

COBERTURA, CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN Y MOTIVO DE INCUMPLIMIENTO EN NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS

¹ María Alborno, ¹ Jafisa Álvarez, ¹ Johanna Álvarez, ¹ Neymar Arroyo, ¹ Widney Contreras, ^{1,2} Consuelo García y ^{1,2} Rossy D'Apollo

¹Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado". Decanato de Ciencias de la Salud.

²Departamento de Medicina Preventiva y Social. nkarroyo@hotmail.com

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, aplicando el monitoreo rápido de cobertura, la población fue igual a la muestra con un total de 312 casas, se consideró vivienda efectiva aquellas donde se determinó la presencia de niños menores de 6 años. La técnica para la recolección de datos fue entrevista guiada, a través de un cuestionario, encontrando los siguientes resultados de cobertura: 88,46% para BCG, 73,07% para antihepatitis B del RN, 26,92% antipoliomielítica, 53,84% antirotavirus, 38,46% pentavalente, 40% antiinfluenza, 56% para trivalente viral y 40% para antiamarílica; siendo estos resultados inferiores a los reportados para el estado Lara hasta agosto 2012. Del total de niños ninguno cumplió el esquema nacional de vacunación y de los niños estudiados de 2 a 5 años de edad se encontró 84,6% susceptibles a enfermedades prevenibles por vacunas, siendo de 77,53% para antiinfluenza y 56,18 para antirotavirus. La causa de incumplimiento que predominó fue "no había vacuna el día que le tocaba" 47,7% seguido de "no sabía que tenía que colocarla" 35,77%, solo 0,91% reportaron "contraindicación médica". La importancia de esta investigación radica en dar a conocer a la dirección de epidemiología del municipio Iribarren, ambulatorio y al consejo comunal de la comunidad "San Francisco II Norte", los resultados de cobertura, cumplimiento, susceptibilidad y motivo de incumplimiento, con el propósito de disminuir la población susceptible y así lograr la reducción de la morbi-mortalidad infantil por enfermedades inmunoprevenibles y el impacto socioeconómico que estas patologías implican, a través de la vacunación.

Palabras clave: monitoreo, casa efectiva, cobertura, cumplimiento.

ABSTRACT

COVERAGE COMPLIANCE SCHEDULE AND REASON FOR BREACH IN CHILDREN UNDER 6 YEARS

Descriptive study was conducted, using the rapid coverage monitoring, the population was equal to the sample with a total of 312 households, housing is considered effective those which determined the presence of children under 6 years. The technique for data collection was interview guided by a questionnaire, and found the following results of coverage: 88,46% for BCG, hepatitis B 73,07% for the RN, 26,92% polio, rotavirus 53,84%, 38,46% pentavalent, 40 antiinfluenza%, 56% and 40% viral trivalent for fever; these results being lower than those reported for the Lara state until August 2012. Of all children none met the national vaccination program and studied children 2-5 years of age was found 84,6% susceptible to vaccine-preventable diseases, being 77,53% and 56,18 for antiinfluenza for rotavirus. The predominant cause of failure was "no vaccine the day he played" 47,7% followed by "did not know I had to put" 35,77%, only 0,91% reported "medical contraindication. The importance of this research is to make known to the Epidemiology of Iribarren, outpatient and community council "San Francisco II North", the results of coverage, performance, and reason for failure susceptibility, with the aim of reducing the susceptible population and thus achieve the reduction of morbidity and mortality for vaccine-preventable diseases and the economic impact that these conditions imply, through vaccination.

Key words: monitoring, effective house, coverage, compliance.

INTRODUCCIÓN

La inmunización es una de las intervenciones sanitarias más potentes y eficaces en relación con el costo. Previene enfermedades debilitantes e incapacitantes y salva millones de vidas cada año. También es decisiva para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los compromisos que contrajeron los dirigentes mundiales en el año 2000 con el fin de reducir la pobreza y mejorar el desarrollo humano. Las vacunas tienen la capacidad no sólo de salvar vidas, sino también de transformarlas, pues brindan a los niños la oportunidad de crecer sanos, ir a la escuela y mejorar sus perspectivas de futuro.⁽¹⁾

El esquema nacional de vacunación de la familia establecido por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) actualizado en el año 2009 indica que niños menores de un año deben tener 1 dosis de BCG, 1 dosis de antihepatitis B del recién nacido, 2 dosis de antiinfluenza, 2 dosis de antirotavirus, 3 dosis de pentavalente, 3 dosis de antipolio oral y para niños entre 1-2 años, 1 dosis de antiamarílica y 1 dosis de trivalente viral⁽²⁾.

En el año 2009 las coberturas fueron inferiores al 95% nivel considerado de seguridad epidemiológica. Por lo tanto el Ministerio del Poder Popular para la Salud decide activar un Plan para el Reimpulso del Programa Nacional de Inmunizaciones para el 22 de febrero 2010, con el objeto de aumentar la cobertura de vacunación de la población y así lograr la reducción de la incidencia de las Enfermedades Prevenibles por Vacunas (EPV)⁽³⁾.

En datos aportados por la dirección de Epidemiología e Investigación/PAI del estado Lara, sobre los niveles de cobertura para los años 2010 y 2011, se evidenció descenso del nivel de cobertura de pentavalente dado por un 82% a un 69%; y aumento del nivel de cobertura de BCG de 93% a 98%, antihepatitis B del recién nacido de 80% a 92%, antirotavirus 51% a 67%, antipoliomielítica de 80% a 81%, antiamarílica 45% a 84%, trivalente viral de 80% a 84% respectivamente⁽⁴⁾.

En el año 2008, se realizó un estudio de "Cobertura de vacunación de los niños del

preescolar "El Muchachito" del Hospital Central "Dr. Antonio María Pineda" y el nivel de conocimiento de sus representantes sobre el esquema ideal de vacunación. Barquisimeto. Estado Lara". Se compara la cobertura del PAI y el esquema de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría (SVPP). Al relacionar el grado de instrucción con el nivel de conocimiento se observó que los de instrucción universitaria, técnico y bachiller tenían un nivel de conocimiento de regular a bueno. Se concluye que a mayor nivel de conocimiento de los padres sobre vacunas, mayor es la cobertura.⁽⁵⁾

La OMS ha estimado que si todas las vacunas de las que disponemos hoy en día contra las enfermedades de la infancia se adoptaran de forma generalizada y si los países pudiesen incrementar la cobertura vacunal hasta un promedio mundial del 90%, de aquí a 2015 podrían prevenirse dos millones de muertes más al año entre niños menores de cinco años⁽¹⁾.

El Ministerio del Poder Popular para la Salud establece que para que el programa de prevención sea efectivo, las tasas de cobertura anual deben ser igual o mayor al 95%, es importante recordar que la cobertura esperada para cada vacuna va en ascenso durante cada mes del año y en el último mes del año debe ser 100%, para así disminuir los niños susceptibles que los define como aquellos niños de 2 a 5 años, que cumplan con al menos una de las siguientes condiciones: que no hayan padecido la enfermedad prevenible por vacuna, que no hayan recibido las dosis recomendadas por el esquema nacional de vacunación sin tomar en cuenta los refuerzos y aquel que no presente tarjeta de vacunación.⁽⁶⁾

Es importante establecer que el cumplimiento del esquema de vacunación, es poseer todas las dosis y refuerzos correspondientes a su edad y si estas fueron colocadas a la edad recomendada por el esquema nacional de vacunación según el MPPS. (Gráfico 2)

En este orden de ideas, el monitoreo rápido de cobertura, es una herramienta de supervisión cuyo objetivo es ayudarnos a determinar cómo supervisores, si hay o no

necesidad de revacunar en esa área, barrio o zona. Si todos los niños de las manzanas visitadas están vacunados y no les falta vacuna de acuerdo a su edad, esto sugiere que se ha vacunado bien en esa área. El monitoreo rápido no es una encuesta de cobertura y sus resultados no son generalizables al resto del área o localidad⁽⁶⁾.

Por ello se decidió realizar una investigación descriptiva transversal que permitió determinar la cobertura de inmunizaciones para las vacunas BCG, antihepatitis B del recién nacido, antirotavirus, pentavalente y antipoliomielítica en niños menores de 1 año de edad, antiinfluenza en niños en edades comprendidas entre 6 y 23 meses, antiamarílica y trivalente viral en niños en edades comprendidas entre 12 y 23 meses, además del cumplimiento o no del esquema de vacunación recomendado por el MPPS y motivo de incumplimiento en niños menores de 6 años; así como la frecuencia de susceptibles y susceptibilidad a enfermedades prevenibles por vacunas en niños en edades comprendidas entre 2 y 5 años en la comunidad San Francisco II Norte, de la parroquia Juan de Villegas, conformada por 312 viviendas, con la finalidad de dar a conocer los datos obtenidos en el estudio a la dirección de epidemiología del municipio, ambulatorio y al consejo comunal de la comunidad, para lograr un trabajo en conjunto, planificando y ejecutando actividades con el propósito de disminuir la población susceptible y así lograr la reducción de la morbi-mortalidad infantil por enfermedades inmunoprevenibles y del impacto socioeconómico que estas patologías implican, a través de la vacunación que es la estrategia más efectiva y eficiente de prevención primaria con que cuenta la salud pública actualmente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación de tipo descriptivo transversal, con el fin de determinar la cobertura, cumplimiento del esquema de vacunación recomendado por el MPPS y motivo de incumplimiento en niños menores de 6 años de la comunidad "San Francisco II Norte" parroquia Juan de Villegas, municipio Iribarren, estado Lara.

La población fue igual a la muestra, conformada por 312 viviendas, siendo la totalidad de las casas de la comunidad "San Francisco II Norte" del municipio Iribarren, dato aportado por el consejo comunal, la vivienda fue la unidad de estudio, en ella se determinó la presencia o no de niños menores de 6 años para considerarla como vivienda efectiva para monitoreo rápido de cobertura; quedando en total 95 casas efectivas, con una población menor de 6 años igual a 140 niños.

Antes de iniciar el trabajo de campo, se hizo llegar una comunicación al consejo comunal de la comunidad "San Francisco II Norte", en donde se informó acerca de los objetivos, importancia, beneficios y alcance que trae la investigación a esta comunidad, además se solicitó su apoyo para la ejecución del mismo a través de la colocación de afiches y entrega de volantes en sitios estratégicos de mayor afluencia por los habitantes de este sector como: la escuela, el consejo comunal, guarderías, ambulatorio, MERCAL, entre otros, se proporcionó información a la población sobre el estudio, los días pautados para las visitas y la importancia de tener la tarjeta de vacunación de todos los niños menores de 6 años que habitan en la casa. (Gráficos 3 y 4)

Una vez elaborado el instrumento de recolección de la información se solicitó la validación por parte de 3 expertos: un médico con especialidad en el área de puericultura y pediatría, doctor en el área de la salud pública y un médico metodólogo, mediante comunicación escrita y se anexó el instrumento, los objetivos del estudio, la operacionalización de las variables y el formato de validación. Una vez obtenida la respuesta de los expertos se siguió como regla de validación la siguiente norma: se modificó el ítem por sugerencia de al menos un validador, se eliminó el ítem por sugerencia de dos o tres expertos o cuando las sugerencias de dos o tres expertos fuese diferente.

Luego de aprobado el instrumento se procedió a visitar cada una de las viviendas de la comunidad seleccionada, realizando una distribución en cuadras enumerando las viviendas, siendo visitadas cada una por todos los investigadores, realizando el Monitoreo

Rápido de Coberturas (MRC) recomendado por la OPS/OMS.

La técnica para la recolección de datos fue la entrevista guiada a través de un cuestionario elaborado por los investigadores, el cual constó de tres partes:

✓ Primera parte: permitió conocer si habitaban niños menores de 6 años y de cada uno de ellos si tenían o no la tarjeta de vacunación.

✓ Segunda parte: recogió los datos: edad y fecha de nacimiento del niño. Se vaciaron los datos de cada tarjeta de vacunación. Los datos obtenidos fueron procesados por los investigadores, y se determinó la cobertura, cumplimiento del esquema de vacunación y susceptibilidad.

Se consideró la cobertura para BCG, antihepatitis B del recién nacido, antirotavirus, pentavalente y antipoliomielítica tomando como población los niños menores de 1 año de edad aplicando la siguiente fórmula:

Cobertura de BCG: niños menores de 1 año con vacuna BCG x 100/total de niños menores de 1 año.

Cobertura de antihepatitis B del recién nacido: niños menores de 1 año con vacuna antihepatitis B del recién nacido x 100/total de niños menores de 1 año.

Cobertura de antirotavirus: niños menores de 1 año con 2 dosis de vacuna antirotavirus x 100/total de niños menores de 1 año.

Cobertura de pentavalente: niños menores de 1 año de edad con 3 dosis de vacuna pentavalente x 100/total de niños menores de 1 año.

Cobertura de antipoliomielítica: niños menores de 1 año de edad con 3 dosis de vacuna antipoliomielítica x 100/total de niños menores de 1 año.

Se consideró la cobertura para antiinfluenza tomando como población los niños de 6 a 23 meses de edad aplicando la siguiente fórmula:

Cobertura de antiinfluenza: niños de 6 a 23 meses de edad con 2 dosis de vacuna antiinfluenza x 100/ total de niños de 6 a 23 meses.

Mientras que para cobertura de trivalente viral y antiamarílica la población fue los niños entre los 12 a 23 meses de edad, aplicando la siguiente fórmula:

Cobertura de trivalente viral: niños de 12 a 23 meses de edad vacunados con monodosis de trivalente viral x 100/ total de niños de 12 a 23 meses.

Cobertura de antiamarílica: niños de 12 a 23 meses de edad vacunados con monodosis de antiamarílica x 100/total de niños de 12 a 23 meses.

Para conocer si se cumplió o no el esquema nacional de vacunación del MPPS, se comparó éste con lo reportado en la tarjeta del niño, considerándose cumplimiento si al momento de realizada la entrevista el niño tenía aplicadas todas las dosis y refuerzos correspondientes a su edad y si estos fueron colocados a la edad recomendada por el esquema nacional de vacunación. (Anexo 1)

La susceptibilidad se determinó conociendo el número de niños de 2 a 5 años de edad que para el momento de la visita no presentaron la tarjeta de vacunación, no habían padecido la enfermedad prevenible por vacuna o no tenían las 3 dosis de pentavalente y antipoliomielítica, las 2 dosis de antirotavirus y antiinfluenza, y la monodosis de trivalente viral y antiamarílica, recomendadas por el esquema nacional de vacunación del MPPS.

✓ Tercera parte: solo se llenó en los casos de incumplimiento del esquema, se conocieron las causas del no cumplimiento a través de 11 ítems. No había vacunas el día que le tocaba, el personal de vacuna no estaba en el centro de salud, lo trataron mal en el centro de salud, el establecimiento de salud estaba cerrado, no tiene tiempo para llevarlo a la cita de vacunas, le dijeron que regresara y no volvió, estaba resfriado la fecha que le tocaba vacunar y no lo llevaron, tenía diarrea la fecha que le tocaba vacunar y no lo llevaron, estaba resfriado la fecha que le tocaba vacunar y no lo vacunaron, tenía diarrea la fecha que le tocaba vacunar y

no lo vacunaron, no sabía que tenía que colocar esas vacunas, contraindicación médica y otras. Se dejó la opción de que el entrevistado pudiera manifestar otras causas diferentes a las mencionadas.

Los datos obtenidos fueron vaciados en una sábana de datos que permitió determinar el valor absoluto y el porcentaje de cada una de las categorías de las variables estudiadas. Se elaboraron cuadros y gráficos de frecuencia utilizando el porcentaje como medida de resumen, facilitando el análisis y su presentación.

Se envió a la oficina de epidemiología regional la información de los niños que presentaron esquema de vacunación incompleto, con los datos de edad, dirección y esquema de vacunación para cumplir con las vacunas faltantes.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Conocer la cobertura vacunal, es un indicador importante en el sistema de salud y tiene como propósito monitorear la calidad de un servicio de inmunización y guiar iniciativas para el control de enfermedades, por lo que se decidió realizar esta investigación en la comunidad "San Francisco II Norte", donde se evidenció a través de la visita de 312 viviendas lo siguiente: 95 casas efectivas para realizar el monitoreo rápido de cobertura de inmunizaciones, representando del total de viviendas 38.47%, encontrándose en estas 140 niños menores de 6 años de edad siendo: 18.57% menores de 1 año de edad, 17.86% entre 12 y 23 meses de edad, 63.57% entre 2 y 5 años de edad.

Al comparar la cobertura obtenida en esta investigación BCG 88,46%, antihepatitis B del RN 73.07%, antipoliomielítica 26,92%, pentavalente 38.46%, antirotavirus 53,84%, antiinfluenza 40%, trivalente viral 56% y antiamarilica 40%, se pudo constatar una menor cobertura respecto a una investigación realizada en Uruguay de mayo a junio del 2000, donde se encontró para BCG 91%, antipoliomielítica 68,7% y trivalente viral 73%.

(8) Según datos suministrados por la dirección de epidemiología y de

investigación/PAI para el estado Lara hasta el mes de agosto de 2012, la cobertura para BCG 95%, antihepatitis B del RN 91.7%, pentavalente 94.3%, antipoliomielítica 69.8%, antirotavirus 77.9%, trivalente viral 97% y antiamarilica 115.3%, fueron todas superiores a las encontradas en la comunidad estudiada; al igual que los datos del municipio Iribarren, donde reportó cobertura para BCG 131.8%, pentavalente 100.8%, antipoliomielítica 68.5%, antirotavirus 90.5%, trivalente viral 102.5%, antiamarilica 120.4%. A diferencia de las coberturas para la parroquia Juan de Villegas donde BCG 72%, antihepatitis B del RN 60%, reportaron un porcentaje menor a las encontradas en la comunidad; mientras que para antipoliomielítica 49%, pentavalente 70%, antirotavirus 68%, trivalente viral 62% y antiamarilica 60% fueron superiores ⁽⁶⁾ (Cuadros 1 y 2).

CUADRO N° 1

CASAS EFECTIVAS PARA MONITOREO RÁPIDO DE COBERTURA DEL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACION COMUNIDAD "SAN FRANCISCO II NORTE", PARROQUIA "JUAN DE VILLEGAS", MUNICIPIO IRIBARREN, ESTADO LARA. LAPSO JUNIO 2012-NOVIEMBRE 2012.

CASAS	N°	%
EFFECTIVAS	95	38.47
NO EFFECTIVAS	152	61.53
TOTAL	247	100.00

Del total de viviendas visitadas de la comunidad "San Francisco II Norte" 38.47% resultaron casas efectivas para realizar el monitoreo rápido de cobertura de inmunizaciones.

CUADRO N° 2

NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS DE EDAD COMUNIDAD "SAN FRANCISCO II NORTE", PARROQUIA "JUAN DE VILLEGAS", MUNICIPIO IRIBARREN ESTADO LARA. LAPSO JUNIO 2012-NOVIEMBRE 2012.

NINOS	N°	%
< DE 1 AÑO	26	18.57
DE 12 A 23 MESES	25	17.86
DE 2 A 5 AÑOS	89	63.57
TOTAL	140	100.00

En la comunidad "San Francisco II Norte" la población de niños menores de 6 años se distribuyó: 63.57% niños de 2 a 5 años de edad, 18.57% menores de 1 año y 17.86% entre 12 y 23 meses de edad.

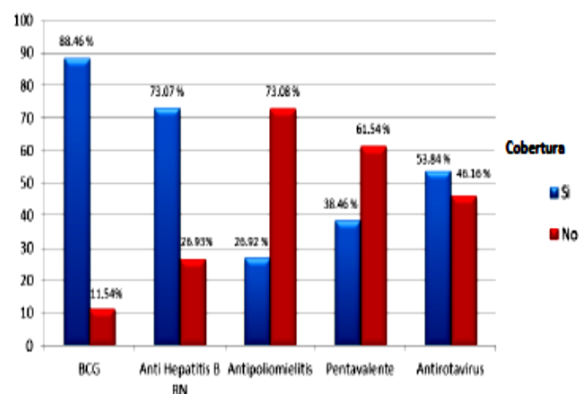
En la comunidad “La Puerta” del municipio Palavecino estado Lara para marzo del 2012 se realizó un estudio por Castrillo J. y Colaboradores, sobre cobertura de inmunizaciones y cumplimiento del esquema de vacunación en niños hasta 5 años de edad y causas asociadas, encontrándose cobertura para BCG 89,74%, antihepatitis B del RN 81,58%, antirotavirus 63,16%, antipoliomielítica 36,84%, trivalente viral 73,08% y antiamarílica 69,23% menor a los encontrados en la comunidad “San Francisco II Norte” y siendo solo superior en cobertura de pentavalente con 34,21%.⁽⁹⁾

Esto permite concluir que la comunidad “San Francisco II Norte”, presenta de manera general cobertura más baja que las del estado Lara, el municipio Iribarren y la parroquia Juan de Villegas a la cual pertenece esta comunidad, por lo que se evidencia una diferencia de acceso a las vacunas y a la inmunización que menoscaba el principio de equidad en el que debería basarse el programa nacional de inmunización.

En lo referido al cumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de 6 años en esta investigación ninguno cumplió con el esquema establecido por el programa de inmunizaciones del MPPS, comparado con el estudio realizado en el municipio Palavecino donde reportó 19.58% de cumplimiento, a pesar de ser ambas comunidades áreas urbanas y que cuentan con centros de salud accesibles a toda la comunidad; permitiendo inferir que la accesibilidad a los servicios no depende solo de la distancia y vías de comunicación sino del suministro adecuado de los productos biológicos, el horario de funcionamiento de los establecimientos, la educación a la población y la actualización permanente del recurso humano de las instituciones.⁽⁹⁾

GRÁFICO N° 1

NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DE EDAD COBERTURA DE BCG, ANTIHEPATITIS B DEL RN, ANTIPOLIOMIELITICA, PENTAVALENTE, COMUNIDAD “SAN FRANCISCO II NORTE”, PARROQUIA “JUAN DE VILLEGAS”, MUNICIPIO IRIBARREN, ESTADO LARA. LAPSO JUNIO 2012-NOVIEMBRE 2012.



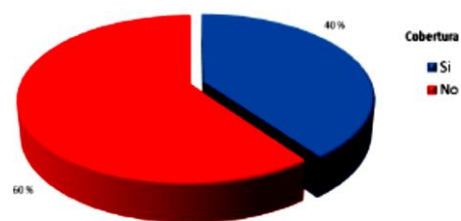
n: 26

La cobertura encontrada para BCG fue 88.46%, seguida de la vacuna antihepatitis B del RN 73.07%. Mientras que antipoliomielítica reportó como cobertura 26.92%. Para la pentavalente y antirotavirus se encontró 38.46% y 53.84% de cobertura respectivamente.

Para la cobertura de la vacuna antiinfluenza no se encontraron datos en el servicio de epidemiología ni en la literatura revisada que pudieran ser comparados con la presente investigación, lo que pudiera ser explicado porque esta vacuna forma parte del esquema nacional de vacunación desde el año 2009.

GRÁFICO N° 2

NIÑOS EN EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 6 A 23 MESES COBERTURA DE ANTIINFLUENZA COMUNIDAD “SAN FRANCISCO II NORTE”, PARROQUIA “JUAN DE VILLEGAS”, MUNICIPIO IRIBARREN, ESTADO LARA. LAPSO JUNIO 2012-NOVIEMBRE 2012.

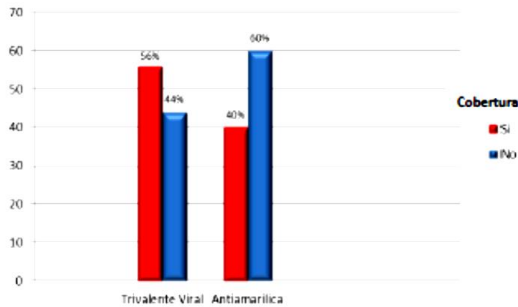


n: 37

La cobertura encontrada para antiinfluenza en la población de niños de 6 a 23 meses de edad fue 40 %.

GRÁFICO N° 3

NIÑOS EN EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 12 A 23 MESES COBERTURA DE TRIVALENTE VIRAL, ANTIAMARÍLICA COMUNIDAD "SAN FRANCISCO II NORTE", PARROQUIA "JUAN DE VILLEGAS", MUNICIPIO IRIBARREN, ESTADO LARA. LAPSO JUNIO 2012-NOVIEMBRE 2012.



n:25

Para la vacuna trivalente viral se encontró una cobertura del 56% mientras para la antiamarilica 40%.

GRÁFICO N° 4

NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS DE EDAD CON ESQUEMA DE INMUNIZACIÓN INCOMPLETO. FRECUENCIA DE MOTIVO DE INCUMPLIMIENTO. COMUNIDAD "SAN FRANCISCO II NORTE", PARROQUIA "JUAN DE VILLEGAS", MUNICIPIO IRIBARREN, ESTADO LARA. LAPSO JUNIO 2012 -NOVIEMBRE 2012.

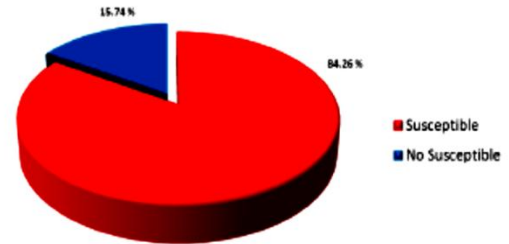


n:140

Del total de niños menores de 6 años de edad de la comunidad "San Francisco II Norte" ninguno cumplió con el esquema de vacunación establecido por el programa de inmunizaciones del MPPS, la principal causa de incumplimiento referida fue: "no había vacuna el día que le tocaba" 47.7% seguida de "no sabía que tenía que colocarla" 35.77% solo 0.91% reportaron contraindicación médica.

GRÁFICO N° 5

NIÑOS ENTRE 2 A 5 AÑOS DE EDAD FRECUENCIA DE SUSCEPTIBLES COMUNIDAD "SAN FRANCISCO II NORTE", PARROQUIA "JUAN DE VILLEGAS", MUNICIPIO IRIBARREN, ESTADO LARA. LAPSO JUNIO 2012-NOVIEMBRE 2012.

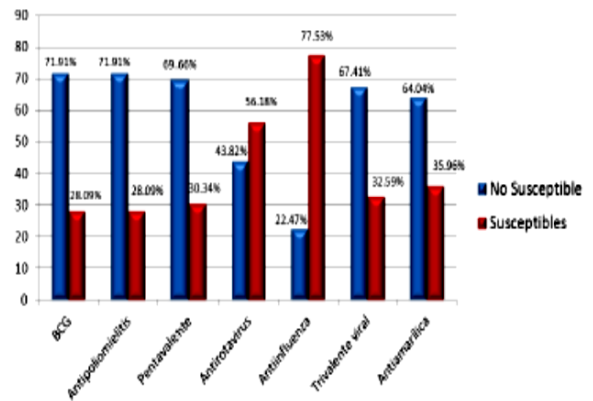


n:

De la totalidad de niños de 2 a 5 años de edad 84.6% son susceptibles a enfermedades prevenibles por vacunas del esquema nacional de vacunación.

GRÁFICO N° 6

NIÑOS ENTRE 2 A 5 AÑOS DE EDAD COMUNIDAD "SAN FRANCISCO II NORTE", SUSCEPTIBILIDAD A ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNAS PARROQUIA "JUAN DE VILLEGAS", MUNICIPIO IRIBARREN, ESTADO LARA. LAPSO JUNIO 2012 -NOVIEMBRE 2012.



n: 89

En la población de 2 a 5 años de edad, la susceptibilidad encontrada para la enfermedad prevenible por la vacuna antinfluenza fue de 77.52%; seguida de 56.17% para la prevenible con la vacuna antitétanos. La menor susceptibilidad se reportó para las enfermedades prevenibles por las vacunas BCG y antipoliomielítica con 28.08% en cada una de ellas.

Entre las causas del no cumplimiento del esquema de vacunación según lo referido por las madres en esta investigación predominó: “no había vacuna el día que le tocaba” 47,75%, “no sabía que tenía que colocar esas vacunas” 35,77%, encontrándose coincidencia con la primera causa reportada en la investigación realizada en la comunidad “La Puerta” la cual también fue “no había vacuna el día que le tocaba” 34,78%. Mientras que en una investigación realizada por Barrios de León en Guatemala 2001 llama la atención que “falsa contraindicación médica” reporta 7.1% valor muy elevado comparado con 0,91% de la comunidad “San Francisco II Norte”. Evidenciándose para el estado Lara la falta de material para vacunación en el ambulatorio y bajo conocimiento de las madres sobre la edad en que deben ser colocadas las vacunas ^(9,10) (Gráficos 1-6).

En los niños de 2 a 5 años de edad, se encontró una susceptibilidad para enfermedades prevenibles por vacunas de 84.26% siendo este mayor al encontrado en la comunidad “La Puerta” donde reportaron 59,49%. Al desglosar la susceptibilidad por vacunas en la comunidad “San Francisco II Norte” la mayor fue antiinfluenza 77,52%; seguida de antirotavirus 56,17%. La menor susceptibilidad se reportó para las enfermedades prevenibles por las vacunas BCG y antipoliomielítica con 28.08% en cada una de ellas. No se encontraron datos en la literatura revisada sobre susceptibilidad por vacunas, lo que conlleva a presentar mayor riesgo de adquirir enfermedades que son prevenibles por vacunas, siendo más vulnerables al virus de la influenza estacional y diarreas severas por rotavirus. ⁽⁹⁾

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS, UNICEF, Banco Mundial. . 2010. Vacunas e inmunización: situación mundial. Tercera edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
2. Ministerio del Poder Popular para la Salud Gobierno Bolivariano de Venezuela. 2009. Esquema Nacional de vacunación de la familia. Menor de 1 año, de 1 año, hasta los 9 años.
3. Ministerio para el Poder Popular para la Salud. Reimpulso del programa ampliado de inmunizaciones en la población venezolana; 2010. [Consulta 3 Julio 2012] Disponible:http://www.mpps.gob.ve/inedx.php?option=com_content&view=article&id=426&Itemid=688
4. Ministerio del Poder Popular para la Educación. Inmunizaciones. IPASME, gerencia de salud integral. [Consulta 23 Junio 2012] Disponible: <http://www.ipasme.gov.ve/phocadownload/VACUNAS.pdf>
5. Rondón N. 2008. Cobertura de Vacunación de los niños del preescolar “El Muchachito” del Hospital Central “Dr. Antonio María Pineda” y el nivel de conocimiento de sus representantes sobre el esquema ideal de Vacunación. Barquisimeto Estado Lara.
6. Dirección de Epidemiología e Investigación/PAI del estado Lara. 2012.
7. Curso de gerencia para el manejo efectivo del programa ampliado de inmunización. Módulo VI supervisión, monitoreo y evaluación. Organización Panamericana de la Salud, oficina regional de la Organización Mundial de la Salud. Unidad de inmunización, salud familiar y comunitaria 2006. [Consulta 3 Julio 2012], Disponible: http://www.paho.org/english/ad/fch/im/isis/epi_mod/spanish/docs/modulo6.pdf
8. Acosta E, Vignolo J, Repetto M, Hernández S, Palomino G, Silva S. (2000) Cobertura de vacunas en niños menores de seis años, internados en el Servicio “B” de Pediatría del Centro Hospitalario Pereira Rossell de Mayo a Junio del 2000.
9. Castillo J, Espitia Y, Farías M, González J, Guerra M, Ibarra M. 2012. Cobertura de inmunizaciones y cumplimiento de esquema de vacunación, José Gregorio Bastidas, municipio Palavecino. Barquisimeto, Marzo 2012.
10. Barrios E. 2001. Evaluación de coberturas de vacunación. Municipio de Santa Apolonia. Chimaltenango, Noviembre 2001.