

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**



**FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INCIDEN EN EL
CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE LOS
NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE CONSULTAN LAS
UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR DE EL
CUCO, CHIRILAGUA, SAN MIGUEL; CORINTO, MORAZÁN Y
EQUIPO COMUNITARIO EL PASTOR, YAYANTIQUÉ, LA
UNIÓN EN EL PERÍODO DE JUNIO A AGOSTO 2015.**

**PRESENTADO POR:
BUENDÍA LAZO, EVELYN MARÍA
CÁRDENAS MARTÍNEZ, MERLYN CATALINA
HERNÁNDEZ ANDRADE, HERBERTH ERNESTO**

**PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
DOCTOR EN MEDICINA**

**DOCENTE ASESOR:
DRA. PATRICIA ROXANA SAADE STECH.**

CIUDAD UNIVERSITARIA ORIENTAL, NOVIEMBRE DE 2015

SAN MIGUEL

EL SALVADOR

CENTROAMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

**LICENCIADO JOSE LUIS ARGUETA ANTILLÓN
RECTOR**

**(PENDIENTE DE ELECCIÓN)
VICERRECTORA ACADÉMICA**

**INGENIERO CARLOS ARMANDO VILLALTA
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO INTERINO**

**DOCTORA ANA LETICIA ZA VALETA DE AMAYA
SECRETARIA GENERAL**

**LICENCIADA NORA BEATRIZ MELÉNDEZ
FISCAL GENERAL**

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
AUTORIDADES**

**INGENIERO JOAQUIN ORLANDO MACHUCA
DECANO**

**LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ
VICEDECANO**

**LICENCIADO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNANDEZ
SECRETARIO**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO
DIRECTORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA
AUTORIDADES**

**DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY
JEFE DE DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**COMISIÓN COORDINADORA DEL PROCESO DE
GRADUACION:**

**DOCTOR AMADEO ARTURO CABRERA GUILLÉN
COORDINADOR GENERAL DE PROCESO DE GRADUACION
DE DOCTORADO EN MEDICINA**

**DOCTORA NORMA OZIRIS SÁNCHEZ DE JAIME
MIEMBRO DE LA COMISION**

**DOCTOR HENRY RIVERA VILLATORO
MIEMBRO DE LA COMISION**

ASESORES DE LA INVESTIGACION

**DOCTORA PATRICIA ROXANA SAADE STECH
DOCENTE ASESOR**

**DOCTOR AMADEO ARTURO CABRERA GUILÉN
ASESOR DE METODOLOGÍA**

JURADO CALIFICADOR

**DOCTORA PATRICIA ROXANA SAADE STECH
DOCENTE ASESOR**

**DOCTOR JOSE RICARDO ELIAS PORTILLO
JURADO CALIFICADOR**

**DOCTOR HORACIO GARCIA ZARCO
JURADO CALIFICADOR**

BR. Buendía Lazo, Evelyn María
BR. Cárdenas Martínez, Merlyn Catalina
BR. Hernández Andrade, Herberth Ernesto

Carnet BL06009
Carnet CM08006
Carnet HA07026

FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INCIDEN EN EL CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACION DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE CONSULTAN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR DE EL CUCO, CHIRILAGUA, SAN MIGUEL; CORINTO, MORAZAN Y EQUIPO COMUNITARIO EL PASTOR, YAYANTIQUÉ, LA UNIÓN EN EL PERIODO DE JUNIO A AGOSTO 2015.

Este trabajo de investigación fue **revisado, evaluado y aprobado** para la obtención del título de doctor en medicina por la Universidad de El Salvador.

Dr. Jose Ricardo Elias Portillo
Jurado Calificador

Dr. Horacio Garcia Zarco
Jurado Calificador

Dra. Patricia Roxana Saade Stech
Docente Asesor

Dr. Henry Rivera Villatoro
Miembro de la Comisión Coordinadora

Dra. Norma Oziris Sánchez de Jaime
Miembro de la Comisión Coordinadora

Dr. Amadeo Arturo Cabrera Guillén
Coordinador General de Procesos
de Graduación de Doctorado en Medicina

Vo.Bo. Mtra. Elba Margarita Berríos Castillo
Directora General De Procesos De Graduación de
la Facultad Multidisciplinaria Oriental

Vo.Bo. Dr. Francisco Antonio Guevara Garay
Jefe del Departamento de Medicina

San Miguel, El Salvador, Centro América, Noviembre de 2015.

Se agradece por su contribución para el desarrollo del trabajo a:

A DIOS TODOPODEROSO:

Por darnos conocimiento, sabiduría, fortaleza y perseverancia para lograr la meta propuesta.

A NUESTROS PADRES:

Por su sacrificio, devoción, apoyo incondicional y confianza.

A LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR:

Por ser el lugar donde iniciamos nuestros sueños.

AL HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL:

Por ser el Alma Mater de nuestra formación profesional.

A NUESTROS ASESORES:

Dra. Patricia Roxana Saade Stech y Dr. Amadeo Arturo Cabrera Guillen

Por su comprensión, dedicación y apoyo incondicional.

A LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR:

Las unidades comunitarias de salud familiar de El Cuco, Chirilagua, San Miguel; Corinto, Morazan y equipo comunitario El Pastor, Yayantique, La Unión

A LOS PADRES ENCARGADOS:

Por permitir la participación de los niños menores de 5 años quienes fueron la parte esencial de este proyecto.

A LOS DIRECTORES DE LAS DISTINTAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR:

Por permitir llevar a cabo el proyecto de investigación.

Evelyn Buendia; Catalina Cardenas; Herberth Hernandez.

Se dedica este trabajo a:

A DIOS TODOPODEROSO

Por estar conmigo en cada paso que doy, por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera y permitido llegar hasta este momento importante de mi formación profesional, brindarme una vida llena de aprendizaje, de experiencia y sobre todo felicidad.

A MIS PADRES

Mario y Evelyn por el esfuerzo realizado día a día, por apoyarme en todo momento, por los valores que me inculcaron por su apoyo y su amor incondicional, por motivarme y siempre tener una palabra de aliento cuando creía que el camino terminaba, por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida y sobre todo por ser mis ejemplos a seguir.

A MIS HERMANOS Y FAMILIA

Por ser mi soporte para alcanzar este logro y ser parte importante de mi vida.

A MI NOVIO

Merlin por haberme apoyado en las buenas y en las malas, sobre todo por su paciencia y amor incondicional.

A MIS COMPAÑEROS DE TESIS

Catalina y Herberth por compartir risas y buenos momentos durante el desarrollo de nuestro trabajo, por motivarnos a seguir adelante en los momentos de desesperación.

A NUESTRA ASESORA

Dra. Saade muchas gracias por dedicar tiempo para la realización de nuestro trabajo.

EVELYN BUENDIA

Se dedica este trabajo a:

A DIOS TODOPODEROSO

Porque me permite ser la persona que soy, por estar siempre conmigo, porque jamás me abandono en los momentos más difíciles de mi carrera, y ser esa luz que siempre está ahí para fortalecerme e iluminar a culminar mi carrera.

A MIS PADRES

Herberth y Aracely que son el motor importante en mi vida, que siempre me han apoyado en todas mis decisiones, y me han aconsejado para siempre estar en el camino del bien, por toda la paciencia que me han tenido, los desvelos, por ese despertar tan temprano que siempre están ahí.

A MI HERMANA Y FAMILIA

Mi hermana Paola, que siempre en todo lo que puede me ayuda, sin esperar nada a cambio, y así como también agradecer a mis tíos, a mis abuelos y primos. Una persona tan importante mi abuelito Remberto que a pesar que ya no está, él siempre creía en mi persona, y sé que está conmigo en el cielo, y estoy cumpliendo uno de sus grandes sueños que es ser médico.

A MIS AMIGOS

A mis mejores amigos María Y Herberth que Dios me los puso en el camino, en hora buena, y que siempre han estado conmigo, regañándome, compartiendo grandes momentos y que mejor que graduarnos juntos.

Y sin dejar atrás a todos mis amigos que iban apareciendo en el curso de la carrera y así se fue formando una gran amistad, “Turbio Team “en especial que siempre están en las buenas y en las malas y saben cómo hacer reír a una persona a pesar de estar tristes, a pesar de las peleas siempre están presentes para dar ese apoyo.

No puedo dejar de agradecer a cuatro de mis grandes mejores amigas, Melissa Torrentes, Cecy Funes, Claudia Iglesias, Kenny Hernández por esas personas que desde años están conmigo, por aguantarme, a pesar que en ocasiones las veo, nunca me dejan sola, siempre están pendientes de mí y dándome ánimos y fortaleza.

A NUESTRA ASESORA

Dra. Saade por estar pendientes de nuestra tesis, brindarnos sus conocimientos, ayudarnos, y siempre apoyarnos en todo.

CATALINA CÁRDENAS

Se agradece este trabajo a:

A DIOS TODOPODEROSO

Por ser la piedra angular de mi formación personal, espiritual y académica al darme conocimiento, sabiduría, fortaleza y perseverancia para lograr la meta propuesta.

A MIS MADRE:

Deysi Anabel Andrade por su sacrificio y devoción, por el apoyo incondicional y confianza que me brindo a lo largo de mi formación.

A MI HERMANA Y DEMAS FAMILIA:

Mi hermana Diana Sthepanie Hernández Andrade; mi abuelos, tíos y demás familia, por sus consejos que me motivaron a alcanzar este triunfo.

A MIS MAESTROS DOCENTES:

Por compartir sus conocimientos; en especial a mi docente asesora la Dra. Saade por su esfuerzo, dedicación y apoyo los cuales contribuyeron a la realización de este estudio.

A MIS COMPAÑEROS DE TESIS:

Evelyn Buendía y Catalina Cárdenas ya que juntos y con la ayuda de nuestras familias en especial de Dios pudimos concluir la realización de nuestro trabajo.

HERBERTH HERNANDEZ

INDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	18
1. INTRODUCCION	19
1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	19
1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	28
1.3 JUSTIFICACION DEL PROBLEMA	28
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	30
2. MARCO REFERENCIAL	31
3. MARCO TEÓRICO	40
4. SISTEMA DE HIPÓTESIS	72
5. DISEÑO METODOLÓGICO	76
6. RESULTADOS.....	83
7. DISCUSIÓN.....	125
8. CONCLUSIONES	128
9. RECOMENDACIONES	129
10. BIBLIOGRAFIA.....	131
11. ANEXOS.....	136

LISTA DE TABLAS

TABLA 1 DISTRIBUCCÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN UCSF.....	76
TABLA 2 DISTRIBUCCION DE LA MUESTRA SEGÚN UCSF.....	79
TABLA 3 EDAD DEL NIÑO EN ESTUDIO	84
TABLA 4 SEXO DEL NIÑO EN ESTUDIO.....	85
TABLA 5 ESTADO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DEL NIÑO EN ESTUDIO .	86
TABLA 6 EDAD DE LA MADRE O ENCARGADO DEL NIÑO.....	88
TABLA 7 PARENTESCO CON EL NIÑO QUE ASISTE A CONTROL.....	89
TABLA 8 AREA DE PROCEDENCIA DEL SUJETO EN ESTUDIO.....	90
TABLA 9 ESTADO CIVIL DE MADRE O ENCARGADO	91
TABLA 10 NIVEL DE ESCOLARIDAD DE MADRE O ENCARGADO	92
TABLA 11 OCUPACION DE MADRE O ENCARGADA	94
TABLA 12 ES DE FACIL ACCESO LA UCSF PARA USTED	95
TABLA 13 EN QUE SE TRANSPORTA A LA UNIDAD DE SALUD	96
TABLA 14 CUANTO TIEMPO SE TARDA EN LLEGAR DESDE SU CASA A LA UNIDAD DE SALUD	98
TABLA 15 A QUE GRUPO RELIGIOSO PERTENECE	99
TABLA 16 EN QUE CASOS CREE USTED QUE NO SE DEBEN VACUNAR	101
TABLA 17 QUE CREE USTED SOBRE LA APLICACIÓN DE VARIAS VACUNAS A LA VEZ.....	102
TABLA 18 ES PUNTUAL CON LA CITA DE VACUNACION.....	104
TABLA 19 SABE USTED QUE ES UNA VACUNA.....	105
TABLA 20 SABE USTED PARA QUE SIRVEN LAS VACUNAS	106

TABLA 21 CONOCE USTED LAS VACUNAS QUE SE LE PONEN A LOS NIÑOS.	107
TABLA 22 PUEDE DECIRME CUAL DE LOS SIGUIENTE BENEFICIOS TIENEN LAS VACUNAS.....	108
TABLA 23 CONOCE USTED LAS REACCIONES QUE SE PRODUCEN DESPUES DE QUE SE HA VACUNADO UN NIÑO	109
TABLA 24 CREE USTED QUE LAS VACUNAS EN LAS CLINICAS PRIVADAS SON MEJORES QUE LAS QUE APLICA EN LA UCSF	111
TABLA 25 NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LA MADRE EN RELACIÓN CON EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN.	112
TABLA 26 EDAD DE LA MADRE EN RELACIÓN CON EL NIVEL DE ESCOLARIDAD.....	114
TABLA 27 RELACION DEL ESTADO DE VACUNACIÓN CON LA RELIGIÓN DE LA FAMILIA	116
TABLA 28 RELACIÓN ENTRE SABE QUE ES UNA VACUNA Y LOS BENEFICIOS QUE TIENEN	118
TABLA 29 RELACIÓN DE SABE PARA QUE SIRVEN LAS VACUNAS Y LOS BENEFICIOS QUE TIENEN	120
TABLA 30 RELACIÓN DE LA OCUPACION DE LA MADRE CON EL ESTADO DEL ESQUEMA DE VACUNACION	122
TABLA 31 ES DE FACIL ACCESO LA UNIDAD DE SALUD EN RELACIÓN AL MEDIO DE TRANSPORTE QUE UTILIZAN.....	123

LISTA DE GRÁFICOS

GRAFICO N° 1 EDAD DEL NIÑO EN ESTUDIO.....	85
GRAFICO N° 2 SEXO DEL NIÑO EN ESTUDIO	86
GRAFICO N° 3 . ESTADO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DEL NIÑO EN ESTUDIO	87
GRAFICO N° 4 EDAD DE LA MADRE O ENCARGADO DEL NIÑO.....	89
GRAFICO N° 5 PARENTESCO CON EL NIÑO QUE ASISTE A CONTROL	90
GRAFICO N° 6 AREA DE PROCEDENCIA DEL SUJETO EN ESTUDIO	91
GRAFICO N° 7 ESTADO CIVIL DE MADRE O ENCARGADO.....	92
GRAFICO N° 8 NIVEL DE ESCOLARIDAD DE MADRE O ENCARGADO.....	93
GRAFICO N° 9 OCUPACION DE MADRE O ENCARGADA.....	95
GRAFICO N° 10 ES DE FACIL ACCESO LA UCSF PARA USTED.....	96
GRAFICO N° 11 EN QUE SE TRANSPORTA A LA UNIDAD DE SALUD.....	97
GRAFICO N° 12 CUANTO TIEMPO SE TARDA EN LLEGAR DESDE SU CASA A LA UNIDAD DE SALUD	99
GRAFICO N° 13 A QUE GRUPO RELIGIOSO PERTENECE	100
GRAFICO N° 14 EN QUE CASOS CREE USTED QUE NO SE DEBEN VACUNAR	102
GRAFICO N° 15 QUE CREE USTED SOBRE LA APLICACIÓN DE VARIAS VACUNAS A LA VEZ.....	103
GRAFICO N° 16 ES PUNTUAL CON LA CITA DE VACUNACION	104
GRAFICO N° 17 SABE USTED QUE ES UNA VACUNA	105
GRAFICO N° 18 SABE USTED PARA QUE SIRVEN LAS VACUNAS	106

GRAFICO N° 19 SABE USTED LAS VACUNAS QUE SE LE PONEN A LOS NIÑOS.....	107
GRAFICO N° 20 BENEFICIOS QUE TIENEN LAS VACUNAS	109
GRAFICO N° 21 CONOCE USTED LAS REACCIONES QUE SE PRODUCEN DESPUES QUE SE HA VACUNADO UN NIÑO	110
GRAFICO N° 22 CREE USTED QUE LAS VACUNAS EN LAS CLINICAS PRIVADAS SON MEJORES QUE LAS QUE APLICA EN LA UCSF	111
GRAFICO N° 23 NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LA MADRE EN RELACIÓN CON EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN.....	113
GRAFICO N° 24 EDAD DE LA MADRE EN RELACIÓN CON EL NIVEL DE ESCOLARIDAD.....	115
GRAFICO N° 25 RELACIÓN DEL ESTADO DE VACUNACIÓN CON LA RELIGIÓN DE LA FAMILIA.....	117
GRAFICO N° 26 RELACIÓN ENTRE SABE QUE ES UNA VACUNA Y LOS BENEFICIOS QUE TIENEN.....	119
GRAFICO N° 27 RELACIÓN DE SABE PARA QUE SIRVEN LAS VACUNAS Y LOS BENEFICIOS QUE TIENEN	121
GRAFICO N° 28 RELACIÓN DE LA OCUPACIÓN DE LA MADRE CON EL ESTADO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN.....	122
GRAFICO N° 29 ES DE FACIL ACCESO LA UNIDAD DE SALUD EN RELACIÓN AL MEDIO DE TRANSPORTE QUE UTILIZAN.....	124

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 ABREVIATURA Y SIGLAS	137
ANEXO 2 GLOSARIO.....	138
ANEXO 3 ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACION VIGENTE HASTA 2009	142
ANEXO 4 ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACION	143
ANEXO 5 TENDENCIA DE EVENTOS INMUNOPREVENIBLES	144
ANEXO 6 VACUNAS INCLUIDAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE VACUNACION	145
ANEXO 7 TASA DE DISERCIÓN DE PENTAVALENTE 2014 POR DEPARTAMENTO	146
ANEXO 8 CONSENTIMIENTO INFORMADO	147
ANEXO 9 INSTRUMENTO UTILIZADO DURANTE LA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACION	148
ANEXO 10 DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE UCSF EL PASTOR, YAYANTIQUÉ	152
ANEXO 11 DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE UCSF EL CUCO, CHIRILAGUA ..	155
ANEXO 12 DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE UCSF CORINTO, MORAZÁN	158
ANEXO 13 VALIDACION DEL INSTRUMENTO	161
ANEXO 14 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	164
ANEXO 15 PRESUPUESTO	165

RESUMEN

La inmunización es el proceso de proteger a los individuos de una enfermedad haciéndolos inmunes. OBJETIVO GENERAL determinar cuáles son los factores socioculturales que inciden en el cumplimiento del esquema de vacunación de niños menores de 5 años que consultan las unidades comunitarias de salud familiar de el Cuco, Chirilagua, San Miguel; Corinto, Morazán y equipo comunitario El Pastor, Yayantique, La Unión en el periodo comprendido de junio a agosto 2015. METODOLOGIA estudio descriptivo, cualitativo, de corte transversal tomando una muestra de 520 niños menores de cinco años de edad se aplicaron criterios de inclusión y de exclusión, la unidad de información es la madre o encargado, el instrumento utilizado es un cuestionario de 22 preguntas 8 cerradas, 5 abiertas, 9 múltiple escoge referentes a las variables de interés, seleccionando 157 menores de cinco años de UCSF El Pastor, 195 de UCSF Cuco, 158 UCSF Corinto. RESULTADOS ESPERADOS: el 96% de los niños tenían el esquema de vacunación completo, la madre es la principal responsable del cuidado del niño en un 96%, una de las condiciones para no vacunar a los niños es fiebre leve en un 95%, un 85% de las madres manifiestan que uno de los beneficios de las vacunas es la prevención de enfermedades, un 94% hay fácil accesibilidad al centro de salud, un 53% optan por llegar a pie. CONCLUSIONES se comprobó que el 96% de niños que asistió a su control infantil tienen el esquema de vacunación completo., en cuanto a los factores culturales y creencias se concluye que estas permiten la aplicación de varias vacunas a la vez, pero presentan deficiencia de conocimiento en los casos en que no se deben de vacunar. El factor económico no influye en el cumplimiento del esquema de vacunación tomando en cuenta que la mayor parte de la población es de escasos recursos económicos.

PALABRAS CLAVES: factores socioculturales, esquema de vacunación, niños menores de cinco años, conocimiento, creencias.

1. INTRODUCCION

1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

A lo largo de su historia, la vacunación ha sido y sigue siendo una de las intervenciones en Salud Pública más económica y de mayor éxito y es que, a través de organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la inmunización, junto con las mejoras de la higiene y el saneamiento, han revolucionado la salud del niño en países de todo el mundo y ha evitado millones de muertes anuales, reduciendo además el riesgo de discapacidad causada por enfermedades infecciosas. Desde el lanzamiento del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) en 1974, se han evitado cada año millones de muertes gracias a los programas nacionales de inmunización aplicados en todo el mundo. La viruela fue erradicada en 1979, lo que representa un esfuerzo humano colosal, y hoy la poliomielitis está a punto de convertirse en otro flagelo del pasado.

Durante la década de 1990, se mantuvo una cobertura de inmunización mundial superior al 70%, pero esta cifra ocultaba grandes disparidades entre los países y dentro de ellos. En algunos países en desarrollo, las tasas de vacunación aumentaron en forma considerable, pero en otros, especialmente en el África subsahariana, se desplomaron, y millones de niños quedaron expuestos a enfermedades infantiles potencialmente mortales. Mientras tanto, en Europa, los cambios políticos, económicos y sociales que siguieron a la desaparición de la antigua Unión Soviética desencadenaron un descenso impresionante de las tasas de inmunización en muchos países de Europa oriental y central y en los nuevos Estados independientes. En el año 2000,

aproximadamente 33 millones de niños no fueron sistemáticamente vacunados durante su primer año de vida.¹

En respuesta a la creciente preocupación internacional por la baja cobertura vacunal, las crecientes desigualdades en materia de inmunización y la cantidad inaceptable de víctimas de enfermedades infecciosas en los países en desarrollo, se han creado nuevas alianzas mundiales para quebrar el ciclo de desatención. De todas ellas, la más importante es la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI, por sus siglas en inglés, también conocida como la Alianza), lanzada a comienzos del 2000 y que reúne a los principales actores en materia de inmunización, tanto del sector público como privado: la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Banco Mundial, gobiernos nacionales, bancos internacionales de desarrollo, organismos bilaterales, organizaciones no gubernamentales (ONG), la Fundación Bill y Melinda Gates, el Programa de Vacunas Infantiles del Programa para una Tecnología Apropriada en Salud (PATH), fundaciones, programas de salud pública y representantes de la industria de las vacunas de países desarrollados y en desarrollo.

En conjunto, estos socios reúnen una amplia gama de capacidades en materia de investigación, producción y suministro de vacunas, prestación de programas de inmunización, mecanismos de financiación internacional, promoción y comunicaciones.

El proyecto también participa en la Red Mundial para la Seguridad de las Inyecciones (SIGN), creada en 1999 para velar por la utilización segura y apropiada de las inyecciones en todo el mundo. También en 1999, la OMS convocó a un grupo de expertos independiente en materia de inocuidad de las vacunas para asesorar en todo lo relativo a estas cuestiones.

El Comité Consultivo Mundial sobre Seguridad de las Vacunas evalúa igualmente la repercusión de las cuestiones relativas a la seguridad de las vacunas en las prácticas de vacunación de todo el mundo, así como en las políticas de la OMS.

Esta lucha sin tregua contra las enfermedades inmunoprevenibles forma parte además de los compromisos adquiridos en la Cumbre del Milenio, celebrada en la sede de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el año 2000, donde 189 países adoptaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio como un compromiso para combatir la desigualdad y mejorar el desarrollo humano en el mundo. Se trata de una carta de navegación con horizonte en 2015 para erradicar la pobreza extrema y el hambre, universalizar la educación primaria, promover la igualdad entre los sexos, mejorar la salud, revertir el deterioro ambiental y fomentar la asociación mundial para el desarrollo. Tres de los ocho objetivos y siete de las dieciocho metas se refieren explícitamente a salud, y aunque se han logrado adelantos en reducir la mortalidad entre menores de cinco años, todavía en 2004 según OPS, había países con tasas de más de 40 muertes por cada mil nacidos vivos.

Desde que la OPS nació hace poco más de 100 años, el continente americano consiguió gracias a un esfuerzo conjunto, ser la primera región del mundo en erradicar la viruela. Más tarde, fue también la primera en erradicar la poliomielitis, cuyo último caso autóctono en las Américas se presentó en Perú en 1991. Este éxito llevó al Consejo Directivo de la OPS a establecer la meta de erradicación del sarampión para el año 2000.²

En el continente americano, los esfuerzos en vacunación incluyen campañas tales como la Semana Nacional de Vacunación de las Américas (SVA).

En 2003, 19 países se unieron durante la primera SVA. Se vacunó a más de 16 millones de menores de 5 años y mujeres en edad fértil. En 2004, 23 países participaron en las actividades de vacunación y otros en las campañas de sensibilización. Se vacunó aproximadamente a 44 millones de personas. La SVA contribuyó a la reducción de inequidades mediante la vacunación de niños y mujeres en edad fértil que no habían recibido acceso a la vacunación. Cinco presidentes participaron en el lanzamiento de la campaña, dando una alta visibilidad y apoyo extraordinarios a la SVA, la cual nació como una idea conjunta de los ministros de Salud de la región andina, buscando cumplir los siguientes objetivos: mejorar las coberturas, abarcar nuevas poblaciones y también completar esquemas de vacunación iniciados anteriormente, para aquellas vacunas que requieren dos o más dosis. Según datos de la OPS, durante la primera semana de vacunación, realizada en 2003, se vacunaron a más de 16 millones de niños y mujeres en edad fértil, cifra que se elevó a 43 millones de personas, entre niños, mujeres y adultos mayores, en 2004. En 2005, la Semana Nacional de Vacunación se celebró conjuntamente con la Semana Nacional de la Inmunización Infantil en los Estados Unidos, y coincidió con el 50° Aniversario de la introducción de una vacuna eficaz e inocua contra la poliomielitis.

Durante este período, en el continente americano, se vacunó a más de 38 millones de niños, mujeres en edad fértil, adultos mayores y otros grupos en riesgo, en otras palabras, el 92,7% de la meta inicial, establecida por OPS. Para 2006, la SVA se desarrolló del 22 al 29 de abril, y en ella participaron 39 países determinados a que 26 millones de personas tuviesen acceso y se vacunasen contra importantes amenazas para la salud tales como poliomielitis, sarampión, rubéola, difteria, tétanos, fiebre amarilla e influenza. La Semana de Vacunación en las Américas 2006 se centró en la administración de vacunas a niños/as, mujeres, hombres, adultos mayores y, muy especialmente también, poblaciones vulnerables como comunidades minoritarias e

indígenas, aquellos que viven en las periferias marginales de las grandes urbes latinoamericanas y dentro de municipalidades que registran bajos niveles de cobertura de vacunación. Por regiones, las metas de la SVA 2006 se resumen en los siguientes objetivos de cobertura poblacional:

- Región Andina: 8.1 millones de personas.
- América Central y Caribe de habla hispana: 2 millones de personas.
- Caribe francófono y de habla inglesa: 40.000 personas.
- México: 10 millones de personas
- Cono Sur y Brasil: 15.6 millones de personas.³

En el año 2010 se realizó un estudio en Ecuador, en la comunidad de Otavalo sobre como inciden los factores socioculturales en el cumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de 1 año, teniendo como muestra un total de 60 niños de cero a un año de vida, en dicho estudio se determinó que solamente un 35% de los niños tenía un esquema de vacunación completo, mientras que el 65% restante incompleto, el 92% de ellos si cuenta con BCG pero a medida avanzan en edad disminuye el cumplimiento del esquema, teniendo así que solamente un 67% de niños se aplica la vacuna OPV y rotavirus y pentavalente un 62%.⁴

En el año 2012 se realiza una investigación en Bolivia tomando como base cuarenta y nueve niños menores de cinco años de la comunidad de Santa Fe, Atahualpa, provincia de Tungurahua, sobre los factores que inciden en el cumplimiento de vacunación, entre los cuales se destaca el nivel socioeconómico bajo que limita el acceso a los medios de transporte necesarios para acudir al centro de salud, la mayoría de la población rural se dedica a la agricultura a tiempo completo alcanzando solamente un nivel primario de educación impidiendo así una adecuada

concientización sobre la importancia de las vacunas y por ende el incumplimiento del mismo esquema; solamente un 10% de niños de la población en estudio tenía el esquema completo y terminado, 43% estaba por completarlo, 29% tenían un esquema incompleto y el 18% restante no terminaron el esquema.⁵

En el ámbito de inmunización en El Salvador, la historia de la medicina registra que para 1805, según el intendente Gutiérrez y Ulloa, había cinco vacunadores en San Salvador, de los cuales no se tiene mayores datos. En 1907 se inauguró, bajo la dirección del Dr. Gustavo S. Barón, el Instituto de Vacunación, en donde se fabricaba la vacuna antivariólica; la cual se distribuía también en Guatemala, Honduras y Nicaragua. En 1946, la lucha antituberculosa que había comenzado desde principios de siglo, se enfocó desde otro punto de vista: administrando en los recién nacidos de las salas de maternidad del Hospital Rosales la vacunación con el Bacilo de Calmette Guérin (BCG).

A partir de 1977, se implementó en el país el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), el cual en un principio brindó las cinco vacunas que ahora se conocen como de primera generación: BCG, DPT, antisarampionosa, toxoide tetánico y antipoliomielítica. Estas se administraban de forma exclusiva a los grupos considerados más vulnerables (mujeres y niños menores de cinco años). Este esquema se mantuvo por 19 años y a partir de 1996 se incorporan nuevos inmunobiológicos al esquema, siendo estas, paperas y rubéola con la vacuna triple viral, dando así la transición hacia las vacunas de segunda generación a las cuales posteriormente se incorporaron las vacunas antihepatitis B y anti*Haemophilus influenzae* tipo B.

Desde el año de 1980 hasta la fecha, el programa nacional de vacunas e inmunizaciones (PNVI) ha aplicado más de 29 millones de dosis de 12 vacunas simples o combinadas, dirigidas a la prevención de 12 enfermedades: poliomielitis, difteria, tétanos, tos ferina, sarampión, rubéola, parotiditis, hepatitis B, haemophilus influenzae tipo B, influenza, rotavirus y una forma clínica severa de meningitis tuberculosa en menores de 1 año. Este es el programa que en los últimos 10 años ha contribuido en mayor medida a la reducción de la mortalidad infantil del país.

El PNVI tiene además entre sus responsabilidades mantener activa la vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación (EPV), con énfasis en las que se encuentran en proceso de erradicación, sin dejar de observar aquellas que se puedan convertir en enfermedades reemergentes para la región. Gracias al impulso del Programa Regular de Vacunación (día a día) como a la ejecución de campañas especiales de vacunación (polio, sarampión, rubéola, tétanos), en El Salvador se ha logrado erradicar la poliomielitis desde el año 1987, eliminar el sarampión desde el año 1989, y tener avances importantes en la eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, así como en el control del tétanos neonatal y tétanos en adulto.

El último caso de sarampión autóctono se presentó en el año 1996, y los últimos casos importados fueron detectados en el año 2002 comprobándose que, después del desplazamiento de dichos casos por diferentes lugares a nivel nacional, teniendo múltiples contactos con familiares, amigos, vecinos y compañeros de estudio, no hubo transmisión de la enfermedad. Esto ratifica las excelentes coberturas de vacunación en el país. En cuanto a la rubéola, el último caso se presentó en julio del 2006. La vigilancia de estas enfermedades se ha mantenido de forma continua y permanente, con tasas de notificaciones anuales de 2 casos por 100,000 habitantes, las cuales están por encima del estándar internacional aceptado.

El estudio de Prevalencia del síndrome de rubéola congénita (SRC), desarrollado en el año 2003, determinó que en El Salvador, entre los años 1998 y 2002, existió una prevalencia de 15.2 casos probables de SRC por cada 10,000 nacidos vivos hospitalizados, así como 106.4 casos sospechosos de SRC por cada 10,000 nacidos vivos hospitalizados durante el mismo período. Además la prevalencia estimada en el Hospital de Maternidad fue de 15.2 casos probables de SRC por 10,000 nacidos vivos hospitalizados, y se dieron pese a que El Salvador, desde el año 1996, lleva a cabo la vacunación infantil de rutina contra la rubéola en los niños y niñas de uno y cuatro años de edad, así como la vacunación de los niños y niñas entre 6 y 12 años de edad cubiertos por el programa de Escuela Saludable⁶

En el año 1987 se presentó el último caso de poliomielitis, con aislamiento de polio virus salvaje. El indicador tasa de notificación PFA mayor o igual a 1 por 100.000 menores de 15 años se ha mantenido, hasta la fecha, por encima del valor considerado como deseable.

El reporte de casos sospechosos de tos ferina se ha mantenido; sin embargo, el número total de casos confirmados ha tendido a la disminución, En el año 2009, de 41 casos reportados, sólo 2 resultaron positivos. El último caso fallecido por esta enfermedad se dio en el año 2007. En cuanto a la difteria, a pesar de que se mantiene una vigilancia constante, no se han detectado casos. El último fue reportado en 1987. En cuanto al tétanos neonatal, el último caso se registró en el 2005.

Se calcula que antes de la introducción de la vacuna contra el Rotavirus (octubre del 2006), se producían entre 10 y 20 defunciones por esta causa; sin embargo, esta cifra disminuyó significativamente en el año 2007, hasta llegar a nivel de cero a partir del año 2008 y 2009.

En el año de 1987 las vacunas aplicadas en nuestro país eran BCG, DPV, Pentavalente y SPR, incluyendo hasta el año 2003 el segundo refuerzo de la SPR y en el año 2006 se incluye para el rotavirus completando así el primer esquema de vacunación nacional que se mantuvo vigente hasta el año 2009. (Ver Anexo 3)

Actualmente el esquema nacional de vacunas está conformado por BCG, Pentavalente, Polio oral, neumococo, rotavirus, triple viral y DPT. (Ver Anexo 4)

El esquema de vacunación también incluye a la población adolescente, adultos mayores y grupos en riesgo, si bien el esquema de vacunación es completo, el país no dispone de vacunas contra la hepatitis A, cuya enfermedad es transmitida vía fecal oral, afectando cada año, la varicela afecta a buena parte de la población infantil ya que es una patología fácil de adquirir y la cual puede ocasionar múltiples consecuencias y lleva a la muerte por alguna complicación como una neumonía, la meningitis por meningococo y el virus de papiloma humano (VPH) el cual está relacionado con el Cáncer del Cérvix que es uno de los principales cánceres que afectan a la población de mujeres, las cuales solo están disponibles para la población con recursos económicos suficientes para acceder al servicio de la red privada.

Según datos del MINSAL desde 2009 se ha venido presentando un desabastecimiento irregular de algunas vacunas por ejemplo: rotavirus, influenza, etc. Actualmente desde finales del año pasado no se contaba con vacuna BCG y pentavalente, lo cual provocó un alto porcentaje de abandono a la aplicación de la vacuna, alcanzando cifras de hasta 17% en el departamento de San Salvador, 14.8% en Morazán y 11.9% en Usulután (Ver Anexo 7).

La tendencia de eventos inmunoprevenibles en El Salvador ha venido disminuyendo considerablemente, teniendo así para el año 2012, 2055 casos reportados de varicela los cuales

para el año 2008 fueron de 3596, el último caso reportado de tétano en paciente pediátrico, se reporta este año 2015 en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel. (Ver Anexo 5)

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores socioculturales que inciden en el cumplimiento del esquema de vacunación de los niños menores de 5 años que consultan las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de El Cuco, Chirilagua, San Miguel; Corinto, Morazán y equipo comunitario El Pastor, Yayantique, La Unión en el periodo de junio a agosto 2015?

1.3 JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

Las enfermedades prevenibles por vacunación son un grupo de patologías que se caracterizan por ser infecciosas y muy contagiosas, que provocan enfermedades graves sobre todo en los niños, y que incluso pueden ocasionar la muerte o graves secuelas.

A pesar de todos los esfuerzos realizados por el ministerio de salud para evitar o erradicar las enfermedades inmunoprevenibles a través de las campañas de vacunación o del programa regular de vacunas existentes en los servicios de salud publica estas aun se siguen presentando en el país, esto puede deberse a múltiples factores sociales, culturales, económicos que pueden influir para que el esquema de vacunación de un infante no se complete. Dentro de estos factores tenemos el desinterés de los padres para que sus hijos estén vacunados, la falta de conocimientos sobre la utilidad de las vacunas hace que los progenitores del niño no muestren interés por estas, las falsas creencias que se tienen sobre las inmunizaciones da lugar a oportunidades perdidas para la vacunación de un infante, sobre todo cuando el niño presenta un catarro común, la pérdida del carnet de vacunación es otro de los factores que hace que los padres desconozcan cuales son las vacunas que el niño tiene y cuáles son las que le faltan.

La inaccesibilidad geográfica es otra de las situaciones que pueden ser causa de la no vacunación, sobre todo cuando en la unidad de salud a la que le corresponde asistir no se cuenta con la vacuna que le toca y por lo tanto puede ser referido a otro lugar para que se le provea el servicio ocasionándole al usuario gastos en transporte que muchas veces no logra costearlos dejando perdida la oportunidad de la inmunización.

El desabastecimiento de algunas vacunas en los servicios de salud, tal como ha ocurrido desde el año pasado con la vacuna BCG y a partir de este año con la vacuna pentavalente hacen que el esquema de vacunación este incompleto y con riesgo de contraer enfermedades graves como la meningitis y neumonía por *Haemophilus Influenzae* tipo B.

Desde el punto de vista social, la investigación se justificó por cuanto aporto una guía clara de barreras socio culturales que pudieron afectar al cumplimiento adecuado y oportuno del programa nacional de inmunizaciones, así como también los conocimientos errados que tienen los padres de familia que ocasionan la perdida de oportunidad para cumplir dicho esquema, los simples mitos populares que recibimos sobre las vacunas que influyen en el momento de la aplicación.

Con la presente investigación se pretende beneficiar a diferentes entidades como el Ministerio de Salud ya que al identificar los factores que inciden en el cumplimiento del esquema nacional de vacunación, se propone un documento fidedigno para poder implementar estrategias que permitan aumentar la cobertura de vacunación y de esta forma evitar las enfermedades inmunoprevenibles disminuyendo también los costos de los servicios de salud al tener menos población enferma.

A las Unidades Comunitarias de Salud Familiar les permitirá poder educar a la población sobre las creencias y conocimientos erróneos que estos tienen, mejorando para ello la empatía con el paciente y generando confianza en los servicios brindados.

A los estudiantes de Medicina en servicio social, les servirá como fuente de información para las futuras generaciones y como base para otros trabajos de investigación.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar cuáles son los factores socioculturales que inciden en el cumplimiento del esquema de vacunación de los niños menores de 5 años que consultan las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de El Cuco, Chirilagua, San Miguel; Corinto, Morazán y equipo comunitario El Pastor, Yayantique, La Unión en el periodo de junio a agosto 2015.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la influencia que tienen los factores sociales sobre la población en estudio para la aplicación de vacunas.
- Determinar si el factor cultural ejerce influencia en el cumplimiento del esquema de vacunación.
- Conocer si el factor económico es determinante para el cumplimiento del esquema de vacunación en las unidades en estudio.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 Contexto general de la comunidad del Cantón El Pastor, Yayantique, La Unión

2.1.1 Situación Geográfica:

El Municipio de Yayantique se encuentra a una distancia de 20 kilómetros de la ciudad de San Miguel. Sus coordenadas son: Latitud 13.45° N, longitud 88.0166° O, presenta una superficie territorial de 41,85 kms², y a una altura de 300 metros sobre el nivel del mar, es de relieve montañoso deforestado.

2.1.2 Clima:

Su clima es cálido y agradable con una temperatura media que oscila los 30 grados centígrados en el día y 19 grados centígrados de noche, la presión atmosférica oscila los 1013 mb, precipitación fluvial en invierno de 100 mm, y un promedio de humedad relativa arriba del 50 %

2.1.3 Límites:

Yayantique limita al norte: con el municipio de Yucuaiquín y Uluazapa.

Al sur: con el Municipio de El Carmen.

Al este: con el departamento de San miguel

Al oeste: con el municipio de San Alejo.

2.2 Recursos Naturales

2.2.1 Cuencas Hidrográficas

Cuenta con recursos hídricos tales como: Rio El Pastor, y Rio el bastón que atraviesan el municipio de norte a sur a unirse con el rio San Antonio.

Hay una laguna artificial en cantón socorro donde cultivan alevines.

2.2.2 Cerros

Se encuentra además: Cerró Yayantique y los tres cerritos, con áreas semiboscadas las cuales están siendo deforestadas para realizar cultivo tradicional.

2.3 Aspecto Socio Histórico

2.3.1 Etimología y Toponimia:

Yyantique proviene del Potón, y significa “Cerro de los Capulines”. Está formado por las raíces Yayan o Yayah; capulín y Tique; Cerro, desinencia de lugar.

2.4 Distribución de la Población

La UCSF Básica El Pastor, Yayantique cuenta con una población de 2360 habitantes

2.5 Recursos y Servicios de la Comunidad

2.5.1 Actividades Culturales

Sus costumbres y tradiciones se enmarcan en las fiestas titulares que se celebran del 30 de enero al 2 de febrero en honor a la virgen de candelaria y las fiestas patronales se celebran desde el 23 y 24 de Junio en honor a San Juan Bautista.

2.5.2 Servicios de la Comunidad

Los servicios que brinda la comunidad son:

- 4 Centros Escolares: 1 en Caserío El Tejar, 1 en Caserío El Pastor, 1 en Caserío La Joya y 1 en Caserío El Socorro.

- Unidad de Salud (UCSF Básica)
- Casa Comunal en Colonia El Paraíso.
- Iglesia católica y 2 iglesias evangélicas en caserío El Tejar. 2 iglesias evangélicas en Caserío El Pastor y Caserío Las Lomitas, 1 iglesia evangélica en Caserío Las Cuevitas. 2 iglesias evangélicas en Caserío La Joya y Colonia Nueva Esperanza. Iglesia católica en Caserío El Socorro.
- 1 Estadio municipal en Caserío El Tejar, 1 Estadio municipal en Caserío El Pastor, 1 Estadio municipal en Caserío La Joya, 1 Estadio municipal en Caserío El Socorro.
- 1 Voluntario de cuerpo de paz en Caserío El Tejar, 1 Voluntario de cuerpo de paz en Caserío El Pastor.
- ONG SOMOS
- 1 Cooperativa agrícola en Caserío El Socorro.
- 1 Transporte Privado de Caserío La Joya – El Tejar – San Miguel y viceversa.
- Taller de mecánica y Venta de materiales de la construcción en caserío El Tejar.
- Varias tiendas en las diferentes zonas.
- Reparación de motos y bicicletas en caserío el Tejar

2.6 CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS BÁSICOS DE LA COMUNIDAD

2.6.1 Transporte: Los Cantones cuentan con dos autobuses que trabajan de lunes a domingo, con un aproximado de 3 viajes el día, no así por la noche, el costo del pasaje es de 60 a 75 centavos de dólar hasta San Miguel y viceversa ambos buses hacen su recorrido hasta Cantón San Jerónimo.

2.6.2 Calles:

Las calles de los cantones se encuentran sin asfalto hay 3 porciones con asfalto 2 en caserío El Tejar 1 en caserío El Socorro de aproximadamente 100 metros cada una, se accede a los cantones por la calle principal que esta sin asfalto y se conecta a la calle de Anchico (San Miguel) donde se llega hasta la carretera panamericana. Los demás son caminos rústicos que conducen al pueblo de Yayantique, y a otros cantones como Centeno y San Jerónimo en el municipio de San Alejo.

La calle principal se encuentra en mal estado lo que hace que en verano haya demasiado polvo y en invierno se vuelva intransitable.

2.6.3 Comercio:

No existe, solo hay 1 taller de mecánica y venta de materiales de la construcción en caserío El Tejar y tiendas en pequeña escala en los diferentes cantones.

2.6.4 Seguridad:

No hay puesto policial.

2.6.5 Recolección de basura:

Tren de aseo una vez por semana los días viernes por caserío El Pastor y caserío El Tejar. Los demás caseríos no tienen este servicio.

2.6.6 Servicios de energía eléctrica y agua potable:

Energía eléctrica suministrada por la empresa EEO.

Agua potable es brindada por alcaldía del municipio y ANDA cuya cañería madre se encuentran en el pastor.

2.6.7 Economía:

Está sustentada en la producción agrícola a pequeña escala, producción mínima de productos lácteos y en el comercio local a pequeña escala.

Está clasificado en el mapa nacional de pobreza extrema como: Extrema pobreza alta Código: A 41.

El gobierno a través de FISDL entrega bonos de educación y salud, para mitigar la pobreza extrema y el hambre.

(Ver anexo 10).

2.7 CONTEXTO GENERAL DE LA COMUNIDAD DE EL CUCO, SAN MIGUEL

2.7.1 Situación Geográfica:

Cantón El Cuco ubicada a 35 kilómetros de San Miguel y a 175 kilómetros de San Salvador, pertenece al municipio de Chirilagua, del departamento de San Miguel.

Altitud sobre el nivel del mar:

Por tratarse de una zona costera no presenta ninguna altura sobre esta, Chirilagua está a 23 msnm.

2.7.2 Límites:

Al norte limita con Ciudad de Chirilagua

Al sur lo limita el Océano Pacífico

Al este limitado con el Municipio de Intipuca

Al oeste su límite geográfico es el municipio de Jucuaran.

2.7.3 Clima:

Esta zona es costera, predomina el Clima Tropical.

2.8 RECURSOS NATURALES

2.8.1 Cuencas Hidrográficas

El cantón lo bordea en su zona sur El Océano Pacífico.

2.8.2 Fuentes de agua

Los sistemas de abastecimiento de agua son tres: ADESCO, ASAGUA y la proporcionada por la Alcaldía Municipal, y algunas viviendas cuentan con pozos de los cuales se abastecen del vital líquido.

2.8.3 Precipitación pluvial anual

El régimen Pluvial anual alcanza los 1,600 mm anuales con dos periodos canículas interestatales bien definidas la primera en Julio y la segunda en Agosto.

2.8.4 Suelos más comunes:

Latosoles, Alfisoles, Arenosos y arcillosos.

2.9 División Territorial:

Caseríos 11 (Las Bombas, La Playa, Teleférico, Conchaguita, El Esterito, El Bajillo, Toro de Oro, Hacienda San Román, Las Salinas, Tierras Moradas, Caserío San Román). La población en total es de 4,162 habitantes y entre las cuales la población de niños menores de cinco años es de 397.

2.10 Servicios de la Comunidad

Los servicios que brinda la comunidad son:

- Cuenta con Cuatro escuelas: Complejo Educativo Charleix, Centro Escolar San Román, Centro Escolar “Las Flores”, Centro escolar “La Española”.
- Unidad De Salud Comunitaria (Básica) de primer nivel de atención, la cual se encuentra ubicada en Cantón el Cuco, 1 km antes de llegar a la Playa el cuco. De superficie territorial cuenta con 73 km cuadrados, cuenta con fosa de desechos bioinfecciosos. El personal de la Unidad Consta de una licenciada de enfermería, una auxiliar de enfermería, supervisor de promotores, promotora, polivalente, secretaria, inspector de saneamiento, un medico.
- Un puesto Policial.

2.11 Comercio

El Cuco es un lugar muy apto para la pesca, y de hecho, un número considerable de los habitantes de los alrededores se dedican a esta actividad, igualmente a las ventas ambulatorias de collares, minutas, etc, también se encuentran numerosos restaurantes junto a la playa. El Cuco posee una modesta infraestructura hotelera para satisfacer las necesidades básicas de todo tipo de visitante.

(Ver anexo 11)

2.12 CONTEXTO GENERAL DE LA COMUNIDAD DE CORINTO, MORAZAN

2.12.1 EXTENSION TERRITORIAL El municipio de Corinto se encuentra ubicado en la parte norte del departamento de Morazán a 55 km de la cabecera departamental (San Francisco Gotera) cuenta con una extensión territorial de 94.99 km², conformado con 5 cantones y 52 caseríos.

2.12.2 Limites:

Al norte: Con la república de Honduras.

Al este: Con el municipio de Lislique (La Unión)

Sureste: Con el municipio de Anamoros (La Unión)

Al oeste limita: Con Cacaopera

Al Sur: Con el municipio de Sociedad.

2.13 Población

El municipio de Corinto cuenta con una población 15,400 personas aproximadamente, una población infantil de 1580 niños, de los cuales el 51% corresponde al sexo masculino y el 49% al sexo femenino, 703 de ellos son menores de dos años y 877 entre 2 a 5 años.

2.14 Principales ocupaciones de la zona.

La principal actividad del municipio de Corinto es el comercio, para ello la comunidad celebra los días miércoles y domingo de cada semana “el día del comercio” en los cuales cierran las calles principales y las ocupan para realizar ventas, convirtiendo de esta manera en el segundo municipio a nivel departamental con mayor afluencia comercial, recibiendo visitas de Honduras y los municipios aledaños. Como segunda actividad se encuentra la ganadería y agricultura (maíz, frijol y caña de azúcar).

2.14.1 Servicios Básicos

Este municipio en el área urbana cuenta con el 100% de cobertura de energía eléctrica y agua potable, mientras que en el área rural alcanza solamente el 15%, carece de manejo de aguas negras, en el rubro del transporte público el municipio cuenta con servicio de transporte

municipal (moto taxis) e interdepartamental, el servicio de salud esta brindado por la micro red Corinto la cual consta de 1 Eco especializado y 5 Ecos básicos (Urbano, La Ermita, El Altillo, San Francisco y Los Villatoro) de los cuales el Eco especializado y eco básico urbano se encuentran en el mismo local ubicado frente al parque municipal y al sureste de la alcaldía municipal, esta institución brinda servicios de salud las 24 horas del día, lunes a viernes de 6am-6pm por el ministerio de salud y de lunes a viernes 6pm-6am, fin de semanas y días festivos por Fosalud. A nivel de educación cuenta con 33 centros educativos de carácter público en todo el municipio y un Instituto nacional, cuenta solamente con una institución de carácter privado, la seguridad pública es brindada por agente de la PNC, si bien están limitados en cantidad y patrullas disponibles, brindan atención pronta en el casco urbano de dicho municipio.

2.15 Recursos Naturales

2.15.1 Hídricos:

Los principales ríos que riegan el municipio son: Torola, Tepemechin o Corinto, teniendo como afluentes las quebradas importantes como El Coyolar, Agua Helada, La Laguna, El Conejon, El Manzal, Quebrada Grande, Los Díaz, El Pital.

2.15.2 Clima:

El clima que predomina en este municipio es de sabanas tropicales calientes, su temperatura promedio oscila entre los 25°-30°.

(Anexo 12).

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Las Vacunas

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

3.1.1 Vacunación

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

3.1.2 Esquema de vacunación

Es el esquema establecido por el país y que se aplica a la población a través de las acciones del Programa Ampliado de Inmunizaciones.

3.1.3 Carnet de vacunación

Es un documento en el cual se registran todas las vacunas aplicadas a lo largo de la vida. El esquema de vacunación nacional podemos resumirlo en el anexo 6 de la presente investigación. (Ver Anexo 6).

3.2 TIPOS DE VACUNA

3.2.1 Vacunas vivas atenuadas. Son aquellas derivadas de virus o bacterias causantes de una enfermedad, los cuales han sido atenuados o debilitados bajo condiciones de laboratorio.

Estos crecerán en la persona vacunada pero como son débiles, no causarán la enfermedad o sólo la provocarán en una forma muy leve.

3.2.2 Vacunas inactivadas.

Son producidas por medio de cultivos de virus o bacterias que luego son inactivados con calor o sustancias químicas. Debido a que no están vivos, este tipo de vacunas no crece en la persona vacunada y consecuentemente no puede producir la enfermedad.

3.2.3 Vacunas recombinantes.

Son producidas insertando material genético de un organismo causante de una enfermedad dentro de células inocuas que replican las proteínas del organismo causante de la enfermedad. Las proteínas son luego purificadas y usadas como vacuna.

La inmunización, ha revolucionado la salud del niño en todo el mundo, al evitar cada año millones de defunciones y reducir el riesgo de discapacidad debida a enfermedades infecciosas inmuno-prevenibles. Hoy en día, la inmunización es una de las maneras más rentables de mejorar la salud.

3.3 Inmunización

La inmunización se la define como la acción por medio de la cual se induce o aumenta la resistencia frente a una enfermedad infecciosa, habitualmente mediante la vacunación.

3.4 Inmunidad

Es la habilidad que tiene el cuerpo de tolerar material endógeno. El sistema inmunológico está compuesto de órganos y células especializadas que protegen el cuerpo, primero identificando

substancias nocivas, conocidas como antígenos, y luego destruyéndolas usando anticuerpos y otras substancias y células especializadas.

Hay dos formas básicas de adquirir dicha protección: la inmunidad activa y la inmunidad pasiva.

La inmunidad activa: Es proporcionada por el propio sistema inmunológico de la persona. Este tipo de inmunidad puede producirse a través de la exposición a una enfermedad o a través de la vacunación. La inmunidad activa generalmente dura muchos años y con frecuencia es permanente. **La inmunidad pasiva:** Ocurre cuando los anticuerpos son transferidos de una persona o animal a otro y al cuerpo de un humano. La forma más común de inmunidad pasiva ocurre cuando un feto recibe anticuerpos de su madre a través de la placenta durante el embarazo.

3.5 FACTORES SOCIOCULTURALES

3.5.1 Factores Sociales

La palabra sociedad proviene del latín “Societas-atis” que significa una agrupación de personas, familias, pueblos o naciones, unidas bajo un pacto o constitución implícita o explícita, formal o sobreentendidos por las prácticas cotidianas, para la mutua cooperación y vida con cierto grado de unidad comunal. La sociedad es un sistema compuesto por más o menos individuos a veces denominados “miembros” . De manera general es un conjunto de factores que intervienen en una sociedad.

3.5.2 Factores Culturales:

Es el conjunto de modo de vida, costumbres y conocimientos, y grado de desarrollo artístico, científico industrial, en una época y en un grupo social.

3.5.3 La Creencia

Es el sentimiento firme y la conformidad con algo que el entendimiento no alcanza o que no está comprobado o demostrado.

Las creencias forman parte de la ideología de un pueblo y esta con sus concepciones míticas y religiosas.

3.5.4 Mito

Refiere a un relato de hechos maravillosos cuyos protagonistas son personajes sobrenaturales (dioses, monstruos) o extraordinarios (héroes). Se dice que los mitos forman parte del sistema religioso de una cultura, que los considera como historias verdaderas. Tienen la función de otorgar un respaldo narrativo a las creencias centrales de una común

3.5.5 Costumbre.

Es una práctica social con arraigo entre la mayor parte de los integrantes de una comunidad, un medio habitual de obrar que se establece por la repetición de los mismos actos.

3.5.6 Conocimiento

Indica un conjunto de datos o noticias que se tiene de una materia o ciencia.

3.5.7 Factor Económico

Es aquel que afectan el poder de compra y el patrón de gasto de los individuos. Los países tienen diversos niveles de vida y de distribución de ingresos de sus habitantes, repercutiendo de esta forma en el acceso o no a ciertas facilidades.

3.6 FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN.

Las vacunas han sido diseñadas para proteger contra las infecciones y por consiguiente deben suponer un beneficio para la sociedad y el individuo.

Desde este planteamiento resulta difícil imaginar que pueda existir alguien que no desee estar protegido y todavía resulta mucho más sorprendente que puedan existir personas que no consideran necesario el no vacunarse, pensando que así evitan lo siguiente:

1- Administración molesta.

Las vacunación pueden provocar dolor leve en el sitio de la inyección pero el beneficio es mayor al recibir la inmunización.

2- Imposición social

Aunque en El Salvador la administración de vacunas no es obligatorio como en otros países desarrollados, la ausencia de vacunación supone una serie de problemas y que con frecuencia se convierte en actitud de rechazo por otros que califican al no vacunado como un potencial peligro para la salud y un ser egoísta que se beneficia de la salud de otro. También la pérdida de carnet de vacunación implica el desconocimiento de la próxima cita para la puesta de vacunas.

3- Reacciones adversas

La presencia de fiebre ante algunas vacunas hace que muchas personas no quieran ponerle la vacuna a su hijo.

4- La religión.

Existen algunas religiones en el mundo que no aceptan las vacunas, ejemplo de ello es la comunidad AMISCH en Pensilvania Estados Unidos.

3.7 PERSPECTIVAS CULTURALES SOBRE LAS VACUNAS.

La vacunación incluye creencias básicas y profundamente arraigadas, lo cual es el resultado de la tensión entre diferentes puntos de vista cultural y sistemas de valores discrepantes que incluyen.

1- Derechos individuales y posturas de salud pública hacia la vacunación.

Muchos países requieren que sus ciudadanos reciban ciertas vacunas, en Estados Unidos por ley los niños deben de recibir vacunas antes de entrar a la escuela. En El Salvador aunque por ley no es obligatorio que tengan vacunas para que inicie sus estudios, si se les pide a los padres de familia el carnet de vacunación.

2- Diversos puntos de vista religiosos y objeciones a las vacunas.

Muchas personas tienen la creencia de que el cuerpo humano es sagrado y que no se debe contaminar con sustancias como las vacunas.

La iglesia católica reconoce el valor de las vacunas y su importancia de proteger la salud individual y comunitaria sin embargo afirma que sus feligreses deben buscar alternativas que están disponibles a las vacunas que se producen usando líneas celulares de fetos abortados.

En cambio los científicos cristianos no tienen una política formal contra las vacunas, pero en general confían en la oración, creen que las intervenciones médicas que podrían inducir a las vacunas son innecesarias.

- 3- Sospecha y desconfianza de las vacunas entre diferentes culturas y comunidades, a menudo se relaciona la desconfianza hacia la vacuna con teorías de un complot occidental que sugiere que las vacunas son estrategias para esterilizar a comunidades occidentales.

3.8 CALENDARIO VACUNAL

3.8.1 Definición.

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

3.8.2 Características.

El calendario vacunal debe reunir las siguientes características:

- Ser eficaz, es decir que proteja frente a las enfermedades infecciosas que abarca.
- Sencillo, simplificando al máximo las dosis y las visitas médicas que precisa y que permita dictar recomendaciones claras y concisas.
- Aceptado ampliamente por los médicos y la sociedad.
- Adaptado a las necesidades de la población y a sus características epidemiológicas, demográficas y socioeconómicas.
- Unificado para el área geográfica en donde se aplica.
- Actualizado permanentemente en base al desarrollo de nuevas vacunas, aparición de nuevas patologías, recrudescencias o desaparición de otras ya existentes.

De esta manera, el calendario vacunal debe ser dinámico. Los factores arriba descritos pueden contribuir en la alteración del calendario en relación con la edad, número de dosis, inclusión de

nuevas vacunas o exclusión de otras. Son cambios importantes y necesarios para que el calendario cumpla su objetivo. Los países de América Latina, en asociación con la OPS, han conseguido muchos éxitos reduciendo la morbi-mortalidad en la región a través de la vacunación. La base de los calendarios de vacunación de estos países es el recomendado por el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), con la inclusión reciente de nuevas vacunas contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), hepatitis B y sarampión, rubéola y paperas

3.9 COMPONENTES DE LAS VACUNAS.

Los médicos y todo el personal encargado de programas de inmunización deben estar familiarizados con los componentes principales de los productos que utilizan y esos componentes se describen en los prospectos que acompañan a los respectivos envases. Cuando la misma vacuna es producida por distintos fabricantes puede haber algunas diferencias en los ingredientes activos e inertes contenidos en los diversos productos. Entre los principales componentes de las vacunas figuran los siguientes:

Antígenos inmunizantes activos. Algunas vacunas consisten en un solo antígeno que es un componente altamente definido (por ejemplo: toxoide tetánico o diftérico), en otras vacunas los antígenos son complejos o están menos definidos (por ejemplo, virus vivos o bacterias muertas).

Líquido de suspensión. Aunque con frecuencia el líquido de suspensión es tan sencillo como el agua estéril para inyecciones o una solución fisiológica estéril, también puede ser un líquido complejo proveniente de cultivos de tejidos y es posible que este líquido contenga proteínas u otros componentes derivados del medio de cultivo y del sistema biológico en el cual se produce la vacuna (por ejemplo: antígeno de huevo, gelatina o antígenos derivados de cultivos de tejidos).

Conservadores, estabilizadores y antibióticos. Es frecuente que las vacunas incluyan cantidades muy pequeñas de sustancias químicas (por ejemplo: mercuriales) como el timerosal y ciertos antibióticos (como neomicina y estreptomina) para evitar el desarrollo bacteriano o para estabilizar el antígeno. Si el receptor es sensible a uno o más de estos aditivos puede experimentar reacciones alérgicas. Siempre que sea posible, estas reacciones deben prevenirse por medio de la identificación de una hipersensibilidad conocida del huésped a los componentes específicos de la vacuna.

Adyuvantes. A menudo se utiliza una sal de aluminio para aumentar la inmunogenicidad y prolongar el efecto estimulador, en particular en el caso de las vacunas que contienen microorganismo inactivados o sus productos (por ejemplo, vacuna contra la hepatitis B, y toxoide diftérico y tetánico).

3.10 VACUNA BCG.

La vacuna BCG fue preparada por Calmette y Guérin, en el Instituto Pasteur de París a partir de una cepa virulenta de *Mycobacterium bovis*, la cual fue atenuada mediante 231 subcultivos que empezaron en 1908 y culminaron 13 años después, su empleo en humanos empezó en 1921.

La vacuna BCG tiene algunas ventajas para justificar su aplicación: puede ser administrada luego del nacimiento o a cualquier edad, es segura, relativamente estable, de bajo costo, produce una cicatriz que permite identificar a las personas que han sido vacunadas y ofrece protección cruzada contra la lepra. La vacuna debe ser protegida de la luz, conservada y transportada a temperaturas entre 0 y 8° centígrados, una vez abierta solo pueden ser empleadas en un periodo no mayor de 6 – 8 horas.

Vía de administración y dosis:

La dosis para los recién nacidos es la mitad (0.05 ml) de la dosis de otras edades (0.1ml) y la vía de administración es intradérmica, generalmente en el hombro izquierdo.

Calendario vacunal:

La vacuna actualmente se indica en el periodo neonatal, sin embargo puede aplicarse a cualquier edad.

Reacciones adversa: La vacuna BCG es considerada como una de las vacunas más seguras. La posibilidad de una reacción local (ulceración) o regional (adenopatías) es independiente de la cepa, dosis, edad, y la técnica de aplicación de la vacuna, generalmente se da la siguiente evolución de eventos: al administrarla por vía intradérmica se forma una pápula que permanece 15 a 30 minutos; 2 a 3 semanas después se forma un nódulo eritematoso en el sitio de aplicación, que puede aumentar en 1 a 2 semanas más, el cual puede abscedarse y formarse una pequeña ulcera que sellará espontáneamente en unas pocas semanas (4 a 8 semanas), dejando una cicatriz que loide generalmente menor a 10 mm de tamaño. Esta cicatriz estará ausente en un 10 al 20% de los vacunados concomitantemente aparece una adenopatía usualmente axilar que puede abscedarse y fistulizarse y el mejor tratamiento es la escisión quirúrgica completa. Las complicaciones locales y regionales de la BCG más frecuente son: absceso local subcutáneo, adenopatía regional y lesiones músculo esqueléticas

Indicaciones: La mayoría de países que emplea BCG indica la primera dosis en el periodo neonatal, desde 1995 la OMS no recomienda aplicar una segunda dosis de BCG debido a que no existe evidencia científica que apoye esta revacunación y a que la mayoría de las formas extra pulmonares de TBC ocurre en los niños menores de 4 años de edad. Por lo tanto la vacunación

con BCG está firmemente indicada en recién nacidos normales que viven en un país donde la TBC es un problema de salud y en niños PPD negativos que pertenecen a zonas o grupos de riesgo de infección.

Interacciones con otras vacunas: La aplicación simultánea de otras vacunas no interfiere con la respuesta a la BCG ni aumenta la frecuencia de reacciones adversas.

3.11 PENTAVALENTE

Vacuna que combina la DPT (contra la difteria, tos ferina y tétanos), la vacuna contra las infecciones producidas por *Haemophilus influenzae* tipo B y la vacuna contra la Hepatitis B dentro del Esquema Nacional de Vacunación esta vacuna combinada se conoce como vacuna pentavalente.

Está formada por 30 UI de toxoide diftérico, 60 UI de toxoide tetánico, 3 UI de Pertusis de células completas, 10 ug de antígeno de superficie de hepatitis B y 10 ug de polisacárido capsular HIB conjugado con toxoide tetánico.

CALENDARIO VACUNAL:

2,4 y 6 meses de edad con un refuerzo a los 15-18 meses.

3.11.1 DPT

Esta vacuna es una asociación de toxoides diftérico y tetánico purificados, a partir de los cultivos de *C. tetanii* y *C. diptheriae* adsorbidos en hidróxido o fosfato de aluminio y una suspensión de cultivos de microorganismos en fase 1 de *B. pertussis* inactivada por formalina o por calor.

Las vacunas acelulares de pertussis contienen toxina pertussis (TP) inactivada o detoxificada por métodos químicos o por técnicas de genética molecular, con mínima cantidad de endotoxina con o sin uno o más inmunógenos bacterianos (FHA, pertactina y fimbrias). La TP aparentemente corresponde a la toxina biológicamente activa, responsable de las manifestaciones clínicas de la enfermedad y que juega un papel importante en la protección contra la infección pertussis en el modelo animal y en humanos.

Vías de administración y dosis

Están disponibles las siguientes vacunas: toxoides diftérico y tetánico y vacuna adsorbida contra tos ferina (DTP); toxoides diftérico y tetánico adsorbidos para uso pediátrico en niños menores de 7 años (DT); toxoides diftérico y tetánico adsorbidos para uso en adultos y niños mayores de 7 años (Td); toxoide tetánico líquido (TT) y toxoide diftérico adsorbido para uso pediátrico (D), vacuna DTPa, para uso en adolescentes y adultos.

Composición y características de la vacuna DTP (Por cada dosis de 0,5 ml) .

a) Toxoide diftérico: Debe contener entre 10 y 30 Lf/dosis y demostrar una potencia de 30 UI/dosis (método OMS) o 2 UIA/ml de suero (método NIH).

b) Toxoide tetánico: Debe contener entre 5 y 30 Lf/dosis y demostrar una potencia de 60 UI/dosis (método OMS) o 2 UIA/ml de suero (método NIH). 70

c) *Bordetella pertussis*: Elaborada según criterios de la OMS, 1979, a partir de células completas. Con potencia de 4 UI, debe contener hasta 16 unidades opacimétricas de gérmenes muertos por dosis individual.

Composición y características de vacuna DT (por cada dosis de 0,5 ml)

a) Toxoide diftérico: Debe contener entre 1 y 3 Lf/dosis y demostrar una potencia de 2,8 UI/dosis (método OMS) o 0,1 UIA/ml de suero (método NIH).

b) Toxoide tetánico: Debe contener entre 5 y 30 Lf/dosis y demostrar una potencia de 40 UI/dosis (método OMS) o 2 UIA/ml de suero (método NIH).

El toxoide tetánico está disponible como vacuna monovalente (TT), pero se prefiere su uso como vacuna combinada para adicionar la protección del componente diftérico. Conserva la potencia durante 18 a 36 meses, dato que es indicado por el fabricante. El frasco multidosis una vez abierto, conservado a la temperatura mencionada, se podrá utilizar por el término de 4 semanas según la política de frascos abiertos de OPS/OMS.

Calendario Vacunal

2,4 y 6 meses junto a las de Haemophilus Influenzae tipo b y hepatitis B y su refuerzo a los 15-18 meses y su 2 refuerzo sola a los 4 años.

Revacunación: Una dosis de refuerzo está indicada a los 6 años (o ingreso escolar) para todos los niños que han sido regularmente vacunados en la primera infancia. Transcurridos 10 años, se aplica una dosis de refuerzo de dT (doble adultos) y luego una dosis cada 10 años durante toda la vida. A partir de los 7 años se contraindica el uso de DTP por el componente pertussis. Las vacunas acelulares se pueden utilizar en individuos mayores de 7 años a partir de esta edad se recomendaría la vacuna DTPa, indicada en forma similar a dT.

Embarazadas: Se prioriza inmunizar con dT. Se indicará como esquema básico a toda mujer con esquema completo a partir de la 16 semana de gestación y su refuerzo 4 semanas después.

Efectos adversos

Locales: tumefacción, dolor y, raramente, abscesos estériles o quistes. Estas lesiones locales duran hasta semanas o meses, pero la mayor parte de las veces no requieren otro tratamiento que el sintomático. Generales: fiebre entre 38 y 40°C, malestar; anorexia, llanto persistente < 3 horas, vómitos.

Contraindicaciones absolutas.

Encefalopatía en los 7 días siguientes a la administración de una dosis previa de DPT.

Desórdenes neurológicos progresivos que incluyen epilepsia no controlada o encefalopatías progresivas.

Precauciones.

Fiebre mayor de 40.°C en las 48 horas siguientes a la administración de una dosis de DPT.

Situación de colapso o shock en las 48 horas siguientes a una dosis previa de DPT.

Convulsiones en los tres días siguientes a haber recibido una dosis de DPT.

Llanto persistente inconsolable de 3 horas de duración en las 48 horas posteriores a recibir una dosis de DPT.

Pacientes que han presentado estos efectos adversos pueden ser vacunados con DPTa (vacuna acelular) en las dosis subsecuentes. Síndrome de Guilláin-Barré en las seis semanas después de una dosis de vacuna. En estos casos se considerará el riesgo de hacer una recidiva de Guilláin-Barré frente al beneficio que supone ser vacunado frente a DPT. En general está justificado completar la serie de inmunización primaria.

No son contraindicaciones:

Fiebre menor de 40°C tras dosis previas de DPT.

Historia familiar de convulsiones.

Historia familiar de síndrome de muerte súbita del lactante.

Historia familiar de algún efecto adverso tras la administración de DPT.

3.11.2 HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B

Las vacunas conjugadas contra Hib están indicadas en todos los niños menores de cinco años y en sujetos mayores con factores de riesgo tales como asplenia anatómica o funcional, infección por VIH y SIDA.

Tiene una proteína transportadora unida al polisacárido del Hib. Cada dosis de 0.5 ml, contiene 10 ug de polisacárido capsular de H influenzae tipo conjugado y 25 ug de proteína CRM.

Contraindicaciones absolutas.

No existen.

Precauciones.

No se recomiendan precauciones especiales

3.11.3 HEPATITIS B

Las vacunas disponibles en Latinoamérica son las obtenidas por recombinación genética. Existen comercialmente varios tipos de vacunas y todas contienen HBsAg obtenido y purificado por tecnología de DNA recombinante en levaduras en las que se inserta el gen responsable de la síntesis del HBsAg. Contienen como adyuvante hidróxido de aluminio y como conservante timerosal.

Vía de administración y dosis

La administración de la vacuna se realiza por vía intramuscular en la región antero lateral del muslo en niños recién nacidos y lactantes. En niños mayores y adolescentes se administrará en deltoides. Nunca se debe administrar en la región glútea, debido a que se ha observado una menor inmunogenicidad en las personas que han sido vacunadas en esta zona anatómica. Bajo ninguna circunstancia debe administrarse por vía intravenosa ni intradérmica.

Reacciones adversas:

Estas vacunas tienen un perfil de seguridad excelente. Las reacciones adversas locales son transitorias y se presentan en el 3- 5% de los vacunados en forma de irritación local con eritema, induración y dolor en el punto de inyección, Las reacciones generales se caracterizan por febrícula, náuseas, vómitos, diarrea y dolor abdominal, cefaleas y cansancio tipo gripal, artralgias y mialgias, aunque su incidencia es muy baja y se resuelven espontáneamente. Otras raras reacciones ocasionales son erupción, prurito y urticaria. Con escasa frecuencia han sido descritos cuadros de síncope, hipotensión, bronco espasmo, angioedema, vasculitis y linfadenopatías. Algunas complicaciones neurológicas como vértigo o parestesias, pueden presentarse rara vez. Complicaciones del tipo de Síndrome de Guillain-Barré han sido descritas en pos vacunados con

preparados derivados de plasma, si bien la asociación no ha quedado firmemente establecida.

Contraindicaciones absolutas.

Reacción anafiláctica a la levadura de panadería.

Precauciones.

Prematuridad con peso menor de 2000 g.

No son contraindicaciones:

Embarazo.

Enfermedades autoinmunes.

3.12 VACUNA ORAL CONTRA LA POLIOMIELITIS (OPV).

La vacuna oral contra la poliomielitis (OPV) es una vacuna de virus vivos atenuados que combina los 3 tipos de polio virus, tipo 1, 2 y 3, causante de la patología, los serotipos 1 y 2 de la vacuna son genéticamente estables y el tipo 3 es mucho menos estable.

La administración de esta vacuna oral inicia un proceso complejo que provoca tanto inmunidad humoral (sistémica) como inmunidad a nivel de la mucosa (local). El antígeno vacunal es excretado por materia fecal durante varias semanas (15 días para el polio 1 y 21 días para los serotipos 2 y 3).

Vía de administración y dosis:

La dosis habitual es de 2 gotas, se administra vía oral.

Esquema de vacunación:

El esquema básico comprende 3 dosis que se aplican a los 2, 4 , y 6 meses de edad, con un intervalo mínimo de 45 días entre dosis; se refuerzan con 1 dosis al cabo de 1 año de la 3ª y un 2º refuerzo en el ingreso escolar.

Efectos adversos:

El uso de la OPV puede tener efectos adversos graves, como es la parálisis flácida asociada a la vacuna.

Contraindicaciones absolutas. Infección por VIH o contacto familiar con una persona infectada por VIH, debido a que en estos pacientes corren un alto riesgo de adquirir la infección o de presentarse en forma severa en comparación con la población normal. Algunas inmunodeficiencias congénitas.

Tener una inmunodeficiencia adquirida, secundaria a cualquiera de las siguientes situaciones: padecer una hemopatía o un tumor sólido, o estar sometido a terapia inmunosupresora prolongada. Tener contacto familiar con un inmunodeficiente.

No son contraindicaciones:

Lactancia materna

Diarrea aguda

Uso de antibiótico

3.13 ROTAVIRUS

El rotavirus es un virus sin envoltura con una apariencia similar a una rueda de la familia Reoviridae, el genoma se divide en 11 segmentos dobles de la cadena RNA, la mayoría de las cuales codifican solo una proteína viral. La infección del tracto gastrointestinal produce diarrea por varios mecanismos. El periodo de incubación es 1 a 4 días, la enfermedad comienza de forma abrupta con fiebre y vomito, y poco después inicia diarrea, se llegan a dar más de 20 episodios de diarrea o vómitos (o ambos) al día durante el pico de la enfermedad.

Las complicaciones comunes de la infección grave por rotavirus incluyen deshidratación isotónica, alteraciones electrolíticas, acidosis metabólica, e intolerancia temporal a la leche.

La transmisión ocurre de persona a persona por medio de la vía fecal oral, gotas respiratorias y fómites contaminados. Los niños infectados llegan a excretar hasta 100 mil millones de partículas virales, por mililitro de materia fecal. Ya que la dosis infecciosa es de 10,000 partículas solo se necesita una diez millonésima de mililitro de materia fecal para transmitir la infección.

Vía de administración

Son vacunas de virus vivos atenuados que se administran de forma oral,

Rotarix: RV1 (vacuna del rotavirus, monovalente)

Dosis de administración de 1 ml, frasco con una dosis (10), liofilizado con diluyente con un aplicador oral prellenado.

Edades autorizadas 6 a 24 semanas

Esquema recomendado 2,4 meses

Dosis 1 : de seis semanas a catorce semanas y seis días de edad

Dosis 2: ≥ 4 semanas después de la dosis 1 pero ≤ 8 meses con 0 días de edad.

Almacenamiento:

Refrigerar, no congelar, proteger de la luz

No congelar: Diluyente:

Temperatura ambiente

No congelar : vacuna reconstituida:

Refrigerar o temperatura ambiente durante 24h

No congelar

Rota teq: RV5 (vacuna del rotavirus, 5-valente)

Dosis de administración de 2 ml,tubo de plástico compresible, de una dosis (10)

Edades autorizadas de 6 a 32 semanas.

Esquema recomendado: 2, 4, 6 meses de edad

Dosis 1: de seis semanas a catorce semanas y seis días de edad.

Dosis 2: \geq de 4 semanas después de la dosis 1 pero < 8 meses con 0 días.

Dosis 3: ≥ 4 semanas después de la dosis 2 pero < 8 meses con 0 días.

Almacenamiento:

Refrigerar

No congelar

Proteger de la luz

Administrar tan pronto como sea posible después de sacarla del refrigerador.

Contraindicaciones:

- Reacción alérgica a una dosis previa de la vacuna o a cualquier componente de la misma (riesgo recurrente de reacción alérgica). El aplicador de RV1 contiene látex, por lo que los niños con alergia grave al látex deben recibir RV5.
- Algunos expertos recomiendan RV5 para los niños con espina bífida o extrofia vesical con el objetivo de disminuir el riesgo de sensibilización, sin embargo si solo se cuenta con RV1, se debe dar esta.
- Enfermedades de inmunodeficiencia combinada grave (riesgo de enfermedad producida por el virus).

Precauciones

- Enfermedad aguda moderada a grave (dificultad para distinguir la enfermedad de una reacción a la vacuna)
- Gastroenteritis moderada a grave (riesgo de una respuesta inmunológica alterada)
- Inmunodeficiencia o inmunosupresión (riesgo de enfermedad producida por el virus vivo). Los efectos adversos son poco probables en los niños infectados por VIH, ya que las cepas de las vacunas son atenuadas de manera considerable.
- Invaginación intestinal previa (riesgo de invaginación recurrente)

3.14 NEUMOCOCO 23 VALENTE

La vacuna antineumocócica polisacárida 23- valente (PPSV) protege contra 23 tipos de bacterias neumocócicas, incluyendo las que tienen mayor probabilidad de causar una enfermedad (serotipos 1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17, 18C, 19A, 19F, 20, 22F, 23F y 33F)

Vía de administración y dosis

Por vía Intramuscular a una dosis de 0.5ml.

Calendario Vacunal

2 y 4 meses, refuerzo al año de edad.

Efectos adversos

Reacciones locales, dolor, fiebre

Contraindicaciones

No existen.

3.15 SPR: SARAMPIÓN, PAROTIDITIS, RUBÉOLA.

La vacuna triple vírica contiene virus vivos atenuados contra el sarampión, rubéola y parotiditis y se aplica al año de vida. La vacuna es termolábil y pierde la potencia con el calor, por lo que debe conservarse entre los 2-8 °C y, una vez reconstituida, debe utilizarse dentro de ocho horas.

Vía de administración y dosis:

Se aplica por vía subcutánea.

Calendario vacunal:

Con el fin de evitar la posible interferencia con anticuerpos maternos presentes en la circulación, se recomienda aplicarse a partir de los 12 meses de edad y una segunda dosis se recomienda en la edad escolar, a los 4 años. La protección conferida por la vacuna es duradera, quizás para toda la vida.

Efectos secundarios:

Los eventos adversos inmediatos de hipersensibilidad después de la administración de la vacuna son extremadamente raros. Las manifestaciones sistémicas asociadas a la vacuna se producen dos días después de su administración, tiempo necesario para un periodo de incubación. Por tratarse de una vacuna combinada es difícil determinar el antígeno que se relaciona con el efecto secundario. Artritis y artralgiás: Están relacionadas con la rubéola, comienza de 7 a 21 días de la aplicación de la vacuna, se produce principalmente en mujeres en un 25%. Inflamación de las parótidas: Se produce entre 7 y 14 días de la aplicación de la vacuna, ocurre en 2% de los vacunados, el cuadro es benigno y de corta duración. Meningoencefalitis: Puede aparecer de 11 a 35 días post vacunal, la evolución es benigna.

Púrpura trombocitopénica: Los casos descritos son raros y se produjeron pasado 21 días de la vacunación y su evolución es benigna.

Contraindicaciones absolutas.

Reacción anafiláctica a la neomicina u otros componentes de la vacuna. Embarazo dado el riesgo de teratogenicidad del virus atenuado de la rubéola. Inmunodeficiencia congénita o secundaria a hemopatía maligna, tumor sólido o terapia inmunosupresora prolongada.

No son contraindicaciones.

Lactancia materna.

Que esté embarazada la madre del niño que va a ser vacunado.

Contacto familiar con una persona inmunodeficiente.

Infección por VIH en pacientes con recuento de CD4 = 25%

3.16 DPT: DIFTERIA, TOS FERINA, TÉTANOS.

Vacunas disponibles en Latinoamérica

Esta vacuna es una asociación de toxoides diftérico y tetánico purificados, a partir de los cultivos de *C. tetanii* y *C. diphtheriae* adsorbidos en hidróxido o fosfato de aluminio y una suspensión de cultivos de microorganismos en fase 1 de *B. pertussis* inactivada por formalina o por calor. Las toxinas de difteria y tétanos son tratadas con formaldehído para convertirlas en toxoides y su potencia se estandariza de acuerdo con los reglamentos de preparación para estas vacunas.

El límite de floculación (Lf) del contenido en cada toxoide puede variar entre los diferentes productos, pero respetando las normas establecidas por la OMS. La concentración de toxoide diftérico en preparaciones para adultos se reduce para evitar reacciones adversas, ya que además estas dosis de toxoide diftérico producen una respuesta inmunitaria adecuada en adultos. La preocupación por las reacciones secundarias y posibles efectos adversos asociados a la vacuna celular completa indujo al desarrollo de vacunas de pertussis con fracciones subcelulares o acelulares, con una disminución significativa de estos efectos secundarios. Las vacunas acelulares de pertussis contienen toxina pertussis (TP) inactivada o detoxificada por métodos químicos o por técnicas de genética molecular, con mínima cantidad de endotoxina con o sin uno o más

inmunógenos bacterianos (FHA, pertactina y fimbrias). La TP aparentemente corresponde a la toxina biológicamente activa, responsable de las manifestaciones clínicas de la enfermedad y que juega un papel importante en la protección contra la infección pertussis en el modelo animal y en humanos.

Eficacia e inmunogenicidad: La eficacia protectora de la fracción pertussis se ha evidenciado con la disminución de la morbimortalidad en niños con inmunización rutinaria. Es posible que las variaciones en la eficacia clínica y duración de la inmunidad esté en relación a los lotes de vacunas utilizadas, el número de dosis empleada, definición de de pertussis, etc.

Se considera que la eficacia clínica es del 70% al 90% en los primeros 3 años luego del esquema básico (4 dosis). En general, la eficacia protectora de las vacunas acelulares varía entre el 75 y 90%. En la práctica, la vacunación ha demostrado una eficacia superior al 99% y en algunos estudios clínicos una eficacia del 100% en la prevención del tétanos neonatal.

Indicaciones: Esta vacuna combinada con el componente Hib forma parte de los calendarios nacionales en Latinoamérica.

La vacuna de toxoide tetánico (TT) está indicada en todas las personas, cualquiera sea su edad, que no completaron el esquema básico con DTP o dT, hayan o no padecido tétanos.

Esta vacuna no está disponible en el Sector Público ya que se prioriza inmunizar con dT. Se indicará especialmente en: Embarazadas, trabajadores manuales (agricultores, mecánicos, floricultores, albañiles, plomeros, operarios de desagües cloacales, caballerizas, jinetes, etc.).

Alumnos de escuelas técnicas, estados preoperatorios, pacientes hospitalizados, hombres y mujeres de la tercera edad, amas de casa, personal hospitalario.

Posología y vías de administración: Están disponibles las siguientes vacunas: toxoides diftérico y tetánico y vacuna adsorbida contra tos ferina (DTP); toxoides diftérico y tetánico adsorbidos

para uso pediátrico en niños menores de 7 años (DT); toxoides diftérico y tetánico adsorbidos para uso en adultos y niños mayores de 7 años (Td); toxoide tetánico líquido (TT) y toxoide diftérico adsorbido para uso pediátrico (D), vacuna DTPa, para uso en adolescentes y adultos.

Composición y características de la vacuna DTP (Por cada dosis de 0,5 ml) .

a) Toxoide diftérico: Debe contener entre 10 y 30 Lf/dosis y demostrar una potencia de 30 UI/dosis (método OMS) o 2 UIA/ml de suero (método NIH).

b) Toxoide tetánico: Debe contener entre 5 y 30 Lf/dosis y demostrar una potencia de 60 UI/dosis (método OMS) o 2 UIA/ml de suero (método NIH).

c) *Bordetella pertussis*: Elaborada según criterios de la OMS, 1979, a partir de células completas. Con potencia de 4 UI, debe contener hasta 16 unidades opacimétricas de gérmenes muertos por dosis individual.

Composición y características de vacuna DT (por cada dosis de 0,5 ml) .

a) Toxoide diftérico: Debe contener entre 1 y 3 Lf/dosis y demostrar una potencia de 2,8 UI/dosis (método OMS) o 0,1 UIA/ml de suero (método NIH).

b) Toxoide tetánico: Debe contener entre 5 y 30 Lf/dosis y demostrar una potencia de 40 UI/dosis (método OMS) o 2 UIA/ml de suero (método NIH). El toxoide tetánico está disponible como vacuna monovalente (TT), pero se prefiere su uso como vacuna combinada para adicionar la protección del componente diftérico. Conserva la potencia durante 18 a 36 meses, dato que es indicado por el fabricante. El frasco multidosis una vez abierto, conservado a la temperatura mencionada, se podrá utilizar por el término de 4 semanas según la política de frascos abiertos de OPS/OMS.

El calendario contempla:

Esquema regular (en niños menores de 1 año): se aplicarán 5 dosis de 0,5 ml cada una; las 3 primeras con un intervalo de 4 a 8 semanas, comenzando a partir de los 2 meses de edad; la 4ª dosis (1º refuerzo) al año de la 3ª dosis (esquema básico); se aplicará a los 6 años (o ingreso escolar) un 2º refuerzo (esquema completo). Si la 4ª dosis se administra entre los 4 y 6 años, no debe aplicarse la dosis al ingreso escolar.

Esquemas incompletos. Cuando se interrumpe el esquema de vacunación debe completarse con las dosis faltantes, con los intervalos recomendados mínimos posibles, sin interesar el tiempo transcurrido desde la última dosis. Se recomienda la conveniencia de no demorar su cumplimiento.

En niños de 1 a 6 años que no han recibido dosis anteriores de DTP deben administrarse 3 dosis de DTP con un intervalo de 4 a 8 semanas, seguidas por una cuarta dosis (refuerzo) 6 ó 12 meses más tarde para completar el esquema básico. Si el refuerzo se administró entre los 4 y 6 años, no debe aplicarse la dosis al ingreso escolar.

En niños de 1 a 6 años que han recibido 1 ó 2 dosis de DTP en el primer año de vida deben completar el esquema de 5 dosis de DTP, a menos que la 4ª dosis la haya recibido teniendo 4 años o más, en cuyo caso se omite la dosis del ingreso escolar.

Revacunación: Una dosis de refuerzo está indicada a los 6 años (o ingreso escolar) para todos los niños que han sido regularmente vacunados en la primera infancia. Transcurridos 10 años, se aplica una dosis de refuerzo de dT (doble adultos) y luego una dosis cada 10 años durante toda la vida. A partir de los 7 años se contraindica el uso de DTP por el componente pertussis. Las vacunas acelulares se pueden utilizar en individuos mayores de 7 años a partir de esta edad se recomendaría la vacuna DTPa, indicada en forma similar a dT.

Interacciones: Vacunas combinadas: Las vacunas combinadas se refieren a la combinación física de dos o más antígenos en una sola preparación, idóneamente sin interferencia en su inmunogenicidad y eficacia protectora o incremento en los efectos adversos.

Efectos secundarios: Existe una relación directa de efectos colaterales con la mayor edad del niño y el número de dosis administradas.

Locales: tumefacción, dolor y, raramente, abscesos estériles o quistes. Estas lesiones locales duran hasta semanas o meses, pero la mayor parte de las veces no requieren otro tratamiento que el sintomático.

Generales: fiebre entre 38 y 40°C, malestar; anorexia, llanto persistente < 3 horas, vómitos. El 1% de los niños vacunados se ponen irritables con llanto prolongado.

Todas estas reacciones son provocadas especialmente por el componente pertussis. Ocurren habitualmente dentro de las 48 horas de aplicada la vacuna y no requieren tratamiento, salvo analgésicos o antitérmicos. En contadas ocasiones, y debido siempre al componente pertussis, pueden presentarse complicaciones tales como:

Episodios de somnolencia excesiva, llanto prolongado.

Temperatura alta, hasta 40,5°C.

Convulsiones, en las primeras 48 horas (570/1 millón De dosis aplicadas). Las convulsiones son de origen febril principalmente, y la tasa depende de los antecedentes personales y familiares y la edad, con un riesgo más bajo en lactantes menores de 4 meses.

Episodio de hipotonía e hiporreactividad (EHH), en las primeras 24 horas (570/1 millón de dosis aplicadas).

Encefalopatía, en las primeras 72 horas (0-1/1 millón de dosis aplicadas).

Anafilaxia, en la primera hora pos vacunación (20/1 millón de dosis aplicadas).

3.17 INFLUENZA

Vacuna polivalente con 3 cepas de virus gripal fraccionado, inactivado y purificado

Vía de administración y dosis

0.5 ml por vía intramuscular.

Calendario vacunal

A cualquier edad, una vez por año.

Efectos adversos

Dolor local e inflamación en el punto de inyección. En niños pequeños y en personas sin exposición previa al virus de la influenza, se presentan episodios de fiebre y dolores musculares

Contraindicaciones

No existen.

3.18 VACUNACION EN SITUACIONES ESPECIALES:

La vacunación de los pacientes con trastornos de la inmunidad requiere una consideración especial por diversas razones:

- El equilibrio entre los riesgos y beneficios es complejo. Las personas inmunocomprometidas tienen un mayor riesgo de complicaciones y muerte por las enfermedades prevenibles por vacunas, pero al mismo tiempo tienen un mayor riesgo de complicaciones por las vacunas de virus vivos, y la respuesta a todas las vacunas por lo general es subóptima.
- Los estados de inmunocomprometidas son cualitativamente diferentes, las diferencias cualitativas dictan no solo que vacunas están indicadas sino que vacunas representan un mayor peligro para el paciente. Las inmunodeficiencias congénitas en ocasiones afectan la inmunidad humoral, la inmunidad celular, la fagocitosis, o la función del complemento en formas diferentes e ínter conectadas. Los defectos de la inmunidad humoral colocan a los pacientes en mayor riesgo de infecciones invasoras por bacterias encapsuladas, lo que requiere una consideración especial sobre la vacunación contra H. Influenzae tipo b, S. Pneumoniae y N. Meningitidis.
- Los Estados de inmunocomprometidas son cuantitativamente diferentes. Por lo general los pacientes con trastornos de la inmunidad celular no deben recibir vacunas de virus vivo debido al riesgo de diseminación. No obstante, los defectos celulares varían de leves a profundos, y estas diferencias afectan la evaluación de los riesgos y benéficos de las vacunación.
- La respuesta inmunológica en ocasiones son subóptimas, hace falta de información sobre la inmunogenicidad de muchas vacunas en los individuos inmunocomprometidos.⁷

3.18.1 VACUNACIÓN EN EL NIÑO ALÉRGICO. Solo están contraindicadas las vacunas que contienen componentes ante los cuales el niño presenta una hipersensibilidad inmediata o anafiláctica (tipo 1 de Gell y Coombs) lo cual es excepcional.⁸

3.19 OPORTUNIDADES PERDIDAS EN INMUNIZACIÓN

3.19.1 Definición

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 influyen 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.

Causas de oportunidades perdidas en inmunización.

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

Contraindicaciones erróneas que provocan una oportunidad perdida en inmunización.

- 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).

4. SISTEMA DE HIPÓTESIS

4.1 HIPÓTESIS GENERAL

Hi: Los factores socioculturales influyen para que se cumpla el esquema de vacunación en los niños menores de cinco años.

4.2 HIPÓTESIS NULA

H₀: los factores socioculturales no influyen para que se cumpla el esquema de vacunación en los niños menores de cinco años.

4.3 HIPÓTESIS ALTERNA

H_A: Los factores económicos influyen para que se cumpla el esquema de vacunación en los niños menores de cinco años.

4.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

Madre o encargados de niños menores de cinco años que asisten a control infantil a las Unidades comunitarias de Salud Familiar de El Cuco, Chirilagua, San Miguel; Corinto, Morazán y equipo comunitario El Pastor, Yayantique, La Unión.

4.5 VARIABLES

V₁ Factores socioculturales

V₂ Esquema de vacunación

V₃ Conocimiento

HIPOTESIS	VARIABLES	CONCEPTO	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
Los factores socioculturales influyen para que se dé el cumplimiento el esquema de vacunación en los niños menores de cinco años.	V ₂ Esquema de vacunación	Es el esquema establecido por el país y que se aplica a la población a través de las acciones del Programa Ampliado de Inmunizaciones.	Carnet de vacunación	Es un documento en el cual se registran todas las vacunas aplicadas a lo largo de la vida.	Cuenta con el carnet de vacunación
	V ₃ Conocimientos sobre vacunas	Indica un conjunto de datos o noticias que se tiene de una materia o ciencia	Conocimientos generales Conocimientos específicos	Mediante la aplicación de una cedula de entrevista	Adecuado Inadecuado

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de estudio: Según el periodo o secuencia de estudio es de corte: transversal: Porque se estudiaron las siguientes variables factores socioculturales y esquema de vacunación, simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo en una única oportunidad.

Según el análisis y el alcance de resultados de la investigación fue: Descriptivo, cualitativo ya que se presento la información sobre las características del problema investigado, identificando causas y consecuencias que permitieron establecer relaciones de las variables en estudio y la influencia que ejercen los factores socioculturales en el cumplimiento del esquema de vacunación.

5.2 POBLACIÓN O UNIVERSO

Con una población de 943 niños menores de cinco años. A continuación se describe la distribución geográfica:

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN UCSF

UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD	POBLACION INFANTIL
UCSF EL CUCO	397
UCSF CORINTO	281
USCF EL PASTOR	265
TOTAL	943

Fuente: Ficha familiar de unidades de salud en estudio.

5.3 MUESTRA

Para ello se aplico la formula estadística:

$$n = \frac{Z^2 PQ N}{(N-1)E^2 + Z^2 PQ}$$

Donde

n = muestra

Z= valor resultante de confianza

P= Probabilidades elegidas en el estudio

Q= Probabilidades de no ser elegidas en el estudio

N= Tamaño de la población

E= Error máximo a cometer al muestrear

Datos:

n= ?

Z= 1.96

P= 0.5

Q= 0.5

N= P.UCSF

E= 0.05

Sustituyendo las poblaciones:

UCSF CUCO

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(397)}{(397-1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$(397-1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)$$

n=195 niños menores de 5 años

UCSF CORINTO

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(281)}{(281-1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$(281-1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)$$

n=168 niños menores de 5 años

UCSF EL PASTOR

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(265)}{(265-1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$(265-1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)$$

n= 157 niños menores de 5 años

TABLA 2: DISTRIBUCCION DE LA MUESTRA SEGÚN UCSF

UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD	Muestra
UCSF EL CUCO	195
UCSF CORINTO	168
USCF EL PASTOR	157
TOTAL	520

5.4 CRITERIOS PARA LA DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA.

5.4.1 Criterios de inclusión:

- ✓ Niños y niñas de 0 a 5 años de edad
- ✓ Niños y niñas que asistieron a control infantil que pertenecían a las UCSF en estudio
- ✓ Niños y niñas de 0 a 5 años con carnet de vacunación

5.4.2 Criterios de exclusión

- ✓ Niños y niñas de 0 a 5 años con inmunodeficiencia
- ✓ Niños y niñas menores de cinco años abandonados por sus padres.
- ✓ Madres o encargados que no desearon participar en el estudio.
- ✓ Niños prematuros

5.5 TIPO DE MUESTREO

Muestreo de tipo probabilístico, aleatorio simple, ya que todas las unidades (madres o encargados) tuvieron la misma probabilidad de ser incluidos en el estudio, la muestra solo fue aplicada a las unidades comunitarias de salud familiar de El Cuco, Chirilagua, San Miguel 195; Corinto, Morazán 168, y equipo comunitario El Pastor, Yayantique, La Unión 157.

Unidad de información: madres y encargados de niños y niñas de 0 a 5 años de edad.

5.6 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Documental bibliográfica: permitió obtener información de libros especializados de medicina

De trabajo de campo: La encuesta la cual permitió entrevistar a la población en estudio

5.7 INSTRUMENTO

Una cédula de entrevista dirigida a las madres o encargadas de los niños y que consto de 22 interrogantes de las cuales 8 preguntas tenían respuestas cerradas, 9 de múltiple escoge y 5 con respuestas abiertas, se distribuyeron de la siguiente manera: de la pregunta 1 a la 7 se evaluó características demográficas; de la 8 a la 12 el factor social; de la 13 a la 22 se evaluó el factor cultural. (Anexo 9)

5.8 PROCEDIMIENTO

5.8.1 Planificación

El Departamento de Medicina de La Facultad Multidisciplinaria Oriental, fueron reunidos los estudiantes egresados de la Carrera Doctorado en Medicina y los coordinadores de proceso de Graduación, con el fin de conocer los lineamientos a seguir en el desarrollo de el trabajo de

graduación donde se asigno el docente asesor con el cual posteriormente en una reunión se selecciono el tema a investigar y el lugar en el que se realizo la investigación además se inicio la búsqueda de información sobre el tema a investigar.

Para luego elaborar el perfil de investigación siguiendo los lineamientos adecuado para su desarrollo y fue presentado de forma escrita al cual se le realizaron correcciones por asesora y jurado, se realizo la elaboración del presente protocolo de investigación contando con asesor metodológico y estadístico.

5.8.2 Ejecución

La población estudiada fue 520 niños menores de 5 años distribuidos de la siguiente manera, unidades comunitarias de salud familiar del El Cuco, Chirilagua, San Miguel 195; Corinto, Morazán 168, equipo comunitario El Pastor, Yayantique, La Unión 157.

Previo a la ejecución de la investigación se realizo la validación del instrumento a usar en: UCSF San Antonio Silva, UCSF Chirilagua, y en ECOSF La Ermita, Cantón Laguna, donde se paso la cedula de entrevista a quince madres y/o encargadas de niños que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión con el objetivo de valorar la comprensión de las preguntas, y tomando en cuenta el tiempo para valorar el numero de entrevistas programadas al día. El trabajo se realizo cuando la madre o encargado asistió con su hijo al control atención de la niñez en las unidades comunitarias familiar, ahí se le explico en qué consiste el estudio y si estaba dispuesta a participar en él, posteriormente se le proporciono el consentimiento informado, luego se procedió a leerle cada de una de las preguntas del cuestionario elaborado. Y a la vez se le fue dando respuesta a cada de una de las interrogantes hechas a la madre.

5.8.3 Validación del instrumento

Previa a la ejecución de la investigación se realizó validación del instrumento en el equipo comunitario familiar San Antonio Silva, UCSF Chirilagua, y ECOSF La Ermita, Cantón la Laguna, durante la primera semana de junio 2015; donde se pasó el instrumento a 15 madres que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión con el objetivo de valorar la comprensión de las preguntas. Y verificar si había alguna dificultad en alguna pregunta, la que pudiera causar sesgo en los resultados, o falta de una respuesta.

5.8.4 Recolección de datos

La población estudiada fue de 520 niños menores de cinco años que asistieron a las unidades de estudio distribuidos de la siguiente manera: 157 de la UCSF El Pastor, 195 de UCSF El Cuco, 168 de UCSF Corinto, lo anterior se llevó a cabo de junio a agosto de 2015.

5.8.5 Plan de análisis

Una vez recolectada la información se procedió a la recolección de datos utilizando el programa IBM- SPSS. De esta manera se realizaron tablas y gráficas y permitieron el análisis y la interpretación de los resultados de cada una de las respuestas, a través de los métodos de frecuencia y porcentaje, lo cual permitió la presentación de los datos en forma sistemática para datos cuantitativos.

5.9 CONSIDERACIONES ETICAS

Las personas que participaron presentaron en dicha investigación lo hicieron de manera voluntaria, y previamente se les explicó en qué consistía el estudio y se les pidió su consentimiento informado (anexo 8).

6. RESULTADOS

6.1 TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS CEDULAS DE ENTREVISTA REALIZADAS A LAS MADRES EN ESTUDIO.

Este apartado se divide en tres partes correspondiendo la primera parte: a las características demográficas, la segunda parte a los factores sociales, la tercera parte a factores culturales.

6.1.1 Características Demográficas

Esta sección contiene datos generales del niño y de la madre o encargado, edad del niño, sexo, edad de la madre, parentesco, procedencia, estado familiar.

6.1.2 Factor Social

Esta sección contiene nivel de escolaridad, ocupación de la madre, fácil acceso a la unidad, en que se transporta, tiempo en que se tarda en llegar a la unidad

6.1.3 Factor Cultural

En esta sección se evalúa los mitos y creencias que poseen la población en estudio y cómo influyen en el cumplimiento de esquema de vacunación entre los que se mencionan: religión, casos en los que no se deben vacunar a los niños, aplicación de varias vacunas a la vez y si es puntual con la cita de vacunación, que es una vacuna, para que sirven, que vacuna se le aplica, los beneficios que tiene una vacuna y reacciones que se produce posterior a la aplicación y si las vacunas aplicadas en las clínicas privadas son mejores que las de la unidad de salud.

6.2 TABULACIÓN, ANÁLISIS, E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INCIDEN EN EL CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACION DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.

6.2.1 CARACTERISTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS NIÑOS

TABLA 3. EDAD DEL NIÑO EN ESTUDIO

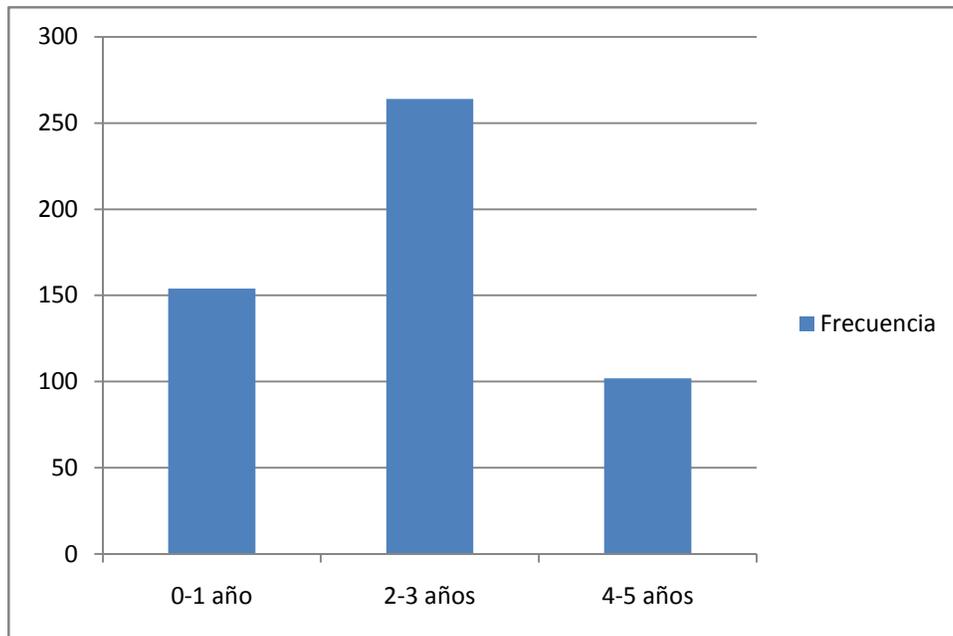
Edad del niño	Frecuencia	Porcentaje
0-1 año	154	30%
2-3 años	264	51%
4-5 años	102	19%
Total	520	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio

ANALISIS: En la presente tabla se muestra que el 51% de niños que asistió a su control infantil corresponde al rango de 2-3 años, el 30% de 0-1 años y el 19% al rango de 4-5 años.

INTERPRETACION: en la presente tabla se observa que el mayor porcentaje de niños que asistió a control infantil está en la etapa preescolar entre los 2 y 5 años de edad; mientras que los lactantes menores los están en menor proporción.

GRAFICO N° 1. EDAD DEL NIÑO EN ESTUDIO



Fuente: Tabla N°3

TABLA 4. SEXO DEL NIÑO EN ESTUDIO

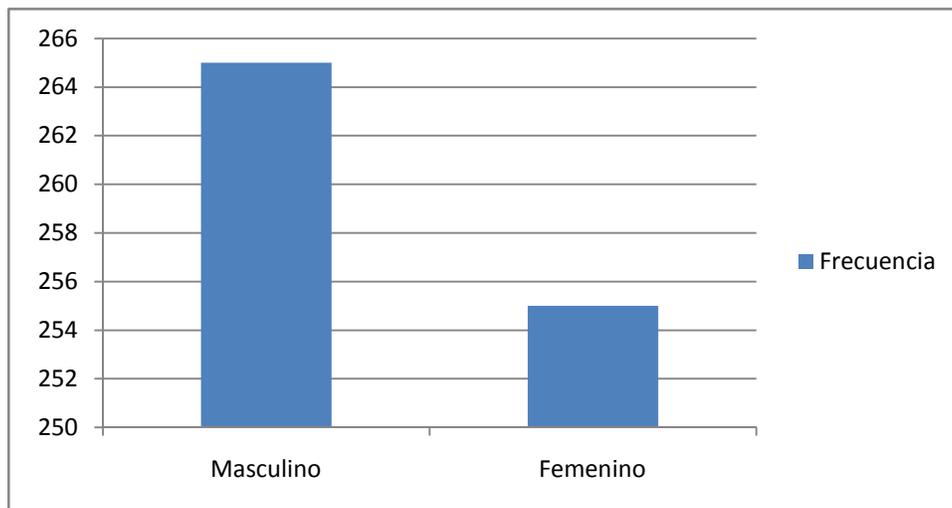
Sexo del niño	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	265	51%
Femenino	255	49%
Total	520	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio

ANALISIS: Se evidencia en la presente tabla que el 51% de niños son de sexo masculino mientras que el 49% restante al sexo femenino.

INTERPRETACION: El mayor porcentaje de niños que predominan en el estudio corresponden al sexo masculino sobre el sexo femenino.

GRAFICO N° 2. SEXO DEL NIÑO EN ESTUDIO



Fuente: Tabla N°4

TABLA 5: ESTADO DEL ESQUEMA DE VACUNACION DEL NIÑO EN ESTUDIO

Estado del esquema de vacunación	Frecuencia	Porcentaje
Completo	501	96%
Incompleto	19	4%
Total	520	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio

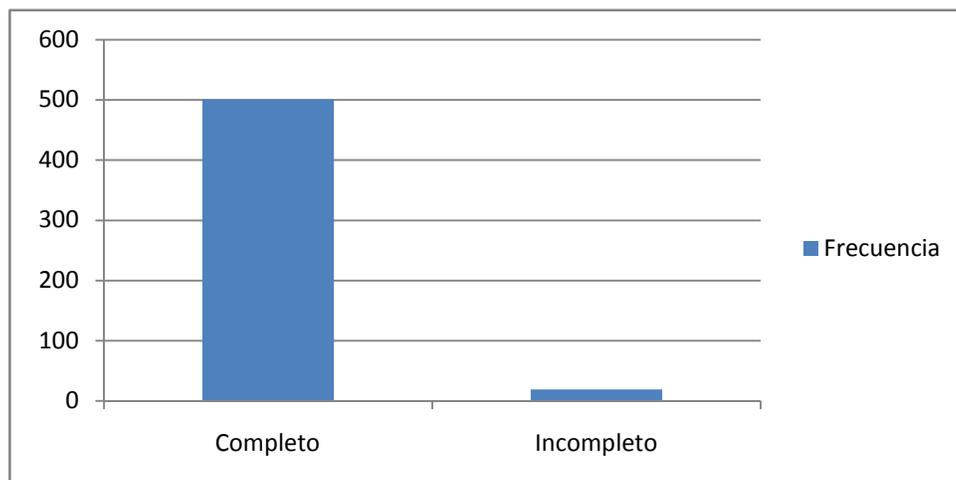
ANALISIS:

Le presente tabla muestra que el 96% de los niños estudiados tiene el esquema de vacunación completo y el 4% no cumple con el esquema completo.

INTERPRETACIÓN:

se observa que la mayoría de niños presenta un esquema de vacunación completo mientras que solamente una minoría lo tiene de forma inadecuada lo cual puede deberse a diferentes motivos ejemplo: la ausencia de vacunas, negligencia de parte de los padres, o por alguna creencia por parte de la madre o encargado, para no vacunar lo cual implica un riesgo grave la adquisición de una de las enfermedades inmunoprevenibles.

GRAFICO N° 3. ESTADO DEL ESQUEMA DE VACUNACION DEL NIÑO EN ESTUDIO



Fuente: Tabla N°5

6.2.2 CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA MADRE O ENCARGADA DEL NIÑO

TABLA 6. EDAD DE LA MADRE O ENCARGADO DEL NIÑO

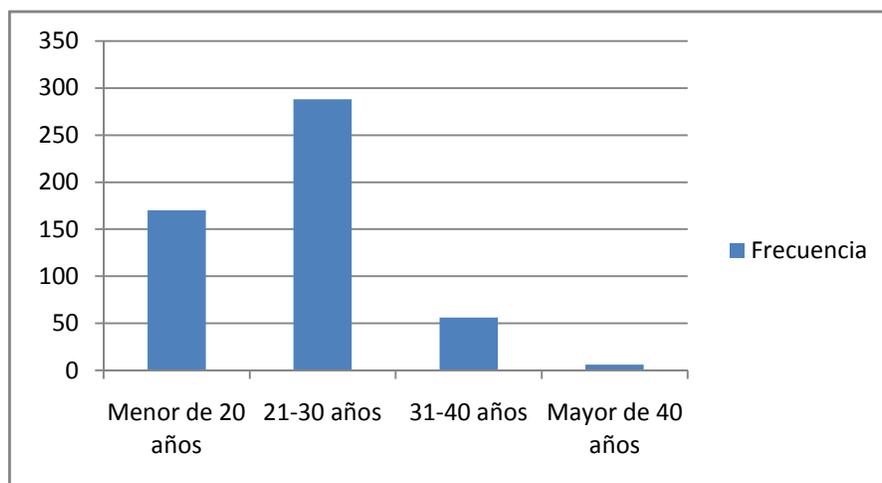
Edad de la madre o encargado	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 20 años	170	33%
21-30 años	288	55%
31-40 años	56	11%
Mayor de 40 años	6	1%
Total	520	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS: Los resultados obtenidos muestran que el 55% de madres o encargados del niño oscilan entre las edades de 21-30 años, el 33% corresponde al rango de menores de 20 años, y el 11% al rango de 31-40 años, y solo el 1% corresponde al rango de mayores de 40 años.

INTERPRETACIÓN: el rango de mayor predominancia de las madres o encargados del cuidado de los niños esta en el rango de 21 a 31 años de edad, seguido del grupo de madres adolescentes y en menor porcentaje de madres o encargadas mayores de 30 años de edad..

GRAFICO N° 4. EDAD DE LA MADRE O ENCARGADO DEL NIÑO



Fuente: Tabla N°6.

TABLA 7. PARENTESCO CON EL NIÑO QUE ASISTE A CONTROL

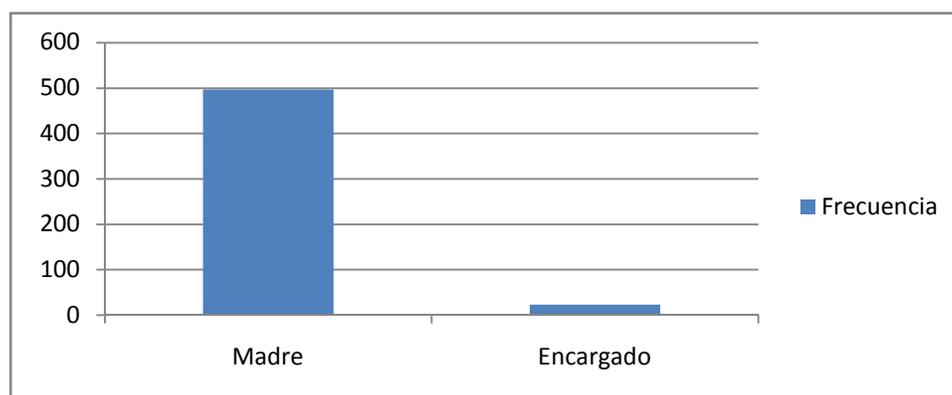
Parentesco	Frecuencia	Porcentaje
Madre	497	96%
Encargado	23	4%
Total	520	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio

ANALISIS: la tabla anterior muestra que el 96% de los responsables de llevar a los niños al control infantil en las áreas de estudio son las madres y un 4% corresponde a los encargados.

INTERPRETACIÓN: la persona que están encargada de llevar el cuidado de los hijos es la madre y en raras ocasiones es el encargado siendo esta la abuela, y en muy pocos casos el padre.

GRAFICO N° 5. PARENTESCO CON EL NIÑO QUE ASISTE A CONTROL



Fuente: Tabla N°7.

TABLA 8 AREA DE PROCEDENCIA DEL SUJETO EN ESTUDIO

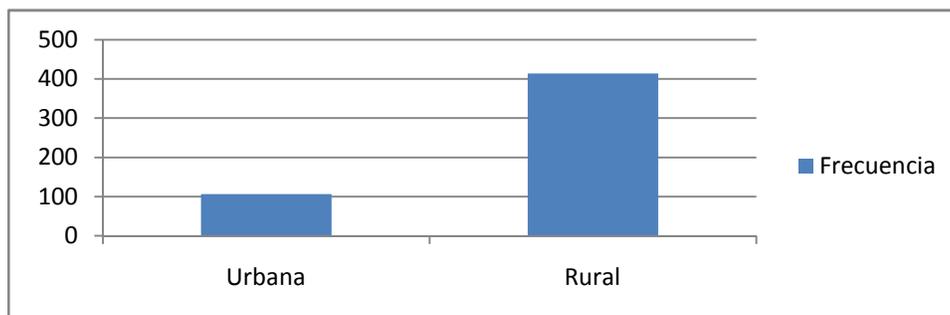
Área de procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	106	20%
Rural	414	80%
Total	520	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio

ANALISIS: Los datos obtenidos reflejan que el 80% de niños en estudio procede del área rural y el 20% del área urbana.

INTERPRETACION: hay un predominio de los niños en estudio que proceden del área rural, mientras que solo 106 pacientes asistieron a la unidad de salud del área urbana, probablemente por que tengan mejores condiciones económicas o porque la población tiene más facilidades para poder desplazarse hacia otros lugares donde se les brinde atención sanitaria ya sea a una unidad de salud más cercana, a un ECOSF urbano, al seguro social, o una clínica privada.

GRAFICO N° 6. AREA DE PROCEDENCIA DEL SUJETO EN ESTUDIO



Fuente: Tabla N°8

TABLA 9. ESTADO CIVIL DE MADRE O ENCARGADO

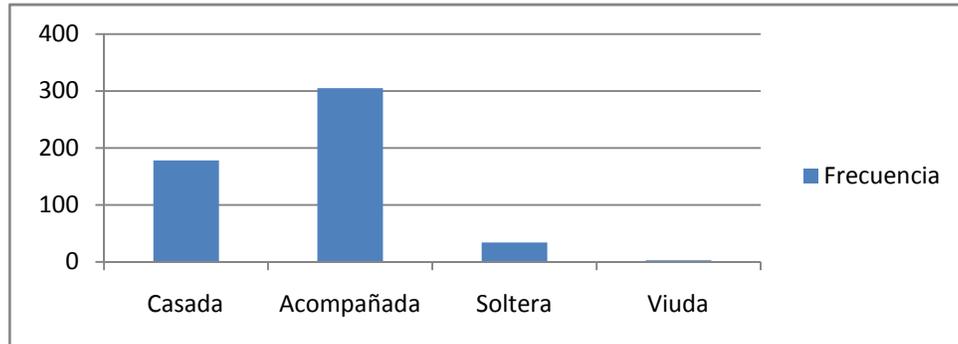
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	178	34%
Acompañada	305	59%
Soltera	34	6%
Viuda	3	1%
Total	520	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS: Los resultados reflejan que el estado civil de las madres de niños menores de cinco años que participaron en el estudio eran en un 59% acompañadas, el 34% casadas, 6% son soltera, y el 1% viudas.

INTERPRETACIÓN: el estado familiar predominante de las madres o encargados es acompañada seguida de un buen porcentaje de las que tienen un vínculo legal y solamente una minoría es madre soltera o viuda.

GRAFICO N° 7. ESTADO CIVIL DE MADRE O ENCARGADO



Fuente: Tabla N°9

6.2.3 FACTORES SOCIALES

TABLA 10: NIVEL DE ESCOLARIDAD DE MADRE O ENCARGADO

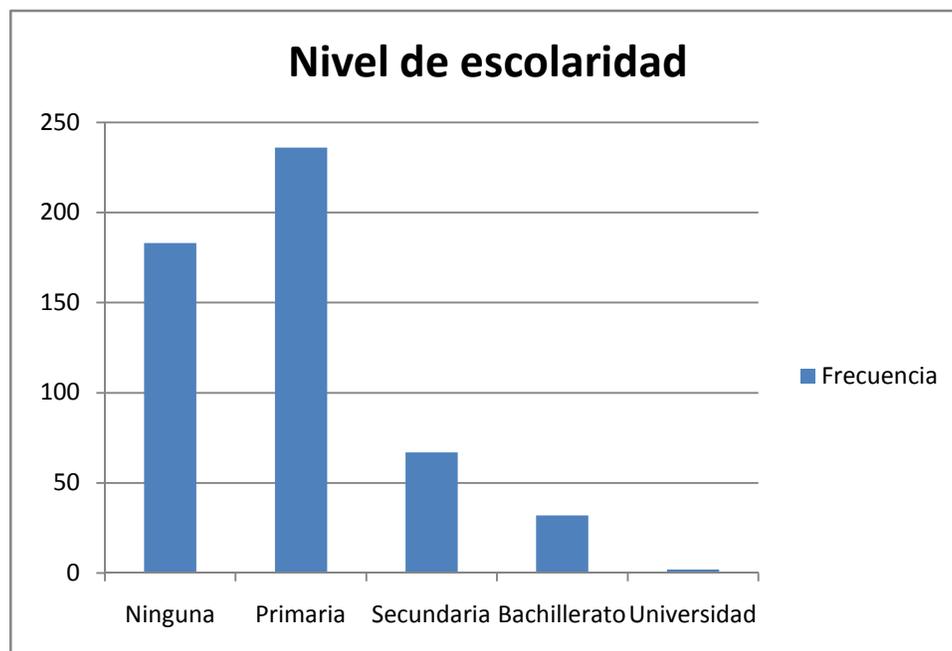
Nivel de escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	183	35%
Primaria	236	45%
Secundaria	67	13%
Bachillerato	32	6%
Universidad	2	1%
Total	520	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS: La mayoría de las madres o encargados tienen una educación primaria, la cual representa el 45%, un 35% no recibió ningún tipo de educación, 13% asistió a secundaria, 6% completaron el bachillerato y solamente 1% asistió a la universidad.

INTERPRETACIÓN: se observa que el grado de escolaridad que predomina en las madres o encargadas es la primaria seguida en menor porcentaje de las personas que tuvieron la oportunidad de estudiar la secundaria y el bachillerato y solo dos de ellas tienen estudios universitarios, sin embargo un buen porcentaje no tiene ningún grado de escolaridad, lo que hace susceptible a este grupo de personas hacia los mitos y creencias.

GRAFICO N° 8. NIVEL DE ESCOLARIDAD DE MADRE O ENCARGADO



Fuente: Tabla N°10.

TABLA 11. OCUPACION DE LA MADRE O ENCARGADA

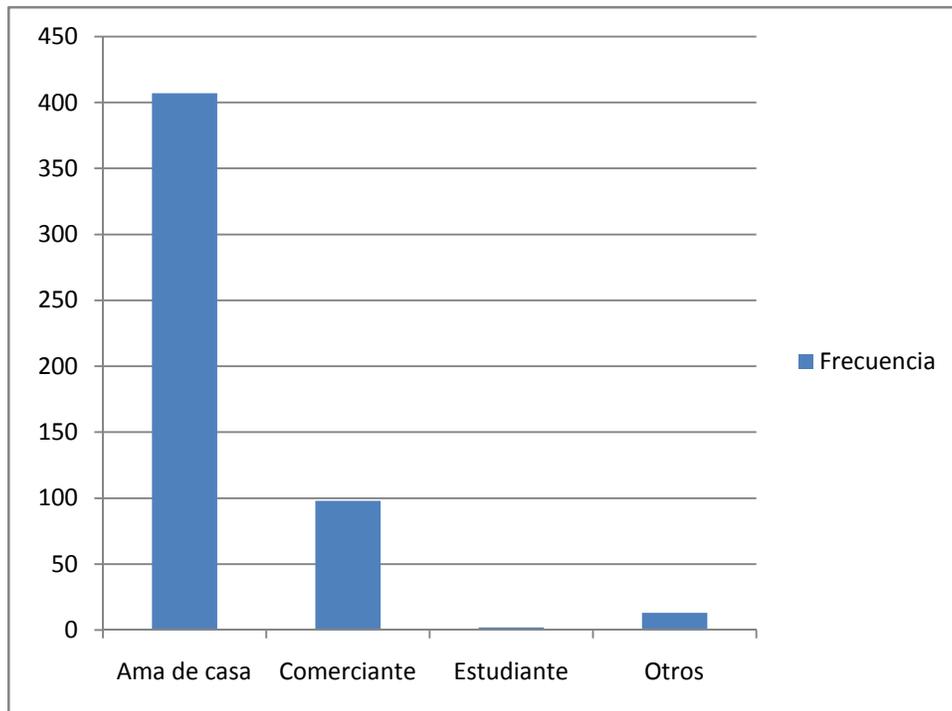
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	407	78%
Comerciante	98	19%
Estudiante	2	1%
Otros	13	2%
Total	520	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS: la tabla anterior menciona que las madres o encargados de llevar a los controles infantiles a los niños menores de cinco años el 78% tiene la ocupación de ser ama de casa, el 19% son comerciantes, 2% es de otro tipo de ocupación, el 1% son estudiantes.

INTERPRETACION: La ocupación o trabajo de las madres o personas encargadas de los niños no es un factor que impida en cumplimiento con las citas de vacunación debido a que la mayor parte se dedica a los oficios del hogar, poca parte se dedica al comercio pero aun así le brindan la importancia adecuada a las citas de control infantil y muestran interés en tener al día las vacunas.

GRAFICO N° 9. OCUPACION DE LA MADRE O ENCARGADA



Fuente: Tabla N°11

TABLA 12. ES DE FACIL ACCESO LA UCSF PARA USTED

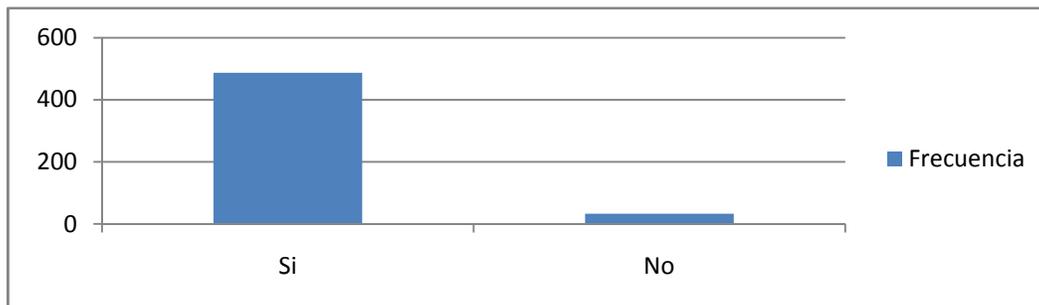
Fácil acceso	Frecuencia	Porcentaje
Si	487	94%
No	33	6%
Total	520	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS: la tabla anterior muestra que hay un 94% de accesibilidad a las unidades de estudio y un 6% no tienen facilidad de acceso.

INTERPRETACIÓN: La accesibilidad de las unidades en estudio es una característica importante que permite que se logre un buen nivel de cobertura en sistema de salud para lograr el cumplimiento del esquema de vacunación, a poca población se le es de difícil acceso debido a que su hogar se encuentra en zonas limítrofes del área geográfica de influencia de las unidades en estudio.

GRAFICO N° 10. ES DE FACIL ACCESO LA UCSF PARA USTED



Fuente: Tabla N° 12

TABLA 13. EN QUE SE TRANSPORTA A LA UNIDAD DE SALUD

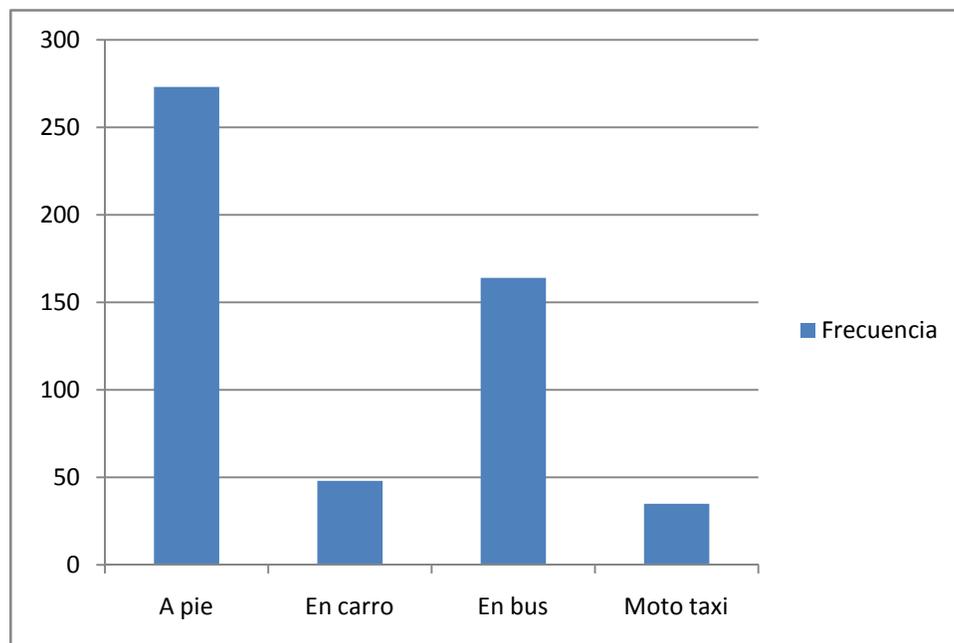
Medio de transporte	Frecuencia	Porcentaje
A pie	273	53%
En carro	48	9%
En bus	164	32%
Moto taxi	35	6%
Total	520	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio

ANALISIS: Las madres y encargados de los niños asisten el 53% es a pie a la unidad de salud, el 32% en bus, el 9% en carro y 6% en moto taxi.

INTERPRETACIÓN: Debido a la cercanía y fácil accesibilidad del centro de salud la mayoría de madres optan por llegar a pie a dichos centros, un buen porcentaje de la población utiliza un medio de transporte para tener acceso de servicio de salud lo cual implica un costo y que puede en un momento ser un factor determinante para la no asistencia a la Unidad de Salud.

GRAFICO N°11. EN QUE SE TRANSPORTA A LA UNIDAD DE SALUD



Fuente: Tabla N°13

TABLA 14 CUANTO TIEMPO SE TARDA EN LLEGAR DESDE SU CASA A LA UNIDAD
DE SALUD

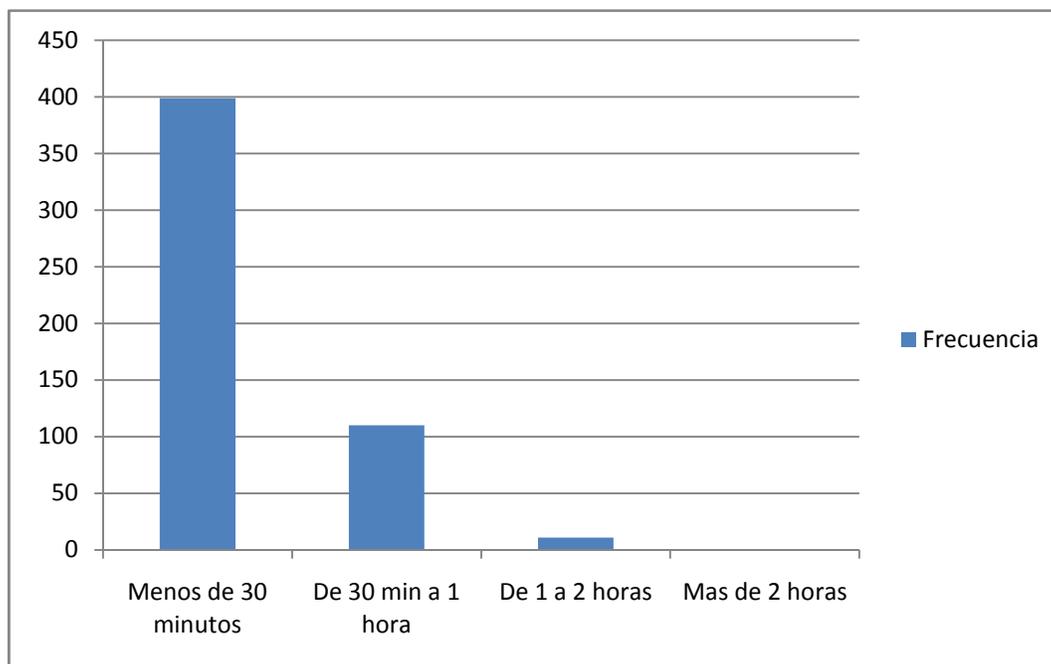
Tiempo que se tarda	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 30 minutos	399	77%
De 30 min a 1 hora	110	21%
De 1 a 2 horas	11	2%
Más de 2 horas	0	0%
Total	520	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS: Se puede apreciar que el 77% de las madres se tardan menos de 30 min, seguido de un 21% que se tardan 30 min a una hora, y solo un 2% se tardan de 1 a 2 horas.

INTERPRETACIÓN: a pesar que la mayoría de los participantes en estudio se tardan menos de 30 minutos en llegar a su unidad comunitaria familiar, un buen número de madres se tardan más de 30 minutos, esto unido al hecho que tienen que gastar en pasaje, dejar a sus otros hijos en casa, o no tener tiempo para hacer la comida, etc.

GRAFICO N°12. CUANTO TIEMPO SE TARDA EN LLEGAR DESDE SU CASA A LA
UNIDAD DE SALUD



Fuente: Tabla N°14

6.2.4 FACTORES CULTURALES

TABLA 15. A QUE GRUPO RELIGIOSO PERTENECE

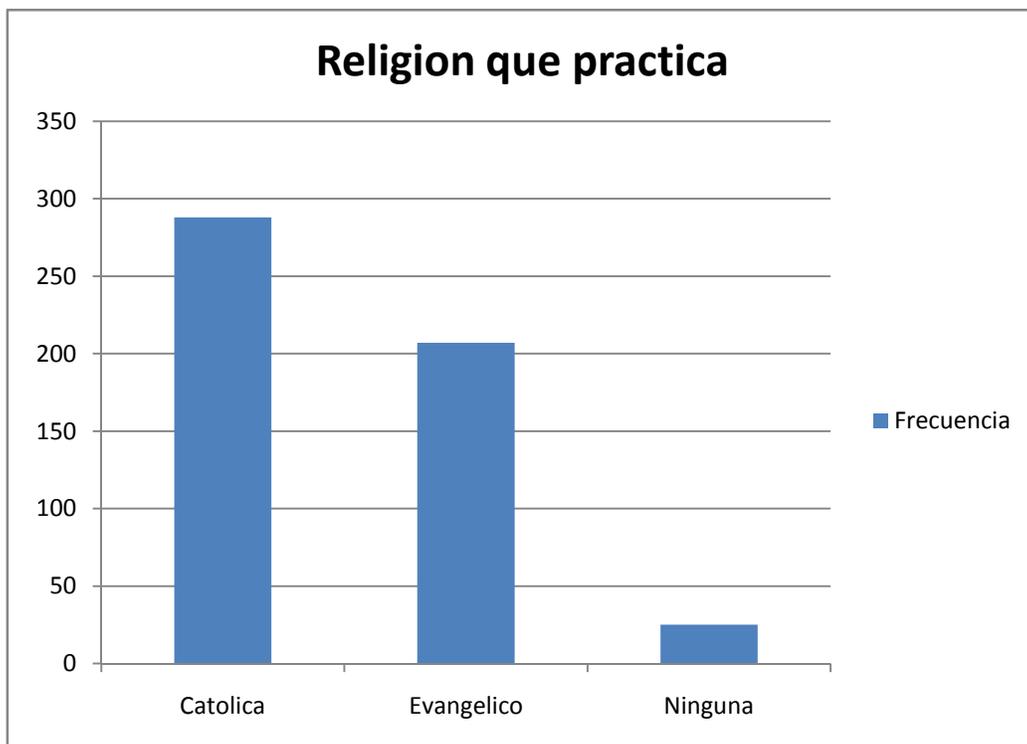
Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	288	55%
Evangelica	211	41%
Ninguna	21	4%
Total	520	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS: El 55% de las madres que llevaron a los niños menores de cinco años a su control infantil es de religión católica, el 41% es de religión evangelica, 4% no practica ninguna religión

INTERPRETACIÓN: se puede observar que el grupo religioso que mas predomina es el católico, seguido de manera significativa el evangelico y en menor proporción sin credo religioso.

GRAFICO N° 13. A QUE GRUPO RELIGIOSO PERTENCE



Fuente: Tabla N° 15

TABLA 16. EN QUE CASOS CREE USTED QUE NO SE DEBEN VACUNAR

En qué casos no se deben vacunar	SI		NO		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Fiebre Leve	25	5%	495	95%	520
Diarrea	116	22%	404	78%	520
Gripe	114	22%	406	78%	520
Desnutridos	51	10%	469	90%	520
Prematuros	46	9%	474	91%	520
Otras	0	0%	0	0	0

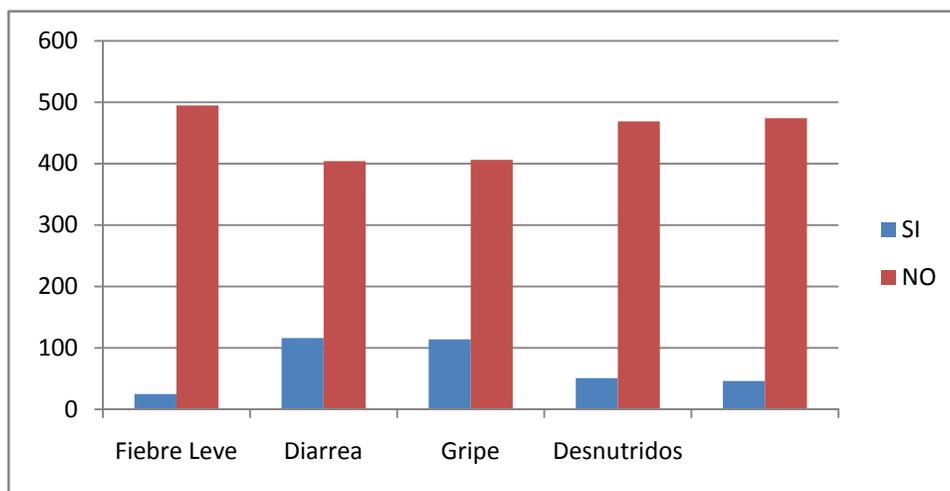
Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio

ANALISIS: En la presente tabla se demuestra que las madre o encargados de los niños que asisten a control infantil refieren en un 95% que no se deben de vacunar en presencia de fiebre, 91% refiere que no se deben vacunar si estos son prematuros, 90% que no se deben vacunar si están desnutridos y un 78% manifiesta que no se deben vacunar con diarrea ni con gripe.

INTERPRETACION: se evidencia en los datos presentados que la mayoría de las personas encargadas de cuidar al infante consideran necesario no vacunar al niño cuando tiene fiebre leve, sin embargo la literatura internacional muestra que no está contraindicado vacunar con temperatura menor de 38 grados, ser prematuro no es una condición para no vacunar excepto por la BCG que es la única que no se aplica en niños prematuros por la técnica que se utiliza ya que es intradérmica y ellos tienen menos masa muscular, otra de las condiciones que no es correcta es la del desnutrido al contrario el niño debe de tener un esquema de vacunación completo por su condición deficiente tiene defensas bajas y es candidato a adquirir enfermedades o agravar las

existentes. La gripe no es contraindicación. Ninguna de las personas a las que se les paso la cedula de entrevista se refirió a otras circunstancias.

GRAFICO N°14. EN QUE CASOS CREE USTED QUE NO SE DEBEN VACUNAR



Fuente: Tabla N°16

TABLA 17. QUE CREE SOBRE LA APLICACIÓN DE VARIAS VACUNAS A LA VEZ

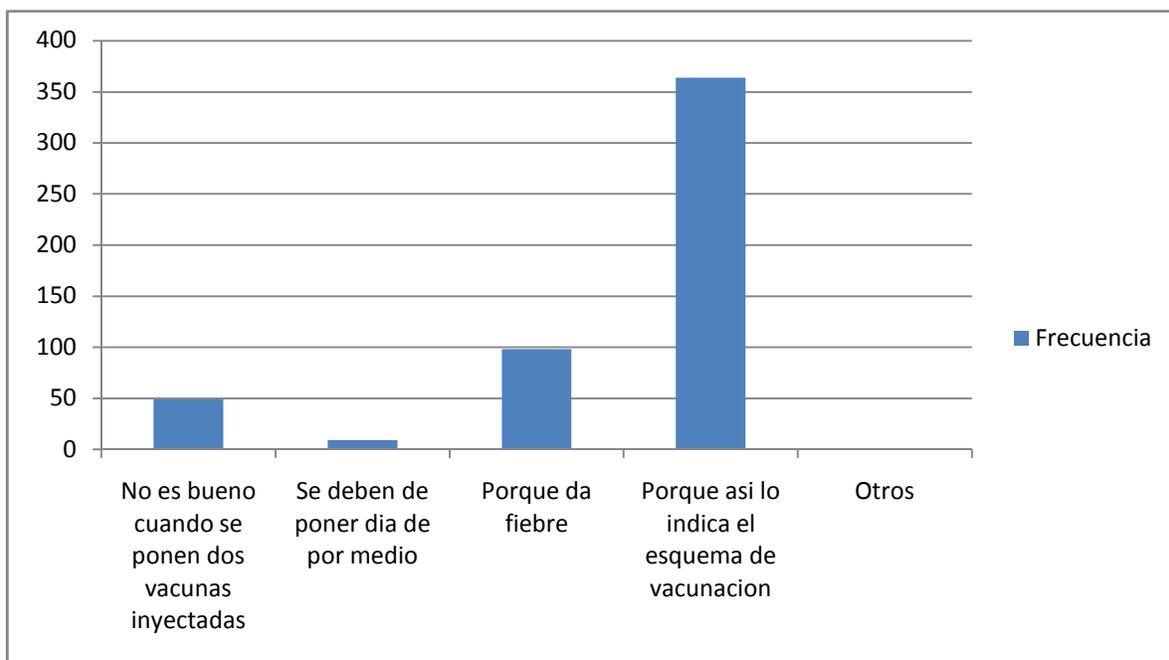
Que cree sobre la aplicación de varias vacunas a la vez	Frecuencia	Porcentaje
No es bueno cuando se ponen dos vacunas inyectadas	49	9%
Se deben de poner día de por medio	9	2%
Porque da fiebre	98	19%
Porque así lo indica el esquema de vacunación	364	70%
Otros	0	0%
Total	520	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS: la tabla anterior muestra que el 70% de las madres que llevan a los niños a control infantil, manifiestan que la aplicación de varias vacunas a la vez es porque así lo indica el esquema de vacunación, un 19% refiere que no se le debe de aplicar porque le da fiebre, el 9% porque no es bueno cuando se le ponen dos vacunas inyectadas, y un 2% manifiestan que se deben de poner día de por medio.

INTERPRETACIÓN: se evidencia que la mayoría de las madres o encargados conoce adecuadamente del esquema de vacunación, mientras que en menor proporción un grupo de personas menciona que se debe de aplicar un día de por medio, lo cual puede contribuir a que la persona no cumpla con el esquema por diversos motivos, entre ellos no tienen acceso cercano a las unidades de salud, no cuentan con el medio económico para costear el transporte, múltiples compromisos adquiridos o refieren no tener tiempo.

GRAFICO N°15. QUE CREE SOBRE LA APLICACIÓN DE VARIAS VACUNAS A LA VEZ



Fuente: Tabla N°17

TABLA 18. ES PUNTUAL CON LA CITA DE VACUNACION

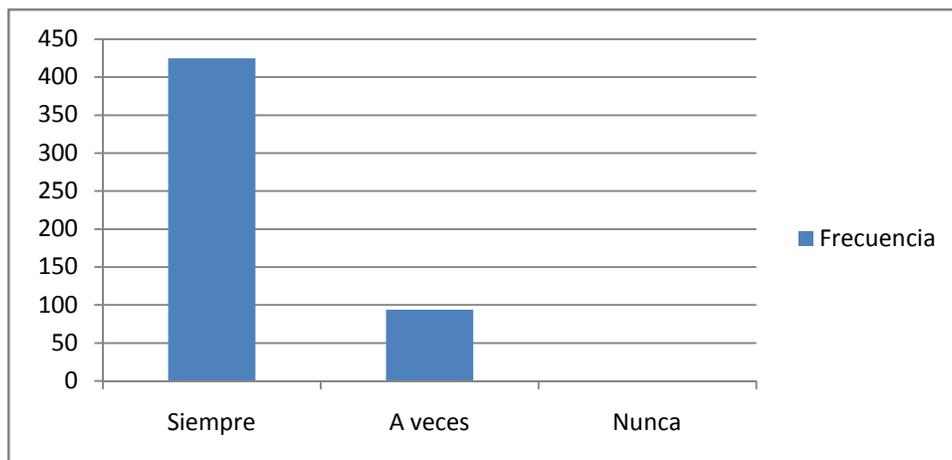
Es puntual con la cita de vacunación	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	425	82%
A veces	95	18%
Nunca	0	0%
Total	520	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS: El 82% de las madres asisten siempre a la cita de vacunación y el 18% asisten a veces, y 0% nunca.

INTERPRETACIÓN: La población estudiada refiere en su mayoría ser puntual en el cumplimiento de los controles infantiles y del esquema de vacunación, poca parte de ella refiere que a veces asiste o pierde su fecha de vacunación.

GRAFICO N°16. ES PUNTUAL CON LA CITA DEL ESQUEMA DE VACUNACION



Fuente. Tabla N°18

TABLA 19 SABE USTED QUE ES UNA VACUNA

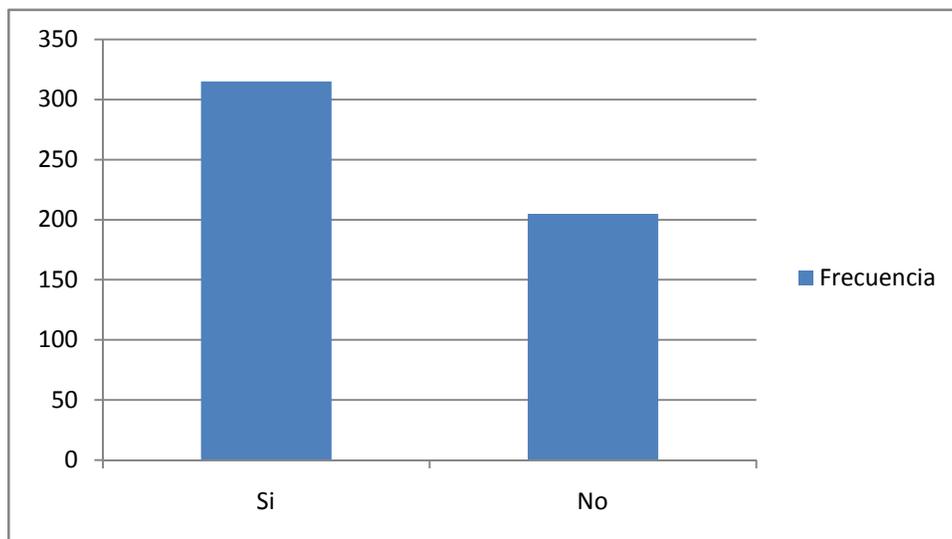
Sabe usted que es una vacuna	Frecuencia	Porcentaje
Si	315	60%
No	205	40%
Total	520	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS: De la población en estudio el 60% tiene conocimiento de que es una vacuna, y el 40% no saben que es.

INTERPRETACIÓN: la mayoría de las personas entrevistadas tienen el conocimiento de lo que es una vacuna lo cual puede corresponder a aquellas personas con mayor nivel educativo mientras que un buen porcentaje de ellas no tiene ningún conocimiento.

GRAFICO N° 17 SABE USTED QUE ES UNA VACUNA



Fuente: Tabla N°19

TABLA 20. SABE USTED PARA QUE SIRVEN LAS VACUNAS

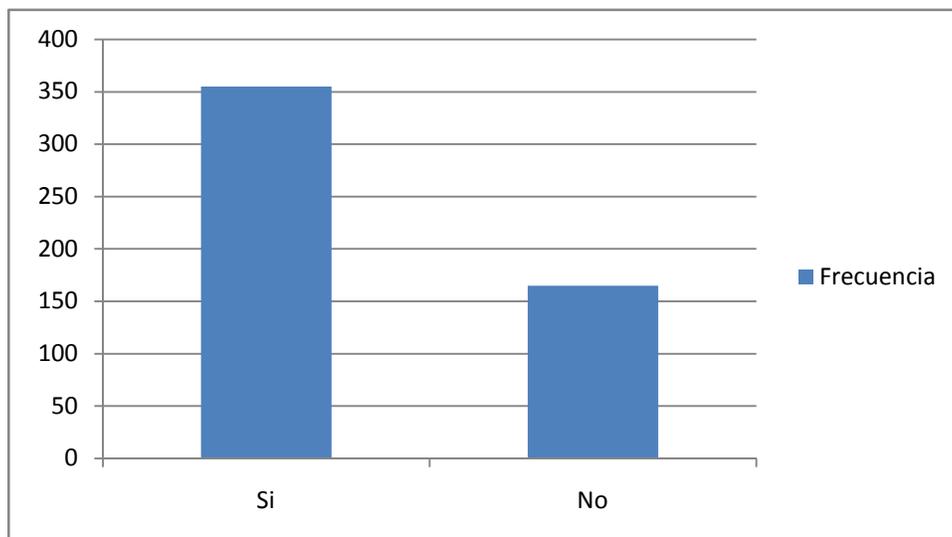
Sabe usted para que sirven	Frecuencia	Porcentaje
Si	355	68%
No	165	32%
Total	520	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio

ANALISIS: En la tabla anterior se puede evidenciar que el 68% de las madres de la población en estudio tienen conocimiento sobre para que sirven la aplicación de las vacunas y el 32% no lo sabe.

INTERPRETACIÓN: la mayoría de los entrevistados refiere saber la utilidad de las vacunas que se le administra a los niños, mientras que en menor proporción desconocen su utilidad.

GRAFICO N°18. SABE USTED PARA QUE SIRVEN LAS VACUNAS



Fuente: Tabla N°20

TABLA 21. CONOCE USTED LAS VACUNAS QUE SE LE PONEN A LOS NIÑOS

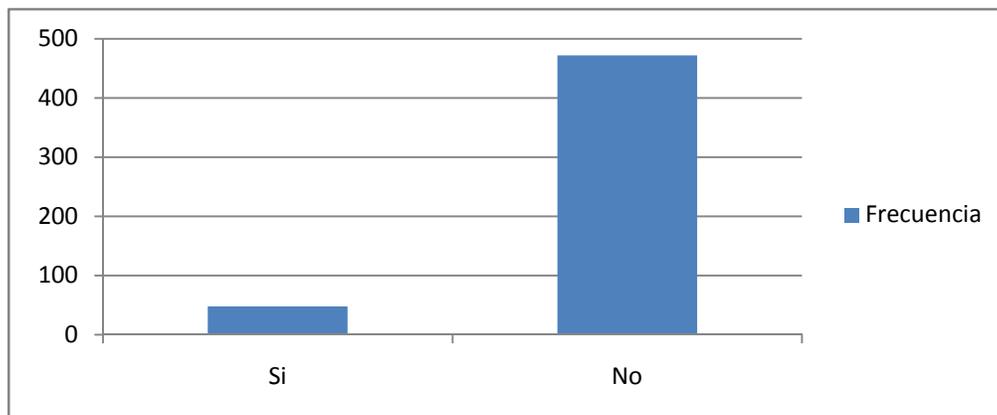
Conoce usted las vacunas que se le ponen a los niños	Frecuencia	Porcentaje
Si	48	9%
No	472	91%
Total	520	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio

ANALISIS: La población estudiada no conoce las vacunas que se le ponen a los niños menores de 5 años en un 91%, solamente un 9% manifiesta conocerlas.

INTERPRETACIÓN: La población estudiada a pesar de manifestar conocer que son las vacunas y para qué sirven, no tienen conocimiento sobre cuáles son las vacunas que se le administran a los niños menores de 5 años, mientras que la poca cantidad de personas que si conoce cuales son refiere solamente conocer de 2 a 3 vacunas donde figuran entre las más mencionadas la vacuna contra la Influenza, BCG, Tétano.

GRAFICO N°19. CONOCE USTED LAS VACUNAS QUE SE LE PONEN A LOS NIÑOS



Fuente: Tabla N°21

TABLA 22. PUEDE DECIRME CUAL DE LOS SIGUIENTES BENEFICIOS TIENEN LAS
VACUNAS

Beneficios de las vacunas	Frecuencia	Porcentaje
*Prevenir enfermedades	442	85%
Ayudar al crecimiento del niño	20	4%
Para que no se enferme tan seguido	58	11%
Otros	0	0%
Total	520	100%

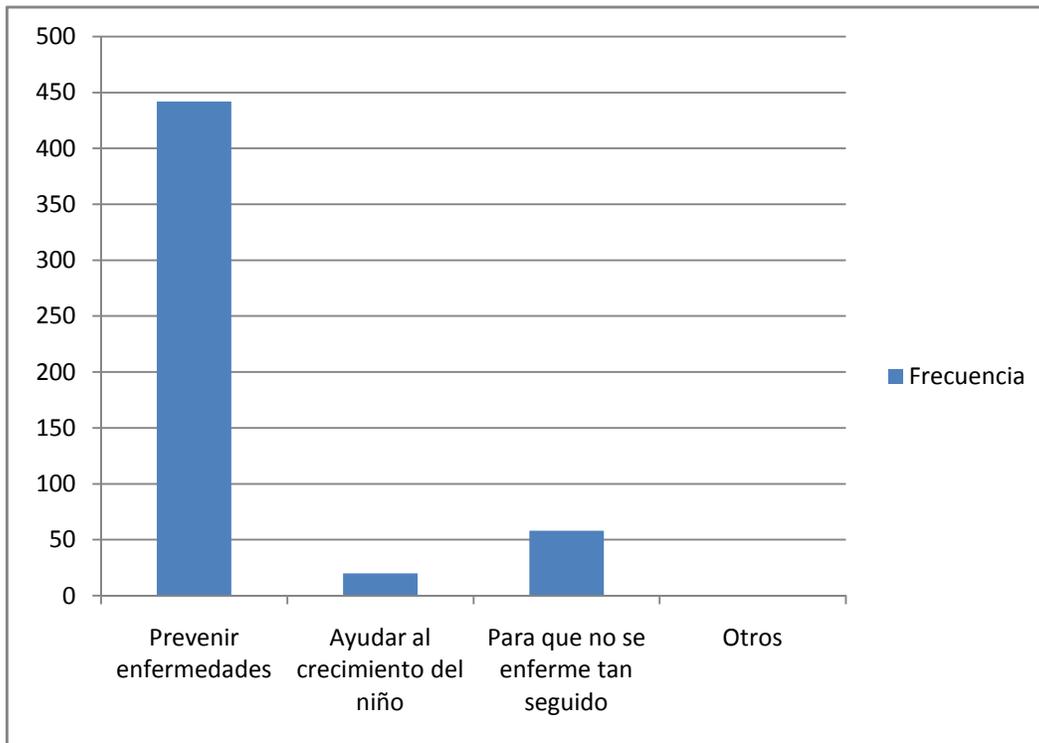
Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio

*respuesta correcta

ANÁLISIS: la tabla anterior muestra que el 85% de las madres en estudio conocen que el beneficio de las vacunas es para la prevención de las enfermedades, el 11% manifiestan que sirven para que no se enfermen tan seguido al aplicarles las vacunas, mientras que un 4% manifiestan que ayudan en el crecimiento del niño.

INTERPRETACIÓN: La mayoría de la población manifiesta que si los niños reciben las vacunas así como lo indica el esquema nacional de vacunación se logran prevenir enfermedades, y solamente un pequeño porcentaje tiene conocimientos errados, tanto para que no se enferme muy seguido y poniendo de manifiesto el crecimiento del niño, esto debido a que no tiene el conocimiento suficiente sobre las vacunas por diversos motivos: falta de información, Información inadecuada, falta de atención por parte de la madre al momento que el personal de salud da la atención sanitaria.

GRAFICO N° 20 BENEFICIOS QUE TIENEN LAS VACUNAS



Fuente: Tabla N°22

TABLA 23. CONOCE USTED LAS REACCIONES QUE SE PRODUCEN DESPUES QUE SE HA VACUNADO UN NIÑO

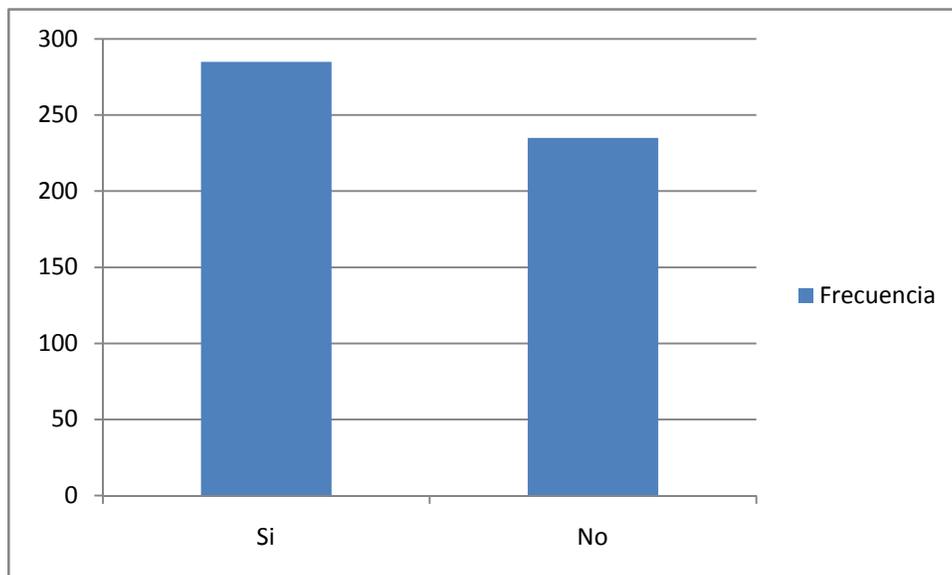
Conoce las reacciones	Frecuencia	Porcentaje
Si	285	55%
No	235	45%
Total	520	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS: Los datos reflejan que un 55% de las madres en estudio conocen que reacción producen las vacunas después de su aplicación y un 45% no conocen.

INTERPRETACIÓN: Se comparten datos tanto afirmativos como erróneos sobre las reacciones que producen las vacunas, siendo los más mencionados por la población: la fiebre, dolor, alergias y gripe, que son efectos verdaderamente secundarios que se pueden presentar después de la aplicación de la vacuna, no así los procesos gripales que también fueron mencionados que realmente no se presenta.

GRAFICO N°21 . CONOCE USTED LAS REACCIONES QUE SE PRODUCEN DESPUES QUE SE HA VACUNADO UN NIÑO



Fuente: Tabla N°23

TABLA 24. CREE USTED QUE LAS VACUNAS EN LAS CLINICAS PRIVADAS SON MEJORES QUE LAS QUE APLICA EN LA UCSF

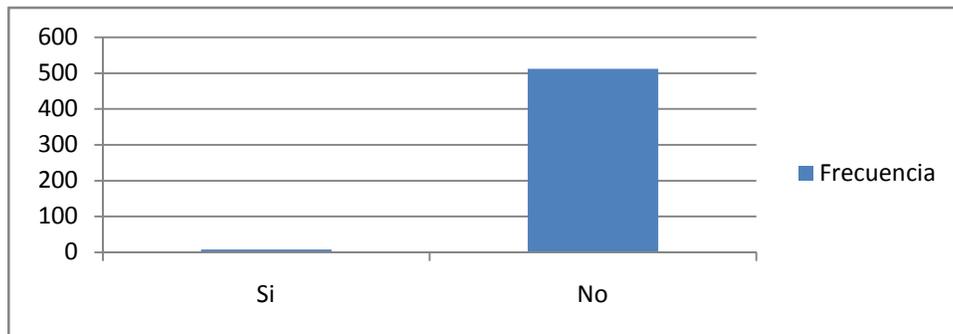
Cree que las vacunas privadas son mejores	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	2%
No	512	98%
Total	520	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio

ANALISIS: El 98% de la madre no consideran que las vacunas que se aplican en clínicas privadas sean mejores que las aplicadas en las unidades de salud y el 2% manifiestan que si son mejores.

INTERPRETACIÓN: A pesar de que el nivel de escolaridad de las madres que llevan a los niños menores de cinco años al control infantil es bajo, se puede observar que ellas no consideran mejores las vacunas que se aplican en las clínicas privadas que en las unidades comunitarias.

GRAFICO N° 22. LAS VACUNAS EN LAS CLINICAS PRIVADAS SON MEJORES QUE LAS QUE APLICA EN LA UCSF



Fuente: Tabla N°24.

6.3 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

El estudio realizado es cualitativo, por lo que para la comprobación de hipótesis se cruzaron variables, debido a la naturaleza del estudio al hacer la comprobación por métodos estadísticos (Chic², y probabilidad) causa sesgos en los resultados.

6.3.1 HIPÓTESIS RELACIONADA CON LA INFLUENCIA DEL FACTOR SOCIAL EN EL CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN.

TABLA 25. NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LA MADRE EN RELACIÓN CON EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN.

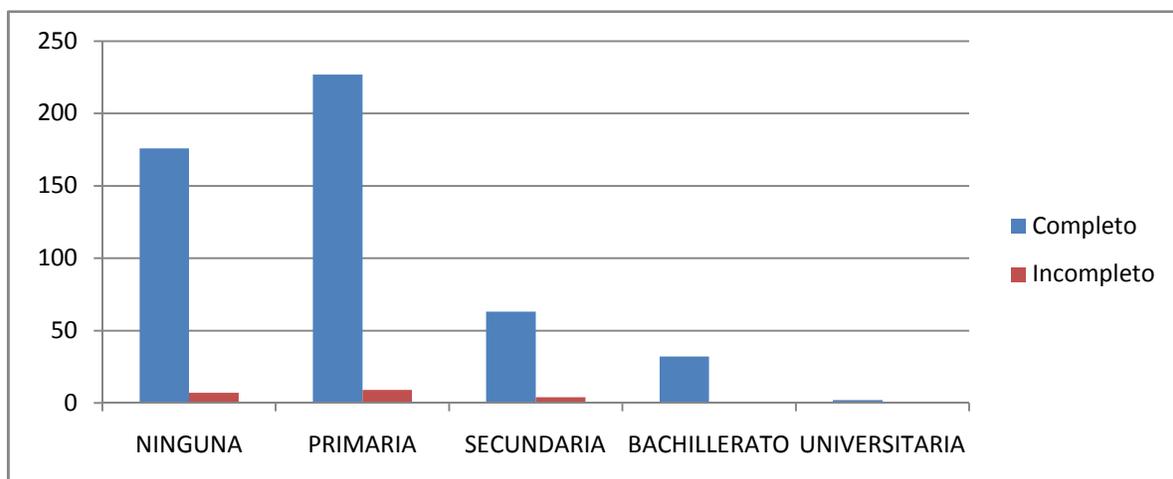
NIVEL DE ESCOLARIDAD	ESTADO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN				
	COMPLETO		IMCOMPLETO		
	F	%	F	%	TOTAL
NINGUNA	176	96%	7	4%	100%
PRIMARIA	228	96%	8	4%	100%
SECUNDARIA	63	94%	4	6%	100%
BACHILLERATO	32	100%	0	0%	100%
UNIVERSITARIA	2	100%	0	0%	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio

Interpretación: En la tabla anterior se evidencia el nivel de escolaridad que tienen las madres de los niños menores de 5 años que asisten a su control infantil, donde se logra identificar que pese al diferente nivel educativo que poseen las madres o encargados de los niños, casi la totalidad de ellos cuenta con el esquema de vacunación completo.

De las 520 madres o encargados que se entrevistaron podemos evidenciar que la mayoría cuenta con un nivel educativo menor que el bachillerato, un 96% de los niños a su cargo tienen el esquema de vacunación completo y solo un 4% no lo tienen, siendo sus principales motivos del incumplimiento del esquema de vacunación lo relacionado a factores externos como problemas de abastecimiento de vacunas en las unidades de salud, lo cual nos evidencia que el nivel educativo no interfiere o no es una barrera para lograr completar el esquema de vacunación infantil.

GRAFICO N°23. NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LA MADRE EN RELACIÓN CON EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN.



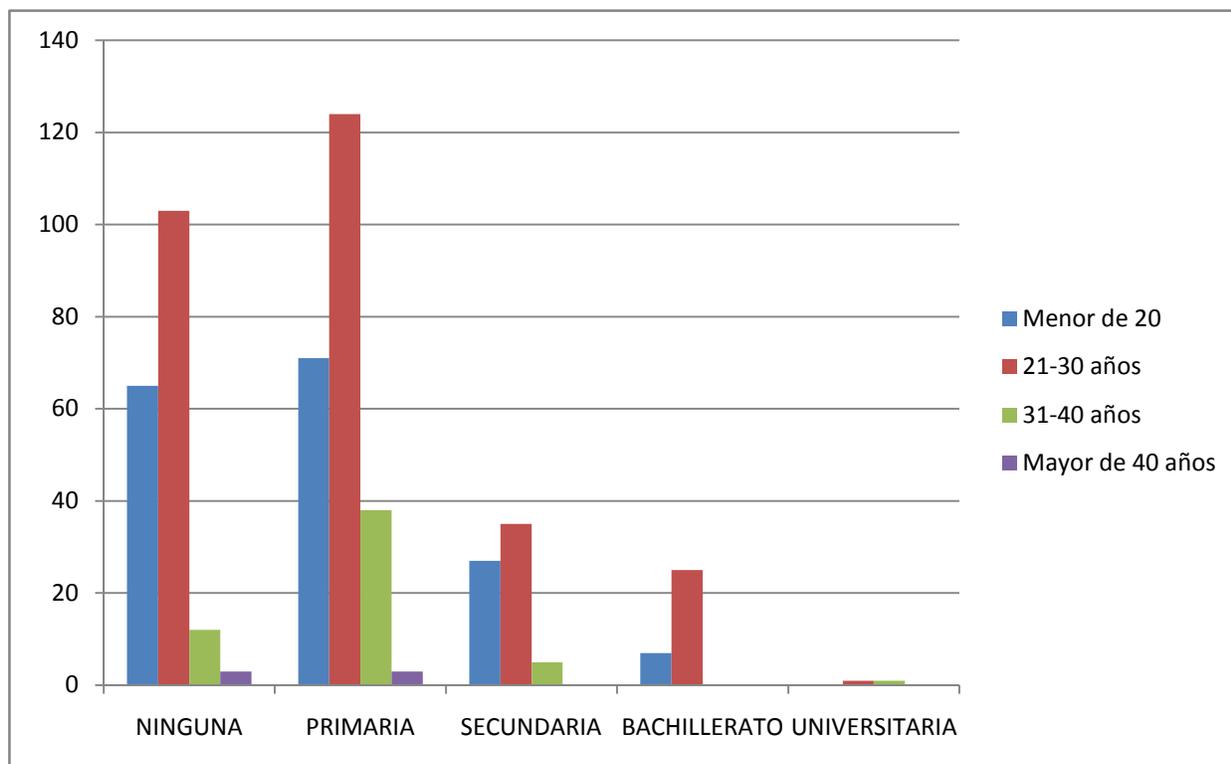
Fuente: Tabla N°25

TABLA 26. EDAD DE LA MADRE EN RELACIÓN CON EL NIVEL DE ESCOLARIDAD.

GRUPO DE EDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD									
	NINGUNA		PRIMARIA		SECUNDAR IA		BACHILLER ATO		UNIVERSITA RIA	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Menor de 20	65	35%	71	30%	27	40%	7	22%	0	0%
21-30 años	103	56%	124	53%	35	52%	25	78%	1	50%
31-40 años	12	7%	38	16%	5	8%	0	0%	1	50%
Mayor de 40 años	3	2%	3	1%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	183	100%	236	100%	67	100%	32	100%	2	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio

GRAFICO N°24. EDAD DE LA MADRE EN RELACIÓN CON EL NIVEL DE ESCOLARIDAD.



Fuente: Tabla N°26.

INTERPRETACION: En la tabla anterior se evalúa el factor social evidenciando el bajo nivel académico de las madre de los niños menores de 5 años en las áreas en estudio, se muestra que la mayor proporción de madres sin estudios (que solamente alcanzaron la primaria) se encuentra en edades de 21-30 años, en menor proporción y siempre en el mismo rango de edad encontramos a las madres que lograron completar la secundaria, siendo un dato relevante la escasa cantidad (independientemente de la edad) que logra un bachillerato y casi nula la educación universitaria, lo cual reflejan que pueden ser susceptibles a la influencia que ejercen familiares o amigos sobre mitos, creencias sobre las vacunas,

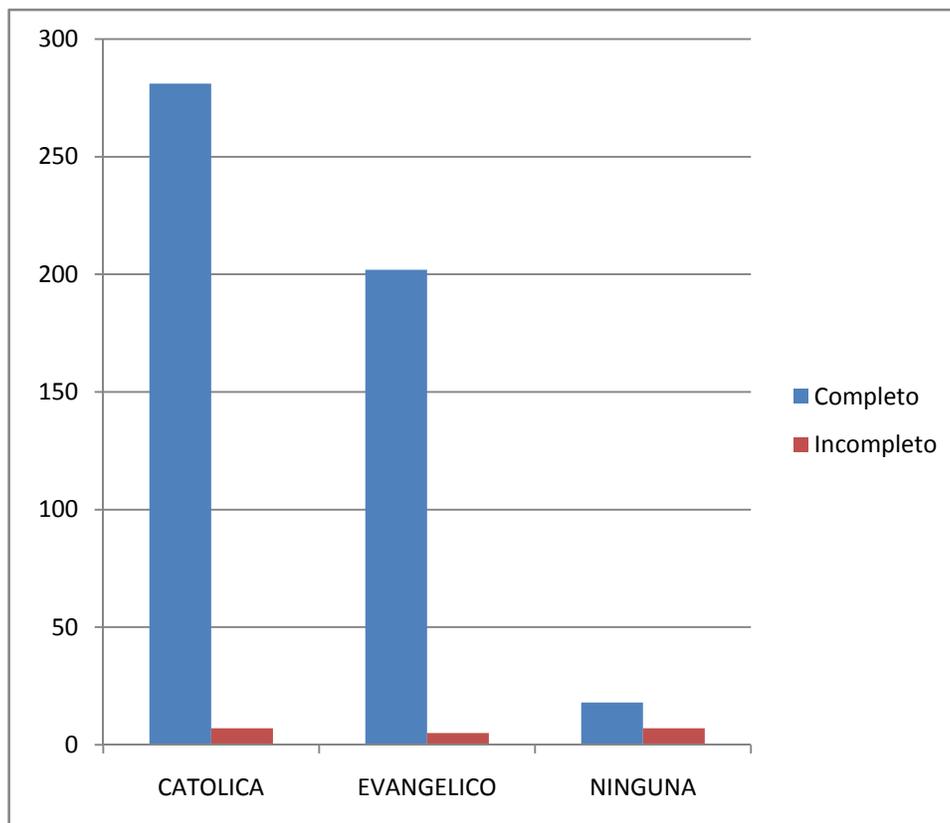
6.3.2 HIPÓTESIS RELACIONADA CON LA INFLUENCIA DE LA CULTURA DE LAS MADRES EN EL CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN

TABLA 27. RELACIÓN DEL ESTADO DE VACUNACIÓN CON LA RELIGIÓN DE LA FAMILIA

RELIGION	ESTADO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN			
	COMPLETO		IMCOMPLETO	
	F	%	F	%
CATOLICA	281	56%	7	37%
EVANGELICA	205	41%	6	31%
NINGUNA	15	3%	6	32%
TOTAL	501	100%	19	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio

GRAFICO N°25. RELACION DEL ESTADO DE VACUNACIÓN CON LA RELIGIÓN DE LA FAMILIA



Fuente: Tabla N°27.

INTERPRETACION:

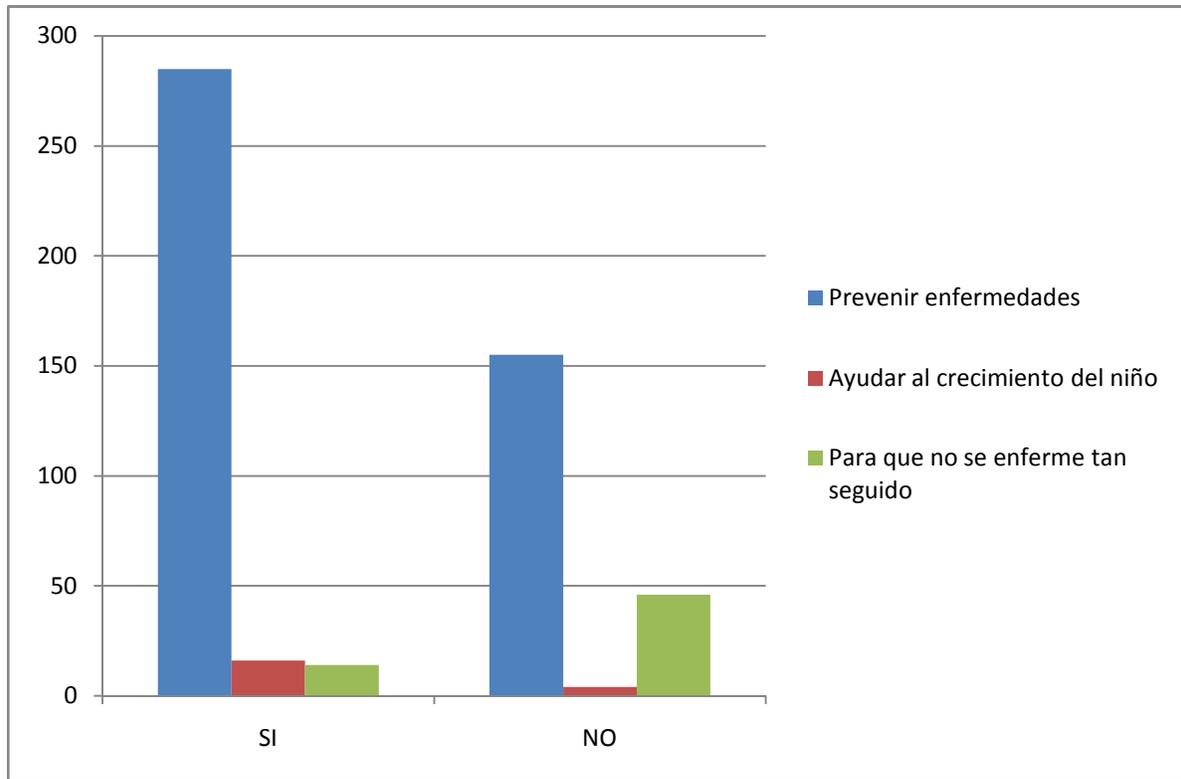
En la tabla anterior se observa que la religión predominante es la católica, seguido por el evangelico, son escasas las madres que manifiestan no pertenecer a ninguna religión, no se aprecia una influencia sobre alguna práctica religiosa que sea obstáculo o que prohíba la administración de vacunas a los niños menores de 5 años.

TABLA 28. RELACIÓN ENTRE SABE QUE ES UNA VACUNA Y LOS BENEFICIOS QUE TIENEN

BENEFICIOS DE LAS VACUNAS	SABE QUE ES UNA VACUNA			
	SI		NO	
	F	%	F	%
Prevenir enfermedades	285	90%	155	76%
Ayudar al crecimiento del niño	16	5%	4	22%
Para que no se enferme tan seguido	14	5%	46	2%
Total	315	100%	205	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio

GRAFICO N°26. RELACIÓN ENTRE SABE QUE ES UNA VACUNA Y LOS BENEFICIOS QUE TIENEN



Fuente: Tabla N°28.

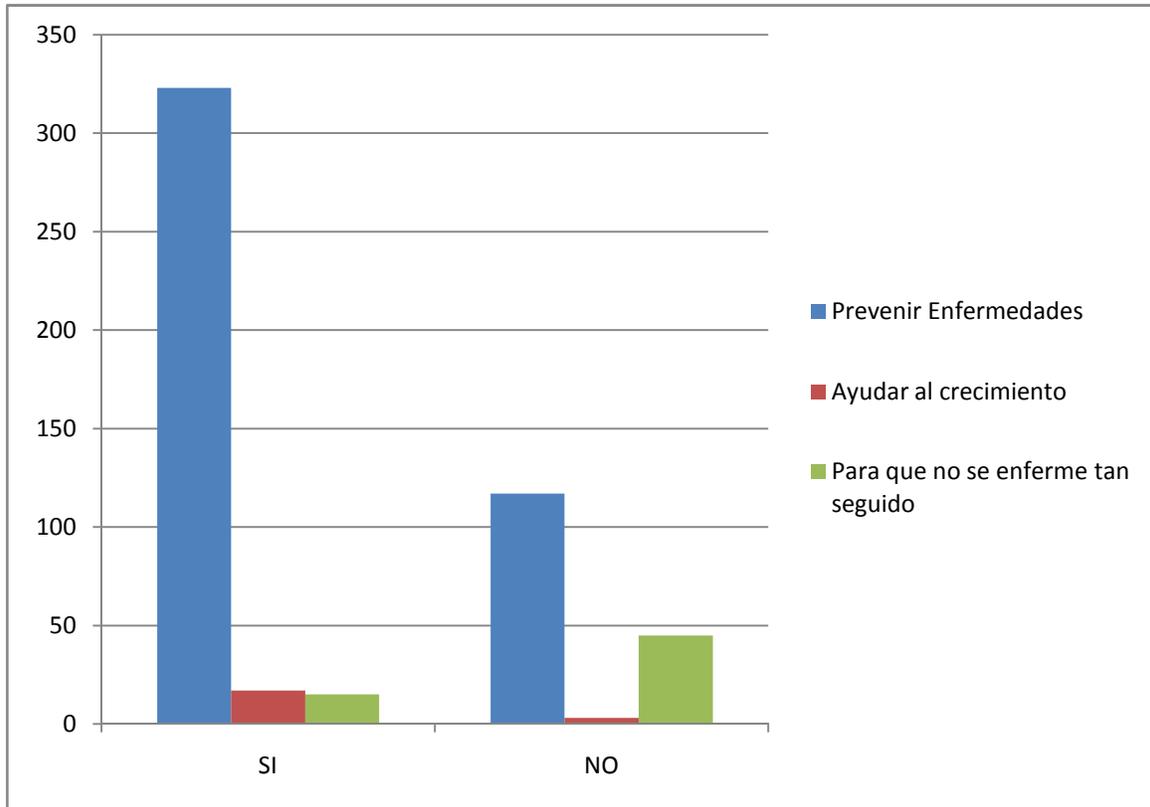
INTERPRETACION: La tabla anterior refleja el conocimiento de las madres en relación de lo que es una vacuna, donde predomina la correcta información sobre los beneficios de las vacunas que tienen las madres o encargadas saben que es y para que sirven las vacunas, y en menor proporción pero con resultados similares tenemos a las madres que manifiestan no saber que son las vacunas pero aun así afirman que ayudan a prevenir las enfermedades de los niños y buena parte de ellas refiere que también sirven para evitar que se enfermen tan seguido, dejando así claro que aun con los datos sociales obtenidos anteriormente de un nivel de escolaridad bajo sumado a no saber que es una vacuna, las madres o encargados en su total mayoría refieren que el beneficio de las vacunas es para prevenir enfermedades.

TABLA 29. RELACIÓN DE SABE PARA QUE SIRVEN LAS VACUNAS Y LOS
BENEFICIOS QUE TIENEN

BENEFICIOS DE LAS VACUNAS	SABE PARA QUE SIRVEN			
	SI		NO	
	F	%	F	%
Prevenir enfermedades	323	91%	117	76%
Ayudar al crecimiento del niño	17	5%	3	22%
Para que no se enferme tan seguido	15	4%	45	2%
Total	355	100%	205	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio

GRAFICO N°27. RELACIÓN DE SABE PARA QUE SIRVEN LAS VACUNAS Y LOS BENEFICIOS QUE TIENEN



Fuente: Tabla N°29.

INTERPRETACION:

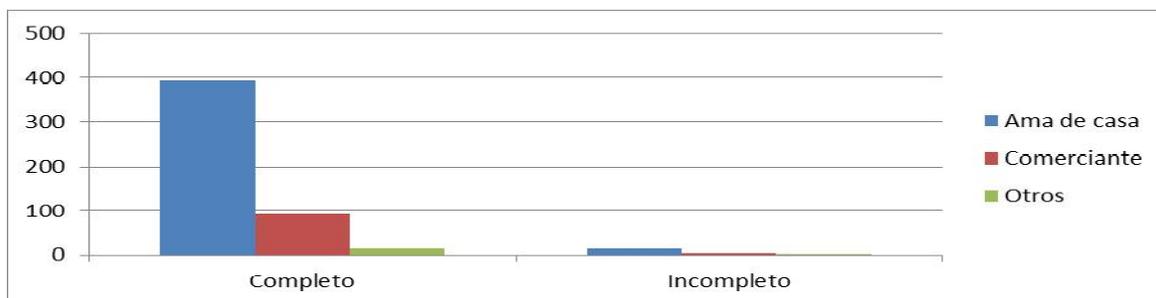
En la tabla anterior se comprueba que la mayoría de personas teniendo conocimiento o no de lo que es una vacuna saben para que sirve y nos brindan respuestas afirmativas acerca de lo que ellas refieren saber cómo beneficio de las vacunas, siendo su beneficio principal el prevenir enfermedades, siendo así más claro que el nivel académico no tiene relación con saber o no saber el que es y para qué sirven las vacunas, cada día más en nuestra sociedad se toma como una práctica fundamental y necesaria para el crecimiento de un niño sano.

TABLA 30. RELACIÓN DE LA OCUPACIÓN DE LA MADRE CON EL ESTADO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN

Ocupación de la madre	Estado del esquema			
	Completo		Incompleto	
	F	%	F	%
Ama de casa	393	78%	14	70%
Comerciante	93	18%	5	25%
Otros	14	4%	1	5%
Toral	500	100%	20	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio

GRAFICO N°28. RELACIÓN DE LA OCUPACIÓN DE LA MADRE CON EL ESTADO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN



Fuente: Tabla N°30.

INTERPRETACION: La tabla anterior muestra la relación que existe entre la ocupación de las madres o encargados con el estado del esquema de vacunación, se da en el grupo de las madres que se dedican a los oficios domésticos, lo que les permite tener el tiempo para asistir a citas

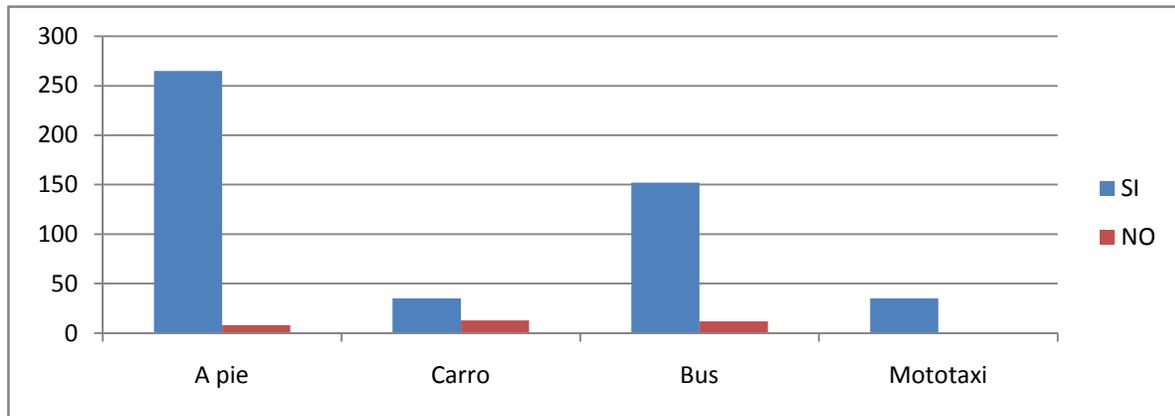
programadas para su vacunación y control de su hijo. Una minoría de ama de casas tienen hijos con esquema de vacunación incompleto y esto puede deberse a olvido de la fecha para llevar a su hijo a vacunar, carecer de vacunas en la unidad de salud, o problemas que pueden tener la madre que le impida llevar a su hijo a vacunar ejemplo: muertes de un familiar, o enfermedad de la madre. También se puede observar que la madre o encargada que realiza un trabajo fuera del hogar le da la importancia que se merece a la administración oportuna y a tiempo de las vacunas de su hijo, solamente un pequeño porcentaje de los niños de las madres trabajadoras tienen un esquema incompleto probablemente debido a falta de tiempo para llevarlo a vacunar por el tipo de trabajo que realiza, o ir a otra área geográfica a realizar su trabajo o porque no existe FOSALUD en la clínica como para que la madre pueda asistir en horarios nocturnos a completar el esquema.

TABLA 31. ES DE FACIL ACCESO LA UCSF EN RELACIÓN AL MEDIO DE TRANSPORTE QUE UTILIZAN

MEDIO DE TRANSPORTE	ES DE FACIL ACCESO			
	SI		NO	
	F	%	F	%
A pie	265	55%	8	24%
Carro	35	7%	13	40%
Bus	152	31%	12	36%
Moto taxi	35	7%	0	0%
Toral	487	100%	33	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio

GRAFICO N°29. ES DE FACIL ACCESO LA UNIDAD DE SALUD EN RELACIÓN AL MEDIO DE TRANSPORTE QUE UTILIZAN



Fuente: Tabla N°31.

INTERPRETACIÓN: En la tabla anterior se muestra que el éxito en la cobertura de vacunas se debe en gran parte a la accesibilidad de las unidades de salud para la comunidad, obteniendo datos significativos que revelan que la mayor parte de la población en estudio opta por llegar a las clínicas caminando debido a la cercanía y accesibilidad, otras en buen numero utilizar medio de transporte colectivo como los buses para ahorrar tiempo, mas sin embargo todavía existe una pequeña parte de población que tiene que solicitar transporte particular (pick ups que hacen viajes 2 veces al día) para poder llegar a su cita en la unidad asignada lo cual se convierte en obstáculo para algunas personas que representan una mínima parte de la población estudiada, ya que ellas sin la capacidad de solventar económicamente el transporte a la unidad posponen la cita hasta el momento que puedan obtener el dinero del transporte.

7. DISCUSIÓN

El trabajo de investigación trata sobre los factores socioculturales que influyen en el cumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de cinco años que consultan en las Unidades El Pastor, Yayantique, UCSF El Cuco, UCSF Corinto, para lo cual se realizó una cedula de entrevista a las madres de los niños anteriormente mencionados.

Durante el estudio se evidencio que los factores socioculturales no influyen en la aplicación del esquema de vacunación, pudiendo observar que el 96% de los niños menores de cinco años tienen el esquema completo, también se observo que en un 96% las madres son las encargadas de llevar el cuidado de los hijos, se muestra que el grado de escolaridad que predomina en las madres o encargadas en 45% es la primaria, se refleja que los conocimientos erróneos sobre los casos en que no se debe vacunar a los niños es un factor de riesgo importante pudiendo demostrar que en un 95% que las madres no lo vacunan con fiebre, también se determino que un 60% de las madres encargadas saben que es una vacuna, un 68% saben para que sirve una vacuna, teniendo como resultado un 85% el conocimiento de los beneficios de las vacunas que es prevenir las enfermedades.

Al comparar el presente trabajo con el realizado en Ecuador en la comunidad de Otavalo en el año 2010, lo cual se asemeja en el tema debido a que ellos querían saber si “Los factores socioculturales inciden en el cumplimiento del esquema de inmunización de niños menores de un año del sub centro Hospital San Luis de Otavalo” la población con la que se realizó el estudio comprenden 60 niños menores de un año, pero se diferencia con el presente trabajo debido a que se evalúa el cumplimiento del esquema de vacunación en los niños menores de cinco años con una muestra de 520, además comparando datos en Otavalo un 65% de las madres manifiesta que el esquema de vacunación de los niños menores de un año es incompleto y en el presente trabajo

se refleja que el 96% es completo, además haciendo comparación con el presente estudio y el trabajo de Otavalo muestra una similitud en el nivel de escolaridad ya que se evidencia que el nivel primaria es predominante con un 58% ,igualmente en dicho trabajo la escolaridad es predominantemente primaria con un 46% .

En el estudio realizado en Otavalo se evidencio que el 70% de las madres cumplen con la cita de vacunación, comparando con el presente estudio presenta un 82% de asistencia puntual lo cual se muestra una gran similitud, a pesar de ser un estudio diferente en el aspecto de las edades de las poblaciones en estudio.

También se compara otro estudio realizado en Bolivia en el año 2012 lo cual el tema es “Factores que inciden en el cumplimiento de vacunación en niños menores de cinco años de la comunidad de Santa Fe, Atahualpa, provincia de Tungurahua”, que esa investigación solo tomaron 49 niños de estudio a diferencia del presente trabajo que eran 520 niños, lo cual muestra la investigación de Bolivia que el cuidado de los niños menores de cinco años en un 66% son las madres, al igual que el presente estudio con un 96%, a diferencia del estado civil que con un 64% son casadas, en cambio el presente trabajo con un 59% son acompañadas, pero en ambos estudios muestra que hay una similitud en el nivel de escolaridad de los padres ya que ambos se evidencia que estudiaron hasta la primaria razón por la cual algunos han adquirido conocimientos tradicionales que pueden llegar afectar en el cumplimiento del esquema de vacunación.

Aunque dicho estudio(Bolivia) muestra una similitud en algunas preguntas, también se evidencia que la profesión que la mayoría de los encargados de los niños es de agricultura con un 68%, a diferencia del presente estudio lo cual muestra que 78% son ama de casa, a la vez se evidencia que en un 41% los padres se transportan en bus, en cambio en nuestro trabajo en un 53% se

transportan a pie por el fácil acceso que tienen al centro de salud, con respecto a la evaluación de el conocimiento que tienen los padres sobre que es una vacuna lo cual presento la investigación de Bolivia en un 57% que no saben que es, a diferencia del presente estudio que muestra que un 60% si saben en qué consiste una vacuna, con respecto en la investigación de Bolivia en el conocimiento que tienen los padres acerca de las reacciones adversas que producen las vacunas en un 86% dijeron que si saben cuáles son, al igual que el presente trabajo manifestaron en un 55% que si tenían el conocimiento cuáles son esas reacciones que producen la aplicación de las vacunas, lo que llevo a coincidir en el aspecto de las circunstancias en que no se deben de aplicar las vacunas las cuales en la investigación de Bolivia con un 45% manifestaron que cuando tengan fiebre y vomito, en cual el presente estudio refleja con un 95% los conocimientos erróneos que tienen las madres o encargados ya que manifiestan que cuando tengan fiebre leve no se le debe aplicar las vacunas lo cual no constituye una contraindicación para su cumplimiento. En el caso de los beneficios que tienen las vacunas en la investigación de Bolivia muestra en un 59% que se aplica para proteger de las enfermedades, lo cual las madres del presente estudio manifestaron en un 85% que el beneficio de las vacunas es para prevenir las enfermedades.

En el estudio de Bolivia se evidencio que en un 43% el esquema de vacunación estaba por completar, en cambio el presente estudio con un 96% muestra que el esquema de vacunación se encuentra completo.

8. CONCLUSIONES

- 1- Se comprobó que 96% de niños que asistió a su control infantil tienen el esquema de vacunación completo.
- 2- A pesar de los factores culturales y creencias que las personas tienen la mayoría de los niños tienen el esquema de vacunación completo
- 3- El factor económico no influye de manera significativa en el cumplimiento del esquema de vacunación tomando en cuenta que la mayor parte de la población es de escasos recursos económicos
- 4- Se encontró que la mayor parte de las madres o encargadas de familia cuentan con un nivel de educación primaria (45%) y en su mayoría se dedican a tiempo completo a oficios domésticos(78%).
- 5- Un 32% de las madres o encargadas tiene conceptos erróneos en cuanto a cuáles son las enfermedades prevenibles con el uso de vacunas, puesto que las madres o encargadas conocen que es una vacuna pero no saben qué enfermedades están previniendo con la aplicación de estas.
- 6- Solamente un 85% de las madres o encargado sabe cual es el beneficio de las vacunas, mientras que un 15% tiene un conocimiento errado.
- 7- El 45% de la población entrevistada no conoce los efectos adversos de las vacunas.

9. RECOMENDACIONES

AL MINISTERIO DE SALUD.

- 1- Elaborar y ejecutar planes de educación continua sobre conocimientos básicos de vacunas.
- 2- Enfocar la educación a la población sobre cuando no se debe de vacunar a los niños para así disminuir las oportunidades perdidas por conocimientos erróneos.
- 3- Exhortar a las autoridades de garantizar la oferta de vacunas a la población.

AL PERSONAL DE SALUD.

- 4- 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.
- 5- 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.
- 6- Utilizar todo encuentro clínico para evaluar los esquemas de inmunización del paciente y actualizarlos.

- 7- 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, entre otros.

- 8- Concientizar a los padres de llevar la tarjeta de inmunización al acudir a un centro de salud.

10. BIBLIOGRAFIA

1. OMS, UNICEF, BANCO MUNDIAL, *Vacunas e inmunización: Situación Mundial*, tercera edición, Ginebra, OMS, 2010.
2. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Organización Panamericana de la Salud. *Vacunas e inmunización: Situación de vacunas e inmunizaciones en El Salvador*, San Salvador, OPS, 2009,
3. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Eliminación y erradicación de las enfermedades prevenibles por vacunas*, San Salvador, MSPAS, 1995.
4. OPS, OMS “*Semana de Vacunación en las Américas, un logro panamericano en salud*”, Consultado el 14 de febrero de 2015, Documento disponible en http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=633%3Asemana-vacunacion-americas-un-logro-panamericano-salud&catid=667%3Anotas-de-prensa&Itemid=488
5. Incidencia de factores socioculturales en el cumplimiento del esquema de inmunización en niños menores de 1 año del subcentro hospital San Luis Otavalo, Ecuador, Universidad Nacional de Quito, 2010

6. Caspi Punina A. Lima Changoluiza J, *Factores de riesgo que inciden en el cumplimiento del esquema de vacunación de niños menores de 5 años en la comunidad de Santa Fe del subcentro de salud Atahualpa de la parroquia Atahualpa, cantón Ambato provincia de Tungurahua durante el periodo de mayo del 2012 a Noviembre de 2012*; Bolivia, Universidad Estatal de Bolívar; 2012.
7. Manual de Vacunas: guías practicas para médicos, México D.F, 2011. Páginas 159-189.
8. Tregnaghi M; Caballos A; Aristegui J; Isturiz R; Castaneda E; Febres O et. al. *Manual de vacunas en Latinoamérica* SLIPE 2005; pag 269.
9. Sesmero Lillo, María Ángeles. “Historia e historias de las vacunas”. Documento disponible en www.todosvacunados.com. Consultado el día 14 de marzo de 2015.
10. Pickering, Larry y otros. RedBook, enfermedades, Infecciosas en Pediatría, 25ª Edición, Editorial medica Panamericana, S.A, Buenos Aires, Argentina, 2001. 791 Págs.
11. Watson JC, Le Baron CW Hutchins SS:et al. General recommendations on immunization. Recommendations of the Advisory Committee on immunization, Practices (ACIP) MMWR 1994, 43/n °, RR-1: 1-38. Consultado el 20 de abril de 2015.
12. Englund JA, Glezen WP. Maternal immunization for the prevention of infection in early infancy. *Semin Pediatric Infect Dis* 1991, 2: 225-231.

13. Garber RM, Mortimer EA, Inmunizaciones mas allá de los conceptos básicos. Pediatrics in Rev 1992; 13:96-104.
14. Gletzen WP, Alpers M. Maternal immunization. Clin Infect Dis, 1999, 28: 219-224.
15. Dennehy PH, Jost EE, Peter G.RD, Cherry JD(ed),Active immunizing agents. En Feigins RD; Textbook of Pediatric Infectious Diseases 4^a
16. Ward M. Immunization administration and disease reporting in the Emergency, Department Sern Pediatric Infect Dis 1995: 225-224.
17. Guide to contraindications to Vaccination, disponible en: <http://www.cdc.gov/vaccines/recs/vac-admin/downloads/contraindications-guide-508.pdf>, consultado el 6 de junio del 2015.
18. Center for Disease Control and Prevention(CDC) (ACIP). Update: Vaccine Side Effects, Adverse Reactions, Contraindications, and Precautions. Recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee. MMWR 45 (RR-12).
19. American academy of Pediatrics (AAP). Committee on Infectious Diseases. 2000 Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases(ed. 25). Elk Grove Village, IL: AAP,2000.

20. Comité Asesor de Vacunas. Manual de Vacunas en Pediatría. Asociación Española de Pediatría. Madrid.2001.
21. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (ACIP). Use of Vaccines and Immune Globulins in Persons with Altered Immunocompetence: Recommendations of the Advisory Committee on Immunizations Practices. MMWR 42(RR-4), 1:18.
22. SAMPIERI Hernández, Roberto y otros. Metodología de la investigación. Tercera edición, Mc Graw-Hill Interamericana Editores, México D.F., México. 2003. 706 páginas.
23. SAMPIERI Hernández, Roberto y otros. Metodología de la investigación. Cuarta edición, Mc Graw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V., México D.F., México. 2006. 850 páginas.
24. BEHRMAN, Richard E. y otros. Nelson Tratado de Pediatría. Volumen I, 16ª edición, Mc Graw-Hill Interamericana Editores, S.A. de CV. México DF, México, 2001. 1351 pág.
25. HOEGELMAN, Robert y otros. Atención Primaria en Pediatría. Volumen I, versión en español 4ª edición de la obra original, Grupo Editorial Océano, Barcelona, España. 582 págs.
26. MANUAL DE NORMAS TÉCNICO-ADMINISTRATIVAS, METODOS Y PROCEDIMIENTOS DE VACUNACIÓN Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI)

27. Escuela de enfermería en el año 2010 realizaron un estudio “Factores que inciden en el cumplimiento de vacunación en niños menores de cinco años de la comunidad de Santa Fe, Atahualpa, provincia de Tungurahua”, Bolivia.
28. Marvin Cervantes Loayza, en el 2002, en Huetar – Atlántica, realizó un estudio “FACTORES ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DE LOS ESQUEMAS DE VACUNAS EN SIETE ÁREAS DE SALUD”.
29. DE QUADRÓS, Ciro A. Vacunas Prevención de enfermedades y protección de la Salud. Publicación científica y técnica No. 596, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América, 2004. 437 págs.

ANEXOS

ANEXO 1

ABREVIATURAS Y SIGLAS

BCG: Bacilus Calmette Guerin

DPT: Difteria, Tétano, Tos ferina

EPV: Enfermedades prevenibles por vacunación

ESAVI: Eventos supuestamente atribuidos a vacunación e inmunización.

FISDL: Fondo de inversión social para el desarrollo local.

Hib:*Haemophilus influenzae* tipo b

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización panamericana de la salud

PAI: Programa ampliado de Inmunizaciones

PNVI: Programa nacional de vacunas e inmunizaciones.

SPR: Sarampión, Rubéola, Parotiditis

SRC: Síndrome de Rubeola Congénita

SVA: Semana nacional de vacunación en las Américas

UCSF: Unidad Comunitaria de Salud Familiar.

VPO: Polio oral

ANEXO 2

GLOSARIO

AGENTE ETIOLÓGICO: Un microorganismo (virus, bacterias, hongos, protozooario o helmintos), que es capaz de producir una infección o una enfermedad infecciosa.

ANAFILAXIA: Reacción de hipersensibilidad exagerada frente a un antígeno con el que previamente se ha entrado en contacto. La respuesta, que está mediada por anticuerpos de la clase de inmunoglobulina IgE, provoca la liberación de histamina, cininas y sustancias que actúan sobre el músculo liso. La reacción puede consistir en una pápula localizada y un brote de prurito localizado, hiperemia, angioedema y en los casos graves, colapso vascular, espasmo bronquial y shock.

ANTICUERPO: Inmunoglobulina esencial en el sistema inmunitario, producida por el tejido linfoide en respuesta a bacterias, virus u otras sustancias antigénicas. Cada anticuerpo es específico para un antígeno.

ANTICUERPO: Inmunoglobulina esencial en el sistema inmunitario, producida por el tejido linfoide en respuesta a bacterias, virus u otras sustancias antigénicas. Cada anticuerpo es específico para un antígeno.

ANTÍGENO: Sustancia, generalmente proteica, que da lugar a la formación de un anticuerpo con el que reacciona específicamente.

ANTITOXINA: Anticuerpo capaz de neutralizar la acción tóxica de un antígeno (los efectos de una toxina).

CADENA DE FRIO: sistema de conservación, manejo, transporte y distribución de las vacunas que asegura su conservación en condiciones adecuadas de luz y temperatura, garantizando su inmunogenicidad desde la salida del laboratorio fabricante hasta su administración al paciente.

DOSIS DE REFUERZO: Dosis adicional de una vacuna con el objeto de incrementar y prolongar su efecto inmune.

GAMMAGLOBULINA: Agente inmunizante pasivo obtenido de plasma humano conservado. Denominado también Inmunoglobulina G.

INMUNIZACIÓN: Proceso por el que se induce o aumenta la resistencia a una enfermedad infecciosa.

INMUNÓGENO: Agente o sustancia capaz de provocar una respuesta inmune o producir inmunidad.

INMUNIDAD: Estado de resistencia que suele prevenir de la presencia de anticuerpos o células que poseen una acción específica contra el microorganismo causante de una enfermedad infecciosa o contra su toxina.

INMUNOGLOBULINA G: Uno de los cinco tipos de anticuerpos humorales producidos por el organismo. Es una proteína especializada que se sintetiza como respuesta a la invasión de bacterias, hongos y virus. Atraviesa la placenta y ejerce una función de protección.

INMUNODEFICIENCIAS: Grupo heterogéneo de enfermedades, congénitas o adquiridas, en las que algún componente de la respuesta inmune está ausente o es funcionalmente defectuosa. Las inmunodeficiencias primarias, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, las

leucemias, los linfomas, dosis elevadas de corticoesteroides o radioterapias ocasionan una supresión importante de la respuesta inmune que provoca una falta de respuesta adecuada a las inmunizaciones, así como un alto riesgo de complicaciones graves con ciertas vacunas constituidas por microorganismo vivos.

PERÍODO DE INCUBACIÓN: Intervalo que transcurre entre la exposición inicial a un agente infeccioso y la aparición de síntomas de la enfermedad de que se trate.

QUIMIOPROFILAXIS: Administración de una sustancia química, incluidos los antibióticos, para evitar el desarrollo de una infección o la evolución de la infección hasta manifestarse plenamente la enfermedad o para eliminar el transporte de un 97

Agente infeccioso específico para evitar la transmisión de la enfermedad a otras personas.

TROMBOCITOPENIA: Situación hematológica anormal en que el número de plaquetas está, disminuido, debido a destrucción de tejido eritrocítico en la médula ósea por ciertas enfermedades neoplásicas por respuesta inmunológica a un medicamento.

TOXOIDE O ANATOXINA: Exotoxina bacteriana modificada mediante procedimientos físicos (como el calor) o químicos (como formol), para que pierda su toxicidad pero retenga la capacidad de estimular la producción de antitoxinas. Provoca una respuesta inmune de características similares a la vacuna de microorganismos inactivados.

VACUNA: Suspensión de microorganismos atenuados o muertos que se administran por vía intradérmica, intramuscular, oral o subcutánea para inducir inmunidad activa frente a una enfermedad infecciosa.

VACUNA COMBINADA: Contiene antígenos de varios agentes infecciosos diferentes (p. ej., sarampión, rubéola, parotiditis), que se aplican en una sola administración. No debe confundirse con vacunaciones simultáneas.

VACUNA CONJUGADA: Vacuna de antígeno polisacárido al que se une (conjugada) un derivado proteico con objeto de aumentar su capacidad inmunógena; el antígeno compuesto por polisacárido y proteína pasa de ser timo-independiente a ser timo-dependiente, lo que permite que se desencadene una respuesta inmune secundaria y de memoria adecuada incluso en un lactante pequeño.

VACUNA DE MICROORGANISMOS MUERTOS O INACTIVADOS: Se obtiene inactivando los microorganismos por procedimientos químicos o físicos. En general, induce una respuesta inmunitaria de menor intensidad y duración que la obtenida con vacunas de microorganismo vivos atenuados, y fundamentalmente de tipo humoral. Se requieren varias dosis para la primera vacunación y dosis de refuerzo para mantener una concentración adecuada para anticuerpos séricos.

VACUNA DE MICROORGANISMOS VIVOS ATENUADOS: Está constituida por microorganismo que han perdido la virulencia mediante el paso seriado por diversos medios de cultivo u otro procedimiento. Induce una respuesta inmunitaria intensa y de larga duración. Parecida a la originada por la infección natural; en general suele ser suficiente una dosis, excepto cuando se administran por vía oral. Induce la aparición de inmunidad humoral y celular.

VACUNACIÓN SIMULTÁNEA: Aquella que se aplica al mismo tiempo.

VIRULENCIA: Capacidad de un microorganismo para producir una enfermedad.

ANEXO 3

ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACION VIGENTE HASTA EL 2009

VACUNAS	EDAD EN MESES						EDAD EN AÑOS				
	0	2	4	6	12	18	4	11	12-49	>65 ^a	
BGC	X										
ROTAVIRUS		X	X								
PENTAVALENTE		X	X	X							
POLIO		X	X	X			X				
TRIPLE VIRAL (SPR)					X						
TRIPLE BACTERIANA (DPT)						X	X				
TETANO DIFETERIA (Td)									X	X	
INFLUENZA		X	X	X	X	X					X

ANEXO 4

ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACION



Esquema Nacional de Vacunación El Salvador 2014



Comité Asesor de Prácticas de Inmunizaciones (CAPI)

ANEXO 5**TENDENCIA DE EVENTO INMUNOPREVENIBLES EL SALVADOR 2008-2012.**

EVENTO	CASOS				
	2008	2009	2010	2011	2012
Varicela	3596	4672	1715	3227	2055
Parotiditis	114	33	19	70	48
Enfermedad febril eruptiva.	0	0	0	14	44
Tos ferina	2	1	0	0	27
Rubeola congénita	0	0	0	12	13
Rubeola	0	2	0	9	4
Tétano	0	0	0	1	1
Meningitis meningococcica	2	0	0	0	1

Fuente: Vigilancia Epidemiológica de El Salvador.

ANEXO 6

Vacunas incluidas en el sistema nacional de vacunación.

Tipo de vacuna	Enfermedad contra la que protege	Sitio de aplicación	Dosis	Numero de dosis
BCG	Formas invasivas de tuberculosis	Tercio superior del brazo izquierdo.	0.1 cc	1 dosis
POLIO ORAL	Poliomielitis	Boca	2 gotas	5 dosis
PENTAVALENTE	Difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis b, enfermedades por haemophilus influenzae tipo B	Parte superior de muslo cara antero lateral.	0.5 cc	3 dosis
SPR	Sarampión, rubeola, parotiditis.	Parte superior de muslo cara antero lateral.	0.5 cc	2 dosis
DPT	Difteria, tos ferina, tétanos	Zona deltoidea del brazo derecho o cuadrante supero externo del glúteo.	0.5 cc	2 refuerzo
TD	Tétanos, Difteria	Deltoides	0.5 cc	Toda persona debe de recibir 5 dosis independiente de las dosis de DPT y luego un refuerzo a los 10 años
Hb	Hepatitis B	Deltoides	0.5 cc	3 dosis

ANEXO 7

TASA DE DESERCIÓN DE PENTAVALENTE 2014 POR DEPARTAMENTO.

DEPARTAMENTO	% DE ABANDONO	COBERTURA
Ahuachapán	3.25	96.7
Santa Ana	0.46	99.5
Sonsonate	5.88	94.1
Chalatenango	1.54	98.4
La Libertad	5.93	94.0
San Salvador	17.44	82.5
Cuscatlán	8.24	91.7
La Paz	2.98	97.0
Cabañas	9.93	90.0
San Vicente	9.14	90.8
Usulután	11.97	88.0
San Miguel	7.46	92.5
Morazán	14.84	85.2
La Unión	8.92	91.0

FUENTE: Vigilancia Epidemiológica de El Salvador.

ANEXO 8

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ de _____ años de edad, he sido elegida para participar voluntariamente en la investigación llamada “Determinar cuáles son los factores de riesgo sociocultural que inciden en el cumplimiento del esquema de vacunación de los niños menores de 5 años que consultan las unidades comunitarias de salud familiar del El Cuco, Chirilagua, San Miguel; Corinto, Morazán y equipo comunitario El Pastor, Yayantique, La Unión en el periodo de junio a agosto 2015”.

Se me ha explicado en qué consiste dicho estudio, entiendo el propósito del mismo por lo que doy mi consentimiento para participar en dicha investigación.

Firma o huella dactilar de la madre o encargada participante.

Fecha

ANEXO 9

INSTRUMENTO UTILIZADO DURANTE LA EJECUCION DE LA INVESTIGACION:

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR



FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CARRERA DOCTORADO EN MEDICINA

ENTREVISTA DIRIGIDA A MADRE O ENCARGADA DEL NIÑO

OBJETIVO GENERAL Determinar cuáles son los factores de riesgo sociocultural que inciden en el cumplimiento del esquema de vacunación de los niños menores de 5 años que consultan las unidades comunitarias de salud familiar del El Cuco, Chirilagua, San Miguel; Corinto, Morazán y equipo comunitario El Pastor, Yayantique, La Unión en el periodo de junio a agosto 2015

Indicaciones: Lea cuidadosamente la pregunta a la madre o encargada del niño y posteriormente proceda a escribir la respuesta según manifieste la madre entrevistada.

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LOS NIÑOS

1. Edad del niño:
 - a) De 0 a 1 año
 - b) De 2 a 3 años
 - c) De 4 a 5 años

2. Sexo: F ____ M ____
3. Estado del esquema de vacunación: Completo ____ Incompleto ____

Si la opción fue incompleto, ¿Por qué?

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA MADRTE O ENCARGADA DEL NIÑO

4. Edad: ____
5. Parentesco: Madre ____ Encargado ____
6. Área de procedencia: Rural ____ Urbana ____
7. Estado familiar:
- | | |
|---------------------|------------------|
| a.) Casada ____ | c.) Soltera ____ |
| b.) Acompañada ____ | d.) Viuda ____ |

FACTORES SOCIALES

8. Nivel de escolaridad
- | | |
|--------------------|----------------------|
| :a)Ninguna ____ | d)Bachillerato ____ |
| b) Primaria ____ | e)Universitaria ____ |
| c) Secundaria ____ | |
9. Ocupación de la madre o encargada:
10. Es de fácil acceso la UCSF para usted: Si ____ No ____
11. En que se transporta usted a la Unidad de Salud:
- | |
|------------------|
| a) a pie ____ |
| b) en carro ____ |

- c) en bus _____
 - d) moto taxi _____
12. Cuanto tiempo se tarda en llegar desde su casa a la Unidad de Salud?
- a) Menos de 30 minutos_____
 - b) De 30 minutos a una hora_____
 - c) De una a dos horas _____
 - d) Más de dos horas_____

FACTORES CULTURALES

13. A que grupo religiosa pertenece:
- a) Católica b) Evangelico c) Ninguno
14. En qué casos cree usted que los niños no se deben de vacunar:
- a) Fiebre leve: SI___ NO___
 - b) Diarrea SI___ NO___
 - c) Gripe SI___ NO___
 - d) Desnutrido SI___ NO___
 - e) Prematuro SI___ NO___
 - f) Otros SI___ NO___ ¿Cuáles? _____
15. Qué cree usted sobre la aplicación de varias vacunas a la vez:
- a) No es bueno cuando se ponen dos vacunas inyectadas.
 - b) Se deben de poner día de por medio.
 - c) Porque le da fiebre.
 - d) Porque así lo indica el esquema de vacunación*.

e) Otros.

16. Usted es puntual con la cita de vacunación:

a) Siempre ___ b) a veces ___ c) nunca ___

17. Sabe usted que es una vacuna: Si ___ No ___

18. Sabe usted para que sirven las vacunas: Si ___ No ___

19. Conoce usted las vacunas que se le ponen a los niños: SI ___ NO ___

Si es afirmativo preguntar para cuales enfermedades se les ponen las vacunas a los niños:

20. Puede decirme usted cuales de los siguientes beneficios tienen las vacunas:

A) Prevenir enfermedades*.

B) Ayudar al crecimiento del niño.

C) Para que no se enferme tan seguido.

D) Otros. ¿Cuáles? _____

21. Conoce usted las reacciones que se producen después que se ha vacunado un niño: SI ___

NO ___ si contesta afirmativamente ¿Cuál? _____

22. Cree usted que las vacunas en las clínicas privadas son mejores que las que aplican en las

Unidades de Salud? Si ___ No ___

ANEXO 10 DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE UCSF EL PASTOR, YAYANTIQUE







ANEXO 11 DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE UCSF EL CUCO







ANEXO 12 DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE CORINTO







ANEXO 13 VALIDACION DEL INSTRUMENTO

UCSF EL PASTOR, YAYANTIQUE VALIDO EN SAN ANTONIO SILVA



UCSF EL CUCO VALIDO EN UCSF CHIRILAGUA



UCSF CORINTO VALIDO EN UCSF ERMITA, CANTON LAGUNA.



ANEXO15: PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

La presente investigación tiene un costo de \$ 1,379, valor financiado por los autores.

ITEMS VALOR	CANTIDAD	UNITARIO	VALOR TOTAL
COPIAS	2000	0.03	\$60
IMPRESOR	1	50	\$50
CD	5	1	\$5
USB	3	10	\$30
IMPRESIONES	600	0.15	\$90
PAPEL BOND	1200	0.03	\$36
BOLIGRAFO	9	0.25	\$2.25
TINTA DE IMPRESORA	2	22	\$44
ANILLADOS Y EMPASTADO DEL TRABAJO	10	5	\$50
TRANSPORTE	100	5	\$500
FOLDERS	15	0.25	\$3.75
REFRIGERIO PARA PRESENTACION DE PROTOCOLO	8	10	\$80
REFRIGERIO PARA PRESENTACION FINAL	15	15	\$225
INVITACIONES	15	3	\$45
IMPREVISTOS		200	\$200
SUMA			\$ 1,379