	1,4
Médico General	7	9,7
Medios de comunicación	2	2,8
Total	72	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos. Comunidad Santa Eduvigis. Puerto La Cruz. 2008.

GRÁFICO 2. FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE EL ESQUEMA NACIONAL DE INMUNIZACIÓN. COMUNIDAD SANTA EDUVIGES. PUERTO LA CRUZ. 2008.



En el cuadro y el gráfico 2, se observa la fuente de información en relación al esquema nacional de inmunización, siendo los resultados los siguientes: Familia (41,7 %), Pediatra (31,9 %), Médico Familiar (12,5 %), médico general (9,7 %), medios de comunicación (2,8 %) y trabajadora social (1,4 %).

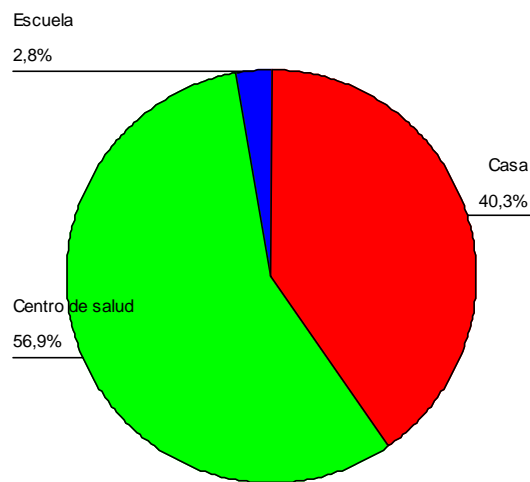
Tomando en cuenta la fuente de información con respecto a la inmunización, resalta el papel de la familia (41,7 %) como ente gerencial de la salud de sus miembros, participando en la erradicación de enfermedades inmunoprevenibles, paralelo a la labor de promoción de la salud que ejerce el equipo de salud representado en suma por un 55,5 %, sin menospreciar a los medios de comunicación.

CUADRO 3. LUGAR DE INFORMACIÓN SOBRE EL ESQUEMA NACIONAL DE INMUNIZACIÓN. COMUNIDAD SANTA EDUVIGES. PUERTO LA CRUZ. 2008.

ITEM 4	Frecuencia	%
Casa	29	40,3
Centro de salud	41	56,9
Escuela	2	2,8
Total	72	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos. Comunidad Santa Eduvigés. Puerto La Cruz. 2008.

GRÁFICO 3. LUGAR DE INFORMACIÓN SOBRE EL ESQUEMA NACIONAL DE INMUNIZACIÓN. COMUNIDAD SANTA EDUVIGES. PUERTO LA CRUZ. 2008.



En el cuadro y gráfico 3 se representa el lugar de información en relación al esquema nacional de inmunización, siendo los resultados los siguientes: Centro de salud (56,9 %); casa (40,3 %) y escuela (2,8 %).

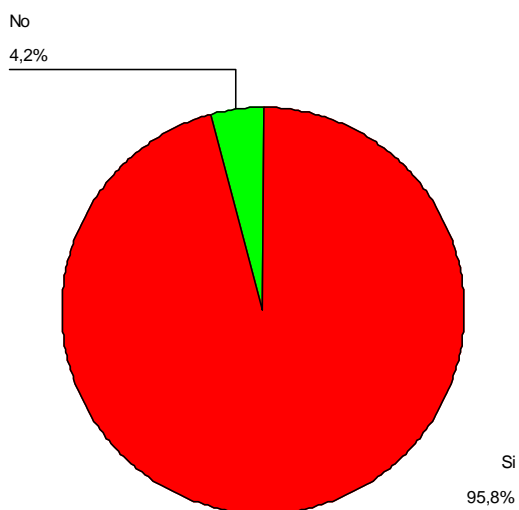
El principal lugar de información sobre inmunización está representado por los centros de salud, reflejando así su misión de promover la salud y brindar protección específica; representando en segundo lugar los hogares venezolanos, dato importante al tomar en cuenta los mitos y creencias que se divulgan de generación tras generación; seguido por el papel no menos importante que ejerce la escuela.

CUADRO 4. CREENCIA SOBRE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES POR VACUNAS. COMUNIDAD SANTA EDUVIGES. PUERTO LA CRUZ. 2008.

ITFM 5	Frecuencia	%
Si	69	95,8
No	3	4,2
Tot al	72	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos. Comunidad Santa Eduviges. Puerto La Cruz. 2008.

GRÁFICO 4. CREENCIA SOBRE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES POR VACUNAS. COMUNIDAD SANTA EDUVIGES. PUERTO LA CRUZ. 2008.



En el cuadro y el gráfico 4 destacan la respuesta de las madres a la pregunta que refiere si las vacunas sirven para prevenir enfermedades. Los resultados fueron los siguientes: El 95 % de las madres respondieron que “sí” y el 5 % respondieron que “no”.

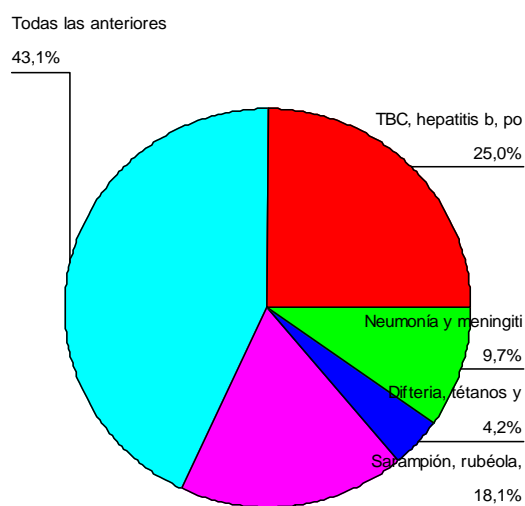
Un porcentaje bastante considerable de madres comprende la finalidad de la inmunización como medio para erradicar enfermedades inmunoprevenibles. No así el grupo que respondió “no” el cual representa una minoría, algunas de las cuales mencionaron el brote epidémico nacional de la parotiditis, alegando que las vacunas no previenen enfermedades.

CUADRO 5. CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES QUE PREVIENEN LAS VACUNAS. COMUNIDAD SANTA EDUVIGES. PUERTO LA CRUZ. 2008.

ITEM ó	Frecuencia	%
TBC, hepatitis b, polio y diarrea por rotavirus	18	25,0
Neumonía y meningitis	7	9,7
Difteria, tétanos y tos ferina	3	4,2
Sarampión, rubéola, parotiditis y fiebre amarilla	13	18,1
Todas las anteriores	31	43,1
Total	72	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos. Comunidad Santa Eduvigés. Puerto La Cruz. 2008.

GRÁFICO 5. CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES QUE PREVIENEN LAS VACUNAS. COMUNIDAD SANTA EDUVIGES. PUERTO LA CRUZ. 2008.



El cuadro y gráfico 5, resume las respuestas que dieron las madres a la pregunta sobre cuáles enfermedades previenen las vacunas. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: El 43,1 % respondió a la pregunta correctamente y el 56,9 % respondió de manera incorrecta.

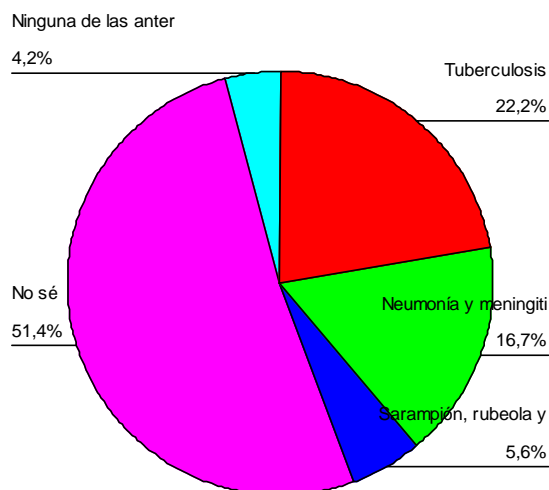
Los resultados reflejan que la mayoría de las madres tienen un conocimiento parcial acerca de las enfermedades inmunoprevenibles por vacunas, lo que hace pensar en el grado de motivación que tienen ellas para cumplir con las vacunas de sus hijos y que va en estrecha relación con el grado de instrucción, aunada a la falta de comprensión de la tarjeta de inmunización.

CUADRO 6. CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD QUE PREVIENE LA VACUNA BCG. COMUNIDAD SANTA EDUVIGES. PUERTO LA CRUZ. 2008.

ITEM 7	Frecuencia	%
Tuberculosis	16	22,2
Neumonía y meningitis	12	16,7
Sarampión, rubéola y parotiditis	4	5,6
No sé	37	51,4
Ninguna de las anteriores	3	4,2
Total	72	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos. Comunidad Santa Eduvigés. Puerto La Cruz. 2008.

GRÁFICO 6. CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD QUE PREVIENE LA VACUNA BCG. COMUNIDAD SANTA EDUVIGES. PUERTO LA CRUZ. 2008.



El cuadro y el gráfico 6 presentan las respuestas de las madres a la pregunta ¿qué enfermedad previene la vacuna BCG? Los hallazgos fueron los siguientes: El 51,4 % respondió “no sé”; el 26,5 % respondió incorrectamente y el 22,2 % respondió “tuberculosis”, siendo la respuesta correcta.

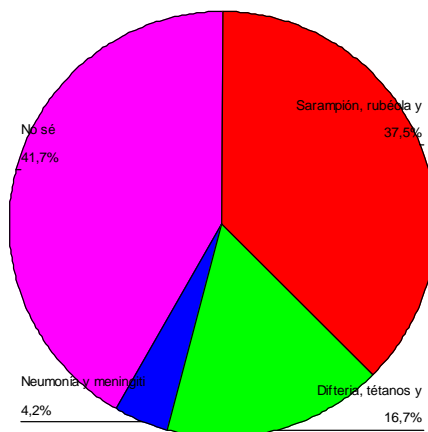
La mayoría de las madres desconoce que la BCG previene la tuberculosis, lo que indica una falta de información en relación al esquema de inmunización, lo que llama la atención, ya que esta vacuna es una de las primeras que se le colocan a los recién nacidos.

CUADRO 7. CONOCIMIENTO SOBRE LAS ENFERMEDADES QUE PREVIENE LA VACUNA TRIPLE. COMUNIDAD SANTA EDUVIGES. PUERTO LA CRUZ. 2008.

ITEM 8	Frecuencia	%
Sarampión, rubéola y parotiditis	27	37,5
Difteria, tétanos y tos ferina	12	16,7
Neumonía y meningitis	3	4,2
No sé	30	41,7
Total	72	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos. Comunidad Santa Eduvigés. Puerto La Cruz. 2008.

GRÁFICO 7. CONOCIMIENTO SOBRE LAS ENFERMEDADES QUE PREVIENE LA VACUNA TRIPLE. COMUNIDAD SANTA EDUVIGES. PUERTO LA CRUZ. 2008.



El cuadro y el gráfico 7 reportan las respuestas de las madres a la pregunta ¿qué enfermedades previene la vacuna triple? Las respuestas fueron las siguientes: El 41,7 % respondió incorrectamente, un 41,7 % respondió “no sé” y un 16,7 % respondió correctamente afirmando que esta vacuna previene la difteria, tétanos y tos ferina.

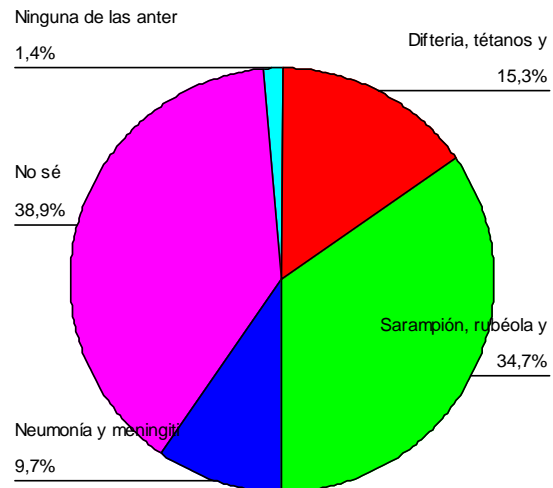
La mayoría de las madres de la comunidad Santa Eduvigis desconoce cuáles enfermedades previene la vacuna triple, reflejando un bajo grado de conocimientos en materia de inmunización.

CUADRO 8. CONOCIMIENTO SOBRE LAS ENFERMEDADES QUE PREVIENE LA VACUNA TRIVALENTE VIRAL. COMUNIDAD SANTA EDUVIGES. PUERTO LA CRUZ. 2008.

ITEM 9	Frecuencia	
	ia	%
Difteria, tétanos y tos ferina	11	15,3
Sarampión, rubéola y parotiditis	25	34,7
Neumonía y meningitis	7	9,7
No sé	28	38,9
Ninguna de las anteriores	1	1,4
Total	72	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos. Comunidad Santa Eduviges. Puerto La Cruz.. 2008.

GRÁFICO 8. CONOCIMIENTO SOBRE LAS ENFERMEDADES QUE PREVIENE LA VACUNA TRIVALENTE VIRAL. COMUNIDAD SANTA EDUVIGES. PUERTO LA CRUZ. 2008.



El cuadro y el gráfico 8 representan las respuestas de las madres a la pregunta ¿qué enfermedades previene la vacuna trivalente viral? Los resultados fueron los siguientes: 38,9 % respondió “no sé”, 34,7 % dio la respuesta correcta y 26,4 % respondió incorrectamente.

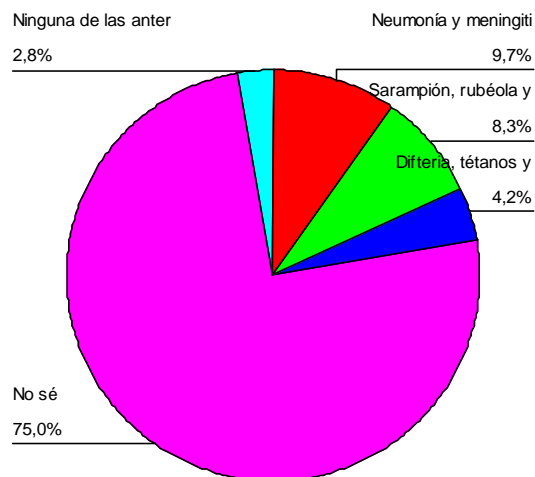
La mayoría de las madres de la comunidad Santa Eduviges no tiene conocimiento sobre cuáles enfermedades previene la vacuna trivalente viral, lo cual se traduce en falta de información y motivación.

CUADRO 9. CONOCIMIENTO SOBRE LAS ENFERMEDADES QUE PREVIENE LA VACUNA ANTI-H. INFLUENZAE TIPO B. COMUNIDAD SANTA EDUVIGES. PUERTO LA CRUZ. 2008.

ITEM 10	Frecuencia	%
Neumonía y meningitis	7	9,7
Sarampión, rubéola y parotiditis	6	8,3
Difteria, tétanos y tos ferina	3	4,2
No sé	54	75,0
Ninguna de las anteriores	2	2,8
Total	72	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos. Comunidad Santa Eduvigés .Puerto La Cruz. 2008.

GRÁFICO 9. CONOCIMIENTO SOBRE LAS ENFERMEDADES QUE PREVIENE LA VACUNA ANTI-H. INFLUENZAE TIPO B. COMUNIDAD SANTA EDUVIGES. PUERTO LA CRUZ. 2008.



El cuadro y el gráfico 9 presentan las respuestas dadas por las madres a la pregunta ¿qué enfermedades previene la vacuna anti-H. influenzae tipo b? Los hallazgos fueron los siguientes: El 75 % respondió “no sé”; el 15,3 % respondió incorrectamente y el 9,7 % dio la respuesta correcta afirmando neumonía y meningitis.

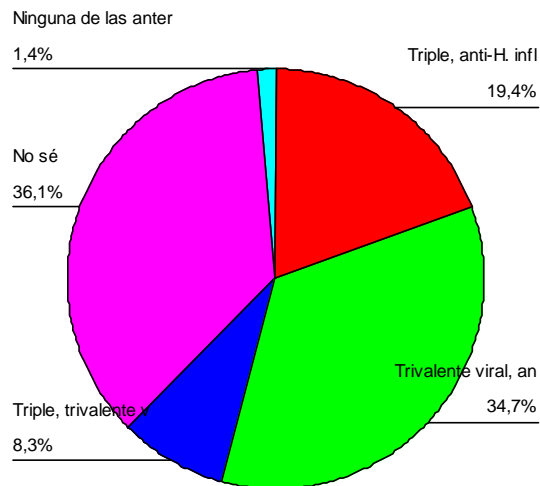
La mayoría de las madres con niños menores de 5 años desconoce que la vacuna anti-H. influenzae sirve para prevenir neumonía y meningitis, representando una falta de conocimiento en relación a las inmunizaciones.

CUADRO 10. CONOCIMIENTO SOBRE LA COMPOSICIÓN DE LA VACUNA PENTAVALENTE. COMUNIDAD SANTA EDUVIGES. PUERTO LA CRUZ. 2008.

ITEM 11	Frecu	
	encia	%
Triple, anti-H. influenzae y anti-hepatitis b	14	19,4
Trivalente viral, anti-hepatitis b y anti-H. influenzae	25	34,7
Triple, trivalente viral y anti-H. influenzae	6	8,3
No sé	26	36,1
Ninguna de las anteriores	1	1,4
Total	72	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos. Comunidad Santa Eduvigés. Puerto La Cruz. 2008.

GRÁFICO 10. CONOCIMIENTO SOBRE LA COMPOSICIÓN DE LA VACUNA PENTAVALENTE. COMUNIDAD SANTA EDUVIGES. PUERTO LA CRUZ. 2008



El cuadro y el gráfico 10 representan las respuestas de las madres sobre la composición de la vacuna pentavalente. Los resultados fueron los siguientes: el 44,4 % respondió incorrectamente; el 36,1 % respondió “no sé” y el 19,4 % respondió correctamente.

La mayoría de las madres de la comunidad Santa Eduviges no tiene conocimiento en relación a la composición de la vacuna pentavalente, lo que refleja una vez más la falta de motivación para el conocimiento del manejo adecuado de la tarjeta de inmunización de sus hijos.

CUADRO 11. CONOCIMIENTO SOBRE LAS ENFERMEDADES QUE PREVIENE LA VACUNA PENTAVALENTE. COMUNIDAD SANTA EDUVIGES. PUERTO LA CRUZ. 2008.

ITEM 12	Frecue	
	ncia	%
Difteria, tétanos y tos ferina; hepatitis b, neumonía y meningitis	17	23,6
Sarampión, rubéola y parotiditis, hepatitis b, neumonía y meningitis	18	25,0
Diarrea viral, difteria, tétanos y tos ferina y hepatitis b	9	12,5
No sé	25	34,7
Todas las anteriores	3	4,2
Total	72	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos. Comunidad Santa Eduvigés. Puerto La Cruz. 2008.

GRÁFICO 11. CONOCIMIENTO SOBRE LAS ENFERMEDADES QUE PREVIENE LA VACUNA PENTAVALENTE. COMUNIDAD SANTA EDUVIGES. PUERTO LA CRUZ. 2008.



El cuadro y el gráfico 11 representan las respuestas que seleccionaron las madres sobre la pregunta ¿qué enfermedades previene la vacuna pentavalente? Los resultados fueron los siguientes: 41,7 % respondió incorrectamente; 34,7 % respondieron “no sé” y 23,6 % respondió correctamente.

La mayoría de las madres pertenecientes a la comunidad Santa Eduvigés no tienen conocimiento acerca de cuales son las enfermedades que se previenen con la vacuna pentavalente, lo que se traduce en una falta de información.

CUADRO 12. CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD QUE PREVIENE LA VACUNA ROTAVIRUS. COMUNIDAD SANTA EDUVIGES. PUERTO LA CRUZ. 2008.

ITEM 13	Frecuencia	%
Diarreas por rotavirus	34	47,2
Todos los tipos de diarreas	13	18,1
No sé	14	19,4
Todas las anteriores	9	12,5
Ninguna de las anteriores	2	2,8
Total	72	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos. Comunidad Santa Eduvigés. Puerto La Cruz. 2008.

GRÁFICO 12. CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD QUE PREVIENE LA VACUNA ROTAVIRUS. COMUNIDAD SANTA EDUVIGES. PUERTO LA CRUZ. 2008.



El cuadro y el gráfico 12 representan las respuestas que dieron las madres a la pregunta ¿qué previene la vacuna rotavirus? Los resultados fueron los siguientes: 47,2 % respondió correctamente; 33,4 % respondió de manera incorrecta y 19,4 % respondió “no sé”.

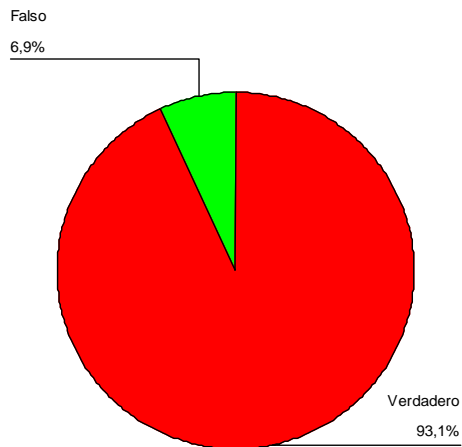
La mayoría de las madres desconoce que la vacuna rotavirus previene diarreas por este agente infeccioso, lo que evidencia una falta de conocimiento del esquema nacional de inmunización.

CUADRO 13. CONOCIMIENTO Y CREENCIA SOBRE EL SIGNIFICADO DE PREVENIR. COMUNIDAD SANTA EDUVIGES. PUERTO LA CRUZ. 2008.

ITEM 14	Frecuencia	%
Verdadero	67	93,1
Falso	5	6,9
Total	72	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos. Comunidad Santa Eduvigés. Puerto La Cruz. 2008.

GRÁFICO 13. CONOCIMIENTO Y CREENCIA SOBRE EL SIGNIFICADO DE PREVENIR. COMUNIDAD SANTA EDUVIGES. 2008.



El cuadro y el gráfico 13 destacan las respuestas de las madres con respecto a la pregunta acerca si prevenir significa evitar la aparición de la enfermedad o que aparezca más atenuada. Los resultados fueron los siguientes: El 93,1 % respondió afirmativamente considerando la respuesta como correcta, mientras que un 6,9 % respondió negando dicha afirmación.

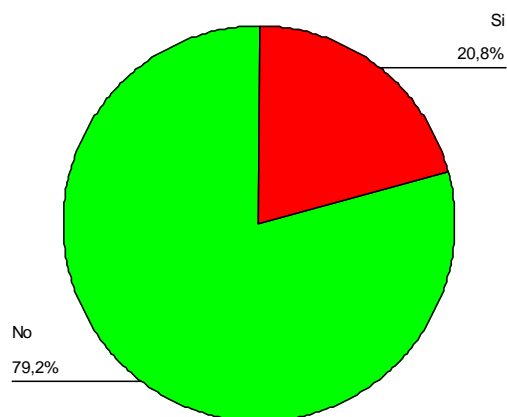
Las madres de la comunidad Santa Eduviges con niños en edades de inmunización comprenden que mediante la inmunización están previniendo o evitando la aparición de la enfermedad o estimulando a que aparezca más atenuada.

CUADRO 14. CONOCIMIENTO DE OTRAS VACUNAS QUE NO ESTÁN INCLUIDAS EN EL ESQUEMA. COMUNIDAD SANTA EDUVIGES. PUERTO LA CRUZ. 2008.

ITEM 15	Frecuencia	%
Si	15	20,8
No	57	79,2
Total	72	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos. Comunidad Santa Eduvigis. Puerto La Cruz. 2008.

GRÁFICO 14. CONOCIMIENTO DE OTRAS VACUNAS QUE NO ESTÁN INCLUIDAS EN EL ESQUEMA. COMUNIDAD SANTA EDUVIGES. 2008.



El cuadro y el gráfico 14 representan el conocimiento de otras vacunas que no están incluidas en el esquema vigente. El 79,2 % no conoce otras vacunas,

mientras que el 20,8 % sí tiene conocimiento, refiriendo especialmente a la vacuna contra el neumococo.

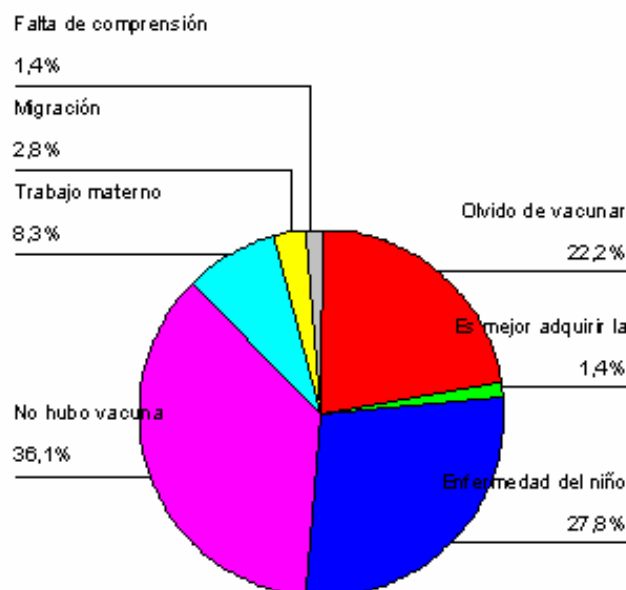
La mayoría de las madres de la comunidad Santa Eduvigis no tienen conocimiento de la existencia de otras vacunas que actualmente no están incluidas en el esquema nacional de inmunización, tal es el caso de la vacuna del neumococo, siendo por este motivo una población de riesgo en caso de infección por este agente infeccioso.

CUADRO 15. MOTIVO DE NO INMUNIZACIÓN. SANTA EDUVIGES. PUERTO LA CRUZ. 2008.

ITEM 19	Frecue	
	ncia	%
Olvido de vacunar	16	22,2
Es mejor adquirir la enfermedad naturalmente	1	1,4
Enfermedad del niño	20	27,8
No hubo vacuna	26	36,1
Trabajo materno	6	8,3
Migración	2	2,8
Falta de comprensión de la tarjeta	1	1,4
Total	72	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos. Comunidad Santa Eduvigis. Puerto La Cruz. 2008

GRÁFICO 15. MOTIVO DE NO INMUNIZACIÓN. SANTA EDUVIGES. PUERTO LA CRUZ. 2008



El cuadro y el gráfico 15 representan los motivos de no inmunización. Los hallazgos fueron los siguientes: “No hubo vacuna” (36,1 %), enfermedad del niño (27,8 %), olvido de vacunar (22,2 %), trabajo materno (8,3 %), migración (2,8 %), falta de comprensión de la tarjeta de inmunización (1,4 %) y “es mejor adquirir la enfermedad naturalmente” (1,4 %).

La mayoría de las madres de Santa Eduvigis refirió que no hubo vacuna en los centros de salud, lo cual podría estar relacionado con el aumento de la demanda de insumos y falta de organización gubernamental. Otro porcentaje importante está representado por aquellas madres que no acudieron a vacunar a su hijo por presentar éste una enfermedad, reportando la mayoría como causa de no inmunización cuadros catarrales, lo cual refleja una contraindicación errónea. El tercer motivo más frecuente fue el olvido de vacunar, reflejando el bajo estímulo de estas madres para vacunar a su hijo aunado a la falta de conocimientos. Otro motivo importante es el

trabajo materno, lo cual refleja una red de apoyo familiar poco efectiva o inefectiva para cumplir con el esquema de inmunización y evitar el retraso de las inmunizaciones. La falta de comprensión de la tarjeta de inmunización y el creer que las enfermedades inmunoprevenibles es mejor adquirirlas naturalmente, evidencian una vez más la falta de información de esta comunidad.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación, se pueden realizar las siguientes conclusiones:

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

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

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

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

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

Cabe destacar que, la mayoría de las madres de Santa Eduvigis desconoce que la vacuna BCG previene la tuberculosis, siendo una de las vacunas del recién nacido con el que se inicia el esquema de inmunización, lo que llama una vez más la atención. Así mismo ocurre con la triple, trivalente viral, anti-H. influenzae, pentavalente y rotavirus.

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

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

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

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

La mayoría de las progenitoras refiere que “no hubo vacuna” en los centros de salud, siendo uno de los principales motivos de no inmunización en países en vías de desarrollo según la literatura internacional. La falta de organización de la inmunización se refleja en la falta de recursos, prácticas coercitivas de inmunización, falta de apoyo gubernamental y en la falta de información de la campaña de la comunidad.

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

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

Otro motivo importante fue el “trabajo materno”, lo cual constituye un motivo familiar, lo cual refleja una red de apoyo familiar poco efectiva o inefectiva para cumplir con el esquema y evitar el retraso de las inmunizaciones. El creer que

“las enfermedades inmunoprevenibles es mejor adquirirlas naturalmente” evidencia ignorancia y una creencia errónea para no inmunizar de una de las encuestadas.

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

Basándose en las conclusiones, se dan las siguientes recomendaciones:

- Exhortar a las autoridades de garantizar la oferta de vacunas a la población.
- Educar a los miembros del equipo de salud en relación a las contraindicaciones erróneas de las inmunizaciones para evitar las oportunidades perdidas en vacunación en vista de los resultados obtenidos.
- Incentivar a los vacunadores de llevar registros precisos y completos para obtener información sobre el estado de inmunización de las comunidades pertenecientes al área de influencia del CIS II Puerto La Cruz.
- Utilizar todo encuentro clínico para evaluar los esquemas de inmunización del paciente y actualizarlos.
- Educar a los padres sobre inmunizaciones, especialmente en cuanto a las contraindicaciones erróneas para erradicar las falsas creencias y resaltar los beneficios de la inmunización, utilizando recursos audiovisuales y recursos escritos como carteleras y trípticos, entre otros.
- Aplicar simultáneamente las vacunas según el esquema de inmunización.
- Aplicar esquemas acelerados en niños con menos dosis de las que les corresponden.

- Concientizar a los padres de llevar la tarjeta de inmunización al acudir a un centro de salud.
- Incluir en el esquema nacional otras vacunas como la antineumocócica, anti-VPH, antihepatitis A y antivaricela.
- Finalmente, educar a los padres para crear una cultura preventiva en salud, invitando a participar en la consulta externa de Pediatría y de Medicina Familiar de manera continua.

CAPÍTULO VI

PROGRAMA EDUCATIVO PARA LA FORMACIÓN DE ACTITUDES PREVENTIVAS ANTE EL INCUMPLIMIENTO Y RETRASO DE LA APLICACIÓN DEL ESQUEMA NACIONAL DE INMUNIZACIÓN DIRIGIDO A PADRES

PRESENTACIÓN

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

JUSTIFICACIÓN

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

influido por el sistema de creencias de la familia venezolana, que a su vez repercute en la participación de la población en la prevención de enfermedades, específicamente las inmunoprevenibles.

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

OBJETIVOS

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

- Ayudar a los padres de la comunidad Santa Eduvigis a adquirir actitudes preventivas ante el incumplimiento y retraso de vacunas.
- Insertar el equipo de salud de atención primaria del Ambulatorio Puerto La Cruz en la comunidad, de la mano con los auxiliares en salud comunitaria capacitados en el postgrado, invitando a la participación comunitaria activa.
- Contribuir con el mejoramiento de la salud para una mejor calidad de vida.

- Involucrar a todos los miembros de la familia en prevención en salud pública.
- Contribuir a la multiplicación de la información en materia de prevención en salud a otras comunidades.

PROGRAMA EDUCATIVO DE INMUNIZACIONES DIRIGIDO A LA COMUNIDAD

Duración: 3 horas

Objetivo Terminal: Valorar la importancia de la formación de actitudes preventivas en los padres ante motivos de no inmunización en su comunidad.			
Objetivos específicos	Contenido	Recursos	Actividades
1. Describir el esquema nacional de inmunización. 2. Mencionar las enfermedades prevenibles por vacunas y sus complicaciones. 3. Definir oportunidades perdidas en inmunización, momentos en los cuales se presentan y causas que la producen.	Esquema nacional de vacunación. Enfermedades prevenibles por vacunas y sus complicaciones. Definición de oportunidad perdida en inmunización. Situaciones en las que se producen las oportunidades perdidas en inmunización. Mencionar las causas que producen las	Láminas acetato Retroproyector Lápiz y Papel Material mimeografiado para la lectura y discusión Trípticos Rotafolios	Motivación Charla informativa Realización de grupos para la identificación de problemas Evaluación de los padres, opinión y sugerencias Recomendaciones finales

4. Conocer las contraindicaciones erróneas de las vacunas influido por el sistema de creencias de la familia venezolana.	oportunidades perdidas en inmunización. Contraindicaciones erróneas de las vacunas y sistema de creencias de la familia venezolana.		
5. Informar sobre los beneficios y probables efectos adversos de las vacunas.	Beneficios y probables efectos adversos de las vacunas. Explicar los motivos de no		
6. Explicar los motivos de no inmunización .	inmunización de la comunidad en base a la investigación realizada e indicar posibles soluciones.		

ESTRATEGIAS

- Sensibilizar mediante reuniones periódicas a la comunidad, líderes comunitarios, auxiliares en salud comunitaria, trabajadores sociales, médicos de familia y médicos pediatras, así como al personal de enfermería del CIS II Puerto La Cruz para ejecutar de forma continua dicho programa y hacerlo extensible a otras comunidades.

- Integrar el equipo de salud de atención primaria a la familia y a su vez, a la comunidad motivando a la participación comunitaria para lograr alcanzar la inmunidad colectiva de la población ante las enfermedades inmunoprevenibles.

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

INFORME DE ACTIVIDADES. COMUNIDAD SANTA EDUVIGES

Fecha: 02/08/08. Lugar: Ambulatorio Puerto La Cruz. Curso de Formación de Auxiliares en Salud Comunitaria. Tema del curso: Generalidades sobre Inmunizaciones dictado por el residente de postgrado de Medicina Familiar, Dr. Venancio Hernández.

Fecha: 09/08/08: Lugar: Santa Eduviges. Charla educativa dirigida a padres para la formación de actitudes preventivas ante los motivos de no inmunización con el apoyo logístico de los residentes del postgrado de Medicina Familiar, dictada por la Dra. Judit Juhász, con una duración de 3 horas, con la participación de 33 personas de la comunidad. Se aplica un test posterior a la charla, con los resultados siguientes: 92,86 % respondió satisfactoriamente, de los cuales 53,57 % respondió todas las preguntas correctamente, cumpliendo con los objetivos. Además, se aplica un test de opinión sobre la actividad educativa, con los resultados siguientes: 64,28 % considera la actividad excelente, mientras que el 35,71 % opina que la actividad es buena. Los comentarios y sugerencias de los participantes se presentan a continuación.

**OPINIÓN DE LOS PARTICIPANTES SOBRE EL
PROGRAMA EDUCATIVO.**

Fecha: 09/08/08

PARTICIPANTE	COMENTARIOS
Ruth Díaz	"Me gustó. Yo creía que con gripe no podía vacunar"
Marian Reyes	"Estuvo buena la charla"
María Ortega	"Es bueno que hagan estas cosas para aprender. En el módulo no vacunan a los niños con gripe".
Yamileth Hurtado	"Fue muy buena la charla y creí que venían a vacunar"
Evelyn Corona	"Es bueno que vengan a dar charlas, aquí hay muchas madres jóvenes que poco saben de esto"
Rosibel Martínez	"Estuvo bueno. La gente me decía que no vacunara a mi hija con gripe, ahora sé que sí puedo". "La charla me gustó, pero no sé por

Liliana Hernández	qué está dando tanta papera”
Inés Cedeño	“Me parece bien chevere lo que están haciendo, porque aquí hay muchos niños que le faltan vacunas”
Odalís Montaña	“Es bueno que los médicos dicten esta charla para que las mamás vayan a vacunar a sus hijos”
Ana Chacón	“Me gustó todo pero yo vine pensando que iban a vacunar”
Eglis Fernández	“Fue excelente. A mi hija no le quisieron poner la vacuna con gripe”
Tirso Marciano	“Esta actividad se debiera de repetir. La próxima vez sería bueno que trajeran vacunas”
Yamilé Botínez	“Estuvo bien la charla, pero no se consiguen vacunas”
Carmen Leal	“Se entendió la charla, yo no sabía nada de vacunas y aprendí algo de esto”.

OPINIÓN DE LOS PARTICIPANTES SOBRE EL PROGRAMA EDUCATIVO

Fecha: 09/08/08

PARTICIPANTE	COMENTARIOS
Yolaisa Brito	"Yo no le puse la vacuna a mi hija cuando tenía gripe, porque me daba miedo. Me gustó de la charla todo"
Yoleida Requena	"Estuvo bien. En el módulo no me vacunaron a mi hijo con gripe"
María Alejandra Salazar	"Me gustó la charla. Yo era de las que solo iba a que le pongan la vacuna a mis hijos. Nadie me ha hablado de esto".
Yesenia Cortez	"Yo sabía muy poco de vacunas. Ahora se para qué sirven, pero no se consiguen"
Leonardo Salazar	"Esto es bueno que se haga"
	"Hace falta que vacunen aquí y

Emilia Villarroel	den más charlas”
Thaina Noriega	“Opino que estuvo buena la charla, pero no consigo las vacunas, no hay en ninguna parte”.
María Rondón	“Esta actividad estuvo bien buena”
Evelyn Corona	“Es bueno que le recuerden a uno que vacunarse previene esas enfermedades”
Rosario Brito	“No sabía que con gripe se puede vacunar. En el módulo no me le quisieron poner la vacuna a mi hijo”
Adriana Villarroel	“Que bueno que hagan esto, así estamos mosca con las vacunas”
Migdalys Silva	“Qué bueno que vengan a dar esta información, antes pensaba que no podía vacunar a mis hijos con gripe, eso me decía mi mamá”.
Yulimar Hurtado	“Me acerqué por curiosidad, no sabía de esto, estuvo buena la actividad”

**SUGERENCIAS DE LOS PARTICIPANTES SOBRE EL
PROGRAMA EDUCATIVO**

Fecha: 09/08/08

PARTICIPANTE	SUGERENCIAS
Ruth Díaz	"Que se siga dando esta actividad"
Marian Reyes	"Que con las charlas traigan vacunas"
María Ortega	"Que nos expliquen por qué se ve tanta papera"
Yamileth Hurtado	"Que la próxima vez traigan

Evelyn Corona	vacunas"
Rosibel Martínez	"Que se de la charla otra vez"
Liliana Hernández	"Que motiven a las jóvenes a vacunar"
Inés Cedeño	"Que se repita la charla"
Odalís Montaña	No respondió
Ana Chacón	"Que vacunen por aquí"
Eglis Fernández	"Que vengan a poner las vacunas"
Tirso Marcano	No respondió
Yamilé Botinez	"Que la repitan y traigan las vacunas"

Carmen Leal	"Se necesita vacunar a nuestros hijos" No respondió
--------------------	--

**SUGERENCIAS DE LOS PARTICIPANTES SOBRE EL
PROGRAMA EDUCATIVO**

Fecha: 09/08/08

PARTICIPANTE	SUGERENCIAS
---------------------	--------------------

Yolaisa Brito	No respondió
Yoleida Requena	No respondió
María Alejandra Salazar	“Necesitamos las vacunas que no las consigo”
Yesenia Cortez	“Que se dicten más charlas ”
Leonardo Salazar	“Que vengan otra vez a dar la charla para los que no la oyeron y se vacune”
Emilia Villarroel	“Que la repitan y le completen las vacunas a los niños”
Thaina Noriega	“Que se pidan las vacunas que no se consiguen”

María Rondón	"Que en el módulo no nos hagan pasar horas en una cola para decir que no hay vacuna"
Evelyn Corona	"Que se continúe haciendo esta labor"
Rosario Brito	"Que informen a la comunidad por que no se consiguen las vacunas"
Adriana Villarroel	"Que se siga haciendo esto"
Migdalys Silva	No respondió
Yulimar Hurtado	"Que vengan con las vacunas para aprovechar el momento"



Inmunizaciones en la Infancia

El presente cuestionario tiene como finalidad obtener información sobre aspectos relacionados con la inmunización, mediante su colaboración como madre de familia que tiene como requisitos niños menores de 5 años de edad, con inmunizaciones incompletas o sin tarjeta de inmunización, perteneciente a la comunidad Santa Eduvigis.

Se realizará dicha investigación para aplicar correctivos en atención primaria en salud en pro de su comunidad.

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

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

1. **Grado de instrucción de la madre:** _____

2. ¿Conoce usted el esquema nacional de inmunización?

SI ___ NO ___

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

___ Médico general

___ Médico Familiar

___ Pediatra

___ Enfermera

___ Trabajadora social

___ Estudiantes del área de la salud

___ Maestros y profesores

___ Vecinos

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

___ Mi familia

4. ¿Dónde recibió la información?

___ Centros de salud

___ Escuela o colegio

___ Comunidad

___ Casa

___ Otro lugar

5. Las vacunas sirven para prevenir enfermedades.

SI ___ NO ___

6. Si respondió afirmativamente, indique cuáles:

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

7. ¿Cuál enfermedad previene la vacuna BCG?

- Tuberculosis
- Neumonía y meningitis
- Sarampión, rubéola y parotiditis
- No sé
- Ninguna de las anteriores

8. ¿Cuáles enfermedades previene la vacuna triple o DPT?

- Sarampión, rubéola y parotiditis
- Difteria, tétanos y tos ferina
- Neumonía y meningitis
- No sé
- Ninguna de las anteriores

9. ¿Cuáles enfermedades previene la vacuna trivalente viral?

- Difteria, tétanos y tos ferina
- Sarampión, rubéola y parotiditis
- Neumonía y meningitis
- No sé
- Ninguna de las anteriores

10. ¿Cuáles enfermedades previene la vacuna H. influenzae tipo b?

- Neumonía y meningitis
- Sarampión, rubéola y parotiditis
- Difteria, tétanos y tos ferina
- No sé
- Ninguna de las anteriores

11. La vacuna pentavalente incluye en una sola vacuna:

- La triple, la anti- H. influenzae y la anti- hepatitis b
- La trivalente viral, la anti-hepatitis b y la anti-H. influenzae
- La triple, la trivalente viral y la anti-H. influenzae
- No sé
- Ninguna de las anteriores

12. La vacuna pentavalente previene:

- Difteria, tétanos y tos ferina; hepatitis b, neumonía y meningitis
- Sarampión, rubéola y parotiditis, hepatitis b, neumonía y meningitis
- Diarrea viral, difteria, tétanos y tos ferina y hepatitis b
- No sé
- Todas las anteriores.

13. La vacuna rotavirus previene:

- Diarreas por rotavirus
- Todos los tipos de diarreas
- No sé
- Todas las anteriores
- Ninguna de las anteriores

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

Verdadero Falso

15. **Conoce usted otras vacunas que no están incluidas en el esquema:**

Si No

16. **Si su respuesta es afirmativa, indique cuál conoce:**

17. **Se niega usted a colocarle alguna vacuna a su hijo?**

Si No

18. **Si su respuesta es afirmativa, indique cuál es la vacuna a la que usted se niega y cuál es la razón?**

19. **Motivo de no vacunación (marque una respuesta):**

No hubo quien llevara al niño a vacunar

Trabajo materno

Olvido de vacunar u olvido de la cita

Llegada tarde a vacunar

Corta edad para vacunar

- Enfermedad del niño
 - No hubo vacuna
 - Una dosis es suficiente
 - No creo que la vacuna proteja
 - Miedo al dolor
 - Miedo a efectos secundarios
 - Experiencia personal con efectos secundarios
 - Prohibición paterna
 - Negación personal. ¿Por qué?
 - Dudas sobre la eficacia y seguridad de la vacuna
 - Es mejor adquirir la enfermedad naturalmente
 - Falta de percepción de la necesidad
 - Migración
 - Falta de motivación
 - La lactancia materna protege a mi hijo de esas enfermedades
 - Falta de confianza al personal de salud
 - Actitud o trato de los médicos y enfermeras hacia la comunidad
 - Creencias de que las enfermedades involucran fuerzas sobrenaturales
 - Creencia en la medicina tradicional, ya sea indígena o no, en la cura
 - No contaba con información sobre las vacunas y las enfermedades
 - Falta de entendimiento sobre los conceptos y las prácticas de
Inmunización
 - Falta de comprensión del manejo de la tarjeta de vacunación
 - Carencia de tarjeta de vacunación
 - No me enteré de la campaña de vacunación
 - La enfermedad no es nociva
 - Contraindicaciones médicas
 - Aviso de otro médico para no inmunizar
-

___ El niño tiene bajo riesgo de contagiarse de la enfermedad

POR SU COOPERACIÓN, ¡MUCHAS GRACIAS!

**PROGRAMA EDUCATIVO PARA LA FORMACIÓN DE
ACTITUDES PREVENTIVAS ANTE EL INCUMPLIMIENTO Y
RETRASO DE LA APLICACIÓN DEL ESQUEMA NACIONAL
DE INMUNIZACIÓN. COMUNIDAD SANTA EDUVIGES”**

TEST**Fecha: 09/08/08****Señale verdadero (V) o falso (F) al lado de cada ítem:**

1. Un niño sin vacunar o mal vacunado, esto supone un riesgo tanto para el niño mal vacunado como para la comunidad. _____
2. Un niño sano con catarro o diarrea puede ser vacunado _____
3. Un niño en tratamiento con antibióticos puede ser vacunado. _____
4. Un niño con historia familiar de reacciones desfavorables a las vacunas puede ser vacunado. _____
5. Niño con historia familiar de convulsiones puede ser vacunado. _____

**PROGRAMA EDUCATIVO PARA LA FORMACIÓN DE
ACTITUDES PREVENTIVAS ANTE EL INCUMPLIMIENTO Y
RETRASO DE LA APLICACIÓN DEL ESQUEMA NACIONAL
DE INMUNIZACIÓN. COMUNIDAD SANTA EDUVIGES”**

Fecha: 09/08/08

1. Opinión en cuanto a la actividad educativa:

2. Sugerencias:

3. Considero que la actividad educativa fue:

Excelente

Buena

Regular

Mala

BIBLIOGRAFÍA

Arias, F. (2006). El proyecto de investigación. Introducción a la Metodología

Científica. (5ª ed.). Caracas: Episteme.

Barrios de León, E. (2001). Evaluación de coberturas de vacunación. Municipio de

Santa Apolonia. Chimaltenango, Noviembre 2001.

Brandt, C. (2006). Taller de investigación y capacitación. Cómo investigar y publicar

en Medicina Familiar. Lechería. Anzoátegui. Editor-Autor.

Dayan, G.; Orellana, L.; Forlenza, R.; Ellis, A.; Chaui, J.; Kaplan, S. y Strebel, P.

(2004). Vaccination coverage among children aged 13 to 59 months

In Buenos Aires, Argentina. 2002. Revista Panamericana de Salud

Pública, 16 (3), 158-167.

Fredrickson, D.; Davis, T.; Arnold, C.; Kennen, E.; Humiston, S.; Cross, J.

Y Bocchini, J. (2004). Childhood Immunization Refusal: Provider and

Parent Perceptions. [La negativa de la inmunización en la infancia:

Percepciones del proveedor y del padre]. Family Medicine, 36 (6),

431-439.

García, F. (2005). El cuestionario. México, México: Limusa.

Gaspar, A. (2005). Conocimientos de los padres sobre vacunas. Servicio de Pediatría. HOSPITEN Rambla. Santa Cruz de Tenerife.

Hernández, R. y otros (1998). Metodología de la investigación (2ª ed.). México: Mc Graw-Hill.

Huanca, L. (2001). Impacto de Aceptación de las vacunas del PAI segunda Generación en los padres de familia. Hospital Pediátrico Albina Patiño-Hospital Materno Infantil Germán Urquidi. Cochabamba.

Ley Orgánica de Protección del Niño y del Adolescente. (1998). Gaceta Oficial De la República de Venezuela, 02-10-98.

Manual de Vacunas de Latinoamérica. (2005). (3ª ed.). Argentina.

Martin, A. y Cano, J. (1999). Atención primaria. Conceptos, organización y Práctica clínica. 4ª ed.). Madrid: HARCOURT BRACE.

Martínez, M. (2005). Cómo hacer un proyecto de tesis con metodología cualitativa.

Consultado el 05/03/2008. Disponible en <http://prof.usb.ve/miguelm/proyectotesis>.

html.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2004). Manual de Normas Técnicas del Programa Ampliado de Inmunizaciones. Caracas: Autor.

Murcia, J. (1991). Investigar para cambiar. Santa Fe de Bogotá. Editorial Magisterio.

Nigenda-López, G.; Orozco, E. y Leyva, R. (1997). Motivos de no vacunación:

Un análisis crítico de la literatura internacional, 1950-1990. Revista de Saúde

Pública [Revista en línea], 31 (3). Consultado el 28 de diciembre de 2007 en

<http://www.scielo.br>

Programa Ampliado de Inmunizaciones. (2007). Coberturas de vacunación por

parroquias, municipios y distritos, en niños y niñas menores de 1 año y de 1

año. Estado Anzoátegui. 2006. Barcelona: Autor.

Ramírez, T. (1999). Cómo hacer un proyecto de investigación. Caracas, Venezuela:

Panapo de Venezuela.

Rondón, M. (2008). Cobertura de vacunación de los niños del preescolar “El Muchachito” del Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda” y nivel de conocimiento de sus representantes sobre el esquema ideal de vacunación. Barquisimeto. 2008. Trabajo de grado de especialización. Universidad Centro-Occidental “Lisandro Alvarado”, Barquisimeto.

Rubinstein, A.; Terrasa, S.; Durante, E.; Rubinstein, E. y Carrete, P. (2001). Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Buenos Aires: EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA. S.A.

Universidad de Oriente. Postgrado de Medicina Familiar. (2007, Junio).

Diagnóstico de salud de la comunidad “Santa Eduvigis”. Puerto La Cruz.

Anzoátegui. Enero- Junio 2007. Trabajo no publicado. Puerto La Cruz: Autor.

Universidad Pedagógica Experimental Libertador. (2006). Manual de trabajos

De grado de especialización y maestría y tesis doctorales. (4ª ed.). Caracas:

FEDEUPEL.

Véliz, E. (1999). Evaluación del esquema de inmunizaciones en pacientes

Pediátricos hasta los 6 años que consultaron al servicio de emergencia.

Hospital Universitario “Dr. Luís Razetti”. Barcelona. Octubre de 1998-

Junio de 1999. Trabajo de grado de especialización no publicado.

Universidad de Oriente, Barcelona.

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO TESIS Y
ASCENSO:**

TÍTULO	Propuesta de un programa educativo para la formación de actitudes preventivas ante el incumplimiento y retraso de la aplicación del esquema nacional de inmunización. Comunidad "Santa Eduvigés". Puerto La Cruz. Anzoátegui. 2008

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CULAC / EMAIL
Juhász K., Judit	CVLAC: 11.904.240 E MAIL: judit-j@hotmail.com

PALABRAS O FRASES CLAVES:

Esquema nacional de inmunización

Conocimientos

Creencias

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO TESIS Y

ASCENSO:

ÁREA	SUBÁREA
Ciencias de la Salud	Medicina Familiar

RESUMEN (ABSTRACT):

La inmunización se considera la más efectiva intervención en salud. Entre los factores que contribuyen a disminuir las coberturas, un lugar importante ocupan las oportunidades perdidas en vacunación y el mayor número corresponde a las contraindicaciones erróneas. El objetivo general de este trabajo es proponer un programa educativo para la formación de actitudes preventivas ante el incumplimiento y retraso de la aplicación del esquema nacional de inmunización en la comunidad Santa Eduviges, Puerto La Cruz. El estudio es de tipo investigación-acción-participante; la muestra estuvo conformada por 72 niños menores de 5 años de edad, de ambos sexos, con esquema de inmunización incompleto o con retraso en alguna dosis previa según la edad recomendada; se aplicó un cuestionario para evaluar conocimientos, motivos de no vacunación y creencias; y se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows versión 11.5. Resultados: 56.9 % no conoce cuáles son las enfermedades que previenen las vacunas; motivos de no vacunación y creencias: no hubo vacuna (36.1%), enfermedad del niño (27.8 %), olvido de vacunar (22.2 %), trabajo materno (8.3 %), migración (2.8 %), es mejor adquirir la enfermedad naturalmente y falta de comprensión de la tarjeta (1.4 %, respectivamente). Posteriormente, se comienza a aplicar el programa educativo, para realizar los correctivos a nivel de atención primaria. **Descriptor:** Esquema nacional de inmunización, conocimiento, creencias.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO TESIS Y

ASCENSO:

CONTRIBUIDORES:

NOMBRES Y APELLIDOS	ROL / CÓDIGO CVLAC / EMAIL				
	ROL	CA	AS	TU	JU X
	CVLAC				
	EMAIL				
	EMAIL				
	ROL	CA	AS	TU	JU X
	CVLAC				
	EMAIL				
	EMAIL				
	ROL	CA	AS	TU	JU X

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

2008	11	27
AÑO	MES	DÍA

LENGUAJE. SPA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO TESIS Y ASCENSO:

ARCHIVO (S):

NOMBRE ARCHIVO	TIPO MIME
TESIS. Propuesta de un programa educativo para la formación de actitudes preventivas ante el incumplimiento y retraso de la aplicación del esquema nacional de inmunización. Comunidad "Santa Eduvigés". Puerto La Cruz. Anzoátegui. 2008. doc	Application /mword

CARACTERES EN LOS NOMBRES DE LOS ARCHIVOS: A B C
D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z. a b c d e f g h i j k l m n
o p q r s t u v w x y z. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

ALCANCE:

ESPACIAL: Ámbito de la aplicación (abarca) (OPCIONAL)

TEMPORAL: En base a tiempo (abarca) (OPCIONAL)

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Especialista en Medicina Familiar

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Postgrado

ÁREA DE ESTUDIO:

Departamento de Medicina

INSTITUCIÓN:

Universidad de Oriente. Núcleo de Anzoátegui

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO TESIS Y ASCENSO:

De acuerdo al artículo 44 del reglamento de trabajos de grado

“Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la
Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros
fines

con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quien
lo participará al Consejo Universitario”.

AUTOR

AUTOR

AUTOR

TUTOR

JURADO

JURADO

POR LA SUBCOMISIÓN DE TESIS