

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA



TRABAJO DE GRADO

**FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS AL INCUMPLIMIENTO DEL
ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN EN NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 5 AÑOS EN
LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR SAN RAFAEL Y SAN
SEBASTIÁN EL ESPINO DE SANTA ANA Y UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD
FAMILIAR DE ATIQUIZAYA DE AHUACHAPÁN EN EL PERÍODO DE FEBRERO
A JUNIO DE 2020**

PARA OPTAR AL GRADO DE

DOCTORA EN MEDICINA

PRESENTADO POR

DÁMARIS STEPHANNIE MENDOZA MORÁN

FÁTIMA BETANIA RAMOS GALLARDO

CRISTINA ABIGAIL RODRÍGUEZ BAÑOS

DOCENTE ASESOR

DOCTORA SANDRA PATRICIA GÓMEZ DE SANDOVAL

OCTUBRE, 2020

SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES



M.Sc. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

RECTOR

DR. RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ

VICERRECTOR ACADÉMICO

ING. JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

ING. FRANCISCO ANTONIO ALARCÓN SANDOVAL

SECRETARIO GENERAL

LICDO. LUIS ANTONIO MEJÍA LIPE

DEFENSOR DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

LICDO. RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN

FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

AUTORIDADES



M.Ed. ROBERTO CARLOS SIGÜENZA CAMPOS

DECANO

M.Ed. RINA CLARIBEL BOLAÑOS DE ZOMETA

VICEDECANA

LICDO. JAIME ERNESTO SERMEÑO DE LA PEÑA

SECRETARIO

DR. NELSON EMILIO MONTES REYES

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AGRADECIMIENTOS

Le doy gracias a Dios por permitirme llegar a esta etapa de mi vida, por darme la fortaleza, el ánimo y las ganas de luchar día con día. El camino no ha sido nada fácil, me he enfrentado a muchos obstáculos a lo largo de toda esta carrera tan bonita llamada Doctorado en Medicina, y a pesar de que más de una vez quise tirar la toalla, Dios estuvo ahí para darme su fortaleza y seguir adelante.

Agradezco a mi familia por ser un apoyo crucial durante todo este tiempo, a mi mamá Aracely de Mendoza por ser mi mayor apoyo, por estar siempre pendiente de mí en muchas noches de desvelo, por las palabras de ánimo cuando sentía que ya no podía más y quería desistir, gracias por creer en mí y espero se pueda sentir orgullosa ya que este logro también le pertenece, a mi papá David Ernesto Mendoza por ser ese apoyo económico durante todo este tiempo, por confiar en mí y ayudarme a salir adelante.

Además, quiero agradecer a mis mejores amigos por su apoyo incondicional, por llenarme de alegría cuando a veces me sentía triste o desanimada, y por siempre buscar la manera de hacerme sentir querida y apoyada. Son muy valiosos en mi vida y gracias por siempre estar presentes para mí.

Le doy gracias de igual manera a nuestra asesora Dra. Patricia de Sandoval, por tenernos paciencia durante la realización de este trabajo de grado, por su ayuda, experiencia y por creer en nosotras.

Una parte de nuestras vidas culmina, pero se abre el camino a una nueva aventura y solo le pido a Dios que siempre vaya Él adelante guiando mis pasos y siendo luz en mi camino.

Dámaris Stephannie Mendoza Morán

En primer lugar, quiero agradecerle a Dios y a la Virgen María, por haberme dado la vida y el permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional y culminar con éxito una de mis más grandes metas.

A mis padres quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, por ser mi pilar fundamental y haberme apoyado incondicionalmente durante todo el trayecto de mi carrera.

Mis hermanos y familia, por su constante e incondicional apoyo a lo largo de mi educación personal y profesional.

A todos mis amigo/as y colegas que gracias a su apoyo moral me permitieron permanecer con empeño, dedicación y cariño, y a todos quienes contribuyeron con un granito de arena para culminar con éxito la meta propuesta.

Agradezco a los todos docentes que tuve a lo largo de la carrera que, con su sabiduría, conocimiento y apoyo, motivaron a desarrollarme como persona y profesional.

Y en especial quiero agradecer a mi asesora Dra. Patricia de Sandoval quien con sus conocimientos y apoyo me guió a través de cada una de las etapas de este proyecto para alcanzar los resultados que buscaba.

Fátima Betania Ramos Gallardo

Es un placer poder culminar satisfactoriamente esta etapa dentro de mi carrera como estudiante, por ellos quiero agradecer primeramente a Dios y a la Virgen por permitirme llegar con vida, buena salud y sabiduría, por bendecirme con las personas que han puesto en este largo camino.

A mis padres quienes han sido mis pilares para seguir adelante y han estado de manera incondicional desde que comenzó mi carrera, quienes me han enseñado muchos valores, con amor y paciencia han estado a mi lado en los momentos difíciles, quienes día a día me inspiran a lograr todo aquello que me proponga, gracias por mantener en mi vida la esperanza, este triunfo también es de ustedes.

A mi hermano quien aun en la distancia siempre estuvo pendiente de mí y mis estudios, brindándome su apoyo.

A mi familia en general, gracias por confiar en mí, por ser parte de mi vida y por permitirme ser parte de su orgullo. La motivación es el empuje del éxito; el éxito es la plenitud de la vida, la vida no sería vida si no hubiera una familia.

A mis amigos/as, quienes me enseñaron que la amistad es la esencia propia de la vida y siempre estuvieron para aconsejarme y acompañarme en cada una de las diferentes etapas de mi vida.

A mis maestros durante toda mi formación, personas de gran sabiduría quienes se han esforzado por ayudarme a culminar mi meta.

Y en especial a mi asesora de tesis Dra. Patricia de Sandoval por su paciencia, tiempo y esfuerzo al compartir sus conocimientos, sin su instrucción profesional no habría llegado a este nivel.

A todos quienes me han apoyado moralmente en bienestar de mi profesión, me convierto en la consecuencia de aquella confianza que fue depositada en mí, gracias por creer en mí.

Cristina Abigail Rodríguez Baños.

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO.....	x
INTRODUCCIÓN	xi
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
ANTECEDENTES	14
MOVIMIENTOS ANTIVACUNAS	17
SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	20
JUSTIFICACIÓN	22
OBJETIVOS	24
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	26
2.1 LAS VACUNAS	26
2.1.1 Vacunación.....	26
2.1.2 Esquema de vacunación.....	26
2.1.3 Carnet de vacunación.....	26
2.2 TIPOS DE VACUNA.....	26
2.2.1 Vacunas vivas atenuadas	27
2.2.2 Vacunas inactivadas	27
2.2.3 Vacunas de subunidades, recombinantes, polisacáridos y combinadas	27
2.2.4 Vacunas con toxoides.....	28
2.2.5 Inmunización	28
2.2.6 Inmunidad.....	29
2.3 FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN LA VACUNACIÓN	29
2.4 CALENDARIZACIÓN DE VACUNAS	34
2.5 POBLACIÓN INFANTIL.....	35
2.6 COMPONENTES DE LAS VACUNAS.	39
2.6.1 VACUNA BCG.....	40
2.6.2 VACUNA HEPATITIS B	41
2.6.3 VACUNA CONTRA LA POLIOMELITIS: IPV O Salk	42
2.6.4 VACUNA CONTRA POLIO: OPV o Sabin.....	43
2.6.5 VACUNA CONTRA EL ROTAVIRUS	43
Descripción: Vacuna viva, atenuada humana, monovalente.....	43

2.6.6	VACUNA CONTRA EL NEUMOCOCO	44
2.6.7	VACUNA PENTAVALENTE: (TDPe),hepatitis B y Haemophilus tipob).....	45
2.6.8	VACUNA CONTRA LA INFLUENZA	46
2.6.9	VACUNAS CONTRA SARAMPIÓN, PAPERAS Y RUBÉOLA: SPR	47
2.6.10	VACUNA CONTRA LA FIEBRE AMARILLA	48
2.6.11	VACUNA DPT (DIFTERIA, TOSFERINA Y TÉTANOS)	49
2.6.12	VACUNA CONTRA EL VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH).....	50
2.6.13	VACUNA: TETANO, DIFTERIA Y PERTUSSIS A CELULAR (TDPA).....	51
2.7	VACUNACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES	52
2.8	VACUNACIÓN EN EL NIÑO ALÉRGICO.....	52
2.9	OPORTUNIDADES PERDIDAS EN INMUNIZACIÓN.....	53
2.10	ACCIONES DEL MINISTERIO DE SALUD.....	55
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO.....		57
3.1	TIPO DE ESTUDIO.....	57
3.2	DIMENSIÓN ESPACIAL	57
3.3	DIMENSIÓN TEMPORAL.....	57
3.4	UNIVERSO DE ESTUDIO	57
3.5	MUESTRA DE ESTUDIO	58
3.6	CRITERIOS PARA LA DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA	58
3.6.1	Criterios de inclusión:.....	58
3.6.2	Criterios de exclusión:	58
3.7	TRABAJO DE CAMPO	58
3.8	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	59
3.9	PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	60
OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES		61
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS		64
MATRIZ DE DATOS CUALITATIVOS		95
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		100
CONCLUSIONES		100
RECOMENDACIONES.....		101
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		104
ANEXOS		106

ANEXO 1	107
ANEXO 2	112
ANEXO 3	113
ANEXO 4	115
ANEXO 5	116
ANEXO 6	117
ANEXO 7	131
ANEXO 8	132
ANEXO 9	135

RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio aborda los factores socioculturales asociados al incumplimiento del esquema de vacunación en niños y niñas de 0 a 5 años en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Rafael y San Sebastián El Espino de Santa Ana y Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Atiquizaya de Ahuachapán en el período de febrero a junio de 2020, destacando como objetivos fundamentales, las características sociodemográficas de los niños y niñas sujetos de estudio, los factores socioculturales determinantes en el incumplimiento del esquema de vacunación, así como identificar las acciones que llevan a cabo las instituciones de salud , con el objetivos de darle cumplimiento al programa de vacunación.

Dicha investigación destaca la importancia y relevancia de este estudio en la justificación, así como también contiene la fundamentación teórica que sirvió de base para realizar el proceso, el diseño metodológico es con enfoque cuanti-cualitativo, descriptivo y transversal

Se contó con una muestra de 20 niños/as pertenecientes a las 3 unidades de salud seleccionadas para la investigación los cuales cumplieron con criterios específicos: que sean menores de 5 años, que tengan su esquema de vacunación incompleto, que la persona responsable del niño/a esté dispuesto a colaborar. También se contó con el apoyo de tres promotores de salud, como instrumento de recolección de datos se utilizó la encuesta y la entrevista estructurada, entre los hallazgos más importantes los patrones culturales y creencias de que a sus otros hijos nos les ha pasado nada predominan en la renuencia a la no vacunación, a pesar de los esfuerzos de las instituciones de salud en lograr una cobertura al 100%, se continua con un buen porcentaje de niños sin vacunas.

INTRODUCCIÓN

La preocupación por la infancia cobra cada vez mayor conciencia en el mundo dada la persistencia de miles de defunciones diarias. Las acciones de vacunación universal enmarcan la problemática de salud infantil como una prioridad que requiere de atención inmediata, así como por los efectos negativos que tiene en los indicadores de salud.

A través del tiempo diferentes países han buscado y establecido estrategias de mejora a la calidad de vida de la población infantil y disminuir el riesgo de enfermar y/o morir por enfermedades inmunoprevenibles.

La vacunación oportuna y el monitoreo regular de los niños y niñas, especialmente los que corresponden a 0 - 5 años va orientada a crear una cultura de salud preventiva. Los resultados mundiales son poco alentadores, lo que implica que existe una vulnerabilidad ante las enfermedades inmunoprevenibles.

La presente investigación identifica y describe los principales factores socioculturales influyentes en el incumplimiento del esquema nacional de vacunación que hoy en día se viven y que afectan de manera directa e indirecta a los menores de 5 años. Para ello se toma como objeto de estudio a las madres o cuidadores del menor que asisten a los centros de salud, para poder determinar dichos factores que influyen en el incumplimiento del esquema nacional de vacunas.

En cuanto al tipo de estudio ocupado en esta investigación es descriptivo y corte transversal, los datos recopilados servirán para identificar las características del cumplimiento del esquema de inmunización de los niños menores de 5 años, además es de tipo descriptivo, porque se pretende indagar la realidad sobre el problema investigado, para diseñar una guía como alternativa de solución.

El diseño de la investigación es de carácter cuali-cuantitativo, por que presenta la información sobre las características del problema investigado, identificando causas y consecuencias que permitan establecer relaciones de las variables de estudio. La investigación está a la medición de los factores socioculturales que inciden en el incumplimiento del esquema de inmunización en niños menores de 5 años de las diferentes unidades de salud en estudio y evalúa diversos aspectos, dimensiones o componentes sobre los componentes culturales que inciden en el incumplimiento

del esquema de inmunización de los menores de 5 años, conformado por 2 muestras en estudio: 20 niños en estudio y 3 promotores de salud, aplicándose dos instrumentos: una encuesta y una entrevista.

CAPÍTULO I:
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

ANTECEDENTES

INTERNACIONALES

La prevención y el control de las enfermedades inmunoprevenibles constituyen uno de los elementos claves en la atención integral en salud, con una tendencia a disminuir las tasas de morbimortalidad en niños y niñas de 0 a 5 años.

La evidencia científica ha demostrado los beneficios de las vacunas, reduciendo las enfermedades infecciosas, el sufrimiento, las secuelas físicas, psíquicas y los fallecimientos provocados por las infecciones. Las vacunas han demostrado ser seguras, la experiencia acumulada muestra que los efectos adversos graves son muy infrecuentes, pese a lo cual ha de mantenerse la vigilancia sobre ellos, buscando el máximo nivel de seguridad. Por tanto, la efectividad y la seguridad de las vacunas actualmente disponibles justifican la confianza hacia estas de forma mayoritaria, tanto entre los profesionales sanitarios como en la población general.

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.

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 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.

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.

NACIONALES

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.

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.

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.

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%.

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.

MOVIMIENTOS ANTIVACUNAS

Los llamados movimientos anti vacunas siembran dudas acerca de la seguridad y la efectividad de las vacunas infantiles, provocando la negativa de algunos padres a vacunar a sus hijos. Dicha negativa plantea un conflicto de valores entre el derecho de los padres a la crianza de sus hijos según sus creencias, el de justicia e incluso el de no maleficencia, pudiendo poner en riesgo a sus hijos y a otras personas de la comunidad, que por motivos variados no hayan podido ser vacunados. En febrero de 2015 saltaba a la prensa la noticia de un brote de sarampión en el parque infantil Disneyland en California (EE. UU.). Las investigaciones apuntan a que el caso índice fue un visitante extranjero, a partir del que se declararon 118 casos en 17 estados americanos, en su mayoría población no vacunada. Esto ha supuesto una alarma en los EE. UU., que en año 2000 declaró el sarampión eliminado del país. Desde entonces sufren brotes con menos de 100 casos anuales, salvo en los últimos años, en los que el número de casos ha crecido hasta llegar a 644 en 2014.

En el caso de Europa, en la página web del European Centre for Diseases, Prevention and Control (ECDC) se pueden consultar los casos de sarampión declarados en los últimos años: 30 265 casos en 2010; 30 567 en 2011; 8230 en 2012; 10 270 en 2013 y 3640 en 2014. Parte de los países afectados contaba con un nivel económico y educativo altos: en 2013 la mayoría de casos procede del Reino Unido (1894), Holanda (798), Italia (1149) y Alemania (1018); en 2014 el 58,6% de los casos proceden de Italia y Alemania.

La vacunación infantil es, sin duda, la medida preventiva más eficaz de todos los tiempos. En el siglo XXI parece que esta medida se esté ahogando en su propio éxito. Las enfermedades prevenibles por las vacunas están casi desapareciendo, y ello induce a la población a pensar que ya no existen o a minusvalorar sus riesgos.

El rechazo a la vacunación infantil no es algo nuevo. Desde que en 1796 Edward Jenner presentara ante la Royal Society of London su trabajo en el que detallaba el éxito conseguido tras inocular pequeñas cantidades de viruela obtenida de las pústulas de personas infectadas por viruela bovina para proteger frente a la viruela humana, el rechazo a la inmunización ha sido una constante. A raíz de la primera campaña de vacunación de 1853 en Inglaterra, en la que se obligaba a los padres a vacunar a sus hijos bajo amenaza de multas y cárcel, empiezan las primeras protestas. En 1867 se constituye la primera asociación antivacunas en Londres, desarrollándose movimientos similares en el resto de Europa. Veinte años después el movimiento se extiende a EE.UU.

Desde entonces diferentes acontecimientos han llevado a los gobiernos a tomar distintas medidas respecto a la vacunación, pero el verdadero hito en el desarrollo de los movimientos antivacunas data de 1998. En este año la revista *The Lancet* publica el artículo de A. Wakefield en el que asociaba la vacuna del sarampión con el autismo. Diez años más tarde, después de que el Colegio de Médicos británico condenara la investigación de A. Wakefield calificándola como no ética, lo expulsara del colegio y le retirara la licencia para ejercer la medicina, la revista *The Lancet* se retractó del artículo. Pero el daño ya estaba hecho.

Ante el incremento de casos de enfermedades prevenibles con la vacunación y el aparente aumento de padres que rechazan la vacunación de sus hijos se nos plantea la duda sobre cuál es la situación en el momento actual y qué podemos hacer para evitarlo.

Existen pocos datos en Europa, en contraste con EE. UU. Los datos más recientes provienen del estudio publicado por Grossman. Son el resultado de una encuesta electrónica respondida por 393 pediatras de Atención Primaria de 24 países europeos. El 93% de ellos estimaba que el rechazo total a las vacunas era inferior a un 1% y el rechazo parcial un 1-5%, con diferencias entre países. En 2011 en EE. UU. se estimaba el rechazo total a la vacunación infantil en un 6-8%.

Para hacer frente al problema del rechazo de las vacunas es importante conocer el motivo. En la encuesta europea referida antes, los pediatras consideraban que los motivos más frecuentes del rechazo de la vacunación por parte de los padres eran: miedo a los efectos adversos (60%), demasiadas vacunas para el sistema inmune infantil (48%), preferencia por la medicina alternativa (48%), consideraban que era mejor pasar la enfermedad (31%), miedo al autismo (29%) o no creían en los riesgos de padecer la enfermedad (27%).

Los resultados del estudio transversal de la iniciativa Vaccine Safety: Attitudes, Training and Communication (VACSATS) nos ofrecen una información complementaria. Entre los años 2008-2009 realizaron una encuesta a padres de cinco países europeos, entre ellos España, sobre sus preocupaciones en relación a la vacunación. Los motivos que alegaron con más frecuencia fueron: el miedo a los efectos secundarios de las vacunas, la relación entre autismo y vacuna triple vírica, miedo a los efectos a largo plazo de las vacunas, las contradicciones en las declaraciones de los expertos en vacunas y la falta de información. En España los motivos más frecuentes para el rechazo fueron el primero y último de los citados.

En España, en estos momentos están documentadas aún unas excelentes tasas de cobertura de inmunización infantil para las vacunas comunes de los calendarios oficiales.

Según los últimos datos publicados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, las vacunas comunes que se administran en el primer año de vida muestran un cumplimiento del 95 % de media en el territorio nacional.

No obstante, hemos observado como en los últimos años se ha producido un leve descenso de un 1-2 % en esos porcentajes (de 96-97 % a 95 %). Se estima que poco más de la mitad de ese 5 % de niños que no se vacunan en estos dos primeros años de vida en nuestro medio, se debe a que sus padres voluntariamente no han querido vacunarlos.

En España, según la legislación actual, las vacunas no son obligatorias, salvo en situaciones puntuales de epidemias no controladas que amenacen de forma importante a la salud pública.

SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La presente investigación es importante para la ciencia de la medicina en el ámbito de la prevención, promoción e identificación oportuna de factores influyentes en el incumplimiento del esquema nacional de vacunación. El simple hecho de saber que anualmente mueren 1.5 millones de niños menores de 5 años a causa de enfermedades que podrían haber sido prevenibles con vacunas, hace pensar que la inmunización es indiscutiblemente la intervención sanitaria preventiva más costo-efectiva. Esta puede ser capaz de prevenir enfermedades, discapacidades y defunciones por enfermedades asociadas a la no vacunación; tales como: cáncer cervical, difteria, hepatitis B, sarampión, parotiditis, tos ferina, neumonía, poliomielitis, enfermedades diarreicas causadas por rotavirus, así como también rubeola y tétanos.

Por ello, la presente investigación busca identificar aquellos factores sociales que inciden en la no vacunación, conocer sobre las creencias culturales de la población las cuales siguen siendo un elemento clave para el incumplimiento del esquema nacional de vacunación, determinar los factores sociodemográficos que impidan al cuidador responsable del menor la vacunación, así como obtener resultados que servirán como punto de referencia en la toma de decisiones del personal de salud para crear estrategias y actividades sanitarias que eviten dicha problemática.

De acuerdo con las disposiciones legales los niños/as deben recibir protección de inmunidad, asegurando su bienestar y desarrollo integral, pero existen numerosos eventos de salud que no ofrecen atención integral a todo los niños/as y por otra parte los padres de familia no cumplen con sus obligaciones de velar por el bienestar de los niños, dañando de este modo el primordial objetivo de eficacia de atención a la población infantil.

Por tal razón, se conseguirá reconocer y fundamentar la problemática vigente en el lugar de estudio. En ese sentido, este trabajo de investigación servirá como referencia para que se cuente con información actualizada acerca de los factores influyentes al incumplimiento de las vacunas

en niños menores de cinco años. Esto permitirá específicamente al personal médico generar estrategias sanitarias que contribuyan a erradicar los factores que obstaculizan el cumplimiento del calendario de vacunas. Aplicando esas estrategias, se beneficiarán los padres y la población infantil menor de cinco años, porque se contribuirá a disminuir el daño que puede producir en los niños la omisión de alguna vacuna, ya sea por desconocimiento de los padres o algún otro factor interviniente.

JUSTIFICACIÓN

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

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 pública, estas enfermedades aún se siguen presentando en el país. Esto puede deberse a múltiples factores entre los cuales se encuentran los de tipo social, cultural o económico y que pueden tener influencia en que el esquema de vacunación de un niño no se complete.

Dentro de estos factores podemos mencionar el desinterés de los padres para que sus hijos estén vacunados, la falta de conocimientos sobre los beneficios de las vacunas, las falsas creencias que se tienen sobre las inmunizaciones.

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 corresponde al niño/a según su edad y por lo tanto debe 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.

Con la presente investigación se pretende identificar esos factores que inciden en el incumplimiento del esquema nacional de vacunación para poder implementar estrategias que permitan aumentar la cobertura de vacunación y de esta forma evitar las enfermedades inmunoprevenibles.

Desde el punto de vista social, la investigación se justifica por una guía clara de barreras socioculturales que afectan el cumplimiento adecuado y oportuno del programa nacional de inmunizaciones.

En ese sentido, los resultados del estudio serán realizados en UCSF específicas, que permitirá educar a la población sobre creencias y conocimientos que estos tienen sobre la vacunación,

además de identificar de manera precoz los factores que intervienen y que están relacionados directamente en el incumplimiento de la inmunización en menores de 5 años.

Estos resultados servirán como aporte científico y educativo que conducirá a futuras investigaciones permitiendo a las instituciones de salud, así como a su personal capacitado desarrollar acciones que conlleven a buscar alternativas y estrategias sanitarias de inmunización para aumentar la cobertura de niños inmunizados y disminuir así el riesgo a enfermedades en niños menores de 5 años.

OBJETIVOS

GENERAL

Identificar los principales factores socioculturales que influyen en el incumplimiento del esquema nacional de vacunación en niños de 0 a 5 años que pertenecen a la UCSF San Rafael y San Sebastián El Espino de Santa Ana y UCSF de Atiquizaya.

ESPECÍFICO

- Identificar las características sociodemográficas de los niños/as de 0 a 5 años con esquema de vacunación incompleto que pertenecen a las UCSFI San Rafael, UCSFB SSEE y UCSFI de Atiquizaya.
- Identificar los factores sociales que afectan en el incumplimiento del esquema nacional de vacunación en las UCSFI San Rafael, UCSFB SSEE y UCSFI de Atiquizaya.
- Describir los factores culturales que influyen en el incumplimiento del esquema nacional de vacunación en las UCSFI San Rafael, UCSFB SSEE y UCSFI de Atiquizaya.
- Conocer las acciones que realizan las UCSF ante el incumplimiento del esquema nacional de vacunación.

**CAPÍTULO II:
MARCO TEÓRICO**

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 LAS VACUNAS

La palabra Vacuna, deriva del latín “*Vacca*” es decir “Vaca”, introducida por el británico Edward Jenner (1749-1823) quien desarrollo la primera vacuna usando viruela vacuna.

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.

2.1.1 Vacunación

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

2.1.2 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. Es una recomendación basada en evidencia, que permite a una población decidir la forma en que puede prevenir, en diferentes grupos de edad, enfermedades transmisibles por medio de la inmunización de sus habitantes.

2.1.3 Carnet de vacunación

Es un documento brindado por Hospitales Nacionales o Privados al momento del nacimiento en el cual se registran todas las vacunas aplicadas a lo largo de la vida.

2.2 TIPOS DE VACUNA

Existen muchos tipos de vacunas diferentes. Cada uno está diseñado para enseñarle a su sistema inmunitario cómo combatir ciertos tipos de gérmenes y las enfermedades graves que provocan.

Cuando los científicos crean vacunas, tienen en cuenta:

- De qué manera el sistema inmunitario responde al germen
- Quién necesita vacunarse contra el germen
- La mejor tecnología o enfoque para crear la vacuna

Según algunos de estos factores, los científicos deciden qué tipo de vacuna elaborarán para ello existen 4 tipos de vacunas principales:

2.2.1 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 y crean una respuesta inmunitaria fuerte y de larga duración.

2.2.2 Vacunas inactivadas

Son producidas por medio de cultivos de virus o bacterias que luego son inactivados con calor o sustancias químicas. Las vacunas inactivadas utilizan la versión muerta del germen que causa una enfermedad por ende esta no puede producir la enfermedad y no proporcionan una inmunidad (protección) tan fuerte como las vacunas vivas. Es posible que necesite varias dosis con el tiempo (vacunas de refuerzo) para tener inmunidad continua contra las enfermedades.

2.2.3 Vacunas de subunidades, recombinantes, polisacáridos y combinadas

Las vacunas de subunidades, recombinantes, polisacáridos y combinadas utilizan partes específicas del germen, como su proteína, azúcar o cápsula (una carcasa que rodea al germen).

Dado que las vacunas solo utilizan partes específicas del germen, ofrecen una respuesta inmunitaria muy fuerte dirigida a partes claves del germen. También se pueden utilizar en prácticamente cualquier persona que las necesite, incluso en personas con sistemas inmunitarios debilitados o problemas de salud a largo plazo.

La única limitación de estas vacunas es que posiblemente necesite vacunas de refuerzo para tener protección continua contra las enfermedades.

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 inmunoprevenibles. Hoy en día, la inmunización es una de las maneras más rentables de mejorar la salud.

2.2.4 Vacunas con toxoides

Las vacunas con toxoides utilizan una toxina (producto nocivo) fabricada a partir del germen que causa una enfermedad. Crean inmunidad a las partes del germen que causan una enfermedad en lugar de al germen en sí. Esto significa que la respuesta inmunitaria va dirigida a la toxina en lugar de a todo el germen.

Al igual que otros tipos de vacunas, es posible que necesite vacunas de refuerzo para tener protección continua contra las enfermedades.

2.2.5 Inmunización

La inmunización es la adquisición de protección inmunológica en la cual el individuo entra en contacto con una sustancia extraña al cuerpo y responde produciendo anticuerpos y linfocitos T. Esta puede ser activa o adquirida. Y también 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.

La inmunización 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 inmunización 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.

2.2.6 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.

2.3 FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN LA VACUNACIÓN

Las vacunas han sido diseñadas para proteger contra las infecciones y enfermedades, 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:

- **Administración incomoda**

La mayoría de las reacciones de las vacunas son leves que pueden incluir, enrojecimiento, hinchazón, dolor e inflamaciones en el sitio de la inyección, estas reacciones o molestias suelen aparecer inmediatamente después de su aplicación y desaparecen en uno o dos días Sin embargo el beneficio es mayor al recibir la inmunización.

- **Imposición social**

Muchos países requieren que sus ciudadanos reciban ciertas vacunas. En Estados Unidos, las leyes estatales imponen vacunaciones obligatorias, como las que se exigen a los niños para que entren a la escuela. Las controversias sobre eficacia, seguridad y moralidad de la vacunación obligatoria surgen por la antigua tensión entre dos metas que a veces discrepan: proteger las libertades individuales y proteger la salud pública.

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 de aplicación de vacunas.

- **Reacciones adversas**

La mayoría de las personas no experimentan efectos secundarios graves por las vacunas. Los efectos secundarios más comunes, como la hinchazón donde se ha dado la vacuna, suelen ser leves y desaparecen rápidamente por su cuenta. Los efectos secundarios más comunes son una señal que su cuerpo está comenzando a desarrollar inmunidad o protección contra una enfermedad. Sin embargo, la presencia de fiebre ante algunas vacunas hace que muchas personas no quieran administrar la vacuna a su hijo.

- **La religión y objeciones a la vacunación.**

Las opiniones públicas sobre la vacunación incluyen creencias variadas y profundamente arraigadas, lo cual es un resultado de la tensión entre puntos de vista culturales y sistemas de valores discrepantes. Varias perspectivas culturales clave sobre la vacunación surgen de: 1. derechos individuales y posturas de salud pública hacia la vacunación, 2. diversos puntos de vista religiosos y objeciones a las vacunas, y 3. sospecha y desconfianza de las vacunas entre diferentes culturas y comunidades de EE.UU. y del mundo, 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. Existen algunas religiones en el mundo que no aceptan las vacunas, ejemplo de ello es la comunidad AMISCH en Pensilvania Estados Unidos.

Ciertas religiones y sistemas de creencias promueven perspectivas alternativas para la vacunación. Las objeciones religiosas a las vacunas se basan por lo general en: 1. Los dilemas éticos relacionados con el uso de células de tejidos humanos para crear vacunas, y 2. creencia de que el cuerpo es sagrado y que no debe recibir ciertos químicos, sangre o tejidos de animales, y que debe ser sanado por Dios, o por medios naturales.

Por ejemplo, la iglesia católica reconoce el valor de las vacunas y la importancia de proteger la salud individual y comunitaria. Sin embargo, afirma que sus feligreses deben buscar alternativas

cuando estén disponibles, a las vacunas que se producen usando líneas celulares derivadas de fetos abortados. Los científicos cristianos no tienen una política formal contra las vacunas, pero en general confían en la oración para sanar; creen que las intervenciones médicas, que podrían incluir a las vacunas, son innecesarias.

- **Procedencia o accesibilidad geográfica:**

Es el medio natural, en el cual el individuo nace y vive con sus tradiciones y costumbres, como por ejemplo el que habita en la zona rural y en la zona urbana. Cada uno presenta características peculiares adaptándose al medio social donde viven. Las personas de la zona Rural generalmente presentan actitudes de desconfianza hacia los demás limitando su posibilidad de comunicación y están más sujetos a sus hábitos y costumbres propios de su territorio y mayormente no cuentan con una UCSF o ECO cerca de su domicilio. En cambio, los de la zona Urbana se caracterizan por ser grandes ciudades que cuentan con mayor acceso a establecimientos de salud.

- **Edad del padre/madre cuidado o responsable**

Conforme avanza la edad de los padres estos van adquiriendo mayor madurez y autocuidado de sus hijos, ya que toman más conciencia en su nuevo rol, tomando en cuenta que actualmente hay muchos jóvenes que se convierten en padres a tempranas edades. Tal es el caso de madres adolescentes, que están sometidas a constantes cambios físicos, cognitivos y sociales la cual repercute en su madurez por lo que no son responsables y/o puntuales del cumplimiento del calendario de vacunación de su niño.

- **Estado civil**

Desde que nacemos los seres humanos vivimos rodeados de muchas personas. El primer grupo al que pertenecemos es la familia, que es la célula fundamental de la sociedad, la cual está constituida por la unión de un hombre, su esposa e hijos que viven en un mismo techo. Esta unión origina derechos y obligaciones entre las personas a las que liga, sin embargo, la ausencia de alguno de los conyuges, por cualquier motivo, podría significar un recargo en las funciones de otro, como responsable del hogar con el consiguiente incumplimiento de alguna de sus responsabilidades.

- **Nivel educativo del cuidador**

El nivel educativo tiene, repercusiones directas e indirectas en el estado de salud de las personas, al ser manejado como un elemento de refuerzo y protección a lo largo de su vida. Como refuerzo, la educación contribuye a la elección de estilos de vida y comportamiento favorables a la salud y, simultáneamente, posibilita el acceso a mejores empleos y oportunidades de la vida que protegen a las personas de riesgos a la salud. La educación es un factor relativamente fácil de medir a través de indicadores como, el número de años completos de estudio, el nivel máximo de estudio alcanzado o los títulos obtenidos. Lo que quiere decir que el nivel de instrucción de los padres también cuenta como un factor a considerarse para acudir o no un establecimiento de Salud, en busca de atención médica, teniendo en cuenta que en mayor porcentaje la población rural poseen un nivel de instrucción primario incompleto o son analfabetas lo que hace que exista despreocupación en el conocimiento de riesgo-beneficio de la vacunación para sus niños.

- **Trabajo**

Las crisis económicas de las sociedades en la actualidad han obligado a las madres a buscar un empleo para ayudar al sustento económico de su hogar; viéndose incrementado su esfuerzo, ya que además del trabajo fuera, realiza tareas del hogar y cuidado de los hijos. Cuando los dos padres trabajan, están fuera del hogar durante muchas horas y el cuidado de los hijos queda a cargo de otras personas como los abuelos, otros familiares o instituciones como la guardería y escuelas, por lo que se considera este un factor importante que puede influir en el incumplimiento de las vacunas del niño, ya que las madres no disponen de tiempo para llevar a sus hijos a los servicios de salud para recibir dichas vacunas y de esta manera cumplir con la responsabilidad frente a la salud de sus hijos.

- **Nivel socioeconómico**

La pobreza y la mala salud están interrelacionadas ya que en este caso los padres expresan que el dinero no les alcanza para pagar un transporte público que los conduzca al establecimiento de salud más cercano, los cuales sufren múltiples privaciones que se expresan en altos niveles de mala salud, la falta de vacunación infantil está claramente relacionada con las desigualdades

socioeconómicas. Dichos impactos reducen las probabilidades de vacunación drásticamente cuanto más pobre sea la familia, menor educación tenga la madre y más rural sea su ambiente.

- **Transporte**

El acceso a los establecimientos de salud se ve dificultoso puesto que interfiere un factor muy importante que es el medio de transporte que no se tiene disponible a cualquier hora si no a días determinados ya que las distancias entre comunidades y los establecimientos de salud son muy extensas teniendo como resultado el abandono y retardo en el cumplimiento del esquema de vacunas de los niños.

- **Creencias como:**

- “Las vacunas estas diseñadas para enfermar y disminuir la población”.
- “Las vacunas dan autismo”.
- “Las vacunas producen parálisis”.
- “Mucha fiebre producen”.
- “A mi hijo no le pasa nada porque tiene sangre de caballo”
- “Las vacunas solo enferman más a mis hijos”
- “A mí nunca me vacunaron y no me paso nada”:
- “Las vacunas van en contra de mi religión”
- “Las Vacunas que ofrece el MINSAL no son efectivas”
- “La desconfianza hacia el personal de salud que las aplica”
- “Prefiero administración de remedios naturales para combatir la enfermedad”.
- “Recibir varias vacunas a la vez es peligroso”

Existen muchos padres con el temor de que vacunar a su hijo/a con más de una vacuna a la vez puede ser peligroso, sin embargo, la evidencia actual descarta efectos negativos por la administración de más de una vacuna, teniendo en cuenta las vacunas adecuadas y el sitio adecuado.

- **Las vacunas no son seguras:**

La Organización Mundial de la Salud aclara que esto no es cierto: las vacunas son seguras, y todas ellas son sometidas a un gran número de rigurosas pruebas a lo largo de diferentes ensayos clínicos, y siguen siendo evaluadas tras ser comercializadas

- **Las vacunas causan autismo:**

Muchos padres de familia viven con el temor de que al administrarse la vacuna triple viral puede ocasionar problemas neurológicos en sus hijos

- **Las vacunas causan efectos secundarios peligrosos como la muerte:**

Las vacunas en la actualidad son muy seguras y el número de efectos secundarios de importancia es muy pequeño si se les compara con el beneficio que producen.

- **Las buenas condiciones de higiene hacen innecesarias las vacunas:**

Una buena higiene, el lavado de las manos y el agua potable contribuyen a proteger a las personas contra enfermedades infecciosas, sin embargo, muchas infecciones se pueden propagar independientemente de la higiene que mantengamos

- **Con pasar la enfermedad nos ahorramos la vacuna.**

Toda enfermedad epidémica implica la infestación de personas previamente sanas y de otras debilitadas sobre la que cualquier enfermedad incluso las relativamente benignas provocaría graves consecuencias

2.4 CALENDARIZACIÓN DE VACUNAS

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. El calendario vacunal es una herramienta de

salud pública cuya aplicación favorece a toda la población, tanto a las personas que se vacunan como a las que no se vacunan.

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.
- 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.

2.5 POBLACIÓN INFANTIL

¿Por qué se vacunan los niños?

La prevención y control de las enfermedades inmunoprevenibles constituye uno de los elementos claves en la atención integral en salud, tendientes a disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad en niños y niñas menores de cinco años y otros grupos prioritarios definidos.

La vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunas, se considera un proceso de evaluación permanente de la situación de salud de la población infantil, cuando un niño no recibe la vacunación necesaria, no solo corre peligro su vida, sino también la de los niños con los que conviven habitualmente. Los brotes de enfermedades peligrosas se vuelven más probables en estos casos.

- **Inmadurez anatómica y funcional.**

Todos los sistemas orgánicos atraviesan diversas fases de crecimiento del número y tamaño celular que se inician en la época fetal, persistiendo durante la infancia, para terminar al final de la adolescencia e inicio de la época adulta. Las fases especialmente críticas son la fetal y la primera infancia, determinando efectos adversos en la salud a corto, medio y largo plazo.

- **Mayor consumo energético-metabólico.**

Por el rápido crecimiento y desarrollo, los niños necesitan un mayor aporte de oxígeno y de sustancias nutricionales. Por ello, comen más alimentos, beben más líquidos y respiran más aire por kilogramo de peso corporal que los adultos. Los niños, especialmente durante los primeros 10 años de vida, inhalan, ingieren y absorben por medio de la piel más sustancias tóxicas medioambientales por kilogramo de peso que un adulto. Si a ello unimos la menor capacidad para neutralizar, detoxificar y eliminar los contaminantes externos, vemos que sus efectos adversos van a ser más intensos y persistentes.

- **Comportamiento social.**

Los niños, por su conducta natural, presentan una mayor espontaneidad, curiosidad y confianza hacia su entorno, provocando una menor defensa ante las agresiones medioambientales y los signos de alarma que avisan o alertan a los adultos. La tendencia a descubrir, tocar, respirar, degustar, y muchas veces ingerir sustancias u objetos que exploran, como tierra, pinturas, plásticos, etc., los convierte en sujetos especialmente expuestos a los tóxicos medioambientales. Al gatear y arrastrarse por los suelos domésticos y en los espacios exteriores, están más expuestos a los contaminantes potenciales del polvo, suelo, plomo de las pinturas, trozos de juguetes y plásticos, químicos domésticos y de jardinería o agricultura, etc. Incluso en el mismo ambiente doméstico, durante los primeros dos años de vida, al estar más tiempo a ras del suelo, respiran

compuestos orgánicos volátiles que son más densos y pesados que el aire y que los adultos no inhalan.

- **Sistema inmunológico inmaduro**

Las vacunas protegen a los niños de enfermedades, y quizás sea la razón más obvia, pero no podemos perderla de vista pues una vacuna puede proteger a un niño para el resto de su vida. Las vacunas les proporcionan los anticuerpos necesarios para luchar contra enfermedades tan peligrosas como la neumonía, la polio o el sarampión. Al recibir la vacuna se crean anticuerpos que producen un estado de inmunidad, ser inmune significa estar protegido. El sistema inmunitario está formado por una red de células, tejidos y órganos que funcionan conjuntamente para proteger al cuerpo.

A diferencia de los adultos, el sistema inmunitario de los niños responde más rápida y agresivamente; no obstante, la protección que genera dura solamente un corto tiempo, lo que hace que los bebés sean más propensos a sufrir infecciones.

«La vacuna perfecta sería una sola dosis administrada al nacer que genere inmunidad de larga duración, sin embargo, este tipo de vacunas no existe porque no se ha comprendido por qué los bebés pierden la inmunidad rápidamente».

El sistema inmunitario produce células T para atacar a los gérmenes que provocan infección. En los adultos, se conservan algunas de esas células en una memoria para poder tener una rápida respuesta si el mismo microbio infecta el cuerpo una vez más.

En cambio, los recién nacidos no se forman esas células T de memoria, de manera que el sistema inmunitario se ve obligado a iniciar el sistema de aprendizaje desde el principio cuando el mismo germen lo infecta nuevamente. Es por ello que aplicar las vacunas se espera que el organismo encuentre una forma de hacer que las células neonatales se comporten más como células adultas en la forma en que aprenden de las vacunas y responden a la infección.

Los glóbulos blancos, también llamados "leucocitos", forman parte de este sistema de defensa, y existen dos tipos básicos de estas células encargadas de combatir a los gérmenes: *Los fagocitos*,

que devoran a los gérmenes invasores y *Los linfocitos*, que permiten que el cuerpo recuerde a los invasores y los reconozca si lo volvieran a invadir.

Los leucocitos se encuentran en muchos lugares, como el bazo, un órgano que se encuentra en el vientre y que se encarga de filtrar la sangre y ayudar a luchar contra las infecciones. Los leucocitos también se encuentran en la médula ósea, que es una gelatina espesa y esponjosa ubicada dentro de los huesos. Sin embargo, existen niños/as que se encuentran en mayor vulnerabilidad, como aquellos con bajo peso al nacer o alguna patología concomitante en el cual podría existir alguna contraindicación a la vacunación.

¿Algunos niños no deberían de recibir vacuna?

Los niños con ciertos problemas de salud podrían tener que evitar algunas vacunas o recibirlas más adelante. En la mayoría de los casos, los niños con cáncer, los que reciban esteroides por vía oral o inyectable para afecciones pulmonares o renales y aquellos con problemas en sus sistemas inmunológicos no deberían recibir vacunas hechas con virus vivos. Para proteger a estos niños es muy importante que los otros niños que se encuentran a su alrededor estén vacunados, e incluso existen ocasiones en las cuales se debe posponer la vacunación, por ejemplo: niños con antecedentes recientes de trastornos nerviosos, se deberá retrasar la parte de tos ferina de la vacuna DTaP, para prevenir complicaciones. Sin embargo, si un niño tiene una enfermedad menor como fiebre baja, una infección de oído, tos, secreciones nasales o diarrea leve puede recibir las vacunas de forma segura.

¿Cuál es la importancia de administrar las vacunas entre 0 y 5 años?

Los niños menores de 5 años de edad son especialmente susceptibles a contraer enfermedades debido a que sus sistemas inmunológicos no han creado las defensas necesarias para luchar contra las infecciones. Antes de entrar a la escuela, los niños pequeños pueden estar expuestos a enfermedades prevenibles por vacunas de sus padres, otros adultos, hermanos, en un avión, en una guardería infantil e incluso en el supermercado. Si espera a que los niños crezcan para aplicar las dosis correspondientes se corre el riesgo de que contraiga alguna de estas enfermedades.

Las vacunas deben comenzar a administrarse al momento del nacimiento y haber terminado en su mayor parte a la edad de dos años. Al vacunar a tiempo a los niños/as estamos no solo protegiendo de infecciones al niño vacuna sino también impedir que contagie a otros en la escuela o centro de cuidado.

Los niños menores de cinco años son muy susceptibles a contraer enfermedades porque su sistema inmunológico no ha desarrollado las defensas necesarias para luchar contra las infecciones.

En los Estados Unidos, incluyendo Puerto Rico, poseemos niveles muy bajos, en algunos casos los más bajos del mundo en la incidencia de enfermedades prevenibles por vacunas, pero esto no quiere decir que estas enfermedades han sido erradicadas. Muchos de estos virus y bacterias siguen presentes en el país y/o pueden llegar a través de los turistas que nos visitan o personas que sencillamente emigran hacia Puerto Rico. Por esta razón es importante que los niños, especialmente los bebés y niños pequeños, reciban a tiempo las vacunas recomendadas. Si no se utilizan las vacunas adecuadamente, en una sociedad con tanta movilidad como la nuestra, podríamos experimentar un resurgir de enfermedades prevenibles por vacunas, lo cual causaría mayores niveles de enfermedades, incapacidad y muerte.

2.6 COMPONENTES DE LAS VACUNAS.

- **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).
- **Estabilizadores en la vacuna:** se utilizan para ayudar a mantener la vacuna su eficacia durante el almacenamiento, 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) la Gelatina de origen porcino puede causar reacciones anafilácticas.

- **Antibióticos en vacunas:** (en cantidades traza) se utilizan durante la fase de fabricación de algunas vacunas para prevenir la contaminación bacteriana de las células de cultivo de tejidos, genera más reacciones locales que sistémicas.
- **Preservantes:** se agregan a los viales de vacuna de múltiples dosis para prevenir el crecimiento de bacterias y hongos. El producto más utilizado se llama tiomersal, un compuesto que contiene mercurio.
- **Adyuvantes:** son un grupo muy heterogéneo de compuestos con capacidad para potenciar la respuesta inmune. Ellos son altamente variables en términos de cómo afectan el sistema inmune y la gravedad de sus reacciones adversas son, debido a la hiperactivación resultante del sistema inmune. Ejemplo: hidróxido, fosfato de aluminio. 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 inactivado o sus productos (por ejemplo, vacuna contra la hepatitis B, toxoide diftérico y tetánico).

2.6.1 VACUNA BCG

Descripción: Cada dosis de 0.1 ml contiene: 50.000 a 1,000.000 de partículas vivas del bacilo de Mycobacterium bovis.

Presentación: Ampollas 10 o 20 dosis liofilizado que se reconstituye con la ampolla de diluyente.

Esquema de vacunación: Esquema regular: recién nacidos menores con peso igual o mayor de 2.500 gr. dosis única. Se puede aplicar hasta el año de edad.

Esquema irregular: referirse al capítulo de vacunación en situaciones especiales.

Dosis, vía de administración y sitio: 0.05 ml. o 0.1 ml. según laboratorio productor, vía Intradérmica, en tercio superior externo de la región deltoidea izquierda, con jeringa de 1 cc con aguja calibre 26 G de 3/8 pulgadas.

Contraindicaciones: Bajo peso al nacer (menor de 2.500 gr), pacientes con inmunodeficiencia conocida (hematológicas como leucemias, tumores malignos, SIDA).

ESAVI: Al momento de la aplicación de la vacuna se produce una pápula de siete a ocho mm de diámetro que desaparece en media hora tomando la piel su aspecto normal, pudiendo aparecer en

el primer o segundo día enrojecimiento que desaparece después. De la segunda a la cuarta semana de la vacunación aparece una induración en el sitio de aplicación que aumenta de tamaño, se enrojece y con frecuencia drena un líquido seroso que luego seca y se forma una costra.

Entre la seis a doce semanas, la costra se cae y deja una cicatriz indeleble, rosada, redonda de más o menos cuatro a siete mm de diámetro, es indolora y no requiere tratamiento debido a que es una evolución natural de la vacunación y no una reacción adversa. En menos del 5% de los vacunados no queda cicatriz y su ausencia no está relacionada con falla de inmunización.

La BCG es una vacuna de las más seguras.

2.6.2 VACUNA HEPATITIS B

Presentación: Frasco de una y diez dosis. Líquido color blanco ligeramente opaco.

Esquema de vacunación: Esquema regular: Recién nacidos de 2000 gramos o más: una dosis inmediatamente al nacer, que será aplicada hasta un máximo de doce horas de vida; exclusivamente a nivel intrahospitalario y continuar con el esquema regular de pentavalente.

Recién nacidos de madres Ags HB positivo: vacunar contra la Hepatitis B en las primeras doce horas de vida simultáneamente al manejo terapéutico con inmunoglobulina contra la hepatitis B, pero en sitios anatómicos diferentes y continuar con el esquema regular de pentavalente.

Serán vacunados los grupos de riesgo priorizados*

- Primera dosis: al primer contacto.
- Segunda dosis: al mes de la primera dosis.
- Tercera dosis: a los seis meses después de la primera dosis.

Dosis, vía de administración y sitio de aplicación:

- Recién nacidos: 0.5 ml. Intramuscular en el tercio medio de la cara anterolateral externa del muslo con jeringa de 1 cc con aguja 23G x 1 pulgada
- Mayores de un año: aplicar 0.5 ml intramuscular en músculo deltoides con jeringa de 1 cc con aguja 23 G X 1 pulgada.
- Mayores de diecinueve años aplicar 1 ml por vía Intramuscular en músculo deltoides con

jeringa de 1 cc y aguja 23 G X 1 pulgada.

Contraindicaciones: Historia de reacción anafiláctica a cualquiera de los componentes de la vacuna, recién nacidos con peso menor a 2000 gramos. Reacción alérgica a una dosis previa.

ESAVI: Leves: dolor en el sitio de aplicación, fatiga, dolor de cabeza e irritabilidad, fiebre mayor de 38.5 °C. Graves: shock anafiláctico.

2.6.3 VACUNA CONTRA LA POLIOMELITIS: IPV O Salk

Descripción: Vacuna preparada con tres tipos de polio virus inactivados, cultivados en una línea celular VERO, cada dosis contiene: 40 unidades de antígeno D de virus de la polio tipo 1 (Mahoney), 8 unidades de antígeno D de virus de la polio tipo 2 (MEF-1) y 32 unidades de antígeno D de virus de la polio tipo 3 (Saukett) Neomicina/Estreptomicina ó Polimixina como antibiótico.

Formol como conservante.

Presentación: Frasco de 5 dosis o de 10 dosis, Los viales multidosis pueden ser utilizados por un período de hasta veintiocho días, si se cumplen con los criterios de política de frascos abiertos de la OMS.

Esquema de vacunación:

- Primera dosis: dos meses.
- Segunda dosis: cuatro meses

Dosis, vía de administración y sitio de aplicación:

- Menores de dos años: 0.5 ml, se aplica vía Intramuscular profunda, en el tercio medio de la cara anterolateral externa del muslo derecho, con jeringa de 1 ml. 23G x 1 pulgada.
- Mayores de dos años: 0.5 ml. se aplica vía intramuscular profunda en el área del músculo deltoides, con jeringa de 1 ml. 23G x 1 pulgada.

Contraindicaciones: Almacenar entre +2°C y +8°C. No se debe congelar (La IPV se inactiva con la congelación).

Coadministración con otras vacunas: Puede administrarse simultáneamente con las otras vacunas de esquema. No obstante, se deben administrar con jeringa distintas y en sitios diferentes (mantener

una distancia mínima de 2.5 centímetros entre los sitios de inyección).

Contraindicaciones: Pacientes alérgicos a la estreptomicina, Neomicina o polimixina.

ESAVI: Leves: Dolor y enrojecimiento, fiebre mayor de 39°C Grave: Reacción anafiláctica.

2.6.4 VACUNA CONTRA POLIO: OPV o Sabin

Descripción: La vacuna que está actualmente dentro del esquema de vacunación es un preparado con dos tipos de virus vivos atenuados. Cada dosis contiene: No menos de 10^6 de DICT₅₀ del tipo 1; y $10^{5,8}$ de DICT₅₀ del tipo 3, de cepas SABIN vivas atenuadas del virus de la polio.

Presentación: Frascos de vidrio o plástico con goteros de diez o veinte dosis, su color varía de amarillo pálido a rosado claro.

Esquema de vacunación: A los 6 meses con refuerzos: entre los 15 y 18 meses y a los 4 años de edad.

Dosis y vía de administración: Vía Oral, dos gotas por cada dosis.

Contraindicaciones: Pacientes con inmunodeficiencia conocida (hematológica, tumores malignos, inmunodeficiencia congénita y terapia inmunosupresora prolongada) infección sintomática con VIH o contactos convivientes de pacientes con VIH. Convivientes con inmunodeprimidos.

ESAVI: No se conocen reacciones adversas a la vacuna, en raras ocasiones se ha reportado Poliomiелitis Parálitica Asociada a la Vacuna (PPAV) en niños y niñas vacunados con VOP o en sus contactos.

2.6.5 VACUNA CONTRA EL ROTAVIRUS

Descripción: Vacuna viva, atenuada humana, monovalente.

Presentación: Líquida, unidosis.

Esquema de vacunación:

- Primera dosis: 2 meses

- Segunda dosis: 4 meses

En casos de niños faltistas el intervalo entre cada dosis mínimo es de 4 semanas

Dosis y vía de administración: 1.5 ml Vía oral.

Contraindicaciones: No debe administrarse a niños y niñas mayores de 8 meses de edad, niños inmunocomprometidos, malformaciones congénitas no corregidas del tracto gastrointestinal como divertículo de Meckel.

ESAVI: Diarrea, vómitos, pérdida de apetito, fiebre e irritabilidad.

2.6.6 VACUNA CONTRA EL NEUMOCOCO

- **PCV10:** Todo niño que inicie vacunación con PCV10 terminara el esquema con PCV10.
- **PCV13:** De enero a junio se utilizará PCV13 a los niños prematuros (antes de las 37 semanas) bajo peso (menos de 2500 gramos) o con factores de riesgo. A partir de julio 2020 todo niño independientemente del peso o que tenga o no factores de riesgo se aplicara vacuna PCV13.

Descripción: Es una vacuna conjugada. Una dosis de 0.5ml contiene: polisacáridos de Streptococcus pneumoniae:1,3,4,5,6A,6B,7F,9V,14,18C,19A,19F y 23F. Proteína diftérica CRM 197, fosfato de aluminio como adyuvante, cloruro de sodio y agua.

Presentación: Unidosis.

Esquema de vacunación:

- **Esquema regular:** niños y niñas menores de un año, dos dosis: a los dos y cuatro meses de edad y un refuerzo a los doce meses.
Niños y niñas mayores de dos años y adultos con factores de riesgo priorizados* se manejarán según lo descrito en el apartado de vacunación en situaciones especiales. Previa indicación médica (con receta o referencia)
- **Esquema irregular:** referirse al capítulo de vacunación en situaciones especiales: Esquemas de vacunación en niños y niñas no vacunados oportunamente.

Dosis, vía de administración y sitio de aplicación: 0.5ml. vía intramuscular en el muslo derecho, porción antero lateral externo en niños y niñas menores de doce meses y en los mayores en el músculo deltoides izquierdo. Se utiliza la jeringa de 1 cc con aguja de 23 G x 1 pulgada.

ESAVI: Leves: Reacciones locales en el lugar de la inyección: dolor, eritema, induración, edema, las cuales son benignas y transitorias; llanto, irritabilidad, somnolencia, pérdida del apetito, vómitos, diarrea y erupción cutánea. Graves: Shock anafiláctico.

2.6.7 VACUNA PENTAVALENTE: (TDPe), hepatitis B y Haemophilus tipo b).

Descripción: Es una combinación de antígenos (TDPe+HEP B+Hib) que protege contra la difteria, tosferina, tétanos, hepatitis B y enfermedades invasivas por la bacteria Haemophilus influenzae tipo b.

Una dosis de 0.5 ml contiene:

- Toxoide diftérico purificado no menos de 7.5 Lf (No menos de 30 UI)
- Toxoide tetánico purificado no menos de 3.25 Lf (no menos de 60 UI).
- Bordetella pertussis inactivada no menos de 16 UO (no menos de 4 UI).
- Oligosacárido Hib, 10 µg conjugado aprox. 25 µg de CRM 197.
- Antígeno de superficie de hepatitis B, purificado 10 µg.
- Fosfato de aluminio (adyuvante) 0.3 mg Al.

Presentación: Consiste en frasco unidosis, presentación líquida.

Esquema de vacunación:

- Tres dosis y un refuerzo de 0.5ml
- Primera dosis: dos meses
- Segunda dosis: Cuatro meses
- Tercera dosis: seis meses
- Refuerzo: quince a dieciocho meses

Dosis, vía de administración y sitio de aplicación: 0.5 ml. Vía intramuscular profunda, en el tercio medio de la cara antero lateral externa del muslo izquierdo, con jeringa de 0.5cc y aguja de 23G x1 pulgada en los niños y niñas menores de un año y en los niños y niñas de un año a más en

el músculo deltoides.

ESAVI: Dolor, enrojecimiento e inflamación en el sitio de aplicación del inmunobiológico que desaparece espontáneamente, Malestar general, irritabilidad, fiebre igual o mayor a 38°C, náuseas, vómitos, decaimiento, pérdida del apetito.

2.6.8 VACUNA CONTRA LA INFLUENZA

Descripción: Actualmente existen distintas formas de vacunas contra la influenza: vacuna de virus inactivado por medios químicos, vacuna de virus fraccionado por solventes o detergentes y vacunas recombinantes. La OMS recomienda dos veces por año la composición de la vacuna de acuerdo a las cepas circulantes identificadas a nivel mundial; en febrero o marzo recomienda las cepas para el hemisferio norte y en septiembre recomienda las cepas para el hemisferio sur. Actualmente hay vacunas trivalentes y tetravalentes incluyendo las cepas A/H1N1, A/H3N2 y 2 cepas B y después del 2010 se producen vacunas combinadas con las cepas de virus pandémico AH1N1.

Presentación:

- Frascos mono dosis pediátrica y adultos
- Frascos de diez dosis para adultos.
- Frascos de diez dosis adultos que pueden fraccionarse en veinte dosis pediátricas para niños y niñas entre seis meses y tres años.
- Debe tenerse el cuidado de revisar la literatura del laboratorio productor, para no aplicar vacuna de adulto en niños y niñas, si es que no ha sido fabricada para aplicarse en niños y niñas.

Esquema de vacunación:

- Niños y niñas de seis meses a once meses, veintinueve días: dos dosis pediátricas, con intervalo de cuatro semanas.
- Niños y niñas de uno a cuatro años once meses una dosis anual.
- Las mujeres embarazadas a cualquier edad gestacional,
- Adultos mayores de sesenta años y personas con enfermedades crónicas y personal de salud una dosis anual.

Dosis, vía de administración y sitio de aplicación:

- Niños y niñas de seis a once meses: 0.25 ml. intramuscular en el tercio medio de la cara antero lateral externa del muslo. Con jeringa de 1cc aguja 23Gx1 pulgada.
- De un año a dos años trescientos sesenta y cuatro días: 0.25 ml. intramuscular en tercio superior del musculo deltoides, con jeringa de 1cc aguja 23Gx1 pulgada.
- Niños y niñas de tres años a más, adultos mayores y mujeres embarazadas 0.5 ml. en tercio superior del músculo deltoides, con jeringa de 1cc aguja 23Gx1 pulgada.

Contraindicaciones: Alergia a las sustancias activas, o a cualquiera de los componentes de la vacuna: Neomicina, formaldehído y huevo. Reacción anafiláctica a dosis anteriores o anafilaxia al huevo

Precauciones: Enfermedad febril aguda grave.

ESAVI: Leves: Dolor de cabeza, sudoración, dolor muscular, dolor en las articulaciones, fiebre, sensación general de malestar, escalofríos, fatiga, reacciones locales: enrojecimiento, hinchazón, dolor, equimosis, induración, prurito, urticaria o exantema, neuralgia (dolor en el trayecto de un nervio), parestesia (anomalía en la percepción de las sensaciones del tacto, dolor, térmica o vibratoria). Estas reacciones desaparecen generalmente después de uno o dos días sin tratamiento. Graves: Convulsiones, trombocitopenia transitoria, reacciones alérgicas que en casos excepcionales han derivado en choque, trastornos neurológicos como: encefalomiелitis, neuritis y Síndrome de Guillan Barre.

2.6.9 VACUNAS CONTRA SARAMPIÓN, PAPERAS Y RUBÉOLA: SPR

Descripción: Vacuna combinada triple viral de virus vivos atenuados de sarampión, rubéola y parotiditis en una suspensión liofilizada.

Presentación: Frasco vial mono dosis.

Esquema de vacunación: Niños de 1 año: 1ª dosis, niños entre los 15 a 18 meses: 2ª dosis. Personas que viajan a países endémicos de sarampión con una dosis, personal de salud no vacunado y ERR, personas que laboran en sitios turísticos.

Dosis, vía de administración y sitio de aplicación: 0.5 ml. Vía subcutánea en tercio superior del músculo deltoides derecho, con jeringa de 1cc aguja 25G x 5/8 pulgada.

Contraindicaciones: Reacción alérgica grave a uno de los componentes de la vacuna (especialmente al huevo). Pacientes con inmunodeficiencia secundarias a neoplasias o con tratamiento de quimioterapia y radioterapia, uso de terapia inmunosupresora prolongada y pacientes con SIDA en severa evidencia de inmunosupresión. Pacientes con inmunodeficiencias congénitas, embarazo, enfermedades infecciosas agudas con fiebre. Enfermedades crónicas descompensadas como: deterioro severo de la función renal, enfermedades cardíacas descompensadas entre otras.

ESAVI: Las más comunes son fiebre (5-15%), exantema (5%), artralgia (25%), linfadenopatías, trombocitopenia y reacciones alérgicas en el sitio de la inyección.

Rara vez se presenta encefalopatía (menos de un caso por 1, 000,000 vacunados). Shock anafiláctico

Precauciones: En caso de tratamiento reciente con gammaglobulinas o hemoderivados debe aplicarse la vacuna de manera general después de 3 a 11 meses de finalizado el tratamiento. El tiempo de espera depende de la cantidad y concentración de la dosis recibida de gammaglobulinas o hemoderivados.

Las vacunas de virus vivos atenuados que se administran por la misma vía, deben ser aplicadas el mismo día, de lo contrario debe esperarse 4 semanas para su aplicación.

2.6.10 VACUNA CONTRA LA FIEBRE AMARILLA

Descripción: Es una vacuna de virus vivo atenuado, producida en huevos embrionados libres de agentes patógenos específicos.

Presentación: Frascos de una, cinco, diez y veinte dosis (dependiendo del laboratorio).

Esquema de vacunación: Se debe aplicar la vacuna contra la fiebre amarilla a todo viajero salvadoreño o extranjero que resida en El Salvador, que no tenga ninguna contraindicación médica, y que vaya a viajar a los países de riesgo*

Se aplica dosis única a partir del año de edad hasta los sesenta años. No aplicar la vacuna a:

- Personas que habiendo estado en países de riesgo y que antes de ingresar a El Salvador han permanecido por lo menos seis días en un país que no es de riesgo y no han desarrollado fiebre en dicho período.
- Viajeros que van en tránsito hacia algún país de riesgo.

Dosis, vía de administración y sitio de aplicación: Aplicar 0.5 ml vía subcutánea en el músculo deltoides. Utilizar jeringa de 1 cc con aguja de 25 G x 5/8 pulgadas.

Contraindicaciones: Niños y niñas menores de 12 meses (deben de presentar un documento válido que indique la fecha de nacimiento).

Personas con anafilaxia al huevo documentada o alergia severa a otro componente vacunal, personas con enfermedades inmunosupresoras o con tratamientos inmunosupresores, enfermedad del timo o historia de haberla padecido, personas mayores de sesenta años, historia familiar de eventos adversos asociados a la vacunación contra fiebre amarilla, personas con enfermedades crónicas: enfermedad neurológica, cardíaca, renal o cáncer. Mujeres embarazadas y madres lactantes.

ESAVI: Leve: En un 2-5% de vacunados puede ocurrir dolor y enrojecimiento en el sitio de aplicación, fiebre moderada, dolor de cabeza, mialgia y malestar entre el quinto y décimo día posterior a la vacunación.

Grave: Se han descrito casos de encefalitis en menores de seis meses vacunados en forma accidental, puede ocurrir un síndrome de falla multi sistémica semejante a la producida por la enfermedad natural, principalmente en adultos mayores de sesenta años, en alérgicos a la proteína del huevo puede presentarse urticaria, exantemas y crisis de bronquitis asmática.

2.6.11 VACUNA DPT (DIFTERIA, TOSFERINA Y TÉTANOS)

Descripción: Es una vacuna inactivada con componente de células completas TDPe, cada dosis de 0.5 ml contiene: toxoide diftérico ≤ 25 Lf (≥ 30 UI), toxoide tetánico ≥ 5 Lf (≥ 40 UI),

Pertusis ≤ 16 UO (≥ 4 UI), agente conservador: Tiomerosal, Adyuvante: hidróxido de aluminio o fosfato de aluminio.

Presentación: Frascos de diez dosis.

Esquema de vacunación: Una dosis de refuerzo a los cuatro años de edad.

Dosis, vía de administración y sitio de aplicación: 0.5 ml vía intramuscular en el músculo deltoides izquierdo con jeringa desechable con aguja calibre 23G x 1 pulgada.

Contraindicaciones: Absolutas: No debe aplicarse en mayores de siete años por elevada incidencia de reacciones por el componente pertussis de la vacuna: en niños y niñas de siete a doce años solamente utilizar Tdpa o TD.

Reacción anafiláctica a algún componente de la vacuna con dosis anterior, encefalopatía que aparece dentro de los siete días siguientes a vacuna con o sin convulsiones.

2.6.12 VACUNA CONTRA EL VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH)

Descripción: Vacuna recombinante tetravalente contra el Virus del Papiloma Humano (tipos 6,11, 16 y 18)

Presentación: frasco vial mono dosis

Esquema de vacunación: Niñas a partir de los 9 años hasta 1 día antes de cumplir los 10 años

Dosis, vía de administración y sitio de aplicación: 0.5 ml. intramuscular en tercio superior del músculo deltoides izquierdo, con jeringa de 1cc aguja 23Gx1 pulgada.

Contraindicaciones: personas con hipersensibilidad a las sustancias activas o a cualquiera de los excipientes de la vacuna. Los individuos que presenten síntomas indicativos de hipersensibilidad después de recibir una dosis de vacuna tetravalente contra el VPH no deben recibir más dosis

ESAVI: De 1 a 5 días después de la vacunación: en el sitio de inyección: dolor, hinchazón, eritema, prurito, fiebre, En casos muy raros: bronco espasmo.

2.6.13 VACUNA: TETANO, DIFTERIA Y PERTUSSIS A CELULAR (TDPA)

Descripción: Suspensión estéril, uniforme, turbia, de color blanco de toxoide tetánico 5 LF y diftérico 2 LF absorbidos por separado sobre fosfato de aluminio, combinados con vacuna pertussis acelular. La vacuna Pertussis acelular está compuesta de 5 antígenos de pertusis purificado que son el toxoide pertúsico (TP), hemaglutinina filamentosa (HAF), aglutinógenos de fimbria 2 y 3 (FIM) y pertactina (proteína de la membrana externa D69 kilo Dalton).

Presentación: Frascos de vidrio con una dosis única de 0.5 ml

Esquema de vacunación: Se aplica: uno dosis de Td a partir de las dieciséis semanas de gestación y una segunda dosis con Tdpa a partir de las veinte semanas de edad gestacional hasta la fecha más próxima al parto. Respetando el intervalo mínimo entre cada dosis de cuatro semanas.

Si la mujer embarazada es inscrita después de las veinte semanas aplicar la primera dosis con Tdpa y a las cuatro semanas la segunda dosis con Td.

Dosis, vía de administración y sitio de aplicación: Una sola inyección de una dosis 0.5 ml. por la vía intramuscular. En el músculo deltoides.

Contraindicaciones:

- Hipersensibilidad a alguno de los componentes de la vacuna o una reacción amenazante de la vida después de la administración previa de la vacuna.
- Desórdenes neurológicos agudos: Encefalopatía dentro de siete días después de la administración de una dosis previa de cualquier vacuna que contenga antígenos pertussis no atribuible a otra causa identificable.
- Desórdenes neurológicos progresivos, epilepsia no controlada o encefalopatía progresiva.
- Enfermedad febril aguda.
- Desordenes de la coagulación como hemofilia o trombocitopenia o en personas con terapia anticoagulante.

ESAVI: Leve: Reacciones en el sitio de la inyección: dolor, edema, eritema. Reacciones sistémicas: fiebre, cefalea, náusea, diarrea, vómito, anorexia, erupción, dolor en el cuerpo o debilidad muscular, dolor o inflamación de articulaciones, fatiga, escalofríos, inflamación de los ganglios linfáticos axilares. **Grave:** Reacción anafiláctica.

2.7 VACUNACIÓN 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 inmunocomprometidos son cualitativamente diferentes, las diferencias cualitativas dictan no solo que vacunas están indicadas, sino que vacunas representan un mayor peligro para el paciente.
- La inmunodeficiencia congénita en ocasiones afecta la inmunidad humoral, la inmunidad celular, la fagocitosis o la función del complemento en formas diferentes e inter conectada. 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 inmunocomprometidos 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 la vacunación.
- Las respuestas inmunológicas en ocasiones son subóptimas, hace falta de información sobre la inmunogenicidad de muchas vacunas en los individuos inmunocomprometidos.

2.8 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.

2.9 OPORTUNIDADES PERDIDAS EN INMUNIZACIÓN.

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.

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.

Oportunidades perdidas en inmunización. ¿Cuándo?

- Control de crecimiento y desarrollo
- Consulta por patología
- Área de emergencia/urgencia
- Alta hospitalaria.

¿Por qué se pierde la oportunidad de vacunar?

- 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.
- 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.
- No aplicar esquemas acelerados en niños con menos dosis de las que les corresponden.
- 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.

- 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.

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 posvacunal
- Malnutrición.

2.10 ACCIONES DEL MINISTERIO DE SALUD

- Campañas de vacunación.
- Puestos móviles en zonas céntricas para reducir factores sociales como inaccesibilidad de la UCSF o riesgo social.
- Acercamientos comunitarios.
- Notificación y coordinación con promotor comunitario de la zona.
- Visita casa a casa a niños/as faltistas de control y vacunación.
- Difusión de mensajes informativos por medios de comunicación.
- Charlas educativas en centros de salud.
- Entregas de panfletos o afiches informativos.
- Llamadas telefónicas de seguimiento y monitoreo.
- Notificación a UCSF superiores sobre niños faltistas.
- Toma de datos, firma y huella del familiar responsable del menor en caso de no aceptar vacunación para el menor.

CAPÍTULO III:
DISEÑO METODOLÓGICO

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó una investigación cuali- cuantitativa de tipo descriptivo y de corte transversal, porque se estudiaron las siguientes variables: factores socioculturales y esquema de vacunación, simultáneamente en determinado momento.

3.2 DIMENSIÓN ESPACIAL

El presente estudio se realizó en los siguientes lugares:

- UCSF San Rafael de Santa Ana,
- UCSFI Atiquizaya de Ahuachapán y
- ECO San Sebastián El Espino de Chalchuapa.

3.3 DIMENSIÓN TEMPORAL

El estudio se llevó a cabo en el siguiente periodo de: febrero a junio del 2020.

3.4 UNIVERSO DE ESTUDIO

Este estudio está compuesto por 2 universos.

- El primer universo lo comprende los niños menores de 5 años inscritos en la UCSFI San Rafael de Santa que son un total de 1,862.
- Los niños menores de 5 años inscritos en la UCSFI Atiquizaya de Ahuachapán que son 2,832.
- Y los niños menores de 5 años inscritos en ECOS San Sebastián El Espino de Chalchuapa que son 93.
- El segundo universo este compuesto por 3 promotores de Salud, uno por cada unidad de estudio.

3.5 MUESTRA DE ESTUDIO

Para la muestra de estudio en relación a los niños menores de cinco años, se utilizó el tipo de muestreo por conveniencia, ya que lo que interesaba en este estudio era captar los niños con un esquema de vacunación incompleto o que no tiene ningún esquema de vacunación, para lo cual se utilizaron los siguientes criterios

3.6 CRITERIOS PARA LA DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA

3.6.1 Criterios de inclusión:

- Niños y niñas menores de 5 años
- Niños y niñas menores de 5 años que tengan esquema de vacunación incompleto
- Niños y niñas menores de 5 años pertenecientes al área geográfica rural o urbana

3.6.2 Criterios de exclusión:

- Niños y niñas mayores de 5 años
- Niños y niñas menores de 5 años que tengan esquema de vacunación completo
- Niños y niñas menores de 5 años que no pertenecen al área geográfica rural o urbana

- Para el segundo universo, se tomó como muestra un promotor por cada unidad de salud, ya que son ellos las personas más cercanas a la comunidad y por tanto tienen perfectamente identificada a la población y a partir de ahí proporcionaron los datos referentes a los niños no vacunados
- Quedando la muestra de la siguiente manera:
 - ✓ 10 niños pertenecientes a la UCSFI San Rafael
 - ✓ 5 pertenecientes a la UCSI de Atiquizaya
 - ✓ 5 que pertenecen al ECOS San Sebastián El Espino de Chalchuapa.
 - ✓ 3 promotores de salud de las unidades antes mencionadas.

3.7 TRABAJO DE CAMPO

- Para la recolección de la información al inicio del estudio se determinó que se realizaría durante la consulta a la unidad de salud respectiva, solicitándole a los padres o encargados de los niños la

información pertinente sobre el esquema de vacunación de su hijo, previa hoja de consentimiento informado (ver anexo)

-Sin embargo y debido a la situación actual ocasionada por la pandemia COVID-19, se estuvieron realizando visitas domiciliarias por parte de cada una de las unidades de salud en estudio, durante las cuales se decidió captar a los niños con esquemas de vacunación incompletos , faltistas e incluso a aquellos niños sin ningún esquema de vacunación por lo que la muestra de estudio es pequeña ya que solo se logró captar los que se recolectaron casa a casa, y de acuerdo a la información pertinente de los promotores de salud.

- Durante la visita domiciliar se le solicita el carnet de vacunación del niño o niña, y se verificaba toda la información, y al encontrar niños con esquemas incompletos, se procedía a informarle a los padres o encargados el objetivo del estudio, y si estaban interesados en colaborar, para lo cual se brindaba el consentimiento informado, y los padres colaboraban dando información.

- Posteriormente se les aplicaba un instrumento, una encuesta estructurada, sin violentar ninguna información personal y se les brindaba otro tipo de atención en salud según la visita realizada.

3.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento utilizado para la recolección de datos fue una encuesta estructurada dirigida a la madre o encargado de los niños con esquema de vacunación incompleto, la cual contiene datos generales como, por ejemplo: edad, género, lugar de procedencia, así como también el esquema de vacunación y otras preguntas relacionadas al estudio.

La encuesta consta de 24 preguntas en total, de las cuales 11 son preguntas cerradas, 11 de múltiple escoge y 2 abiertas.

En relación a los promotores de salud , se procedió a solicitar su colaboración (previo consentimiento informado) a través de una entrevista estructuradas de 5 preguntas , quienes brindaron la información en relación a las acciones que realiza cada unidad de salud , cuando hay casos reuantes en vacunación , ya que se sabe que las campañas de vacunación son constantes y la búsqueda de faltistas también es una estrategia en vacunación, de tal manera que los promotores colaboraron con estos datos .

3.9 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Para la presentación de los resultados se realizó en tablas de frecuencia y gráficos utilizando el programa Excel.

También para vaciar la información de la entrevista realizada a los promotores, se realizó una matriz de datos cualitativos.

Posteriormente se procedió a hacer el análisis y la interpretación de toda la información.

OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	INSTRUMENTO
Niños de 0 a 5 años con esquema de vacunación incompleto que pertenecen a las UCSF en estudio.	Todo niño menor de 5 años perteneciente a las UCSF que cuenta con esquema de vacunación incompleto.	Esquema de vacunación: Recomendación basada en evidencia, que permite a una población decidir la forma en que puede prevenir, en diferentes grupos de edad, enfermedades transmisibles por medio de la inmunización de sus habitantes.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edad 2. Esquema de vacunas incompleto 3. Ubicación geográfica 	Encuesta
Encargados o responsables del niño de 0 a 5 años que pertenecen a las UCSF	Todo aquel encargado o responsable de los niños menores de 5 años que pertenecen a las UCSF	Encargado: Persona a cargo del cuidado pleno del menor y de la administración de todos sus bienes.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edad 2. Nivel de escolaridad 3. Creencias 	Encuesta
Conocimiento sobre vacunación,	Encargado o responsables del menor de 5 años	Promoción en salud: Proceso que permite a las	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción en salud 	Encuesta

método de aplicación, beneficios y efectos adversos.	que reciben promoción en salud.	personas incrementar el control sobre su salud.		
--	---------------------------------	---	--	--

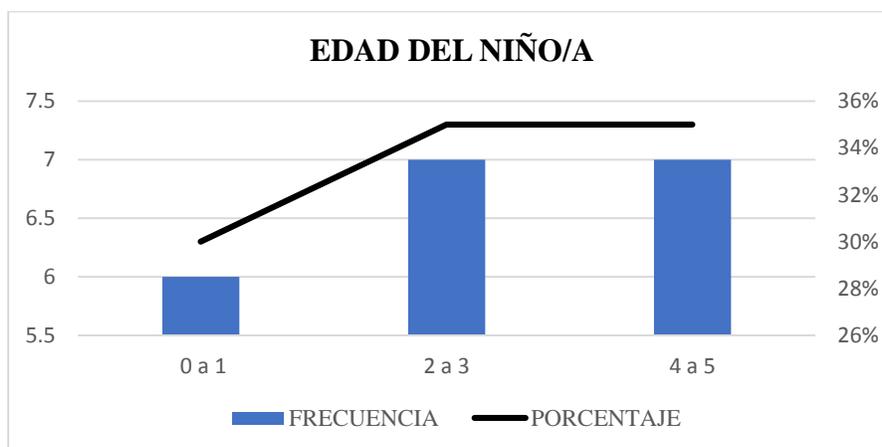
CAPÍTULO IV:
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

TABLA #1. EDAD DEL NIÑO/A

CANTIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 a 1	6	30%
2 a 3	7	35%
4 a 5	7	35%
TOTAL	20	100%

Fuente: Pregunta #1 de encuesta



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

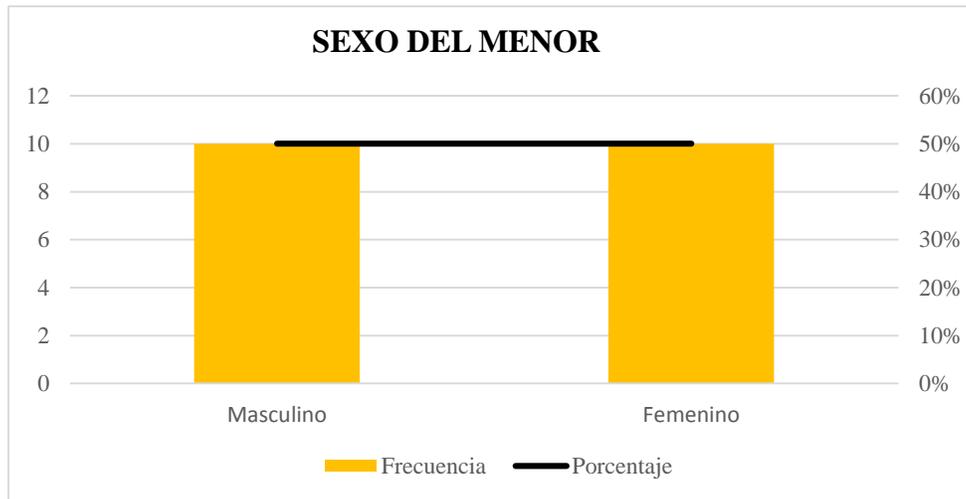
En relación a la edad de los encuestados se observa que 7 de los niños/as oscilan entre los 2 a 3 años de edad al igual que entre los 4 -5 años y 6 restantes corresponden a las edades de 0 a 1 año.

En la presente tabla se observa que el mayor porcentaje de niños con esquema de vacunación incompleto comprende la etapa preescolar entre los 2 y 5 años de edad, durante la encuesta la población expuso diferentes situaciones tales como: “olvido de la próxima cita para vacunación”, “perdida de la tarjeta de vacunación”, “son refuerzos no necesitan una segunda dosis”, situaciones causan que la mayoría de niños faltistas oscilen entre los 2 y 5 años de edad.

TABLA #2. SEXO DEL MENOR

CANTIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	10	50%
Femenino	10	50%
TOTAL	20	100%

Fuente: Pregunta #2 de encuesta



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

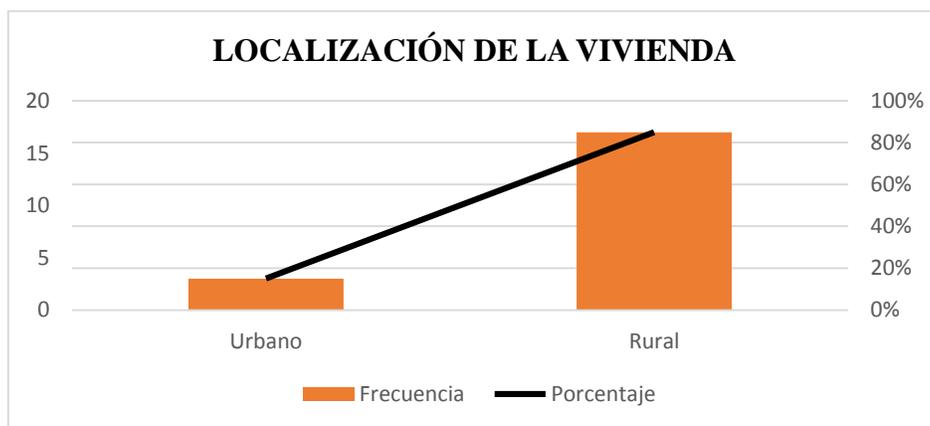
Se evidencia en la presente tabla que 10 de niños son de sexo masculino al igual que las niñas.

Según los resultados observados, el sexo del menor no representa una amenaza para el incumplimiento del esquema de vacunación.

TABLA #3. LOCALIZACIÓN DE LA VIVIENDA

CANTIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Urbano	3	15%
Rural	17	85%
TOTAL	20	100%

Fuente: Pregunta #3 de encuesta



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

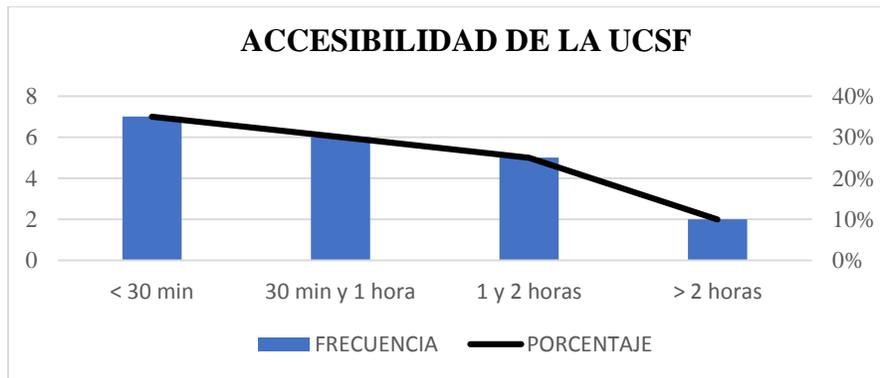
Con respecto a la procedencia se observa que 17 niños proceden de área rural y 3 son provenientes de área urbana.

La mayoría de niños con esquema de vacunación incompleto son provenientes de área rural, muchas veces la accesibilidad geográfica continúa siendo un obstáculo para la población, así como también la falta transporte público en horarios escalonados, falta de dinero para transportarse desde áreas más lejanas o en algunos casos problemas asociados a la naturaleza como deslaves y barrancas hacen inaccesible salir de la vivienda hacia la UCSF.

TABLA #4. ACCESIBILIDAD A LA UCSF

CANTIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 30 min	7	35%
30 min y 1 hora	6	30%
1 y 2 horas	5	25%
> 2 horas	2	10%
TOTAL	20	100%

Fuente: Pregunta #4 de encuesta.



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En esta pregunta es evidente que el mayor número de los encuestados tarda menos de 30 minutos en llegar a la UCSF se observa que 6 personas las que tardan de 30 minutos a 1 hora, 5 tardan de 1 a 2 horas y 2 tardan más de 2 horas.

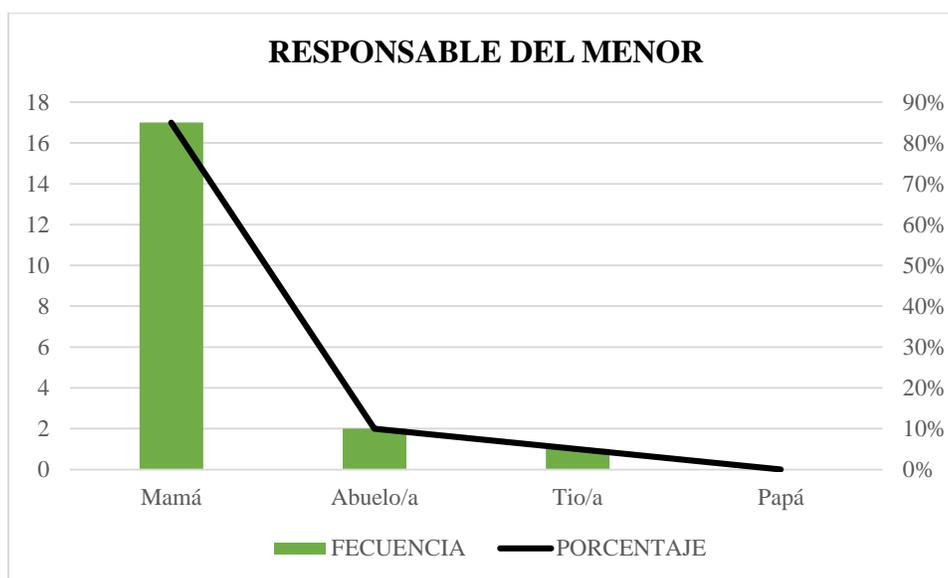
Es interesante observar que el mayor porcentaje corresponde al menor tiempo en acceder a la UCSF pues durante la encuesta los encargados del menor refieren que aunque la unidad se encuentra a pocos minutos de sus viviendas no presentan esquema completo por diferentes situaciones, tales como: malas experiencias, enfermedades asociadas a la vacuna, la religión, el padre del menor no deja que se vacunen e incluso no las consideran necesarias.

Por lo que podemos considerar que según los datos obtenidos la distancia no es un obstáculo para el incumplimiento del esquema

TABLA #5. RESPONSABLE DEL MENOR

CANTIDAD	FECUENCIA	PORCENTAJE
Mamá	17	81%
Abuelo/a	2	10%
Tio/a	1	5%
Papá	0	5%
TOTAL:	20	100%

Fuente: Pregunta #5 de encuesta



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

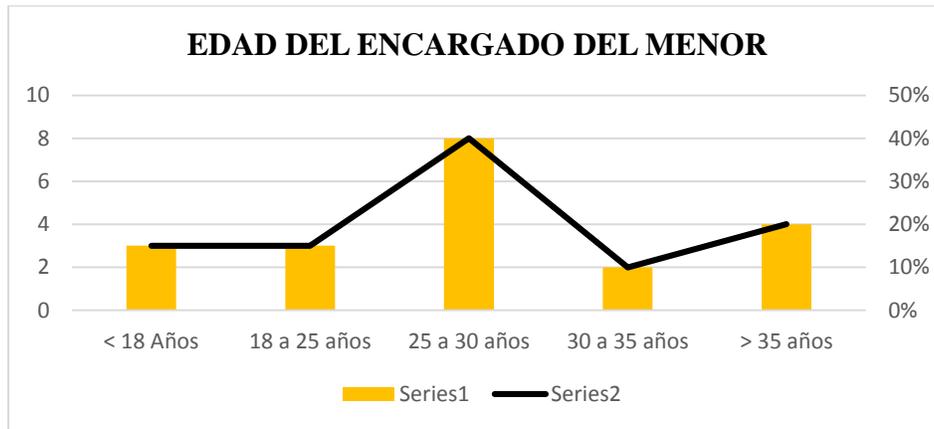
En relación a la persona a cargo del cuidado del menor se observa que 17 niños/as son atendidos por su madre, 2 están a cargo de abuelo/a, 1 de tío/a y ninguno está a cargo del padre.

Las madres son quienes están pendientes del bienestar y cuidado del menor desde su nacimiento, ellas crean un vínculo afectivo y de mayor responsabilidad, existe un mejor compromiso en la toma de decisiones acerca de la vacunación en comparación a los abuelos o tíos pues estos pueden presentar dificultades físicas o tener a cargo a sus propios hijos que imposibiliten llevarlos a sus controles a tiempo. En el caso de los padres consideramos que son quienes trabajan durante el día dificultando la atención y cuidado adecuado del menor.

TABLA #6. EDAD DEL ENCARGADO DEL MENOR

CANTIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 18 Años	3	15%
18 a 25 años	3	15%
25 a 30 años	8	40%
30 a 35 años	2	10%
> 35 años	4	20%
TOTAL	20	100%

Fuente: Pregunta #6 de encuesta



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

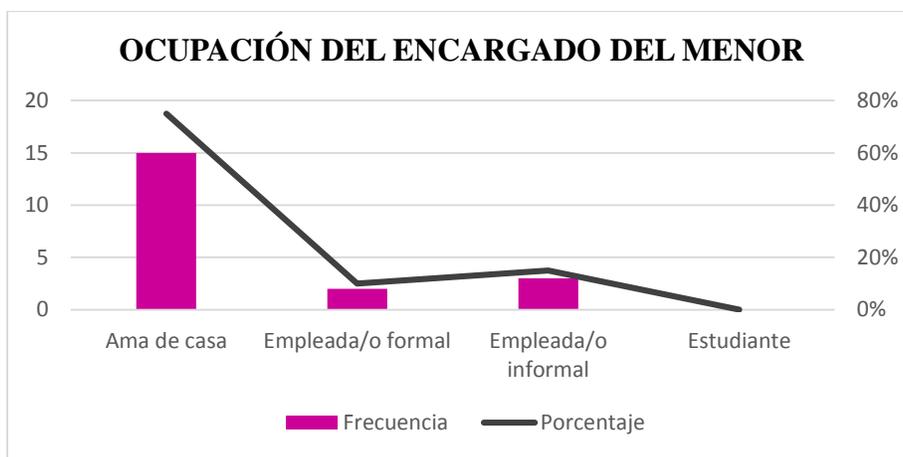
En base a la edad del encargado del menor, se observa que 3 niños están bajo el cuidado de menores de 18 años, 3 cuidadores oscilan entre las edades de 18 y 25 años, 8 oscilan entre las edades de 25 a 30 años, 2 oscilan entre 30 a 35 años y 4 son mayores 35 años de edad.

Es importante mencionar que los menores deberían de estar bajo el cuidado de una persona adulta, responsable, pues se encuentran más preparados para afrontar responsabilidades, presentan una mayor estabilidad en sus trabajos, en sus viviendas, en sus parejas, y en general tienen distintos estilos educativos con los hijos debido a su experiencia pasadas.

TABLA # 7. OCUPACIÓN DEL ENCARGADO DEL MENOR

CANTIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ama de casa	15	75%
Empleada/o formal	2	10%
Empleada/o informal	3	15%
Estudiante	0	0%
TOTAL	20	100%

Fuente: Pregunta #7 de encuesta



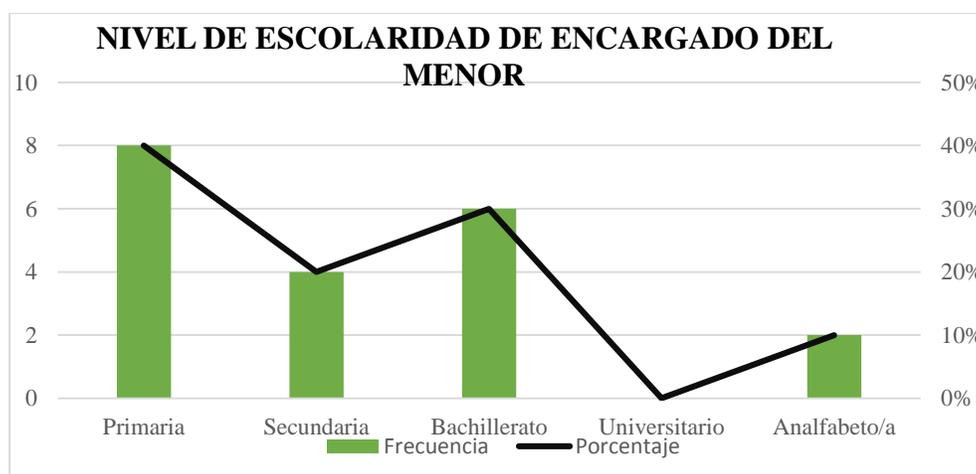
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Con respecto a la ocupación del encargado del menor, se encontró que 15 de ellas son amas de casa y el resto son empleados formales e informales. La ocupación o trabajo de la persona encargada de los niños conlleva a ser un factor que impida el cumplimiento con las citas de vacunación debido a que la mayor parte se dedica a los oficios del hogar en donde muchas veces no tienen que les apoye con el cuidado de sus otros hijos, otros encargados cuentan con un trabajo inestable en el que muchas veces son “comerciantes ambulantes” que para poder llevar el sustento a la familia pasa fuera del hogar la mayor parte del tiempo es por eso que no le brindan el tiempo e importancia adecuada a las citas de vacunación.

TABLA #8. NIVEL DE ESCOLARIDAD DE ENCARGADO DEL MENOR

CANTIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria	8	40%
Secundaria	4	20%
Bachillerato	6	30%
Universitario	0	0%
Analfabeto/a	2	10%
TOTAL	20	100%

Fuente: Pregunta #8 de encuesta



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

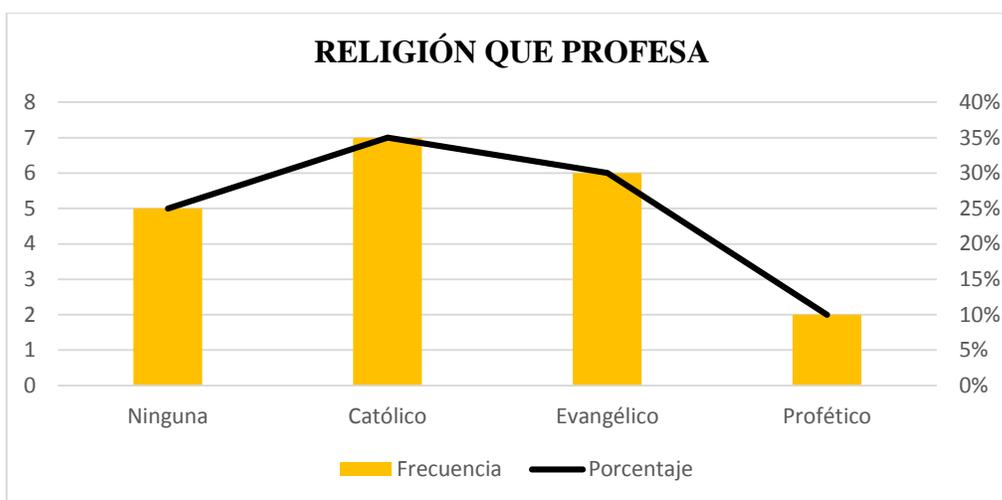
La mayoría de las madres o encargados tienen una educación primaria, correspondiente a 8 personas, 6 complementaron el bachillerato, 4 asistió a secundaria, y solamente 2 no sabe leer ni escribir, más sin embargo 0 de los encuestados no tiene una carrera universitaria.

Como se observó en las preguntas anteriores, hay predominio de la zona rural por lo que existe un bajo nivel educativo que representa un factor importante en el incumplimiento del esquema, pues esto dificulta la comprensión y compromiso ante el cumplimiento del esquema pues la falta de conocimientos educativos puede influir en la concientización de la importancia de las vacunas en la salud de los niños.

TABLA# 9. RELIGIÓN DEL SUJETO ENCUESTADO

RELIGIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguna	5	25%
Católico	7	35%
Evangélico	6	30%
Profético	2	10%
TOTAL	20	100%

Fuente: Pregunta #9 de encuesta



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

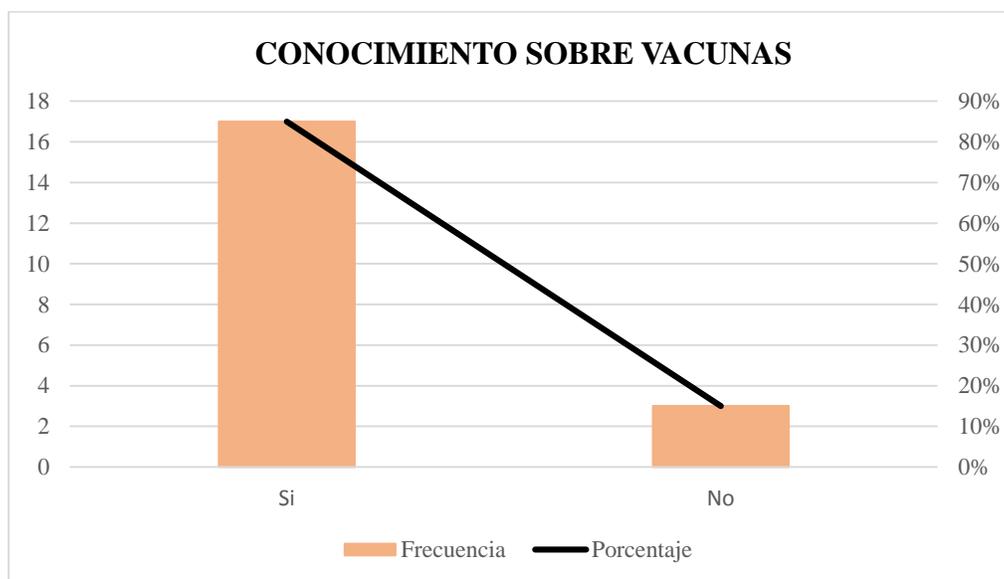
Se observa que 7 de los encuestados son católicos, siendo esta la religión a la que la mayoría de los encuestados pertenecen, seguido con 6 personas son evangélicos, 5 no practican ninguna religión y 2 pertenecientes a iglesia profética.

Las religiones forman un papel fundamental en la vida diaria de la mayoría de los salvadoreños como parte su formación y cultura, que en la mayoría se encuentran muy arraigadas al comportamiento, forma de pensar y actuar de las personas. Y con se puede evidenciar el mayor porcentaje de los encuestados pertenecen a algún tipo de religión, que puede influir en la toma de decisiones debido a las creencias propias de cada una de estas.

TABLA #10. CONOCIMIENTO SOBRE LO QUE ES UN VACUNA

CANTIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	17	85%
No	3	15%
TOTAL	20	100%

Fuente: Pregunta #10 de encuesta.



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

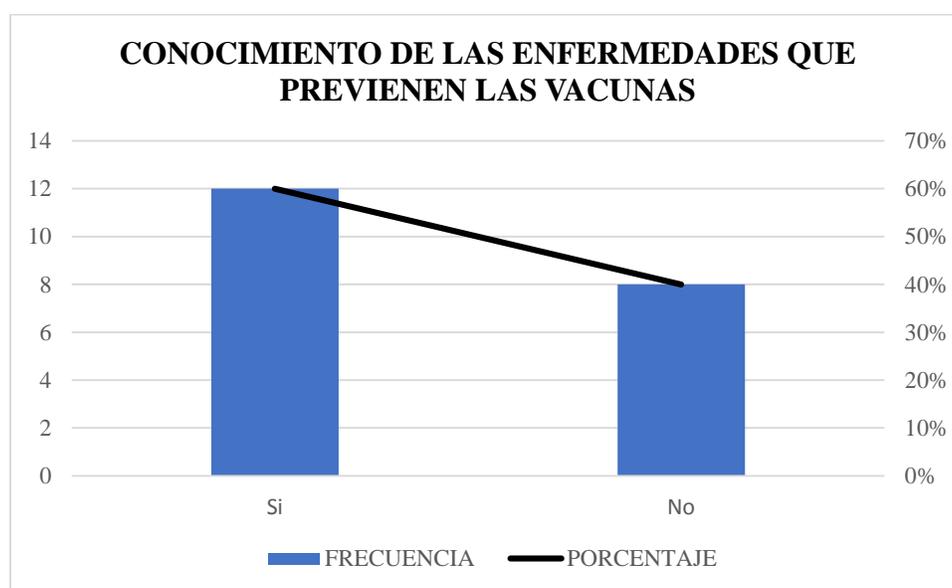
La tabla anterior refleja que 17 personas tienen conocimiento de lo que es una vacuna, mientras que 3 personas no tienen conocimiento sobre esto.

Es evidente que el mayor porcentaje de la población conoce que es una vacuna, sin embargo, existen un pequeño porcentaje que desconoce completamente que es una vacuna, siendo la desinformación una causa de incumplimiento del esquema.

TABLA #11. CONOCIMIENTO SOBRE LAS ENFERMEDADES QUE PREVIENEN LAS VACUNAS

CANTIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	12	60%
No	8	40%
TOTAL	20	100%

Fuente: Pregunta #11 de encuesta



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

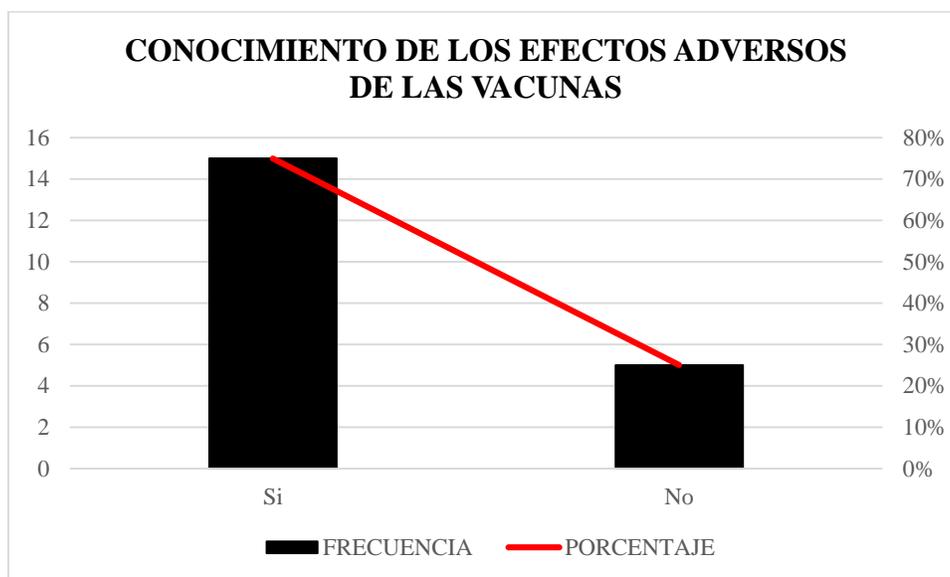
En base al conocimiento que la población tiene sobre las vacunas se observa que 12 personas conocen sobre las enfermedades que previenen las vacunas el resto lo desconoce

Es preocupante que, aunque en la actualidad existen diversos medios de difusión de información, sumadas a la educación que se brinda en las UCSF siguen existiendo un porcentaje bastante significativo que desconocen qué tipo de enfermedades previenen las vacunas, esta falta de comunicación es claramente un factor importante que dificulta el cumplimiento adecuado del esquema nacional.

TABLA #12. CONOCIMIENTO DE LOS EFECTOS ADVERSOS DE LAS VACUNAS

CANTIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	15	75%
No	5	25%
TOTAL	20	100%

Fuente: Pregunta #12 de encuesta



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

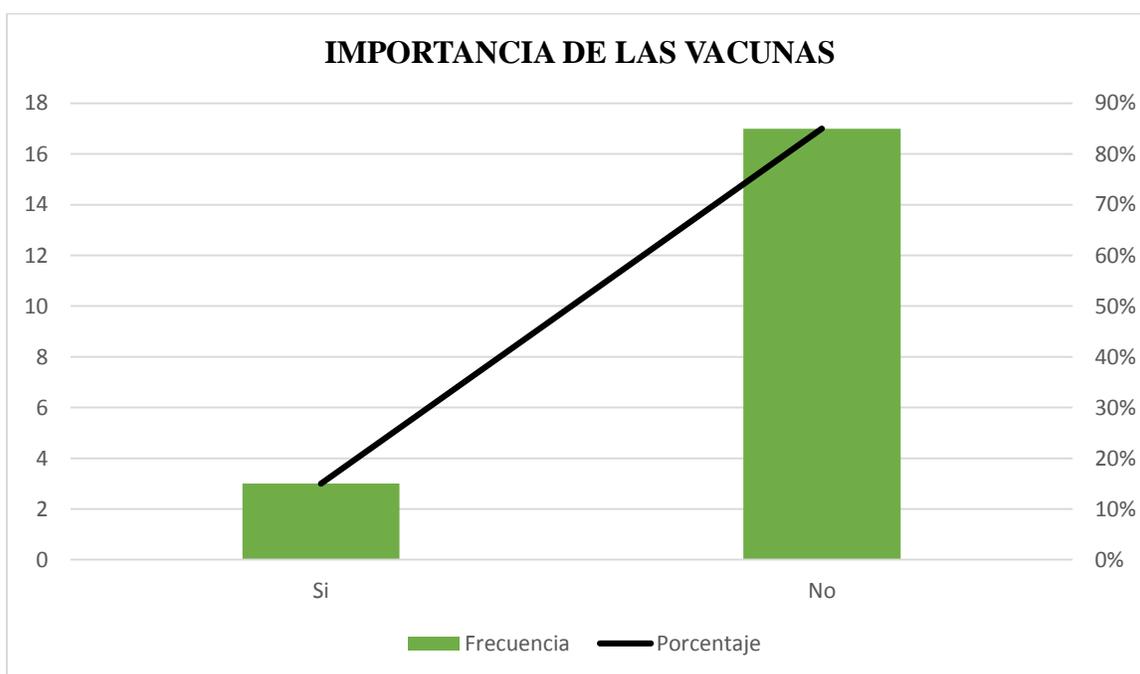
En base a los conocimientos que la población tiene sobre los efectos adversos que las vacunas producen se tiene que 15 personas conocen los efectos adversos, y 5 desconoce estos efectos adversos.

La mayoría de las personas no experimentan efectos secundarios graves asociados a la vacunación, sin embargo, estos efectos adversos al presentarse de manera leve son señal que el cuerpo está comenzando a desarrollar inmunidad o protección contra dicha enfermedad, algunos efectos adversos que los padres identifican son fiebre, o dolor en el sitio de la punción.

TABLA #13. IMPORTANCIA DE LAS VACUNAS

CANTIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	3	35%
NO	17	65%
TOTAL:	20	100%

Fuente: Pregunta #13 de encuesta



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

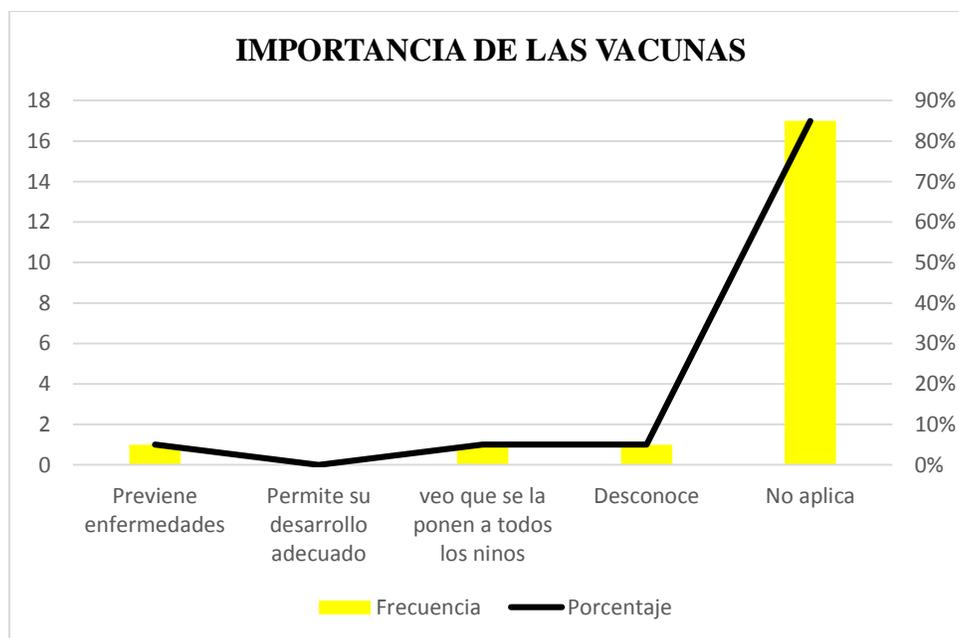
En cuanto a los datos obtenidos sobre si consideran importante aplicar vacunas a sus hijo/as 13 de los encuestados respondieron que no, mientras que 7 respondieron que sí.

La mayoría de personas encargadas del menor de 5 años sigue pensando que no es de mucha importancia la aplicación de vacunas a su hijo, en donde se engloban muchos de los factores sociales y culturales que impiden la aplicación de la misma, por otra parte, 7 de estas personas piensa que es importante vacunar a sus hijos.

TABLA #14. IMPORTANCIA DE LAS VACUNAS

CANTIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Previene enfermedades	1	5%
Permite su desarrollo adecuado	0	0%
A todos los niños se la ponen	1	5%
Desconoce	1	5%
No aplica	17	85%
TOTAL:	20	100%

Fuente: Pregunta #14 de encuesta



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

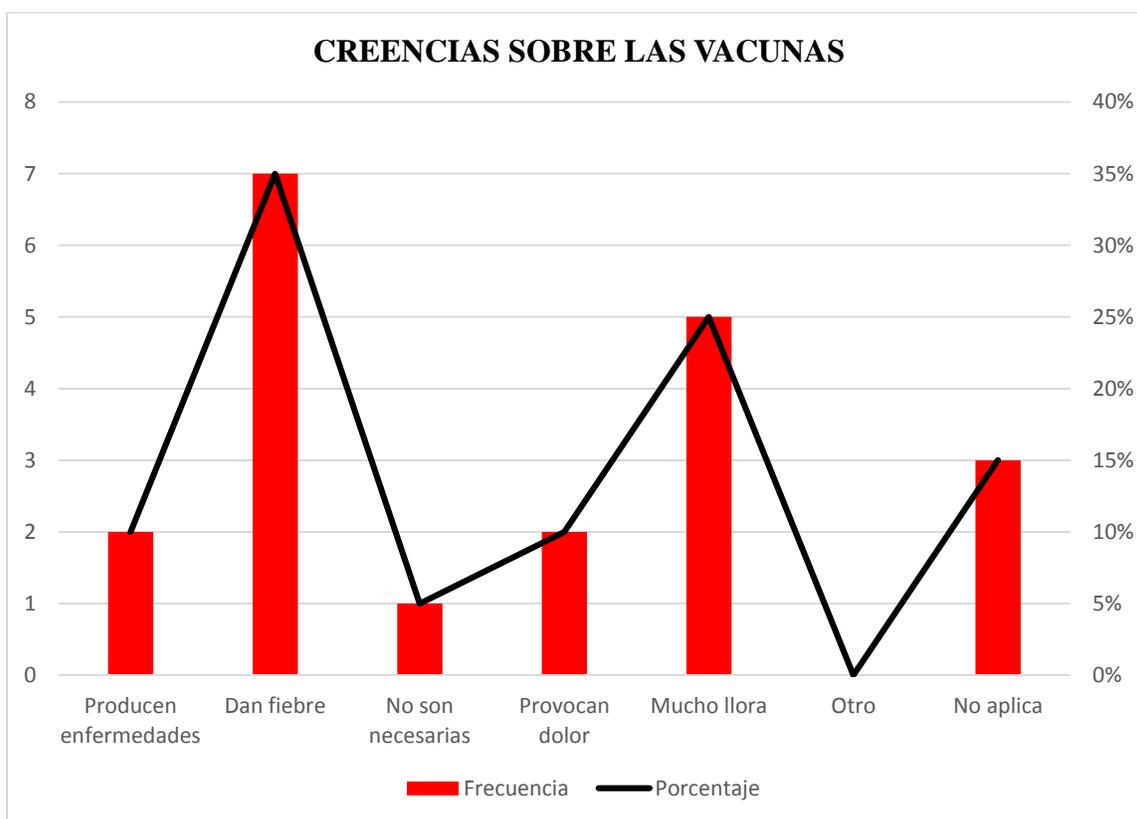
Según datos obtenidos con los encuestados, se observa que 17 de las personas no aplican a esta pregunta debido que anteriormente han reflejado que no es importante vacunar a su hijo/a, seguidos a que solo 1 persona piensa que ayuda a prevenir enfermedades, 0 permite su desarrollo adecuado, 1 persona porque que se lo aplican a otros niños así mismo 1 desconoce la importancia de la aplicación de una vacuna

La tabla anterior refleja el poco conocimiento del encargado del menor en relación a la importancia de la administración de la vacuna a sus hijo/as ya que de las 3 personas que mencionaron su importancia afirman que ayudan a prevenir las enfermedades de los niños, solo porque observan que se las aplican a otros niños y otra simplemente desconoce en su totalidad la razón de su administración.

TABLA #15. CREENCIAS SOBRE VACUNAS

CREENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No aplica	3	15%
Produce enfermedades	2	10%
Dan fiebre	7	35%
No son necesarias	1	5%
Provocan mucho dolor	2	10%
Mucho llora	5	25%
TOTAL	20	100%

Fuente: Pregunta #15 de encuesta.



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

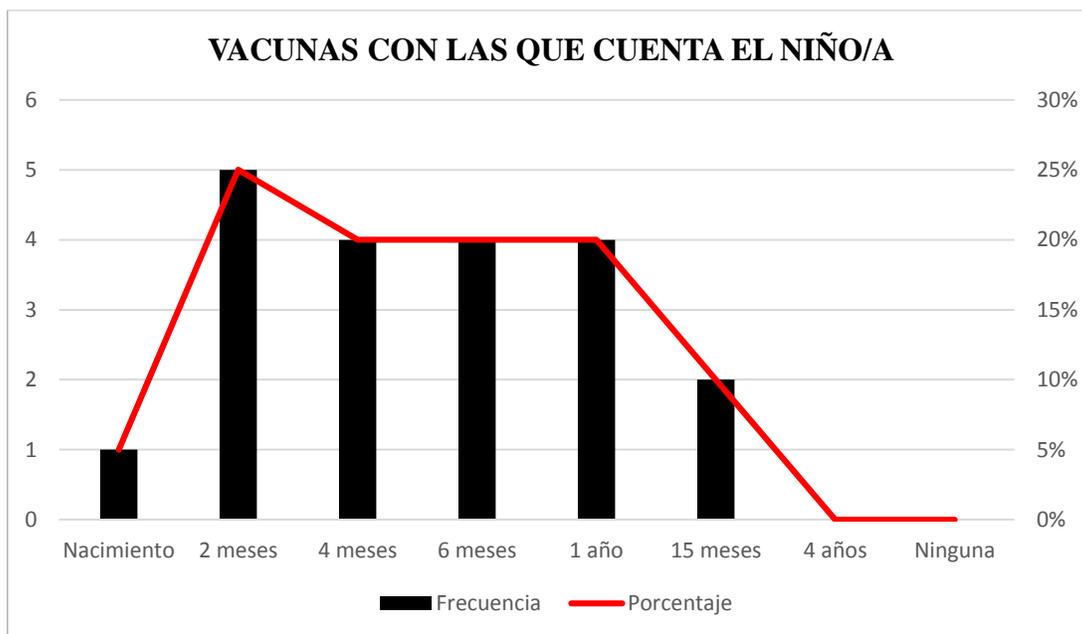
Para esta pregunta, 17 personas aplicaron a dar una respuesta, ya que en la pregunta 13 respondieron que no consideraban importante la vacunación y aquí están sus motivos. Podemos ver que 2 personas consideran que el vacunar a los niños produce enfermedades y que ocasionan mucho dolor, 5 refieren que mucho lloran, 7 que dan fiebre y por eso no los vacunan y solamente 1 persona considera que la vacunación no es necesaria.

A pesar de que es alto el porcentaje de encuestados que no considera importante la vacunación, podemos ver que sus creencias o falta de información les hace tomar la decisión de no vacunar a sus niños, llegando incluso a pensar que las mismas vacunas son las que provocan enfermedades o que no son necesarias para los niños. Otras personas se guían más por el hecho de evitar el sufrimiento de sus niños manifestando que les provoca mucho dolor y que no les gusta verlos llorar por lo tanto prefieren que no los vacunen por las molestias secundarias que estas les puedan causar.

TABLA #16. VACUNAS CON LAS QUE CUENTA EL NIÑO/A

CANTIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nacimiento	1	5%
2 meses	5	25%
4 meses	4	20%
6 meses	4	20%
1 año	4	20%
15 meses	2	10%
4 años	0	0%
Ninguna	0	0%
TOTAL	20	100%

Fuente: Pregunta #16 de encuesta



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

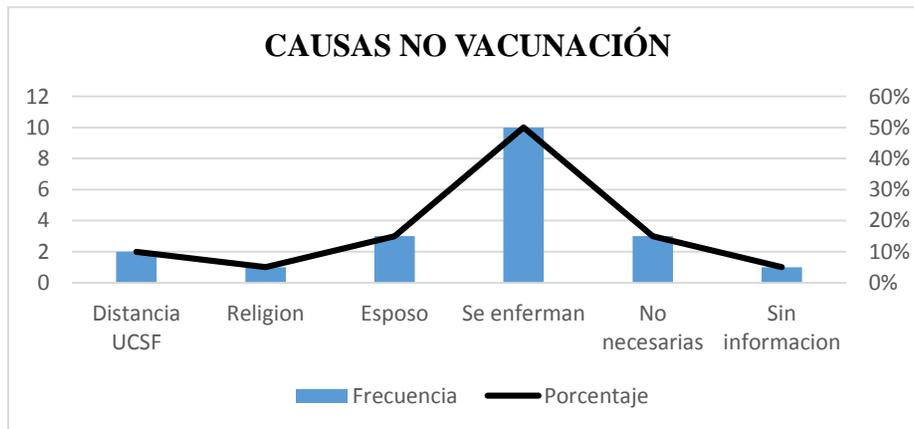
Según la tabla anterior, podemos ver que el mayor porcentaje de los encuestados solo tienen sus vacunas hasta los 2 meses, correspondiendo 5 niños del total, mientras que los que tienen esquema de vacunas hasta los 4 meses, 6 meses y 1 año corresponden a 4 niños en cada etapa. Solo 2 niños cuentan con esquema completo hasta los 15 meses y apenas solo 1 niño contaba con las vacunas que se colocan en el nacimiento.

Sabiendo que todos los encuestados eran niños con esquema incompleto de vacunación, podemos ver que la mayoría de ellos solo tienen esquema completo para los primeros meses de vida, evidenciando que los padres si los llevaron a algún control infantil o fueron vacunados en sus viviendas por algún promotor, dando a demostrar que se hizo el intento de que contasen con sus vacunas, pero probablemente algo surgió que cambio el curso de las cosas. Podemos ver que ninguno de los encuestados tenía cero vacunas aplicadas, ya que por lo menos contaban con las que se colocan a nivel hospitalario al momento del parto.

TABLA #17. CAUSA POR LA QUE NO TIENE LAS VACUNAS

CANTIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Distancia UCSF	2	10%
Religión	1	5%
Esposo	3	15%
Se enferma	10	50%
No necesarias	3	15%
Sin información	1	5%
TOTAL	20	100%

Fuente: Pregunta #17 de encuesta



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

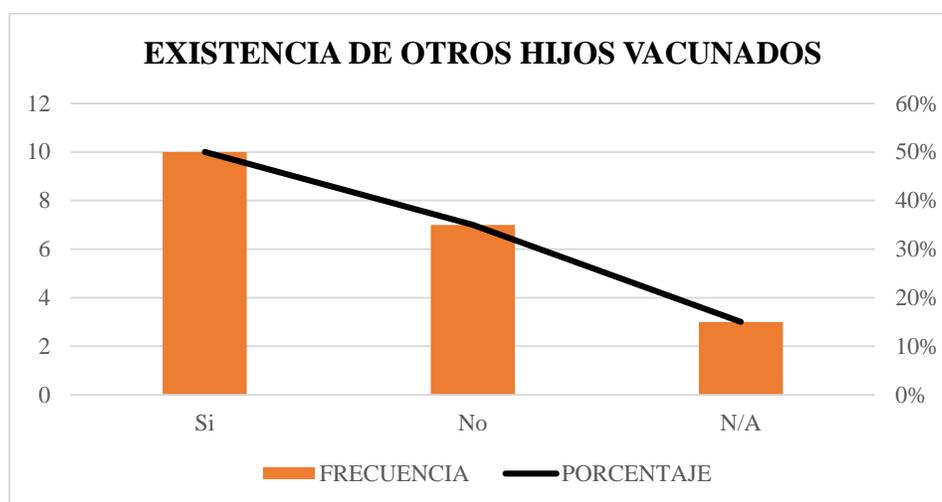
Los datos recolectados muestran que 2 personas de la población se encuentran a distancia de la UCSF, 3 no considera necesaria la vacunación y refiere que su esposo o pareja de vida no permite vacunen a su hijo, 1 persona refiere que la religión no permite la vacunación y refiere no tener información sobre las vacunas, sin embargo 10 personas expresan que mucho se enferman por la vacunación.

Es bastante notorio el temor de los responsables en cuanto a la reacción posvacunal, la desinformación o información inadecuada, la religión, creencias y la no necesidad de su aplicación siguen siendo causas principales de esquemas de vacunación incompletos.

TABLA #18. EXISTENCIA DE OTROS HIJOS VACUNADOS

CANTIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	10	50%
No	7	35%
N/A	3	15%
TOTAL:	20	100%

Fuente: Pregunta #18 de encuesta.



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

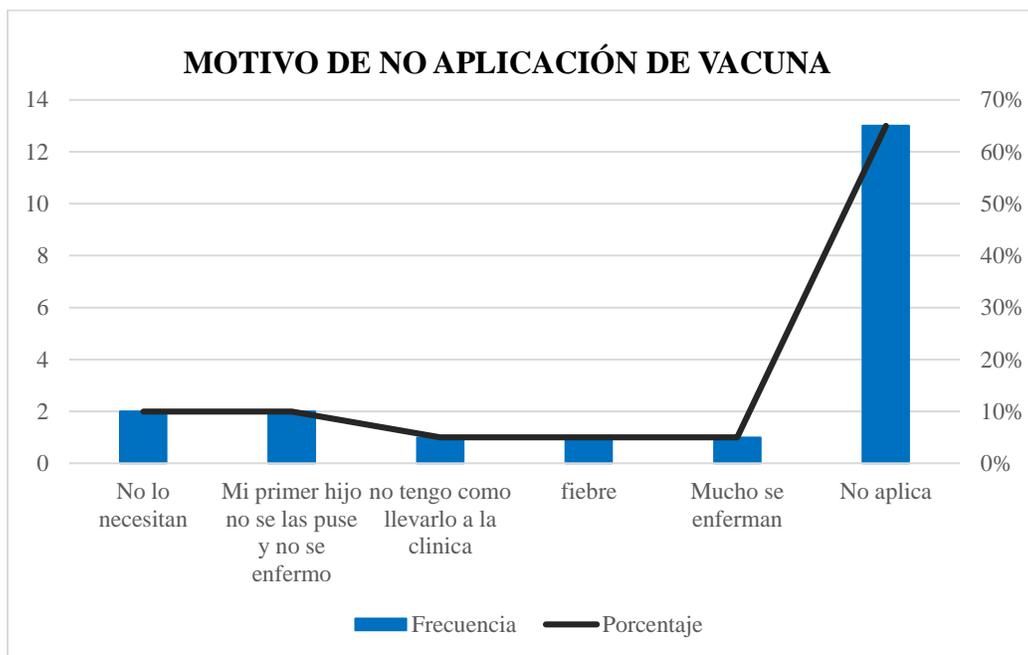
En base a la existencia de otros hijos en el mismo núcleo familiar que cuenta o no con el esquema de vacunación completo, se observa 10 manifestaron que cuentan con más hijos que cumplen con el esquema de vacunación y 7 tienen más hijos que no han sido vacunados, sin embargo, observamos 3 personas refieren que son hijos únicos al momento y no cuentan con rango de comparación.

Para algunos cuidadores las experiencias pasadas han bastado para evitar el cumplimiento del esquema nacional, algunas de sus expresiones son “después de la aplicación, la niña pasó 15 días enferma”, “Le dio mucha fiebre, vómito y diarrea”, y otros respondieron que sus demás hijos no han sido vacunados y nunca se han enfermado por lo que las consideran innecesarias y hasta cierto punto peligrosas.

TABLA #19. MOTIVO DE NO APLICACIÓN DE VACUNA

CANTIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No lo necesitan	2	10%
Mi primer hijo no se las puse y no se enfermo	2	10%
No tenía como llevarlo a la clínica	1	5%
Fiebre	1	5%
Mucho se enferman	1	5%
No aplica	13	65%
TOTAL	20	100%

Fuente: Pregunta #19 de encuesta



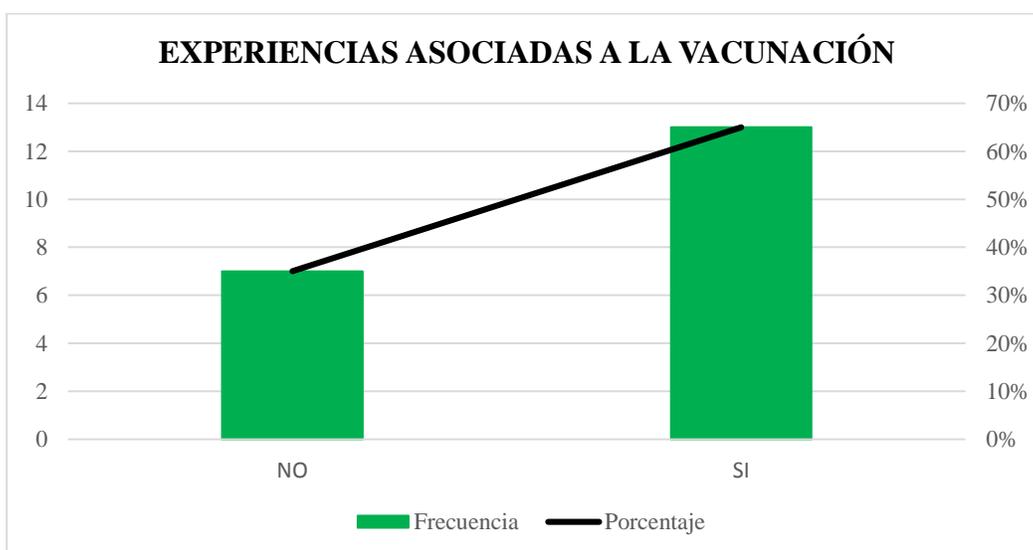
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En base a la pregunta anterior, 13 de los encuestados no aplica debido a que, si vacunaron a sus hijos, mientras que 2 personas no los vacunaron debido que piensa que no la necesitan pues no las consideran necesarias, además afirma que no vacuno a sus demás hijos y refieren nunca han presentado alguna enfermedad asociada a su incumplimiento, y con un porcentaje más pequeño que corresponde a 1 persona el motivo fue la falta de transporte para desplazarse a la UCSF al igual que la población que opina que les da fiebre o mucho se enferman posterior a su aplicación y deciden mejor no vacunar a sus hijos.

TABLA #20. EXPERIENCIAS ASOCIADAS A LA VACUNACIÓN

CANTIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	7	35%
Si	13	65%
TOTAL:	20	100%

Fuente: Pregunta #20 de encuesta.



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

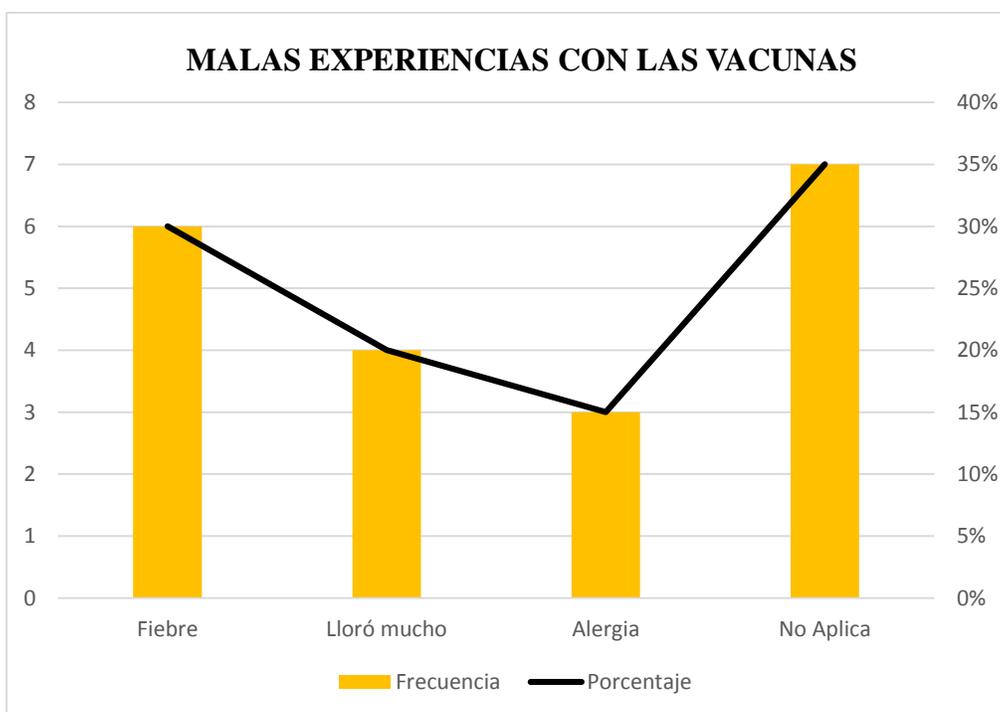
En base a las experiencias asociadas a la vacunación que la población ha presentado se observa que 13 de ellas si ha presentado malas experiencias posvacunal y 7 refiere que no.

Durante la encuesta la población expresó que alguna de las malas experiencias vividas después de la aplicación fue: “dolor y enrojecimiento del sitio de aplicación”, “producen mucha fiebre”, “dan alergias” y como hemos observado en respuestas anteriores la falta de educación que la población tiene sobre que es la vacunación y cuáles son los efectos adversos que estas provocan, hacen que el encargado considere estos efectos como experiencias malas.

TABLA #21. MALAS EXPERIENCIAS POR VACUNACIÓN

CANTIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Fiebre	6	30%
Mucho llora	4	20%
Alérgia	3	15%
No aplica	7	35%
TOTAL	20	100%

Fuente: Pregunta #21 de encuesta



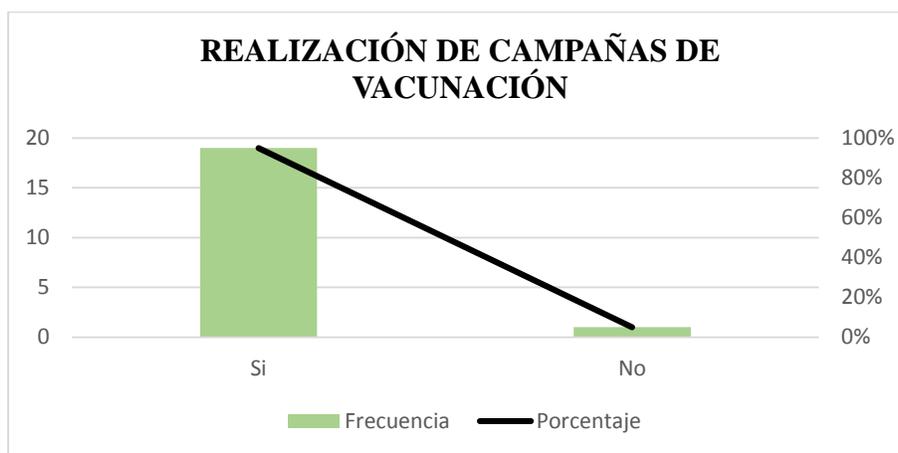
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la tabla anterior podemos evidenciar que 13 de los encuestados no han tenido una mala experiencia con la aplicación de vacunas en sus niños/as, mientras que 3 personas manifiestan que les ha dado fiebre y consideran como mala experiencia el hecho que lloren mucho por la aplicación de vacunas y solo 1 persona manifestó que tuvo una reacción alérgica.

El hecho de que la mayoría de los encuestados nos manifieste de que no han tenido malas experiencias con la aplicación de vacunas, nos hacen darnos cuenta que sus motivos para no vacunar a sus niños son ajenos a la mera aplicación de una vacuna o el efecto que esta pueda tener. A pesar de ello, un pequeño porcentaje si manifestó haber tenido malas experiencias según ellos, pero podemos darnos cuenta que sus “malas experiencias”, en varios de los casos, son un efecto normal por la vacunación y están mal orientados en cuanto a esto, ya que toman esto como motivo para no vacunarlos sin tener el conocimiento de que es un efecto secundario común.

TABLA #22. REALIZACIÓN DE CAMPAÑAS DE VACUNACIÓN POR PARTE DE LA UCSF

CANTIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	19	95%
No	1	5%
TOTAL	20	100%



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En esta tabla podemos evidenciar que 19 de los encuestados afirman que la UCSF a la que pertenecen si ha realizado campañas de vacunación en la zona en la que viven, mientras que solo una 1 persona piensa que la UCSF no ha realizado esta acción.

Las UCSF tienen como objetivo el cumplimiento del esquema de vacunación de todos los niños y niñas pertenecientes a su área de cobertura, por lo tanto, están empeñados en ese alcance por medio de realización de campañas de vacunación periódicas. Podemos ver que la población si considera que esta acción está siendo realizada por la UCSF, pero a pesar de eso, siempre hay niños y niñas con esquema incompleto de vacunas.

TABLA #23. EXISTENCIA DE PROMOTORES EN EL ÁREA COMUNITARIA

CANTIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	15	75%
No	5	25%
TOTAL	20	100%

Fuente: Pregunta #23 de encuesta.



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

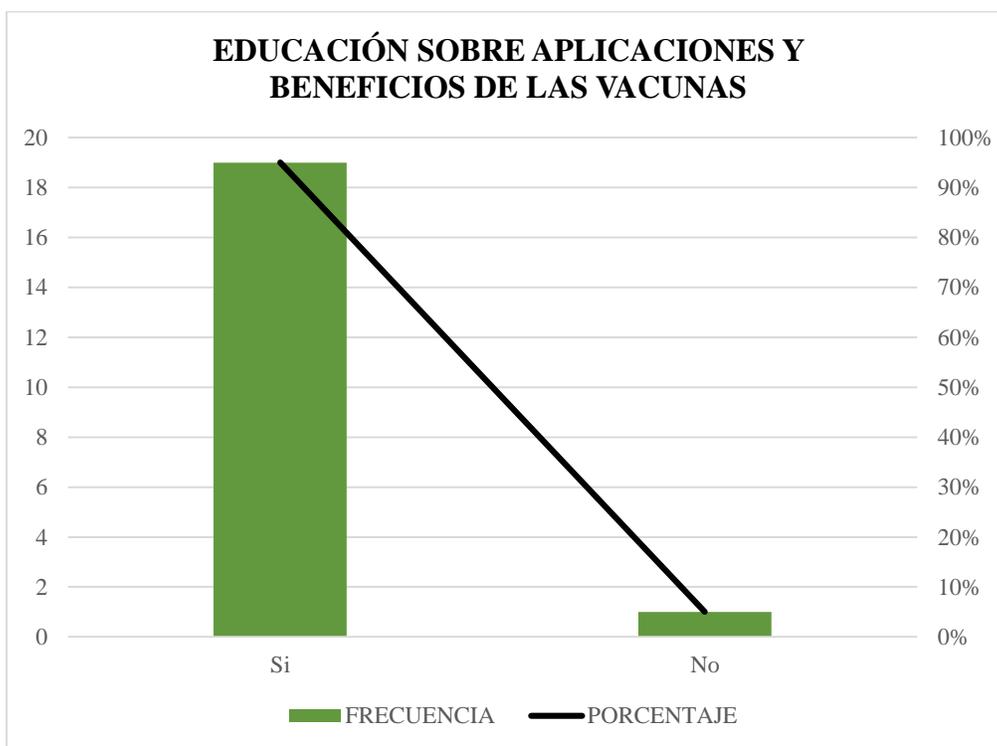
Según la existencia de promotores comunitarios en cada UCSF 15 refirió que cuentan con promotores en su comunidad, el resto dice que no tiene promotores asignados a la zona.

Los promotores comunitarios son un elemento clave en la comunidad, provee información importante de la población, proporcionan educación en salud para la prevención y auto cuidado, conectan a los miembros de la comunidad con los servicios sociales y de salud, abogan por las necesidades individuales y de la comunidad, así como también facilitan información a la UCSF. sin embargo UCSFI cuentan con pocos promotores comunitarios que no logran la cobertura adecuada, además las condiciones geográficas, la falta de transporte público y de la unidad, el clima y situaciones naturales como ríos, cañales, barrancas entre otras que presentan las UCSF básicas o ecos principalmente dificultan el acceso a viviendas y por ende se pierden niños faltistas de control y vacunación a pesar que las diferentes UCSF realizan actividades para el rescate de estos niños faltistas nos encontramos con las siguientes dificultades: No hay tarjeta de vacunación, por lo tanto no se logra observar que vacunas le hacen falta al menor, se programan acercamientos y coincide con otra actividad del encargado por lo que no lleva al menor a vacunar, algunos niños están bajo responsabilidad de sus abuelos quienes no tienen la misma capacidad para caminar grandes distancias.

TABLA #24. EDUCACIÓN SOBRE APLICACIONES Y BENEFICIOS DE LAS VACUNAS

CANTIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	19	95%
No	1	5%
TOTAL	20	100%

Fuente: Pregunta #24 de encuesta.



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En base a la educación que las UCSF brindan en el establecimiento de salud a la población, 19 manifestaron recibir información sobre las vacunas y solo una persona refiere que no se le orienta sobre los beneficios de las vacunas.

La provisión de información o educación a las personas es una herramienta costo efectiva para que los usuarios puedan tomar decisiones fundamentales acerca de su salud, es una parte importante en todos los sistemas de salud. Esta información tiene el objetivo de aumentar el conocimiento de las personas y cambiar su actitud con respecto a la vacunación y las enfermedades que pueden prevenir, esta información se proporciona al usuario en forma grupal o individual ya sea en visitas domiciliarias casa a casa o en el consultorio, en medios de comunicación, en grupos comunitarios como escuelas, iglesias o asociaciones comunitarias o mediante carteles, folletos y afiches.

Resultados de la entrevista realizada a los promotores de salud:

MATRIZ DE DATOS CUALITATIVOS

PREGUNTAS	PROMOTOR UCSF SAN RAFAEL SANTA ANA	PROMOTOR UCSF SAN SEBASTIÁN EL ESPINO	PROMOTOR UCSFI ATIQUIZAYA, AHUACHAPÁN
¿Existe en su unidad niños o niñas menores de 5 años faltistas de vacunas?	Si en mi unidad hay niños faltistas de vacunación	Si existen	Si existen
En su experiencia, ¿cuáles cree que son las causas o motivos por los que hay niños con esquemas de vacunación incompleto?	Hoy durante la pandemia hay temor a sacar los niños y a exponerlos. Y antes porque la población tiene creencias	Porque provocan fiebre y dolor y algunos padres dicen que el virus puede matarlos	Por riesgo social y por las creencias de las personas
¿Ha escuchado usted alguna mala experiencia posterior a la aplicación de una vacuna?	Si hay personas que dicen que han tenido efectos	Si en rara ocasión da alergias	Si he escuchado
Utiliza usted documentos o tabuladores para registrar las vacunas aplicadas a cada niños/as? En caso que	Informes de vacunación existentes para cada vacuna y libros de niños y niñas	Si fecha de aplicación, nombre completo, dosis aplicadas y numero de dosis	Si se ocupan tabuladores en los cuales se incluyen las zonas donde habita el menor y se colocan

su respuesta sea Si, ¿qué datos incluye este documento?			vacunas pendientes, edad etc.
¿Cuáles son las acciones a realizar como UCSF cuando existen niños/as faltistas del esquema nacional de vacunación?	Cuando se ve que hay faltistas se realizan campañas de vacunación y se identifican los niños y se procede a visitas casa a casa	Se hace nota al coordinador para informar renuencia de padres, para que se apliquen vacunas y nota en el expediente. Se vuelve a buscar a los padres para la vacunación, Se programan acercamientos y visitas casa a casa.	Acercamientos y visitas casa a casa
¿Qué medidas toma la UCSF en caso que el encargado del menor de 5 años decida no cumplir el esquema de vacunación Nacional, ya sea por factores sociales, culturales, experiencias pasadas o por otros motivos?	Se les informa a las respectivas autoridades de la unidad de salud sobre las ausencias de vacunación	Se orienta sobre violación a derechos del niño y se reporta a la Unidad de salud Especializada de chalchuapa.	Se realiza una nota al expediente y se le notifica al director del establecimiento.

Análisis de la entrevista realizada a los promotores de las unidades de salud: Unidad comunitaria de salud familiar San Rafael y San Sebastián el Espino de Santa Ana y Unidad comunitaria de salud familiar de Atiquizaya de Ahuachapán.

La entrevista se realizó a los promotores de salud, de las unidades antes descritas, ya que se consideró que ellos están en una interacción más cercana con la comunidad e identifican a la mayor parte de sus habitantes, cuando se les preguntó si en sus comunidades había niños faltistas de vacunas, los tres promotores coincidieron que si, a pesar de realizar constantemente esfuerzos en vacunación, encontramos a niños en la actualidad con esquemas de vacunación incompletos.

Entre las causas o motivos del porque los niños presentaban un esquema de vacunación incompleto, los promotores manifestaron que hoy en tiempo de pandemia a los padres les da temor sacarlos porque se pueden enfermar sin embargo otros manifestaron que es por creencias, de que las vacunas los enferman, les da fiebre, o también que ellos tienen más niños y no los han vacunado y no les ha pasado nada. Al preguntarles a los promotores si ellos han escuchado de alguna complicación posterior a la aplicación de una vacuna, manifiestan que solo han escuchado de problemas alérgicos, aunque sin comprobación, sin embargo, no tienen la certeza de algún evento posterior a la aplicación de un biológico.

Con respecto a los documentos que se utilizan para registrar las vacunas aplicadas y los datos de los niños, los trabajadores de salud refieren que dentro de los registros se cuenta con: Informes de vacunación existentes para cada vacuna y libros de niños y niñas en el cual se plasma, fecha de aplicación, nombre completo, dosis aplicadas y número de dosis, también zona donde habita el menor y vacunas pendientes de su esquema.

En relación a las acciones que se realizan cuando se tiene niños con un esquema de vacunación incompleto o en casos que los padres estén renuentes a darle cumplimiento al esquema de vacunación, los promotores manifestaron que identifican a los niños faltistas, y los visitan casa a casa o realizan campañas de vacunación, es de hacer notar que se hacen esfuerzos por motivar a los padres a que le cumplan el esquema de vacunación a sus hijos, sin embargo las creencias, los factores culturales, de accesibilidad o también padres con la negativa de que las vacunas no ayudan en nada, ya que tienen la experiencia de sus hijos anteriores no se les han enfermado, en este sentido no vacuna a sus otros hijos, a pesar de ello las instituciones de salud tiene la

obligación de proveer y lograr que se le cumpla el esquema de vacunación a los niños de las comunidades asignadas a los establecimientos de salud.

En el caso de encontrar padres renuentes a cumplir el esquema de vacunación a sus hijos, se deberá notificar de inmediato al director del establecimiento y a las respectivas autoridades encargadas del programa de vacunación con el objetivo de darle seguimiento a estos casos y lograr que se cumplan los derechos del niño y de la niña.

CAPÍTULO V:
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Un esquema de vacunación completo en los menores de 5 años es uno de los pilares fundamentales para evitar enfermedades inmunoprevenibles en los niños y niñas de nuestro país. Es por eso la importancia de la aplicación de estas vacunas y la educación a los responsables de los niños y niñas sobre los beneficios de estas.
- Si bien el mayor porcentaje de niños y niñas menores de 5 años cuentan con un esquema de vacunación completo, se puede dar cuenta que hay pequeño número de niños y niñas que son faltistas a la aplicación de dichas vacunas y por lo tanto no cuentan con esquema de vacunación completo.
- Por otra parte, uno de los factores culturales asociados al esquema de vacunación incompleto es que los padres al no haber vacunado a sus otros hijos, no lo consideran necesario e importante debido a que sus otros hijos nunca le paso nada al no vacunarlos
- Se evidenció que esto estaba dado principalmente a factores de creencias y mala información sobre efectos de la vacunación por parte de los responsables de estos niños/as y no tanto al hecho de su bajo nivel económico o lo lejos que puedan vivir de una unidad de salud.
- El Ministerio de Salud está haciendo su mayor esfuerzo en que este reducido número de niños y niñas con esquema de vacunación incompleto desaparezca, pero a pesar de campañas de vacunación, visitas domiciliarias por parte de promotores y demás equipo, educación sobre vacunación al momento de controles de niño sano, sigue existiendo resistencia a la vacunación lo cual puede llevar a consecuencias fatales en los niños y niñas de nuestras comunidades.

RECOMENDACIONES

- Implementar intervenciones de educación continua sobre conocimientos básicos de vacunas que permitan una mejor información a los padres por parte del personal de salud.
- 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.
- Realizar capacitaciones y actualizaciones a los trabajadores de salud, realizar campañas educativas a los padres o encargados informando la importancia de las vacunas, cuáles son las contraindicaciones y efectos adversos que estas pueden producir.
- 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.
- Utilizar todo encuentro clínico para evaluar los esquemas de inmunización del paciente y actualizarlos.
- Fortalecer las estrategias en el cumplimiento del calendario de vacunación y así evitar las enfermedades inmunoprevenibles.

MESES	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE			
SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Selección del tema	■	■	■	■																																
Inscripción del proceso de graduación					■																															
Presentación del perfil de investigación									■																											
Aprobación del perfil de investigación											■	■																								
Presentación del protocolo													■	■																						
Aprobación del protocolo de investigación															■	■																				
Desarrollo del proyecto de investigación																	■	■	■	■																

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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,
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Eliminación y erradicación de las enfermedades prevenibles por vacunas, San Salvador, MSPAS, 1995.
- 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
- OMS/UNICEF/Banco Mundial. Vacunas e inmunización: Situación mundial 3a ed. Ginebra, Organización Mundial de Salud; 2010.
- Organización Panamericana de la Salud (PAHO) Acciones Esenciales en Inmunización (abril 2007) https://www.paho.org/immunization/toolkit/resources/partner-pubs/Acciones_Esenciales-en-Inmunizacion-una-guia-practica-de-campo.pdf
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (22 Agosto 2017) <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/AER-VPD-IBD-2014.pdf>
- Editorial SciELO (3 junio 2015) http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v17n66/01_editorial.pdf
- Revista Pediatría Atención Primaria Antivacunas: un reto para el Pediatra. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (junio 2015) <https://www.redalyc.org/pdf/3666/366641635001.pdf>

- 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).
- Revista panamericana de salud pública. Pan American Health Organization. “Motivos de no vacunación en menores de 5 años en las ciudades de Colombia.”
- Biblioteca virtual Cochrane. “Intervenciones comunitarias para informar y educar acerca de la vacunación en la primera infancia.” Autor Saeterdal I, Lewin S, Gleton C, 19 noviembre 2014.
- Manual de normas técnico-administrativas, métodos y procedimientos de vacunación y vigilancia epidemiológica del programa ampliado de inmunizaciones (PAI).
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador Organización Panamericana de la Salud Situación de Vacunas e Inmunizaciones en El Salvador (septiembre del 2009).

https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1552-informe-de-evaluacion-internacional-situacion-de-vacunas-1&category_slug=publicaciones-destacadas&Itemid=36

ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA DOCTORADO EN MEDICINA



Objetivo General: Identificar los principales factores socioculturales que influyen en el incumplimiento del esquema nacional de vacunación en niños de 0 a 5 años que pertenecen a las UCSF San Rafael y San Sebastián El Espino de Santa Ana y UCSF Atiquizaya de Ahuachapán.

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

1. ¿Cuál es la edad del niño/a?

- a) De 0 a 1 año
- b) De 2 a 3 años
- c) De 4 a 5 años

2. Sexo:

- F _____ M _____

3. Localización de su vivienda:

- Urbana _____ Rural _____

4. ¿Cuánto 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

5. ¿Quién es el responsable del niño/a?

- a) Mamá
- b) Papá
- c) Abuela
- d) Tía/o
- e) Otro, especifique: _____

6. ¿Cuál es la edad del encargado/a del menor?

- a) Menor de 18 años
- b) 18 a 25 años
- c) 25 a 30 años
- d) 30 a 35 años
- e) Mayor de 35 años

7. ¿Cuál es la ocupación del encargado del menor?

- a) Ama de casa
- b) Empleada/o formal
- c) Empleada/o informal
- d) Estudiante

8. ¿Cuál es el nivel de escolaridad de la persona encargada del menor?

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Bachillerato
- d) Universitario
- e) No sabe leer ni escribir

9. ¿A qué grupo religioso pertenece el encargado del menor?

- a) Ninguna
- b) Católica
- c) Evangélico
- d) Profético
- e) Otra: _____

10. Sabe usted que es una vacuna:

- Sí _____ No _____

11. Conoce que tipos de enfermedades previenen las vacunas:

- Sí _____ No _____

12. Conoce usted los efectos adversos que causan las vacunas:

- Sí _____ No _____

13. Considera usted que es importante vacunar a su hijo/hija?

- Sí _____ No _____

14. Si su respuesta anterior fue SI ¿Porque considera que es importante la aplicación de vacunas a su hijo/a?

- a) Previene enfermedades
- b) Permite su desarrollo adecuado
- c) Porque veo que a todos los niños se las ponen
- d) Desconoce

15. Si su respuesta anterior fue NO ¿Cuáles son las creencias que usted tiene sobre las vacunas?

- a) Producen enfermedades

- b) Dan fiebre
- c) No es necesario vacunarlos
- d) Provocan mucho dolor
- e) Mucho lloran
- f) Otro, especifique: _____

16. ¿Con cuales vacunas cuenta su hijo/a?

- a) Nacimiento
- b) 2 meses
- c) 4 meses
- d) 6 meses
- e) 1 año
- f) 15 meses
- g) 4 años
- h) Ninguna

17. ¿Cuál es la causa por la que su hijo/a no tiene las vacunas?

- a) Me queda lejos la unidad
- b) Mi religión no lo permite
- c) Mi esposo no deja que se vacune
- d) Mucho se me enferma
- e) Las vacunas del gobierno no sirven y lo llevo con Medico Particular u otra institución
- f) No las considero necesarias
- g) No tengo información sobre las vacunas

18. Si tiene más de 1 hijo ¿Ha vacunado a sus otros hijos/as?

- Sí_____ No_____

19. Si su respuesta anterior fue NO, ¿cuál fue el motivo por el cual no los vacuno?

20. ¿Ha sufrido su hijo alguna mala experiencia posterior a aplicación de la vacuna?

- Sí_____ No_____

21. En caso que su respuesta anterior fue SI, ¿Qué tipo de experiencia presento por la vacunación?

22. ¿La UCSF a la que pertenece a hecho campañas de vacunación en la zona en la que usted vive?

- Sí_____ No_____

23. ¿Hay promotores en su área que estén al pendiente de la aplicación de vacunas en los niños?

- Sí_____ No_____

24. ¿Cuándo usted ha asistido a la UCSF, ¿se le ha brindado educación acerca de la aplicación de vacunas y sus beneficios en los niños?

- Sí_____ No_____

ANEXO 2

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA DOCTORADO EN MEDICINA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este informe de consentimiento se da a usted para ayudarle a entender las características del estudio, de tal manera que usted pueda decidir voluntariamente si desea participar o no. Si luego de leer este documento tiene alguna duda pida al personal del estudio que le explique, se le proporcionará toda la información que necesite para un buen entendimiento del estudio.

El objetivo de este estudio es identificar los principales factores socioculturales que influyen en el incumplimiento del esquema nacional de vacunación en niños de 0 a 5 años que pertenecen a las UCSF de San Rafael, San Sebastián El Espino y Atiquizaya en el periodo de febrero a junio 2020.

Este estudio no implica ningún riesgo físico o psicológico para usted. Sus respuestas no le ocasionaran ningún riesgo ni tendrá consecuencias de ningún tipo.

En cuanto a la confidencialidad, las únicas personas que sabrán que usted participo en el estudio son los miembros del equipo de investigación. No divulgaremos ninguna información sobre usted y el menor de edad. Cuando los resultados de la investigación se publiquen o discutan en conferencia no se incluirá información que pueda revelar su identidad.

He leído y escuchado satisfactoriamente las explicaciones sobre el estudio y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Estoy enterado (a) de los riesgos y beneficios potenciales de participar en el estudio y sé que puedo retirarme de él en cualquier momento. Autorizo el uso de información para los propósitos de la investigación.

F. _____

ANEXO 3

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA DOCTORADO EN MEDICINA

Objetivo General: Identificar los principales factores socioculturales que influyen en el incumplimiento del esquema nacional de vacunación en niños de 0 a 5 años que pertenecen a las UCSF San Rafael y San Sebastián El Espino de Santa Ana y UCSF Atiquizaya de Ahuachapán.

Indicaciones: Lea cuidadosamente y posteriormente proceda a escribir la respuesta según lo que se le pregunta.

- **Nombre:** _____ **Edad:** _____
- **Sexo:** _____
- **Cargo:** _____
- **Unidad de Salud a la que pertenece:** _____
- **Tiempo de laborar en el establecimiento de Salud:** _____
- **Cuántas zonas tiene a su cargo actualmente:** _____

1. **¿Existe en su unidad niños o niñas menores de 5 años faltistas de vacunas? Sí** _____
No _____
2. **¿En su experiencia, cuáles cree que son las causas o motivos por los que hay niños con esquemas de vacunación incompleto?**
3. **¿Ha escuchado usted alguna mala experiencia posterior a la aplicación de una vacuna?**

- 4. ¿Utiliza usted documentos o tabuladores para registrar las vacunas aplicadas a cada niños/as? En caso que su respuesta sea SI, ¿qué datos incluye este documento?**

- 5. ¿Cuáles son las acciones a realizar como UCSF cuando existen niños/as faltistas del esquema nacional de vacunación?**

- 6. ¿Qué medidas toma la UCSF en caso que el encargado del menor de 5 años decida no cumplir el esquema de vacunación Nacional, ya sea por factores sociales, culturales, experiencias pasadas o por otros motivos?**

ANEXO 4

PRESUPUESTO

RECURSOS DISPONIBLES

El personal que participara en la investigación son 3 médicos en servicio social del Departamento de Medicina de la Facultad Multidisciplinaria de Occidente, mediante ellos se realizara recolección, análisis, digitación y presentación de los resultados finales, con el objetivo de identificar los principales factores socioculturales que influyen en el incumplimiento del esquema nacional de vacunación en niños de 0 a 5 años que pertenecen a la UCSF San Rafael y San Sebastián El Espino de Santa Ana y UCSF de Atiquizaya.

El grupo investigador cuenta con la asesoría de la Dra. Sandra Patricia Gómez de Sandoval docente del Departamento de la Facultad Multidisciplinaria de Occidente.

RECURSOS MATERIALES

Para la elaboración de esta investigación se necesitará recursos que forman parte de la logística, teniendo un costo global de los cuales se detallan de la siguiente manera:

Computadoras Portátiles	Papel
Vehículo	Lapicero
Impresora multifuncional	Tinta

ANEXO 5**RECURSO FINANCIERO**

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO EN DÓLAR AMERICANO	PRECIO TOTAL
166	Fotocopias	0.02	\$3.32
127	Impresiones	0.10	\$12.70
8	Bolígrafos	0.25	\$2
1	Resma papel bond	5.0	\$5
5	Lápiz	0.25	\$1.25
5	Marcadores	1.0	\$5
20	Transporte	0.35	\$7
1	Empastado	3.0	\$3
15	Horas de investigación internet	1.0	\$15
1	Defensa de tesis	100.0	\$100
	TOTAL		\$154.27

ANEXO 6

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN SOCIO HISTÓRICA Y CULTURAL DEL TERRITORIO.

Cantón San Sebastián el Espino, municipio de Chalchuapa, departamento de Santa Ana.

- **Situación Geográfica**

Chalchuapa es una ciudad del distrito homónimo del departamento de Santa Ana, en la zona occidental de El Salvador, a 13 km al oeste de la ciudad de Santa Ana y a 78 km de San Salvador. Con una elevación de 720 msnm, tiene una extensión territorial de 165.76 km², aproximadamente. El cual consta de 20 cantones y 57 municipios a su cargo, entre ellos el cantón de San Sebastián el espino también conocido como San Sebastián las iguanas, el cual está ubicado sobre la carretera que conduce al cantón el coco, con una latitud de 14.01618 y una longitud de -89.71827.

- **División Territorial**

El cantón San Sebastián El Espino cuenta con 11 caseríos

- Caserío La Reforma
- Caserío Las Brisas
- Caserío El Tesoro
- Colonia Santa Lucia
- Caserío San Sebastián
- Caserío La Palma
- Caserío El Carmen
- Colonia Dueñas
- Colonia Galeano
- Colonia Bernal
- Caserío cuatro Milpas

- **Clima**

La temporada de lluvia es caliente, y nublada y la temporada seca es muy caliente, húmeda, ventosa y mayormente despejada. Durante el transcurso del año, la temperatura generalmente varía de 17 °C a 32 °C y rara vez baja a menos de 15 °C o sube a más de 33 °C.

- **Límites de Chalchuapa.**

- Limita al Norte con el departamento de Jutiapa, Guatemala
- Limita al Este con los municipios de Candelaria de la Frontera, El Porvenir, San Sebastián Salitrillo y Santa Ana
- Limita al Sur con Nahuizalco y Juayúa (ambos del departamento de Sonsonate)
- Limita al Oeste con San Lorenzo, Atiquizaya y El Refugio (todos pertenecientes al departamento de Ahuachapán).

- **Límites del Cantón San Sebastián:**

- Limita al Norte: Cantón Las Magdalenas.
- Limita al Sur: Cantón Galeano.
- Limita al Este: Cantón Galeano., carretera el coco.
- Limita al Oeste: La Reforma, Atiquizaya.

- **Recursos Naturales**

- Cuencas Hidrográficas:

Salto El Espino o Rio san Sebastián el Espino el cual cambia su nombre al pasar por Pampeé al Rio Pampeé y sigue la trayectoria del Rio paz.

- **Etimología y Toponimia**

El nombre Chalchuapa proviene del náhuat. Es compuesto de las raíces *Chalch*, apócope de *chalchihuit* que significa jade, *hua*, significando posesión en abundancia, y *pa*, sufijo locativo.

- **Distribución de la Población**

La UCSFB de San Sebastián El Espino cuenta con una población blanco de 1,510 habitantes de los cuales 729 son población masculina, 781 femeninos.

- **Recursos y Servicios de la Comunidad**

→ Actividades Culturales

Sus costumbres y tradiciones se enmarcan en las fiestas patronales que se celebran en honor a Santiago Apóstol y San Roque del 9 al 16 de agosto.

→ Servicios de la Comunidad

- Educación existe 1 establecimiento educativo con el siguiente nivel de servicio: de kínder 5 a 9no grado.
- 1 Unidad de Salud: ECO Familiar o UCSFB San Sebastián El Espino
- 8 iglesias: 2 proféticas, 1 católica y 5 Evangélicas.
- 1 Casa Comunal de ADESCO
- 1 Cancha de fútbol en Caserío La Palma
- 2 granjas avícolas
- 4 Molinos
- El Salto El Espino (Rio)
- 2 Talleres automotrices
- El comercio es variado y consiste en pequeña y mediana tiendas.

→ Características de los servicios básicos de la comunidad

- **Transporte**

Cuenta con 1 bus único que entra al cantón, el cual realiza diversos viajes desde las 6:00 am a las 6:00 pm, el cual sale desde la zona destinada como terminal (Conacaste en caserío San Sebastián) con ruta por calle principal del Cantón, sale por carretera el coco y termina su viaje en el mercado de Chalchuapa terminal de buses. Su costo es de \$0.35 ctvs.

- **Calles**

La ciudad de Chalchuapa se comunica por carreteras pavimentadas, con las poblaciones de Atiquizaya, Turín, Ahuachapán, San Sebastián Salitrillo y Santa Ana; por carretera de tierra, con poblaciones como El Porvenir. Caminos vecinales enlazan la cabecera municipal con

cantonés y caseríos. Las calles son pavimentadas, adoquinadas, empedradas y de tierra, las más importantes son la calle General Ramón Flores y avenida 2 de abril. Las calles de todo el cantón son de tierra, con múltiples hoyos y baches en su trayecto, en época de lluvia la tierra se vuelve inestable y dificulta muchas veces el paso vehicular.

- **Comercio**

Existe zonas agrícolas en las cuales sus principales siembras son la caña de azúcar, maíz, frijol y café.

- **Seguridad**

No existe un puesto de la Policía Nacional Civil

- **Servicios Básicos**

- La cobertura de energía eléctrica es del 80% de los hogares.
- La cobertura de disponibilidad de agua dentro de la casa es del 70% Sin embargo, el agua potable esta está a cargo de la Asociación La Esperanza y es un servicio de agua por gravedad, es decir que no tiene sistema de bombas para bombear agua potable a toda la comunidad.
- Con la recolección de la basura, la mayoría es quemada, desechada en fosas comunes o llevada a lugares como ríos.

- **Industria**

No tiene industrias en el área únicamente pequeños talleres dentro del área rural y granjas avícolas en la periferia de la ciudad. Una actividad muy particular es el trabajo de orfebrería y agricultores.

Contexto general del municipio de Atiquizaya, Ahuachapán

- **Situación Geográfica**

Atiquizaya es un municipio del distrito homónimo, del departamento de Ahuachapán, El Salvador. Tiene una extensión de 66,64 km² y cuenta con una población de 33,579 habitantes estimados para el año 2013. Se encuentra a 599 msnm con una latitud de: 13° 58' 36" N y una longitud de: 089° 45' 09" O, obtuvo el título de Ciudad el 19 de febrero de 1859 (161 años)

- **División Territorial**

La ciudad se divide en Barrios: Tancuchin, Chalchuapita Las Salinas, El Ángel, San Juan, El Calvario y Tatule; todos ubicados al costado norte de la carretera donde se encuentra mayormente el núcleo urbano del municipio.

Está dividido en 14 Cantones: El Chayal, Salitrero, Tapacun Tortuguero, El Izcaquilio, Joya del Platanar, Joya del Zapote, La Esperanza, Loma de Alarcón, Pepenance, San Juan El Espino, Santa Rita, Rincón Grande y El Zunca

- **Clima**

La temporada de lluvia es caliente, opresiva y nublada y la temporada seca es muy caliente, húmeda, ventosa y mayormente despejada. Durante el transcurso del año, la temperatura generalmente varía de 17 °C a 32 °C y rara vez baja a menos de 15 °C o sube a más de 33 °C.

- **Limites**

- Limita al Norte: San Lorenzo y Chalchuapa
- Limita al Sur: Ahuachapán
- Limita al Oeste: Ahuachapán y Turín
- Limita al Este: El Refugio y Chalchuapa

- **Recursos Naturales**

→ Cuencas Hidrográficas

La cabecera del municipio es la ciudad de Atiquizaya, situada a 615 msnm., en una planicie a la margen izquierda del Río Corozo, 11.8 KM. Al Noreste., de la ciudad de Ahuachapán; Otro aspecto físico es la ubicación del Río Agua Tibia, al costado poniente de la ciudad que le sirve de límite con la ciudad de Turín, éste se forma de la confluencia de las quebradas Los Pozos y Las Agujas. El Río San Antonio al norte de la ciudad.

→ Cerros

Las mayores elevaciones orográficas que condicionan la ciudad de Atiquizaya están localizadas al sur de la RN-13 con la Sierra Apaneca-Ilamatepec; sobresaliendo los cerros El Taburete que sirve de punto trifinio para demarcar el límite municipal entre los municipios de Ahuachapán, Atiquizaya y Juayúa, con una elevación de 1,817 msnm; el cerro Cachío y de Las Ranas. El costado norte del municipio carece de dichas elevaciones.

- **Aspecto Socio-Histórico**

→ Etimología y Toponimia

Atiquizaya que significa “Hilos o filetes de agua, arroyos, riachuelos”. Lo cual puede producirse como “lugar abundante en aguas” o “Lugar de manantiales”.

→ Distribución de la Población

La UCSFI Atiquizaya cuenta con una población de

- **Recursos y Servicios de la Comunidad**

→ Actividades Culturales

Sus costumbres y tradiciones se enmarcan en las fiestas patronales que se celebran del 1 al 8 de diciembre en honor a Inmaculada Concepción de María.

→ Servicios de la Comunidad

- Educación existen 14 establecimientos educativos con el siguiente nivel de servicio: 6 parvularia, 6 del nivel medio y 2 bachilleratos en el área urbana del municipio
- 2 Unidad de Salud: 1 UCSFI Atiquizaya, 1 UCSF Lomas de Alarcón y 1 Casa de Salud Rio Frio
- Clínicas Particulares

- 1 Estación Cruz Roja
- 3 Iglesia católica y 1 iglesia Evangélica
- 1 Casa de la Cultura, 1 Casa Comunal
- Alcaldía Municipal y Juzgado Primero de Paz
- 3 de Cancha de fútbol y BKB y 1 polideportivo situado en el Barrio El Calvario
- Centro Turístico Ahuijuyo y Las Minas, administrado por la municipalidad
- El Salto de Malacatiupán en el Río Agua Caliente
- 2 Parques Municipales en el centro de la ciudad
- 1 Cementerio ubicado en la prolongación de la avenida 5 de noviembre
- 1 Estación del ferrocarril, en desuso
- Asociación de Alcohólicos Anónimos
- Centro de Rehabilitación para La Mujer
- 1 Estación Policía Nacional Civil
- 1 Hogar de Asilo
- 1 Área de Bartolinas, la cual aloja aproximadamente 200 Reos.
- El comercio es variado y consiste en pequeña y mediana tiendas. Existe un mercado municipal atrás de la Iglesia Parroquial que tiene invadida 4 calles sobre la 1ra. avenida Norte, entre la 6 calle Poniente y la 4ta. Calle Poniente.

→ Características de los servicios básicos de la comunidad

- **Transporte**

Cuenta con 1 bus con ruta 218 que entra al municipio de lunes a domingo que conducen de Atiquizaya hacia Ahuachapán e horario de 5:00 am a 6:00 pm costo del pasaje oscila entre \$0.40 a \$0.50 centavos de dólar

- **Calles**

Las *calles de Atiquizaya* son rectas, posee casas antiguas de bahareque, teja y sistema mixto; sus calles son de cemento, adoquinadas y de asfalto

- **Comercio**

La zona comercial se desarrolla en el centro urbano del municipio y se ubica a lo largo de las vías principales. El comercio es variado y consiste en pequeña y mediana tiendas. Existe un mercado municipal atrás de la Iglesia Parroquial que tiene invadida 4 calles sobre la 1ra. avenida Norte, entre la 6 calle Poniente y la 4ta. Calle Poniente

- **Seguridad**

Existe un puesto de la Policía Nacional Civil

- **Servicios Básicos**

- La cobertura de energía eléctrica es del 81.9%. De 8,310 hogares, 6,806 tienen la energía eléctrica y 1,504 no disponen de este servicio.
- La cobertura de disponibilidad de agua dentro de la casa es del 66.5%, cubriendo a 5,526 hogares del Municipio, significando una mejora en la calidad de vida de los habitantes.
- Con la recolección de la basura, se proporcionan los servicios del tren de aseo y disposición final, cubriendo el 28.7%, equivalente a 2385 viviendas. En lo referido a la disponibilidad o acceso a servicios de alcantarillado, solo está cubierto el 39.1%, equivalente a 3,249 hogares.

- **Industria**

No tiene industrias en el área urbana, únicamente pequeños talleres dentro de la ciudad y cuatro granjas avícolas en la periferia de la ciudad. Una actividad muy particular es el trabajo de orfebrería que realizan frente a la entrada principal de la ciudad, sobre la carretera que conduce a Ahuachapán.

Contexto general de UCSFI San Rafael, municipio de Santa Ana

- **Situación geográfica**

La UCSF San Rafael está ubicada sobre la diagonal David Granadino, entre la 21 y 23 avenida Sur en el municipio de Santa Ana, a 665mts sobre el nivel del mar en la longitud: -89.550 y la latitud: 14.000, dentro de la ciudad de Santa Ana. Tiene un área geográfica de responsabilidad constituida por 4 cantones, 44 caseríos, 48 colonias, 2 residenciales, 2 urbanizaciones y un barrio del área urbana, que en total conforman un área de 40.4 kilómetros cuadrados.

- **Clima**

La ciudad y todo el municipio de Santa Ana están ubicados en los trópicos y están localizados en la zona climática de Sabana Tropical caliente o tierra caliente, Por lo tanto, cuenta con un clima cálido semihúmedo que presentan dos estaciones claramente diferenciadas, las cuales son: la estación seca (de noviembre a mayo) y la estación lluviosa de (mayo a noviembre). El municipio de Santa Ana cuenta con una temperatura media anual 24 °C y con una temperatura que oscila alrededor de los 17 °C como mínima y 34 °C como máxima.

- **Limites**

En el área urbana de responsabilidad, la UCSF San Rafael se encuentra delimitada por las demás UCSF de la siguiente forma:

- NORTE: con la calle La Libertad oriente, Colonia Sihuatehuacan (UCSF Santa Bárbara)
- SUR: con calle By Pass Santa Ana a Metapán, Colonia Solorzano (UCSF San Miguelito)
- ESTE: con la 17av sur, Barrio Santa Cruz (UCSF Tomás Pineda Martínez)
- OESTE: con calle By Pass Colonia Paraíso (UCSF Natividad)

En el área rural cabe resaltar que al terminar el área de responsabilidad de la UCSF Natividad, continua el área de la UCSF por el noroeste hacia cantón Nancintepeque, colindando con Chalatenango y La Libertad. Por el suroriente, se extiende a los cantones Las Aradas y San Juan Buena Vista, que colindan con el municipio de Coatepeque.

- **Hidrografía**

UCSF San Rafael cuenta con una parte del Rio El Molino, Rio Chuiguillo ubicado en el cantón Primavera, Rio Suquiapa y Tutunichapa los cuales atraviesan buena parte del cantón Nancintepeque y desembocan en el Rio Lempa.

- **Aspecto socio histórico**

→ Etimología y toponimia

El nombre precolombino de Santa Ana es Cihuatehuacan, o Sihuatehuacan, cuyo significado literal es «Lugar de sacerdotisas». Proviene de los términos náhuass siwat (que significa «mujer» o «mujeres»)

- **Distribución de la población**

Según datos de la Dirección General de Estadística y Censos, el municipio de Santa Ana tiene una población estimada de 264.091 habitantes para el año 2013, con una densidad poblacional de 660,02 habitantes por km².

En lo referente a la UCSF San Rafael, según su pirámide poblacional para el año 2020, el total de la población era de 25,077 habitantes, de los cuales 11,956 son hombres y 13,121 son mujeres.

En cuanto a la distribución entre urbano y rural, el territorio de la UCSF San Rafael tiene un total de 10,112 viviendas urbanas y 4,712 viviendas rurales.

- **Recursos y servicios de la comunidad**

- **Cultura**

La cultura del área de responsabilidad de la UCSF San Rafael al igual que la de todo el país es resultado de la influencia de los pobladores indígenas precolombinos y de colonización española.

Hasta la década de los 80s, el área de responsabilidad de la UCSF San Rafael contaba con el cine Bolívar ubicado en la 11 calle Ote. Y 21 Av. Sur. Lugar que además de la producción de películas, proveía un espacio para la presentación de otras corrientes artísticas. Sin embargo, después del cierre de este ya no se cuenta con espacio para el desarrollo cultural, de manera que

aquellos pobladores que practican o desean disfrutar de alguna rama artística acuden a lugares existentes en el área urbana del municipio de Santa Ana.

En lo referente en entretenimiento se cuenta con zonas verdes en algunas colonias, canchas de fútbol, basquetbol, públicas y privadas. Cuenta además con 3 centros de alcances municipales donde se encuentra gimnasio, sala de televisión, internet, etc.

- **Servicios de la comunidad**

- **Educación**

El área de responsabilidad de la UCSF San Rafael cuenta con 11 centros educativos públicos (1º 2º y 3er nivel) entre los cuales podemos mencionar: Complejo Educativo Juan XXIII, C.E. Félix Canizales, C.E. Santa Leonor, C.E. Juan José Bernal, C.E. Teodoro Moreno, C.E. Paz Fuentes y Kinder San Rafael.

- **Salud**

La ciudad de Santa Ana cuenta con un hospital público llamado: Hospital Nacional San Juan de Dios, con 10 unidades de salud, con 4 casas de salud y un centro rural de nutrición (CRN); los cuales son administrados por el Ministerio de Salud.

La población cuenta con su propia sede del Instituto Salvadoreño de Seguro Social (ISSS), el cual es el organismo del gobierno encargado de la seguridad social de los salvadoreños.

La localidad cuenta con sedes de organismos internacionales de la salud y de salvamento, tales como la Cruz Roja¹⁰⁷ y Protección Civil.

También cuenta con varios hospitales no gubernamentales (tales como: Centro Médico, Climesa, Cader, entre otros) y con una gran cantidad de clínicas, consultorios privados y farmacias.

Características de los servicios básicos

- **Transporte**

Las vías de acceso al área de responsabilidad de la UCSF San Rafael son en su mayoría de tierra, limitando la existencia de vías pavimentadas o de cemento únicamente al barrio, las dos urbanizaciones, las dos residenciales y algunas colonias. Los buses que transitan en el área de esta UCSF son la ruta 50, ruta 8, ruta 7, ruta 51F y ruta 55A. En el caso de ciertas áreas rurales que tienen inaccesibilidad a rutas de buses o microbuses les toca transportarse por medio de camiones o pick up viajeros que los llevan hasta áreas en las que les sea accesible tomar un bus.

- **Comercio**

Para el comercio local existen almacenes, tiendas, pulperías, bancos, panaderías, supermercados, restaurantes, gasolineras, ventas de cereales, entre otros.

Su comercialización se realiza con las otras cabeceras departamentales y los municipios vecinos tales como: Texistepeque, Coatepeque, El Congo, Chalchuapa, Candelaria de la Frontera, Metapán, entre otros. Mientras que el comercio internacional lo realiza con la república de Guatemala.

- **Seguridad**

En cuanto a seguridad y a defensa, Santa Ana cuenta con su propia delegación de la Policía Nacional Civil y cuenta a su vez con su propio cuartel del Ejército de El Salvador 8 cuyo nombre oficial es Segunda Brigada de Infantería "Gral. Tomás Regalado", el cual tiene el rango de brigada y está conformada por tres batallones y sus complementos, asimismo el cuartel de la ciudad es sede de la Segunda zona militar (que abarca toda la zona occidental del país).

El municipio cuenta con su propia policía municipal llamada Cuerpo de Agentes Municipales (CAM), la cual es una oficina descentralizada del municipio encargada de salvaguardar los intereses y la seguridad de la municipalidad.

- **Energía**

El suministro eléctrico es distribuido principalmente por la empresa privada AES Clesa, mientras que el transporte es llevado a cabo por la Empresa Transmisora de El Salvador. La

energía eléctrica consumida proviene tanto de plantas generadoras administradas por CLESA que utilizan energía térmica, como de las Centrales Hidroeléctricas de Guajoyo y Cerrón Grande (los cuales son administrados por la Comisión Ejecutiva del Río Lempa), así como también de la importación de energía de Guatemala y Honduras.

- **Agua Potable.**

El suministro de agua potable al igual que los servicios de acueductos y alcantarillado en el municipio y la ciudad son administrados por la institución gubernamental llamada Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillado (ANDA).

El agua potable que suministra ANDA en el municipio y la ciudad procede principalmente del agua subterránea la cual es abundante en el país y se renueva cada año durante la estación lluviosa.

- **Economía**

→ Actividades económicas primarias: En el área rural principalmente se cuenta con:

- Pequeños agricultores (siembra de maíz, frijol y maicillo)
- Crianza de aves de corral formales e informales
- Ganadería
- Crianza de cerdos de traspatio y dos granjas

→ Actividades económicas secundarias:

- La industria textil brinda trabajo a un alto porcentaje de la fuerza laboral del área de responsabilidad de la UCSF San Rafael, aunque las fábricas se encuentran ubicadas en zonas más alejadas, la población laboralmente activa viaja a estas zonas francas.

→ Actividades económicas terciarias: Existen pequeños comerciantes entre los que se destacan:

- Talleres automotrices
- Talleres de obra y banco
- Talleres de enderezado y pintura
- Talleres de reparación (tapicería, carpintería, refrigeración)

- Talleres artesanales (canastos y cestas)
- Panaderías
- Tortillerías
- Pupusería y otros comedores o restaurantes
- Transporte

ANEXO 7

NOTA DE PROMOTOR DE SALUD COMUNITARIO DE PACIENTE RENUENTE A VACUNACIÓN.

9-9-2017

Para:
Dr. Ricardo Rafael Cahuath,
Medico Coordinador UC.SF.S.S.

De: Glenda Iris Salazar,
Promotora de Salud "Zona B."

Asunto: Informar a ud, que el niño
Angel Enrique Mejia Chiquillo, nacido 6-2-17.
se visita para aplicar 3 dosis de vacuna pentavalente
y Polio, de acuerdo a programa regular.
La madre, Ma. Eliza Chiquillo, manifiesta
que no permitira su aplicacion, porque el
niño llora mucho; y que a ellos-madre-
y Padre del niño no les guste escucharlo
que se pone malito.
Se le explica la importancia de la
aplicacion de las vacunas, pero de igual
forma se niega.
Al niño se le aplico, 1 dosis, y Segunda dosis
de acuerdo a su edad hasta 11 meses.
No feniendo mas que Informar.
Atentamente.
Glenda Salazar


Maria Elizabeth Chiquillo Mirón

ANEXO 8







ANEXO 9 ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN

ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN, EL SALVADOR 2020



MINISTERIO DE SALUD

RECÉN NACIDO	2, 4 Y 6 MESES	12 MESES	15 A 18 MESES	4 AÑOS	9 AÑOS	ADOLESCENTES, ADULTOS Y ADULTOS MAYORES	MUJERES EMBARAZADAS	IMPREVISTO EN EL CASO Y PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS
<p>BCG</p> <p>Previene formas graves de tuberculosis</p> <hr/> <p>HB</p> <p>Hepatitis B, en las primeras 12 horas de vida</p>	<p>3 DOSES (2, 4 Y 6 MESES)</p> <p>PENTAVALENTE Incluye: Difteria, Tostferina, Tétanos y Haemophilus influenzae tipo B, Hepatitis B</p> <p>POLIOMIELITIS 2 y 4 meses: IPV 6 meses: OPVb</p> <p>3 DOSES (2 Y 4 MESES)</p> <p>ROTAVIRUS</p> <p>2 DOSES (2 Y 4 MESES)</p> <p>NEUMOCOCO CONJUGADO Meningitis, Neumonía y Otros media</p>	<p>1ª DOSES DE:</p> <p>TRIPLE VIRAL TIPO SPR Sarampión Paperas Rubéola</p> <hr/> <p>1ª REFUERZO DE:</p> <p>NEUMOCOCO CONJUGADO Meningitis, Neumonía y Otros media</p>	<p>1ª REFUERZO DE:</p> <p>PENTAVALENTE Incluye: Difteria, Tostferina, Tétanos y Haemophilus influenzae tipo B, Hepatitis B</p> <p>POLIO ORAL Poliomielitis</p> <hr/> <p>2ª DOSES DE:</p> <p>TRIPLE VIRAL TIPO SPR Sarampión Paperas Rubéola</p>	<p>2ª REFUERZO DE:</p> <p>DPT Difteria Tostferina Tétanos</p> <hr/> <p>POLIO ORAL Poliomielitis</p>	<p>VPN</p> <p>Previene el Cáncer de Cérvix o cuello de matriz, causado por el Virus del Papiloma Humano</p> <hr/> <p>1ª DOSES: Niñas de 9 años.</p> <p>2ª DOSES: 6 meses después de aplicada la primera.</p>	<p>Td</p> <p>Tétanos y Difteria</p> <p>Toda persona debe recibir 1 dosis cada 10 años a partir de los 10 años de edad</p> <hr/> <p>NEUMOCOCO</p> <p>Toda persona adulta mayor de 60 años con factores de riesgo debe recibir una dosis de neumococo</p>	<p>Td</p> <p>Tétanos y Difteria</p> <p>Toda mujer embarazada con esquema completo de vacunación, aplicar 1 dosis de Td a partir de la 16ª semana de gestación</p> <hr/> <p>Tdpa</p> <p>Tétanos, Difteria, Tostferina acelular.</p> <p>Aplicar 1 dosis en cada embarazo, a partir de las 28 semanas de gestación</p> <hr/> <p>INFLUENZA HEMISFERIO SUR</p> <p>En su primer control del embarazo (se reportado la salud gestacional)</p>	<p>Td</p> <p>Tétanos y Difteria</p> <hr/> <p>HB Hepatitis B</p> <hr/> <p>SR Sarampión y Rubéola</p> <hr/> <p>INFLUENZA HEMISFERIO SUR</p> <p>Niños de 6 meses a 59 meses, personas adultas mayores de 60 años, y personal de salud</p> <hr/> <p>NEUMOCOCO CONJUGADO</p> <p>A personas mayores de 2 años con factores de riesgo</p>
<p>CAPI Comité Asesor de Prácticas de Inmunizaciones</p>	<p>Comité Nacional de Certificación de erradicación de la Poliomielitis</p>	<p>PAI</p>	<p>OPS</p>	<p>BANCO MUNDIAL</p>	<p>SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD</p>			