

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**ACCIONES PARA MEJORAR LAS COBERTURAS
DE VACUNACIÓN EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO
EN EL CENTRO DE SALUD DE HUANCAN.
HUANCAYO. 2012 - 2016**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

LOURDES SANTOSA ISLA HERRERA

CALLAO, 2018

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA	Presidenta
DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI	Secretaria
DRA. LINDÓMIRA CASTRO LLAJA	Vocal

ASESOR: DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA

N° DE LIBRO: 005

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 017

Fecha de aprobación de Trabajo Académico: 19/01/2018

Resolución de Decanato N°058-2018-D/FCS de fecha 17 de Enero del 2018 de designación de Jurado Examinador de Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. ISLA HERRERA LOURDES SANTOSA

ÍNDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN.....	2
I.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA.....	4
1.2 OBJETIVO.....	6
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	6
II.MARCO TEÓRICO.....	8
2.1 ANTECEDENTES.....	8
2.2 MARCO CONCEPTUAL:.....	12
2.3 DEFINICION DE TERMINOS.....	36
III.EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	40
3.1 Recolección de Datos.....	40
3.2 Experiencia profesional.....	40
3.3 Procesos Realizados.-.....	44
IV.RESULTADOS.....	45
V.CONCLUSIONES.....	51
VI.RECOMENDACIONES.....	52
VII.REFERENCIALES:.....	53
ANEXOS.....	55

INTRODUCCIÓN

La intervención de enfermería es de suma importancia en la salud pública de nuestro país, pues ellos están en una posición única para actuar como vitales defensores de un planeta sano, el personal de enfermería representa en la mayoría de sistemas nacionales de salud el 80% de la fuerza de trabajo de salud cualificada y como tal son una fuerza potencialmente poderosa para producir los cambios necesarios a fin de satisfacer las necesidades de salud en nuestra población; en cada vida salvada, en cada niño vacunado, en cada parto atendido, en cada curación, en cada enfermo que recibe cuidados y apoyo solidario está presente el trabajo de enfermería.

Desde este punto de vista, la salud de nuestra población depende significativamente de como desarrollamos el trabajo inmunológico en el cumplimiento del calendario de vacunación en nuestra población infantil; pero a pesar de la indudable importancia que tiene las vacunas en la prevención de enfermedades, por diversas razones muchos niños no son vacunados, debido a múltiples factores como es el caso de factores relacionados con la actitud del personal de salud en el desempeño de sus labores, factores relacionados a la administración del establecimiento de salud que de alguna forma contribuyen en el cumplimiento de esquemas de vacunación de los niños y como consecuencia de ello en las coberturas. La causante de graves problemas de salud pública es el no

cumplimiento del calendario de vacunación que aumenta el riesgo significativamente de adquirir enfermedades inmunoprevenibles con consecuencias de posibles epidemias en nuestra comunidad es por ello de mucha importancia la intervención de enfermería para establecer estrategias de salud a nivel de atención primaria a fin de coberturar en forma eficiente la administración de vacunas en nuestros niños en la edad para ser inmunizados, con ella se estaría cumpliendo un objetivo primordial en salud preventiva, cual es, el control y erradicación de enfermedades infectocontagiosas e inmunoprevenibles.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA.

La Organización Mundial de la Salud en "Orientaciones Estratégicas para Mejorar la Salud y el Desarrollo de los Niños y Adolescentes" ha señalado que los niños representan casi el 30% de la población mundial; investigando el problema a estudiar y partiendo de que los problemas de salud suponen más de la mitad de la brecha de desigualdad sanitaria que existe entre los países más ricos y los más pobres del mundo. En un comunicado de la Asamblea General de las Naciones Unidas es alarmante que a nivel mundial la cobertura de inmunización solo ha registrado un incremento marginal desde principios del decenio de 1990, y que en el año 2003 más de 27 millones de niños de todo el mundo no fueron inmunizados durante su primer año de vida, reconociendo que cada año 1,4 millones de niños mueren de enfermedades que pueden prevenirse mediante las vacunas actualmente disponibles;

En el Perú la inmunización es la actividad de salud pública que ha demostrado ser la de mayor costo beneficio y costo efectividad en los últimos dos siglos, Aunque se admite que las vacunas no son completamente eficaces, constituye una de las intervenciones más seguras de salud.

En mayo del año 2014 la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza emite un reporte sobre la cobertura de vacunación para menores de tres años el mismo que alerta sobre una disminución de cobertura desde el año 2013 y específicamente en Lima Metropolitana desde el año 2012 luego de varios años de incremento progresivo.

En la cobertura de vacunación para niños menores de un año donde la vacunación oportuna es un reflejo de la calidad de atención (ver Anexo N° 1); la cobertura entre los años 2011 al 2014 se reduce en 21,5 puntos porcentuales y a la vez la recuperación en el primer semestre del año 2015 es más importante, pasando de un 55,7% de cobertura en el año 2014 a niveles de 67,8% (12 puntos más).

Sin embargo, para la Región Junín se tiene coberturas que se han venido incrementado desde el año 2009 de 51,1% a 76,6% para el año 2011 y a partir de éste año hubo un descenso en el porcentaje de cobertura al año 2014 que llegó a niveles de 67,4% tendencia esta que está por encima del promedio nacional en cobertura de vacunación.

Con referencia a las coberturas del Centro de Salud de Huancan se ha venido registrando un promedio de 60% hasta el año 2011 y a partir de ese año se ha venido incrementando progresivamente hasta la fecha.

1.2 OBJETIVO

Demostrar la eficacia de la participación de la enfermera en la aplicación de acciones estratégicas en las coberturas de vacunación en niños menores de un año en el Centro de Salud de Huancan.

1.3 JUSTIFICACIÓN.

En nuestro país, el trabajo de enfermería en la estrategia de inmunizaciones está cumpliendo un rol vital, gracias a ello se está erradicando muchas enfermedades inmunoprevenibles, sin embargo, en zonas alejadas de las ciudades, así como, en comunidades rurales hay muchos niños y niñas en edad vacunal que no acceden a éstos programas preventivos de vacunación por diversas razones (reacciones adversas de las vacunas, desconocimiento sobre la importancia de las vacunas, falta de organización de los servicios de salud, etc.)

En la década de los 90 pese a la existencia de la vacuna contra la poliomielitis nuestro país era el último donde aún persistía la enfermedad; gracias al apoyo internacional para erradicar el mal se logró ese objetivo; esa experiencia le sirvió para 10 años después eliminar otras enfermedades como el sarampión el año 2001 y después la rubeola el año 2007, sin embargo ese liderazgo se ha perdido a tal punto que actualmente la vacunación en nuestro país no logra alcanzar los estándares mínimos.

Como personal de enfermería que me encuentro laborando en el primer nivel de atención en la estrategia de inmunizaciones del Centro de Salud de Huancan, he podido observar a través del tiempo 2012 que las coberturas de vacunación eran bajas, situación que justifica promover mecanismos de solución mediante la aplicación de estrategias adecuadas a fin de revertir la situación de bajas coberturas.

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

PARION Ascanta, G.B (2013-2014). En un estudio realizado en Ambato – Ecuador. sobre: *“Estrategias Para Elevar Las Coberturas De Vacunación En Niños Menores De 5 Años En El Subcentro De Salud De La Parroquia De Oyacachi, Cantón El Chaco – Provincia De Napo”*. Cuyo objetivo general fue: Diseñar estrategias para elevar coberturas de vacunación con los indicadores del PAI en el Subcentro de Salud de la Parroquia de Oyacachi. Llegando a las siguientes conclusiones: El equipo de salud representa un rol muy importante para que los pobladores en general tomen una actitud preventiva sobre el cumplimiento de las vacunas en los niños menores de 5 años y que acudan a la unidad de salud a recibir las respectivas vacunas, el incrementar las visitas domiciliarias a sectores alejados facilitará la mejora del cumplimiento con los esquemas de vacunación, con la entrega de la guía de comunicación bilingüe entre el personal de salud y los usuarios facilitará la buena comprensión de diálogo entre los médicos, enfermera y padres de familia responsable de los niños menores de 5 años. (8)

RODRÍGUEZ, T.J. (2013). Habiendo realizado un estudio en Ecuador sobre: *“Factores que influyen en el nivel de conocimientos de las Madres adolescentes sobre el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) del Sub-Centro Santa Rosa Salinas 2012-*

2013". El método de estudio que se empleó fue cuantitativo, descriptivo y transversal, en 30 madres que acuden a la consulta del Sub-centro a quienes les aplicó el consentimiento informado, una breve entrevista planificada para luego realizar la encuesta que fue semi-estructurada. Una vez aplicada la encuesta analizaron los datos estadísticos que se obtuvieron en forma numérica y porcentual, representada en cuadros y gráficos. En el cual los resultados fueron evaluados de acuerdo a los factores demográficos y de conocimiento, donde se obtuvo que el indicador de la edad y nivel de instrucción influyo con el 67% respectivamente, siendo madres con adolescencia tardía (17 y 19 años) y que solo culminaron la sección primaria, la ocupación influye directamente con el 100% porque las madres adolescentes se dedicaban a ser amas de casa y también el número de hijos fue otro factor relevante. El Factor de conocimiento, influyo directamente, porque las madres tuvieron un bajo conocimiento según los indicadores de asesoramiento, protección y administración. (9)

UPIACHIHUA Salinas, H.E. (2015). En un estudio realizado en el Perú, sobre: *"Factores Sociodemográficos, Culturales y el Cumplimiento del Calendario de Inmunizaciones en Lactantes, Puesto De Salud I-2 Masusa. Punchana, 2015."* Tesis para optar el título profesional de Licenciado En Enfermería, Universidad Nacional De La Amazonia. El Objetivo. Fue: determinar la relación que existe entre los Factores Sociodemográficos, culturales y el Cumplimiento del

Calendario de Inmunizaciones en Lactantes. Puesto de Salud I-2 Masusa, La muestra estuvo constituida por 154 madres que acudieron al programa de inmunizaciones. Se llegó a las siguientes conclusiones: En relación al cumplimiento del calendario de inmunizaciones se logró identificar que el 36,4% (56) tuvieron calendario completo de inmunizaciones mientras que 63,6% (98) tuvieron calendario incompleto de inmunizaciones. (10)

IZQUIERDO Orosco, R de F. (2014). En un estudio realizado en el Perú, sobre: "*Conocimiento De Madres De Niños Menores De Un Año Sobre Inmunizaciones y El Cumplimiento Del Calendario Vacunal*". Cuyo objetivo de este estudio fue establecer la relación que existe entre el conocimiento de las madres de niños menores de un año con el cumplimiento del calendario vacunal y los factores sociodemográficos intervinientes. La población estuvo constituida por 428 madres que pertenecen al Programa Ampliado de Inmunizaciones del Centro de Salud "Primavera", la muestra estuvo conformada por 250 madres de niños menores de un año. Para la recolección de datos se utilizó la encuesta y como instrumento, el cuestionario. En el análisis de datos, las respuestas se codificaron con el programa Excel. Así mismo arribo a la siguiente conclusión: Que las madres que tienen grado de instrucción primaria cumplen menos el calendario de vacunación. (11)

GONZALES Sotelo, D.C. (2012). Realizó un trabajo de investigación en el Perú, sobre: "*Factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación en las madres con niños menores de un año en el Centro de Salud de Mala, 2011*". La población estuvo conformada por todas las madres que acudieron a vacunar a sus niños menores de un año al consultorio de Enfermería del C.S de Mala, durante el mes asistieron un promedio de 80 madres con niños menores de un año. Las conclusiones entre otras fueron: Los factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación en las madres con niños menores de un año; el mayor porcentaje de las madres refieren que los factores que están presentes está dado por el ingreso económico, la gratuidad de la aplicación de las vacunas y el trato del personal de Enfermería, seguido de un porcentaje considerable que expresan que están ausentes por la ocupación de la madre, contraindicación de la vacunación, y accesibilidad al servicio. Acerca del factor socioeconómico que intervienen en el cumplimiento de la vacunación, el mayor porcentaje de las madres manifiestan que están ausentes los aspectos referidos a la ocupación de la madre, le es difícil llevar a vacunar a su niño si gastara en pasajes, y un porcentaje considerable expresa que está presente el ingreso económico, el gasto en pasajes para ir a vacunar a su niño. Respecto a los factores cognitivos culturales que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación; el mayor porcentaje de las madres

refieren que están presentes lo de la gratuidad de las vacunas y las creencias; y un porcentaje considerable expresa que están ausentes la contraindicación de la vacunación y que la vacuna pentavalente protege contra cinco enfermedades. En cuanto al factor institucional que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación; el mayor porcentaje de las madres refieren que está presente referido a la recepción de información sobre reacción postvacunal e información sobre citas posteriores y el trato del personal de Enfermería y un porcentaje considerable expresa que lo ausente está dado por la accesibilidad al servicio y el tiempo de espera. (12)

2.2 MARCO CONCEPTUAL:

GENERALIDADES SOBRE INMUNIZACIÓN.

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

Sin embargo, la promesa de la inmunización no se ha hecho realidad para todos los niños. Los niños de algunos de los países menos desarrollados tienen menos acceso a los servicios de inmunización que los de países más ricos. Por lo general, los niños más pobres tienen acceso a una gama más reducida de vacunas y están más

expuestos a los peligros de las prácticas de vacunación poco seguras.

(1).

Inmunidad. - Inmunidad es la habilidad que tiene el cuerpo de tolerar material endógeno y eliminar al mismo tiempo material que le es foráneo. El sistema inmunológico está compuesto de órganos y células especializadas que protegen el cuerpo, primero identificando sustancias nocivas, conocidas como antígenos, y luego destruyéndolas usando anticuerpos y otras sustancias y células especializadas. Hay dos formas básicas de adquirir dicha protección: la inmunidad activa y la inmunidad pasiva.

La inmunidad activa es proporcionada por el propio sistema inmunológico de la persona. Este tipo de inmunidad puede producirse a través de la exposición a una enfermedad o a través de la vacunación. La inmunidad activa generalmente dura muchos años y con frecuencia es permanente.

La inmunidad pasiva ocurre cuando los anticuerpos son transferidos de una persona a otro. 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).

TIPOS DE VACUNA:

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.

Por ejemplo: Virus: vacuna oral de polio (OPV), sarampión, fiebre amarilla. Bacteria: BCG

Vacunas inactivadas

Son producidas por medio de cultivos de virus o bacterias que luego son inactivados con calor o sustancias químicas. Debido a que no están vivos, este tipo de vacunas no crece en la persona vacunada y consecuentemente no puede producir la enfermedad, por ejemplo: Toxoide: difteria y tétano. Bacteria: pertussis de célula entera Fraccionada

Vacunas recombinantes.

Son producidas insertando material genético de un organismo causante de una enfermedad dentro de células inocuas que replican las proteínas del organismo causante de la enfermedad. Las proteínas son luego purificadas y usadas como vacuna. Ejemplo. Hepatitis B. (2).

ESTRATEGIA DE INMUNIZACIÓN

Debido al aumento de enfermedades inmunoprevenibles y las altas tasas de morbilidad por enfermedades prevenibles, la Organización

Mundial de la Salud (OMS) y la UNICEF en el 1974 crearon el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), posteriormente en el año 2006 adquiere el nombre de Estrategia de Inmunización; que tiene como objetivo inmunizar a un mayor número de personas contra más enfermedades; introducir varias y nuevas vacunas. (3).

La vacunación es una técnica o intervención sanitaria de gran efectividad que actúa sobre personas sanas susceptibles, modificando su estado inmunitario, aumentando su resistencia y reduciendo o eliminando la susceptibilidad a la infección.

La aplicación de Programas de vacunaciones, junto con otras medidas de salud pública (saneamiento, tratamiento de aguas de consumo, etc.), ha logrado un descenso importante en la morbimortalidad atribuible a las enfermedades infecciosas.

Se trata, por tanto, de una estrategia de Prevención Primaria, pues actúa antes de que el factor etiológico o de riesgo afecte al sujeto, tienen por objeto producir una elevada proporción de individuos inmunes en la población, de manera que se impida la transmisión de la infección y con ello sea prácticamente imposible la aparición de fenómenos epidémicos, logrando la protección directa en los individuos y la inmunidad colectiva de toda la población, incluidos los no vacunados. (3).

En todas las poblaciones es esencial alcanzar y mantener un nivel adecuado de inmunidad colectiva para conseguir el bloqueo de la transmisión de una infección y, más adelante, si ello es factible, alcanzar su erradicación.

Esto es especialmente importante en las enfermedades en que el reservorio del agente es humano y la transmisión homóloga (viruela, tosferina, poliomielitis, sarampión, rubéola y parotiditis), donde las vacunas no sólo confieren protección individual sino también una protección colectiva o inmunidad de grupo. (3).

ENFOQUES COMUNITARIO Y PERSONAL EN LA UTILIZACIÓN DE UNA VACUNA.

Enfoque Comunitario

La acción preventiva se dirige a toda una comunidad, y los beneficios globales que se obtienen son mayores que la simple suma de beneficios individuales, en este enfoque comunitario, y según las características de la enfermedad se pueden plantear tres tipos de objetivos: (4).

Erradicación de la Enfermedad.- Impedir la circulación del agente causal eliminando el reservorio.

Solo puede conseguirse si éste es exclusivamente humano y la enfermedad presenta un cuadro clínico definido con ausencia de portadores del germen a largo plazo.

Se considera una enfermedad erradicada cuando ya no aparece ningún caso nuevo y dejan de ser necesarias las medidas de prevención, pero esto implica que la infección debe desaparecer a nivel mundial; la viruela, considerada oficialmente erradicada por la OMS en 1979, y frente a la que no se vacuna desde entonces. (9).

Eliminación de la Enfermedad.- Desaparición de un agente de una zona concreta, o consecución de una prevención efectiva de la enfermedad, a pesar de que el agente causal continúe presente. Las medidas preventivas tienen que mantenerse; ejemplo. Difteria y poliomielitis en España. (4).

Control de la Enfermedad.- Reducir al mínimo la aparición de casos.

Enfoque Personal

Acción preventiva dirigida a grupos de riesgo. Se trata de conseguir una protección individual y se actúa sobre grupos específicos de la población. (4).

VACUNA DEL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO:

Las actividades regulares de inmunizaciones comprende la aplicación de las siguientes vacunas: VACUNA BCG.

Descripción: vacuna que confiere protección ante las formas clínicas graves y diseminadas de la infección por el Mycobacterium

tuberculosis o Bacilo de Koch como la TB miliar y TB extrapulmonar (meníngea, ósea y sepsis).

La vacuna BCG, protege a los lactantes y niños contra la meningitis tuberculosa y las formas graves de la enfermedad, pero no evita la infección primaria ni la reactivación de la tuberculosis latente, que es la principal fuente de propagación de la micobacteria en la comunidad. Si no se tratan, ambas formas de la enfermedad son altamente mortales. Se considera que las vacunas BCG salvan vidas y son una parte importante del conjunto de medidas de medidas estándar de lucha contra la tuberculosis en la mayoría de los países endémicos.

Agente Inmunizante: vacuna liofilizada del bacilo de Calmette-Guerin (cepa atenuada del *Mycobacterium bovis*).

Indicaciones: debe administrarse en todo recién nacido con un peso igual o superior a los 2500 gramos y dentro de las primeras 24 horas de nacido.

El recién nacido con un peso inferior a los 2500 gramos, se vacunará cuando alcance el peso indicado o según indicación médica.

En caso se detecta una niña o niño menor de 12 meses que no ha sido vacunado, deberá aplicarse la vacuna.

Dosis y vía de administración: Se administra una dosis de 0,1 ml o cc. (Independientemente de la edad y del laboratorio productor) por vía

intradérmica estricta, en la región del músculo deltoides del brazo derecho a 3 cm. del acromion o vértice del hombro, sobre el punto de fijación del músculo deltoides, con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 27 G x ½".

Para reconstituir la vacuna, hay que inyectar en el frasco o la ampolla del diluyente y girar el frasco varias veces, a fin de lograr una mezcla uniforme.

Antes de cargar cada dosis, es necesario volver a girar el frasco o la ampolla para homogeneizar el contenido.

Uso simultáneo con otras vacunas: Se puede administrar simultáneamente con cualquier otra vacuna ya sean éstas virales o bacterianas.

Posibles efectos post vacunales: En general, la vacunación con BCG no suele causar fiebre o malestar. Días después de la vacunación puede desarrollarse un nódulo de induración en el sitio de la inyección, que disminuye gradualmente y es reemplazado por una lesión local que puede ulcerarse semanas más tarde. Esta lesión local no requiere tratamiento ni deben usarse apósitos, ya que cura espontáneamente con formación de una pequeña cáscara plana.

Ocasionalmente, puede observarse un engrosamiento de los nódulos linfáticos, cervicales o axilares, que tampoco requiere tratamiento.

Contraindicaciones: Recién nacidos con un peso inferior a 2500 gr.

Enfermedades con grave compromiso del estado general. Afecciones generalizadas de la piel.

Enfermedades infecciosas (especialmente sarampión y varicela), debiendo esperar un mes de transcurridas estas infecciones para su aplicación.

Inmunodepresión primaria o secundaria, linfomas, leucemias, neoplasias generalizadas, quimioterapia, dosis inmunosupresoras de corticosteroides, infección por VIH que evidencie síntomas, debido a que presentan mayor riesgo de eventos adversos locales, y por diseminación de la cepa vacunal.

Tratamiento prolongado con esteroides o drogas inmunodepresoras por más de 15 días. (5).

VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B (HvB):

Descripción: Vacuna que confiere inmunidad contra la infección por el virus de la Hepatitis B.

Agente Inmunizante: Contiene el antígeno de superficie (HBsAg) de la hepatitis B (HvB), obtenido por técnicas de recombinación genética (ADN Recombinante).

Indicaciones: Debe vacunarse a todas las niñas y niños a término con peso mayor a 2000 gr. Antes de las 12 horas de vida y máximo

dentro de las primeras 24 horas de vida, con el objetivo esencial de prevenir la infección vertical por HvB.

Lactantes, niñas y niños de 2 a 11 meses: Recibirán tres dosis de vacuna contra la Hepatitis B, a los 2, 4 y 6 meses de edad, contenida en la vacuna pentavalente (DPT - Hib - HvB).

Dosis y vía de administración: Al recién nacido se administra una dosis de 0.5 cc por vía intramuscular en el musculo vasto externo que corresponde al tercio medio y cara anterolateral externo del muslo, con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc u aguja 25 G x 5/8"

Posibles efectos post vacunales: Los efectos secundarios de esta vacuna no son comunes, podrían llegar a presentarse a nivel local dolor, eritema e induración, síntomas generales cefalea, fatiga o irritabilidad y fiebre. Estos últimos son leves y transitorios.

Contraindicaciones: Reacción alérgica severa posterior a una dosis previa o a componentes de la vacuna, recién nacido con peso menor de 2000 gr.

VACUNA PENTAVALENTE:

Descripción: Es una vacuna combinada que previene la difteria, tétanos, tos ferina, neumonías y meningitis por *Haemophilus influenzae tipo b* y la infección por el virus de la Hepatitis B.

Agente Inmunizante: Contiene 5 antígenos: toxoide diftérico, toxoide tetánico, bacterias inactivadas de *Bordetella pertussis* polisacárido conjugado de *Haemophilus influenzae tipo b* y antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B.

Indicación: Se administra a niños y niñas menores de 1 año a partir de los 2 meses y a las niñas y niños de 1 a 4 años 11 meses 29 días, que no hayan recibido la vacuna o tengan el esquema de vacunación incompleto.

Dosis y vía de Administración: Debe administrarse en tres dosis: a los 2, 4 y 6 meses de edad. Cada dosis de 0.5 cc con un intervalo de 2 meses entre dosis. En la niña y niño menor de 1 año, se administra por vía intramuscular en el muslo vasto externo que corresponde a la cara antero lateral externa del muslo, con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1”.

En la niña y niño de 1 a 4 años, se administra vía intramuscular, en el tercio medio del musculo deltoides en la parte superior de la cara lateral externa del brazo, (región deltoides), con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1”.

Uso simultaneo con otras vacunas: se puede administrar simultáneamente con otras vacunas del esquema de vacunación. Debiendo ser aplicadas en sitios anatómicos diferentes.

Posibles efectos post vacunales: Son poco frecuentes pudiéndose presentar:

Reacciones Locales: Fiebre, enrojecimiento o hinchazón en el lugar donde se aplicó la vacuna, con induración > 1 cm (alrededor de 1 de cada 10 niñas y niños). Dolor o sensibilidad en el lugar donde se aplicó la vacuna, acompañado de eritema (alrededor de 1 de cada 5 niñas y niños).

Reacciones generales: Fiebre de 38° a 39° C (hasta alrededor de 1 de cada 5 niñas y niños). Irritabilidad. Menos frecuentes convulsiones tipo espasmos o crisis de ausencia (alrededor de 1 de cada 14,000 niñas y niños) Llanto continuo, durante 3 horas o más (alrededor de 1 de cada 1,000 niñas y niños). Fiebre alta mayor a 39° C (alrededor de 1 de cada 16,000 niñas y niños).

Contraindicaciones: En niñas y niños mayores de 5 años. En niñas y niños que hayan presentado reacciones adversas a la aplicación de la primera dosis de vacuna Pentavalente. (5).

VACUNA CONTRA LA POLIOMIELITIS: La poliomielitis (polio) es una enfermedad viral, sumamente contagiosa que afecta principalmente a las niñas y niños pequeños. El virus se transmite a través de los alimentos y agua contaminada y se multiplica en el intestino, de donde puede invadir al sistema nervioso. La poliomielitis solo puede prevenirse mediante vacunación.

El país cuenta con esquema secuencial de vacunación contra la poliomielitis que comprende una serie primaria de tres dosis de vacuna y dos dosis de refuerzo. La serie primaria incluye dos primeras dosis con la vacuna polio inactivada (IPV) y la tercera dosis, con la vacuna anti poliomielítica oral (APO). Los dos refuerzos serán con vacuna APO. (5)

VACUNA POLIO INACTIVADA (IPV).

Descripción: Es una vacuna inyectable compuesta por polivirus inactivados de presentación monodosis/multidosis, que protege contra la poliomielitis.

Agente Inmunizante: Suspensión de cepas (Salk o Lepine) de virus polio tipo 1, 2 y 3 inactivados.

Indicaciones: Está indicada a los 2 y 4 meses de edad. En niñas y niños con problemas de inmunodeficiencia primaria o secundaria. Niñas y niños sanos que tienen dentro del núcleo familiar personas con inmunodeficiencias primarias o secundarias. Niñas y niños sanos, hijos de madres portadoras con VIH/SIDA a los 2, 4 y 6 meses de edad.

Dosis y vía de administración: Se administra dos dosis de 0.5 cc, a los 2 y 4 meses de edad, con un intervalo de dos meses entre dosis. En niñas y niños con inmunodeficiencia primaria o secundaria, o que tienen dentro del núcleo familiar personas con alguna

inmunodeficiencia, se le administran tres dosis de 0.5 cc. Con un intervalo de dos meses entre dosis; no deben por ningún motivo recibir dosis de refuerzo de vacuna oral de polio (APO). En niñas y niños menores de 1 año; se administra vía intramuscular en el músculo vasto externo que corresponde a la cara antero lateral externa del muslo. En niñas y niños de 1 a 4 años: se administra vía intramuscular en el músculo deltoides en la parte superior de la cara lateral externa del brazo.

Uso simultáneo con otras vacunas: Se puede administrar simultáneamente con cualquier otra vacuna ya sean estas virales o bacterianas. Deben ser aplicadas en sitios diferentes.

Posibles efectos post vacunales: Generalmente esta vacuna solo producirá dolor en la zona de aplicación.

Contraindicaciones: Reacción alérgica severa posterior a una dosis previa o a componentes de la vacuna. Enfermedad aguda moderada o severa con o sin fiebre. (5)

VACUNA ANTIPOLIO ORAL (APO).

Descripción: Es una vacuna de virus vivo atenuado de presentación multidosis.

Agente inmunizante: La vacuna antipoliomielítica (oral) de tipo bivalente 1 y 3 es una vacuna que contiene las suspensiones de los tipos 1 y 3 en vivo poliovirus atenuado (cepa Sabin). Las partículas

del virus atenuado se cosechan de los cultivos de las células del riñón del mono.

Indicaciones: Está indicada en niñas y niños de 6 y 28 meses de edad y a la edad de 4 años. En toda niña y niño que no haya recibido la dosis a los 6 meses, deberá recibirla hasta los 4 años 11 meses 29 días.

Dosis y vía de administración: Se administra por vía oral y cada dosis comprende dos gotas de la vacuna. En el menor de 1 año se administra una dosis a los 6 meses y dos dosis de refuerzo a los 18 meses y 4 años de edad.

Uso simultáneo con otras vacunas: Se puede administrar junto con otras vacunas en uso. Puede administrarse simultáneamente, antes o después de las vacunas vivas de administración inyectable. Puede aplicarse simultáneamente con la vacuna de rotavirus.

Posibles efectos post vacunales: Fiebre, diarrea cefalea y mialgias en menos de 1 % de vacunados. Parálisis asociada a vacuna (PPAV) en vacunados y en personas que han estado en contacto con ellos especialmente adultos susceptibles e inmunodeprimidos. El riesgo es mayor con la primera dosis (1 caso por 1.400.000 – 3.400.000 dosis) y menor para los subsiguientes (un caso por 5.900.000 dosis) y para los contactos (1 caso por 6.700.000 dosis).

Contraindicaciones: Contraindicada en pacientes que presentan vómitos y/o diarreas moderadas a severas.

Inmunocomprometidos: por deficiencia primaria o secundaria, terapia con corticoides a dosis elevadas por más de dos semanas u otros inmunosupresores y/o radioterapia. Afecciones proliferativas del tejido linforreticular, trasplantados. Enfermedades febriles con compromiso del estado general. Convalecencia inmediata de intervenciones quirúrgicas (orofaríngeas y digestivas). (5).

VACUNA CONTRA ROTAVIRUS:

Descripción: Es una vacuna de virus vivo atenuado, que previene la enfermedad diarreica por rotavirus. Los rotavirus son la causa más frecuente de enfermedad diarreica grave en lactantes, niñas y niños pequeños de todo el mundo.

Agente inmunizante: Contiene cepas agrupadas de rotavirus de los tipos G1, G2, G3, G4 y G9 obtenidas a partir de cepas madre de rotavirus humano y bovino.

Indicaciones: Está indicada para la prevención de enfermedad diarreica severa causada por rotavirus. Se indica a los 2 y 4 meses de edad. Tener en consideración que la vacuna contra rotavirus, no puede sobrepasar la edad de 5 meses y 29 días para la primera dosis y la segunda dosis, de la edad de 7 meses y 29 días.

Dosis y vía de administración: Se administra vía oral, en dos dosis de 1.5 cc.

Uso simultaneo con otras vacunas: Se puede administrar de manera simultánea con otras vacunas. Puede administrarse antes o después de las vacunas vivas de administración inyectable. Puede aplicarse simultáneamente con la vacuna APO.

Posibles efectos post vacunales: Puede presentarse en muy pocos casos fiebre, diarrea, vómitos, irritabilidad, falta de apetito, fatiga, y más raro aun (en menos de 1%) llanto, alteración del sueño, estreñimiento.

Contraindicaciones: Está contraindicado en niñas y niños que hayan hecho reacción alérgica severa en la primera dosis. Niñas y niños inmunodeprimidos. No vacunar a niñas y niños mayores de 7 meses 29 días de edad, porque puede causar invaginación intestinal (intususcepción). (5).

VACUNA CONTRA EL NEUMOCOCO:

Descripción: Vacuna que protege contra los serotipos más comunes de *Streptococcus pneumoniae* o neumococo, causantes de enfermedades graves en niñas y niños menores de dos años; previene las neumonías, meningitis bacteriana, sepsis y otitis media.

Agente inmunizante: Serotipos 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F Y 23F, conjugados en forma individual mediante aminación reductora a la proteína CRM197, no toxica de la difteria.

Indicaciones: Todas las niñas y niños que inician su vacunación siendo menores de un año, deben recibir tres dosis administradas a los 2, 4 y 12 meses de edad o con un intervalo mínimo de 2 meses entre cada dosis. Niñas y niños entre 12 a 23 meses y 29 días no vacunados previamente recibirán 2 dosis con intervalo de al menos 1 mes entre dosis. Niñas y niños, entre 2 y 4 años con co-morbilidad (nefropatías, cardiopatías, diabetes, hemoglobinopatías, infección por VIH, síndrome de Down, cáncer, esplenectomizados e inmunodeprimidos, entre otros) que no recibieron la vacunación previamente deben recibir una dosis.

Dosis y vía de administración: Niñas y niños hasta los 12 meses, 3 dosis: al 2do. Mes, 4to. Mes y 12 meses. Se administra 0.5 cc, por vía intramuscular en el musculo vasto externo o cara antero lateral externo del muslo, con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1". Niñas y niños entre 12 y 23 meses y 29 días no vacunados previamente recibirá 2 dosis con intervalo de al menos 1 mes entre dosis. Se administra 0.5 cc por vía intramuscular en el tercio medio del musculo deltoides en la parte superior de la cara lateral externa del brazo, con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1". Niñas y niños de 2 años a 4 años con

comorbilidad (nefropatías, cardiopatías, diabetes, hemoglobinopatías, infección por VIH, síndrome de Down, cáncer, esplenectomizados e inmunodeprimidos, entre otros), no vacunados previamente recibirán 1 dosis de 0.5 cc por vía intramuscular en el tercio medio del musculo deltoides en la parte superior de la cara lateral externa del brazo, con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1”.

Uso simultaneo con otras vacunas: Se puede administrar de manera simultánea con otras vacunas del esquema de vacunación. Deben ser aplicadas en sitios anatómicos diferentes.

Posibles efectos post vacunales: Generalmente son leves: dolor, rubor, induración, en las primeras 48 horas en la zona de inyección; puede acompañarse de disminución de apetito, irritabilidad, llanto, somnolencia. En muy pocos casos (menos del 1 %) se ha visto diarreas, vómitos, convulsiones, reacciones de hipersensibilidad, exantema, fiebre, episodio hipotónico, hipó reactivo.

Contraindicación: Hipersensibilidad a cualquiera de los componentes de la vacuna, incluido toxoide de la difteria. (5).

VACUNA CONTRA LA INFLUENZA

Descripción: vacuna que confiere inmunidad contra los serotipos prevalentes de la influenza según su circulación estacional. Las cepas varían cada año de acuerdo a las recomendaciones de la OMS

Agente inmunizante: Vacuna trivalente que contiene cepas de virus fraccionado, inactivados y purificados, obtenidos en cultivos celulares de pollo. Incluye dos cepas de influenza A (H1N1 Y H3N2) y una cepa de influenza B.

Indicaciones: Indicado en lactantes a los 7 y 8 meses de edad. En niñas y niños de un año hasta 1 año 11 meses y 29 días, una dosis.

Vacuna influenza pediátrica: A los lactantes de 7 y 8 meses de edad, se administrará dos dosis de 0.25 cc vía IM en el Musculo vasto externo que corresponde a la cara lateral externa del brazo, con jeringa descartable de 1 cc y aguja retráctil 23 G x 1.

Usos simultaneo con otras vacunas: Puede administrarse simultáneamente con otras vacunas del esquema nacional de vacunación, deben ser aplicadas en sitios anatómicos diferentes.

Posibles efectos post vacunales: Puede presentarse dolor en la zona de inyección, tumefacción o induración. Secreción nasal que debe desaparecer a las 48 horas.

Contraindicaciones: No debe administrarse en personas con antecedentes de reacción alérgica severa (anafilaxia) en dosis previa de la vacuna o sus componentes, especialmente a proteínas del huevo. No debe administrarse en el primer trimestre del embarazo y los lactantes menores de 6 meses de edad. (5).

ESTRATEGIAS DE VACUNACION

PROGRAMA REGULAR DE VACUNACION.- Se considera la aplicación de todos los biológicos, todos los días del año, en forma regular. Las actividades que se desarrollan dentro de esta estrategia son:

Demanda Espontánea. (Puestos Regulares de Vacunación) El personal de salud permanece en el establecimiento y vacuna a todos los niños que son llevados a solicitar el servicio de vacunación. Los resultados de esta actividad dependen de la motivación del personal, así como de la población motivada para llevar a los niños a vacunar al establecimiento de salud.

Captación de niños susceptibles: La captación de los niños menores de 5 años no vacunados se realiza en el establecimiento de salud o en las visitas a la comunidad, contando para ello con el apoyo de la comunidad organizada y las autoridades a fin de poder captar a todos los niños nacidos en la jurisdicción.

Seguimiento de todos los niños captados: Los responsables del Puesto Regular de Vacunación en los establecimientos de salud deben llevar un registro de todos los niños vacunados, a fin de poder identificar a aquellos que tienen dosis incompletas y programar su búsqueda para completar su esquema de vacunación.

Brigadas Rurales: Se programan visitas rutinarias periódicas (mensual, bimensual o trimestral) de brigadas de vacunación a lugares que no cuentan con establecimientos de salud o donde los puestos regulares de vacunación no cuentan con cadena de frío permanente para ofrecer las vacunas en forma regular

Tenemos 2 modalidades para realizar esta estrategia: casa x casa o puestos móviles (6).

REDUCCION DE OPORTUNIDADES PERDIDAS DE VACUNACION.- Como parte de la atención del niño, se deben aprovechar todas las oportunidades en que éste tiene contacto con el establecimiento de salud para que sea vacunado hasta completar su esquema de vacunación.

Una oportunidad perdida es aquella en que el niño ingresa al establecimiento de salud por cualquier motivo (consulta, emergencia, hospitalización, cirugía, controles varios o como acompañante) y no se investiga su estado vacunal para completar el esquema de vacunación correspondiente.

Conocer las normas del PAI disminuye las oportunidades perdidas de vacunación al disminuir las falsas contraindicaciones.

Es necesario que todo el personal asuma la responsabilidad sobre el estado vacunal del niño que es atendido y lo refiera al puesto regular de vacunación.

ACCIONES DE VACUNACION INTENSIVA.- Estas acciones denominadas jornadas o campañas de vacunación se realizan para a través de ellas lograr un aumento de coberturas en un plazo muy breve.

Jornadas de Vacunación Se realizan para completar la vacunación regular y pueden ser a nivel nacional o local.

Nivel Nacional: Se establece uno o dos días centrales para la jornada estos días sirven como referencia para desarrollar acciones de acuerdo con las características de cada zona

Se convoca a nivel nacional a la participación en la jornada a través de una campaña de difusión nacional intensiva con los medios de comunicación masivos.

Se moviliza muchos recursos de diferentes instituciones que colaboran activamente.

Se realiza en zonas pobladas con bajas coberturas, para captar a los menores de 5 años y a las mujeres en edad fértil que no han sido vacunados o a quienes les falta completar su esquema de vacunación.

Nivel Local: Se priorizan zonas con servicios de salud deficiente, zonas con bajas coberturas y /o en zonas que requieren medidas rápidas de vacunación.

Casa a Casa: Para realizar esta estrategia de vacunación es necesario conocer muy bien el área a vacunar. Las áreas deben estar claramente delimitadas y debe haber croquis disponible para cada vacunador y supervisor de las manzanas y barrios a vacunar.

Puestos Fijos: Se organizan puestos fijos de vacunación que funcionan por tiempo limitado, ubicando lugares como escuelas, clubes, iglesias, mercados, que son de referencia a la población. Debe ir acompañada de una intensa movilización de la comunidad y campaña de promoción y difusión, para dar a conocer el nombre, lugar y horario de estos puestos fijos de vacunación.

Puestos Móviles: Estos puestos móviles trabajan en base a un cronograma establecido, es una alternativa válida para comunidades rurales, áreas de población dispersa y de difícil acceso.

Un equipo de vacunadores se desplaza a comunidades distantes o de difícil acceso, ubica un lugar para abrir un puesto de vacunación temporal, vacuna a todos los susceptibles del área, recoge vacunas e insumos y se desplaza a otro lugar.

Cada lugar en día y horario determinado, recibirá un equipo de vacunación, la población que oportunamente fue informada, deberá estar reunida para recibir la vacunación, concluida la vacunación de los niños de esa área, el equipo pasará a otra área para desarrollar la misma actividad. (6)

CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ESTRATEGIA DE INMUNIZACIONES:

El cuidado de enfermería va orientado a los problemas de salud y necesidades de este, respetando siempre sus valores sociales, culturales y creencias, mediante el proceso de enfermería se establece acciones priorizadas desde las necesidades identificadas para ofrecer un mejor nivel y calidad de vida; en tal sentido, según la teoría general de Dorothea Orem esta compuestas por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y teoría de los sistemas de enfermería. Para este trabajo realizado se aplica la teoría del déficit del autocuidado, que describe y aplica como la enfermera puede ayudar a la gente que pueden ser dependientes total o parcialmente (actantes, niños y adultos) cuando la madre, que es responsable del cuidado del niño, no tiene el conocimiento adecuado sobre los beneficios de las vacunas. Es donde interviene la enfermera para brindar ayuda necesaria. El objetivo es ayudar a las personas a cubrir la demanda de autocuidado terapéutico. (7).

2.3 DEFINICION DE TERMINOS

Admisión: Es la unidad encargada de la gestión, organización y evaluación de los procesos asistenciales así como de la información que éstos generan. Realiza tres funciones principales: La gestión de pacientes, que desarrolla las funciones centradas en el concepto de

gestión de pacientes, como área responsable de gestionar el flujo de pacientes por los distintos servicios que el hospital ofrece. La gestión de la documentación clínica, que presenta las atribuciones propias del área de documentación clínica como responsable de la organización y gestión de toda la información clínica generada a lo largo de los sucesivos procesos asistenciales del paciente. El sistema de información asistencial, enfocado principalmente al desarrollo integral y dinámico de sistemas y dispositivos adaptados a las necesidades de los diferentes usuarios y a la elaboración y el análisis de la información sobre la producción asistencial y de cuantos elementos influyen en ella, como apoyo en la toma de decisiones.

Anticuerpo: Son moléculas proteicas llamadas inmunoglobulinas o células específicas que tienen como objetivo la eliminación de la sustancia extraña (virus, bacteria o toxina).

Antígeno: Es la sustancia capaz de estimular la producción de una respuesta inmune, específicamente con la producción de anticuerpo.

El carnet de vacunación: Es un documento personal tanto para menores como adultos vacunados y es muy importante valorarlo y cuidarlo: es el instrumento fundamental para la evaluación y seguimiento del Programa de Vacunación.

Conocimiento: El conocimiento es un conjunto de ideas, nociones, conceptos que posee o adquiere el hombre a lo largo de su vida,

como producto de la información adquirida, ya sea mediante la educación formal e informal.

Cumplimiento: La palabra cumplimiento se refiere a la acción y efecto de cumplir con determinado asunto, es decir, la realización de un deber o de una obligación.

Cobertura: Porcentaje de susceptible vacunado respecto a la población objeto, refleja el grado de protección colectiva de la población. Mide la proporción (en porcentaje) de niños que han recibido las vacunas establecidas en el esquema y que por consiguiente quedan protegidos.

Esquema de vacunación: Es la representación cronológica y secuencial para la administración de las vacunas probadas oficialmente para el país, como parte de la política nacional de vacunación e inmunización.

Estrategia de inmunización: Son todas aquellas actividades que se realizan con el objeto de inmunizar a un mayor número de personas contra más enfermedades, introducir varias y nuevas vacunas.

Dosis: Las dosis recomendadas de inmunobiológicos se derivan de estudios experimentales, experiencias clínicas y las especificaciones del fabricante. La administración de dosis menores a las recomendadas, fraccionar dosis o administrarlas por vía equivocada,

puede hacer que la respuesta inmune que se obtenga no sea adecuada.

Inmunización: Es el proceso mediante el cual se adquiere en forma natural o artificial, la capacidad de defenderse ante una agresión bacteriana o viral.

Madres: Todas aquellas personas de sexo femenino que han concebido un hijo.

Niños: Para el estudio se considerará a todos aquellos menores de un año o un año completo.

Niño con Vacuna Completa: Es la niña o niño que de acuerdo a su edad a recibido las vacunas, según el esquema nacional de vacunación, a través del proceso de inmunización: recién nacido, niñas y niños menores de 1 año, niñas y niños de 1 año, etc.

Tasa De Abandono. Porcentaje de las personas que completaron el esquema de vacunación en comparación con los que iniciaron el esquema. Indica el grado de adhesión al esquema de una vacuna de dosis múltiple. Sirve para saber cuántos niños han regresado al establecimiento para completar su esquema.

Vacunas: Son productos biológicos obtenidos de bacterias o virus debilitados o muertos, sustancias sintetizadas por los mismos microorganismos (toxinas) productos obtenidos por ingeniería genética y por unión de sustancias (proteínas y polisacáridos), etc.

EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos.

Para realizar el presente trabajo académico profesional se ha llevado a cabo la recolección de datos utilizando la técnica de Revisión Documentaria para lo cual se hizo la evaluación de:

- Registros de vacunación: Se sacaron los datos para hacer el informe mensual de las vacunas.
- Archivos de ESNI (2012 – 2016) que contienen los informes mensuales de vacunas con los cuales se realizó la evaluación anual de coberturas teniendo en cuenta las vacunas indicadoras de cobertura.
- Registros de seguimiento: Para saber cuántos niños no cumplieron con su calendario de vacunación.

3.2 Experiencia profesional.

Durante el tiempo que vengo laborando en el Centro de Salud de Huancan – Huancayo, como responsable de la Estrategia Sanitaria Nacional De Inmunizaciones, he podido observar que las Coberturas de vacunación eran bajas, hecho que me ha motivado a trabajar sobre las causas principales del problema y se ha determinado que las madres o responsables de niños menores de un año no asistían a la estrategia de inmunizaciones por diferentes circunstancias; entre ellas: Problemas relacionados a las

reacciones adversas de las vacunas, falta de conocimiento sobre la importancia de las vacunas en la prevención de enfermedades, y por deficiencias en la atención del paciente que acudía por vacunas al establecimiento de salud, tales como: demora en la cola de admisión, demora en la búsqueda de su historia clínica, al final se veía obligado a regresar otro día por indicación del profesional que lo atendía.

Por otra parte, dejaba de ser atendido porque al revisar la tarjeta, no le tocaba su fecha de vacunación o simplemente no había en stock la vacuna indicada, entonces el paciente se molestaba y decía que *“eso le hubieran dicho temprano”*

Se debe hacer saber que la característica principal de la población de Huancan es mayormente migrante, donde podemos encontrar familias de Ayacucho, Huancavelica y otras procedentes de la Selva, en las mismas donde muchos de estos niños no cuentan con tarjeta de vacunación o si la tuvieron ya la extraviaron, otro número importante no tiene SIS porque sus padres nunca se preocuparon de inscribirlos para sacar su DNI, o tienen de su lugar de origen, y por el costo que esto implica y el desconocimiento no actualiza su nueva residencia y cuando acuden al servicio de admisión no se le puede extender su historia clínica por falta de este documento.

Se han registrado frecuentes atenciones en medicina por EDAs e IRAs, en niños menores de 1 año lo que ha conllevado a evidenciar que estos pacientes han abandonado o no han cumplido con su calendario de vacunación.

Además, para realizar las visitas domiciliarias de seguimiento en vacunas no se encontraba en la historia clínica la dirección exacta del paciente o alguna referencia de la casa, dificultando este trabajo; Cuando se realizaba visitas domiciliarias de seguimiento por vacunas los padres referían que la ausencia o abandono a la estrategia de inmunizaciones era debido al costo que significaba aperturar una HCL, la tarjeta de vacunación o el DNI., además, el personal de enfermería no le explicaba sobre los efectos secundarios de las vacunas, se olvidaban ponerle la fecha de su próxima cita y por la demora para ser atendidos en la estrategia.

La observancia de estos problemas en la atención del paciente en la estrategia de inmunizaciones se ha puesto en conocimiento del Comité de Gestión de la Calidad del Centro de Salud (Director y Jefaturas de Servicios) donde se propuso innovar el sistema de trabajo implementando las siguientes medidas:

El paciente que solicita servicios en el paquete de inmunizaciones (ESNI-CRED) previamente solicitara un cupo en este servicio para luego ser atendido en admisión donde deberá haber un personal

técnico que priorice la atención de estos pacientes en el manejo y apertura de HCLs adicionales en forma oportuna.

Además, no será requisito indispensable que el paciente cuente con SIS, u otros documentos para su atención, sin embargo, se le darán facilidades para su regularización con el apoyo del área de Servicio Social.

Todo el personal de salud deberá darle la debida prioridad al servicio de inmunizaciones por ser de naturaleza preventivo promocional a fin de que el paciente sea atendido primero y no se pierda una oportunidad de vacunación.

Realizar recordatorios a todo el personal del Centro de Salud y a la población en general sobre la gratuidad de las vacunas.

En el servicio de inmunizaciones deberá haber una enfermera y un personal técnico debidamente capacitado para dicha atención.

Toda enfermera que administra la vacuna al niño deberá brindar una educación individualizada a la madre o responsable del menor, utilizando si es posibles materiales didácticos u otros, sobre los beneficios, así como los riesgos o efectos secundarios de las vacunas que se administran. Además, deberá consignar: En la Historia Clínica, la dirección exacta incluyendo croquis del domicilio del menor y el número de teléfono fijo o celular de la madre; En la tarjeta de vacunación del niño, se deberá consignar la fecha de la

próxima cita en letras y con lápiz, y si es posible deberá de pegarse un dibujo a fin de resaltarlo.

3.3 Procesos Realizados.-

Para el procesamiento y el análisis de datos se aplicó la fórmula para obtener las coberturas de las vacunas básicas luego serán incorporados al programa Excel para su respectivo procesamiento estadístico.

IV.RESULTADOS

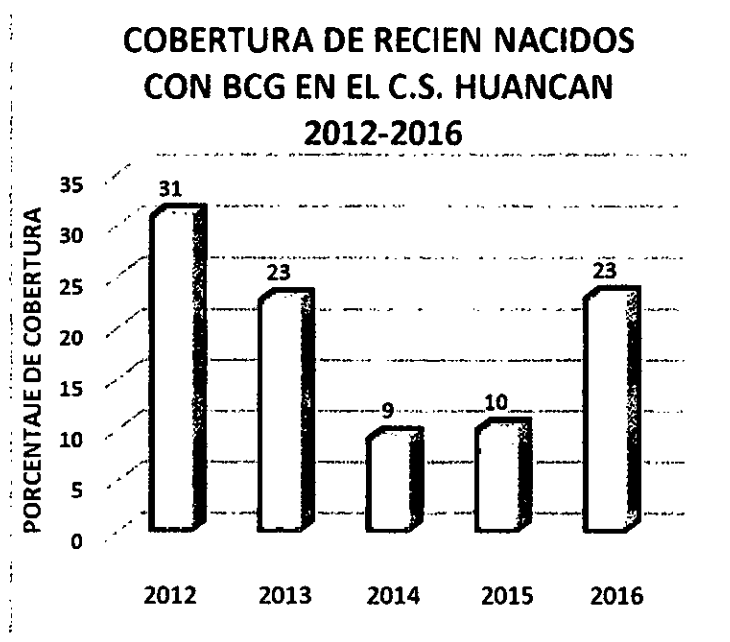
CUADRO N° 4.1

COBERTURA DE RECIEN NACIDOS CON BCG EN EL C.S. HUANCAN 2012-2016

AÑO	N° DE R.N. CON BCG.	POBLACION MENOR DE UN AÑO	COBERTURA (%)
2012	89	286	31
2013	67	292	23
2014	28	298	9
2015	31	302	10
2016	35	151	23

FUENTE: Informe analítico mensual de la Estrategia Nacional De Inmunización Del Centro De Salud – Huancan.

GRAFICO N° 4.1



En el grafico N°1 se puede apreciar que las coberturas de vacunación son bajas y van en descenso hasta el año 2014, porque se retira la atención de partos en el Centro de Salud por ser nivel primario (I-3); y a partir de este año van en ligero aumento porque se está trabajando con una población estimada del 50%.

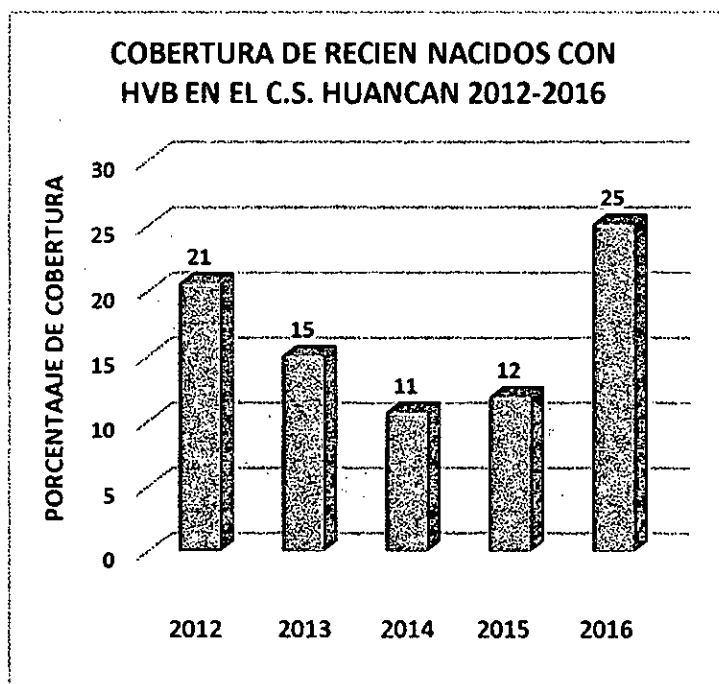
CUADRO N° 4.2

COBERTURA DE RECIEN NACIDOS CON HVB EN EL C.S. HUANCAN 2012-2016

AÑO	N° DE R.N. CON HVB.	POBLACION MENOR DE UN AÑO	COBERTURA (%)
2012	59	286	21
2013	44	292	15
2014	32	298	11
2015	36	302	12
2016	38	151	25

FUENTE: Informe analítico mensual de la Estrategia Nacional De Inmunización Del Centro De Salud – Huancan.

GRAFICO N° 4.2



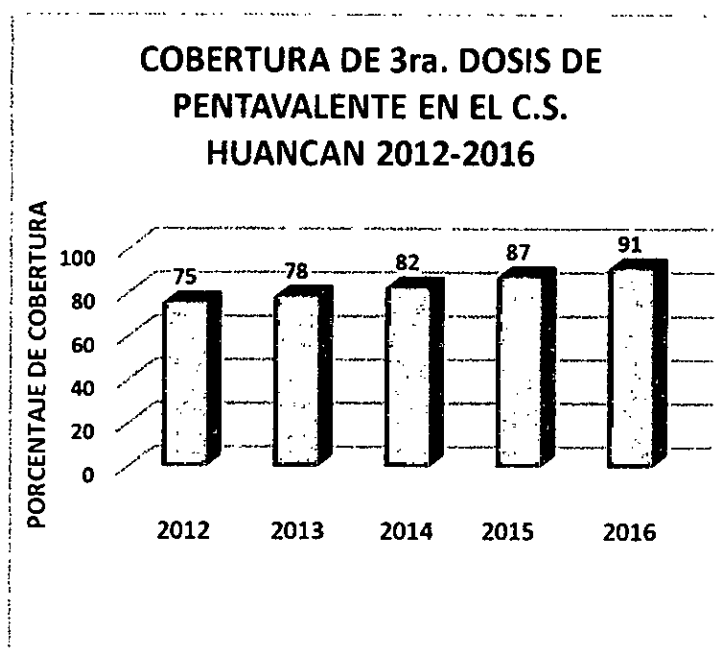
En el grafico N° 2 se puede apreciar que las coberturas de vacunación en los años 2012, 2013 y 2014 se ven afectadas porque se retira la atención de partos en el Centro de Salud, por ser nivel primario (I-3) y porque su administración es hasta las veinticuatro horas de nacido. Sin embargo, para el año 2016 la cobertura asciende porque se está trabajando con una población estimada del 50%.

CUADRO N° 4.3
COBERTURA DE 3ra. DOSIS DE PENTAVALENTE EN EL C.S.
HUANCAN 2012-2016

AÑO	N° DE 3ra. DOSIS DE PENTAVALENTE.	POBLACION MENOR DE UN AÑO.	COBERTURA (%)
2012	215	286	75
2013	228	292	78
2014	245	298	82
2015	263	302	87
2016	274	301	91

FUENTE: Informe analítico mensual de la Estrategia Nacional De Inmunización Del Centro De Salud – Huancan.

GRAFICO N° 4.3



En el grafico N° 3 se observa un ascenso de coberturas de vacunación desde el año 2012 al 2016 pese a que la población también va en aumento en estos años, esta vacuna está considerado como un indicador de evaluación, y es la que puede presentar reacciones adversas en el paciente; sin embargo, con el nuevo sistema de trabajo implantado en el Centro de Salud se ha logrado incrementar las coberturas llegando al año 2016 a un 91 %.

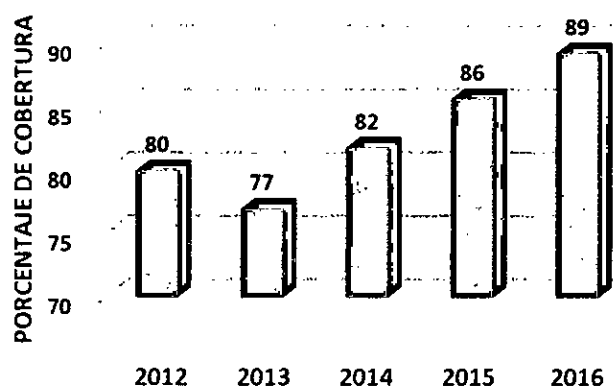
CUADRO N° 4.4
COBERTURA DE 3ra. DOSIS DE POLIO EN EL C.S. HUANCAN
2012-2016

AÑO	N° DE 3ra. DOSIS DE POLIO.	POBLACION MENOR DE UN AÑO.	COBERTURA (%)
2012	229	286	80
2013	225	292	77
2014	244	298	82
2015	259	302	86
2016	269	301	89

FUENTE: Informe analítico mensual de la Estrategia Nacional De Inmunización Del Centro De Salud – Huancan.

GRAFICO N° 4.4

**COBERTURA DE 3ra. DOSIS DE
 POLIO EN EL C.S. HUANCAN 2012-
 2016**



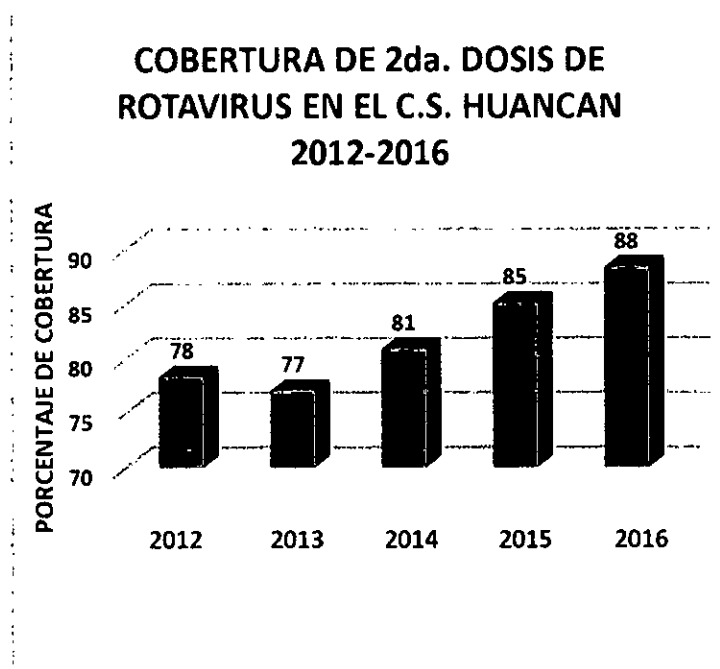
En el grafico N° 4 se observa un descenso para el año 2013 por el cambio de esquema en la administración de esta vacuna (las tres dosis eran con la vacuna polio oral y se cambia por 1ra. y 2da. dosis IPV. Intramuscular, 3ra. Dosis polio oral) este esquema ha creado rechazo en las madres los primeros meses. Sin embargo, desde el año 2014 al 2016 ascienden las coberturas en forma gradual debido al Nuevo Sistema de trabajo implementado en el Centro de Salud; llegando para el año 2016 al 89 % de cobertura para esta vacuna.

CUADRO N° 4.5
COBERTURA DE 2da. DOSIS DE ROTAVIRUS EN EL C.S. HUANCAN
2012-2016

AÑO	N° DE 2da. DOSIS DE ROTAVIRUS.	POBLACION MENOR DE UN AÑO.	COBERTURA (%)
2012	224	286	78
2013	225	292	77
2014	241	298	81
2015	257	302	85
2016	266	301	88

FUENTE: Informe analítico mensual de la Estrategia Nacional De Inmunización Del Centro De Salud – Huancan.

GRAFICO N° 4.5



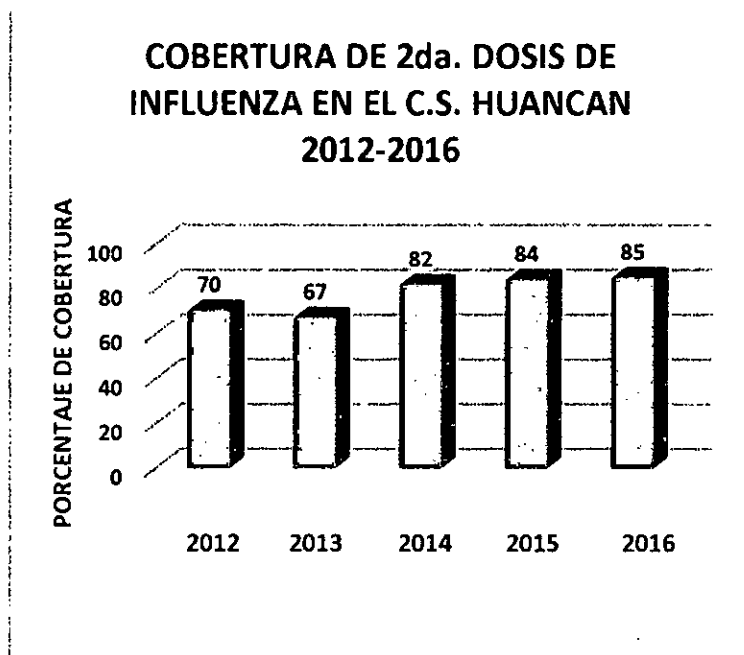
En el grafico N° 5 se observa aparentemente un descenso para el año 2013 pero no es así, porque la población aumenta, y se incrementa el número de vacunados; además el año 2012 y 2013 se administraba esta vacuna hasta los 5 meses y 29 días y a partir del año 2014 va en aumento porque la norma técnica indica administrar hasta los 7 meses 29 días. Y gracias al nuevo sistema de trabajo implementado en el centro de salud.

CUADRO N° 4.6
COBERTURA DE 2da. DOSIS DE INFLUENZA EN EL C.S. HUANCAN
2012-2016

AÑO	N° DE 2da. DOSIS DE INFLUENZA.	POBLACION MENOR DE UN AÑO.	COBERTURA (%)
2012	201	286	70
2013	196	292	67
2014	244	298	82
2015	254	302	84
2016	256	301	85

FUENTE: Informe analítico mensual de la Estrategia Nacional De Inmunización Del Centro De Salud – Huancan.

GRAFICO N° 4.6



En el grafico N° 6 se observa un descenso en la cobertura de vacunación para el 2013, ello es como consecuencia de que en este año el país soporto un rebrote de influenza, y se priorizo el envío de lotes de vacunas a zonas de mayor incidencia de esta enfermedad por este motivo al departamento de Junín recién llego esta vacuna en el mes de agosto; pero se observa un incremento de cobertura, gracias al nuevo sistema de trabajo implementado en el Centro de Salud.

CONCLUSIONES

- a) Se ha llegado a determinar que la intervención de enfermería representa un rol muy importante para que los pobladores en general tomen una actitud preventiva sobre el cumplimiento de las vacunas en los niños menores de 1 año a fin de que acudan al establecimiento de salud a recibir las respectivas vacunas.
- b) La educación individualizada o personalizada a las madres con niños menores de 1 año sobre las reacciones de las vacunas es de suma importancia pues se observa que ellas regresan por la segunda y tercera dosis con lo que se consigue elevar las coberturas.
- c) La buena organización administrativa, así como, la sensibilización a todo el personal de salud sobre la importancia y preferencia que tiene el servicio de inmunizaciones, mejora la atención y el buen trato al paciente, y disminuye el trabajo administrativo.
- d) El hecho de colocar datos importantes como; la dirección exacta del paciente incluyendo un croquis y puntos de referencia de su domicilio, así como, el número de teléfono fijo o celular; facilita al personal del servicio de inmunizaciones para realizar visitas domiciliarias con rapidez y efectividad.

RECOMENDACIONES

- a) Reforzar la comunicación con la población sobre la gratuidad de las vacunas en nuestro país y está garantizado para todos los pacientes que acuden al servicio de inmunizaciones del Centro de Salud.
- b) Todo el personal de salud debe darle la debida prioridad e importancia al servicio de inmunizaciones por ser de naturaleza preventiva y promocional a fin de que el paciente reciba una educación individualizada, sea atendido primero y no se pierda una oportunidad de vacunación.
- c) Es necesario que todo el personal de salud, administrativo y asistencial asuma la responsabilidad, sobre el estado vacunal del niño que es atendido y lo refiera al servicio de inmunizaciones del centro de salud.
- d) Seguir aplicando este sistema de trabajo porque se ha comprobado que ayuda a mejorar las coberturas de vacunación en la población, a realizar las visitas domiciliarias con efectividad y rapidez.

REFERENCIALES:

1. García H. (2010). *Nuevos enfoques sobre la aplicación de vacunas*. La Habana Num.2 Vol.19. [Recuperado 2017 Octubre 10] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-028X2010000200005&script>
2. USAID. (2007). *Acciones esenciales de inmunización*. In. Lima. p. 15, 20.
3. UNICEF (2004). O. yahoo. [Online]. [Recuperado 2017 junio 23]. Disponible en: profesional.medicinatv.com/fmc/cursovacunas/vacuna
4. USAID. (2007). *Acciones esenciales de inmunización*. In.; Lima. p. 17, 22, 23.
5. Ministerio de Salud. (2016). *Norma técnica de salud que establece el esquema nacional de vacunación*. R.M. Nro. 651-2016/MINSA. p. 8, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 25, 26, 27.
6. Manual de procedimientos técnicos sobre las normas del PAI. (2008) Disponible en: <http://www.msp.gob.do/PAI/dlist/MATERIALES/ESTRATEGIAS%20DE%20VACUNACION.pdf>
7. Prado Solar, L.A. (2014). *La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención*. p.36.

8. **PARION** Ascanta, G.B (2013-2014). Ecuador. sobre: "Estrategias Para Elevar Las Coberturas De Vacunación En Niños Menores De 5 Años En El Subcentro De Salud De La Parroquia De Oyacachi, Cantón El Chaco – Provincia De Napo"
9. **RODRÍGUEZ**, T.J. (2013). "Factores que influyen en el nivel de conocimientos de las Madres adolescentes sobre el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) del Sub-Centro Santa Rosa Salinas 2012- 2013".
10. **UPIACHIHUA** Salinas, H.E. (2015). "Factores Sociodemográficos, Culturales y el Cumplimiento del Calendario de Inmunizaciones en Lactantes, Puesto De Salud I-2 Masusa. Punchana, 2015."
11. **IZQUIERDO** Orosco, R de F. (2014). "Conocimiento De Madres De Niños Menores De Un Año Sobre Inmunizaciones y El Cumplimiento Del Calendario Vacunal".
12. **GONZALES** Sotelo, D.C. (2012). "*Factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación en las madres con niños menores de un año en el Centro de Salud de Mala, 2011*".

ANEXOS

ANEXO I.

CUADRO N° 1.

Proporción de menores de 12 meses con vacunas básicas completas para su edad* según característica seleccionada.

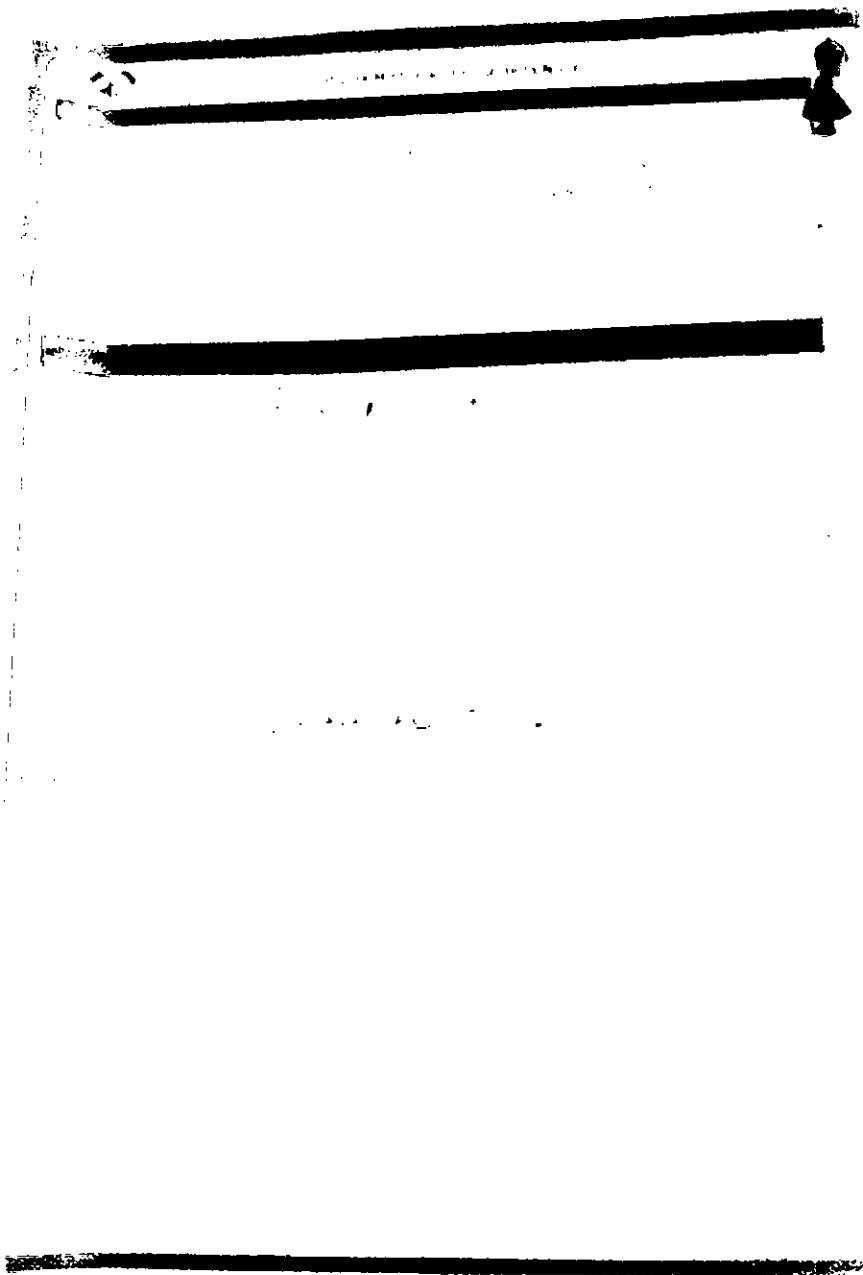
2007	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	60,4	66,5	77,2	76,8	63,2	55,7	67,8

***Vacunas básicas completas incluye: 1 dosis de BCG, 3 dosis de DPT, 3 dosis y 1 dosis contra la polio y una dosis contra el sarampión.**

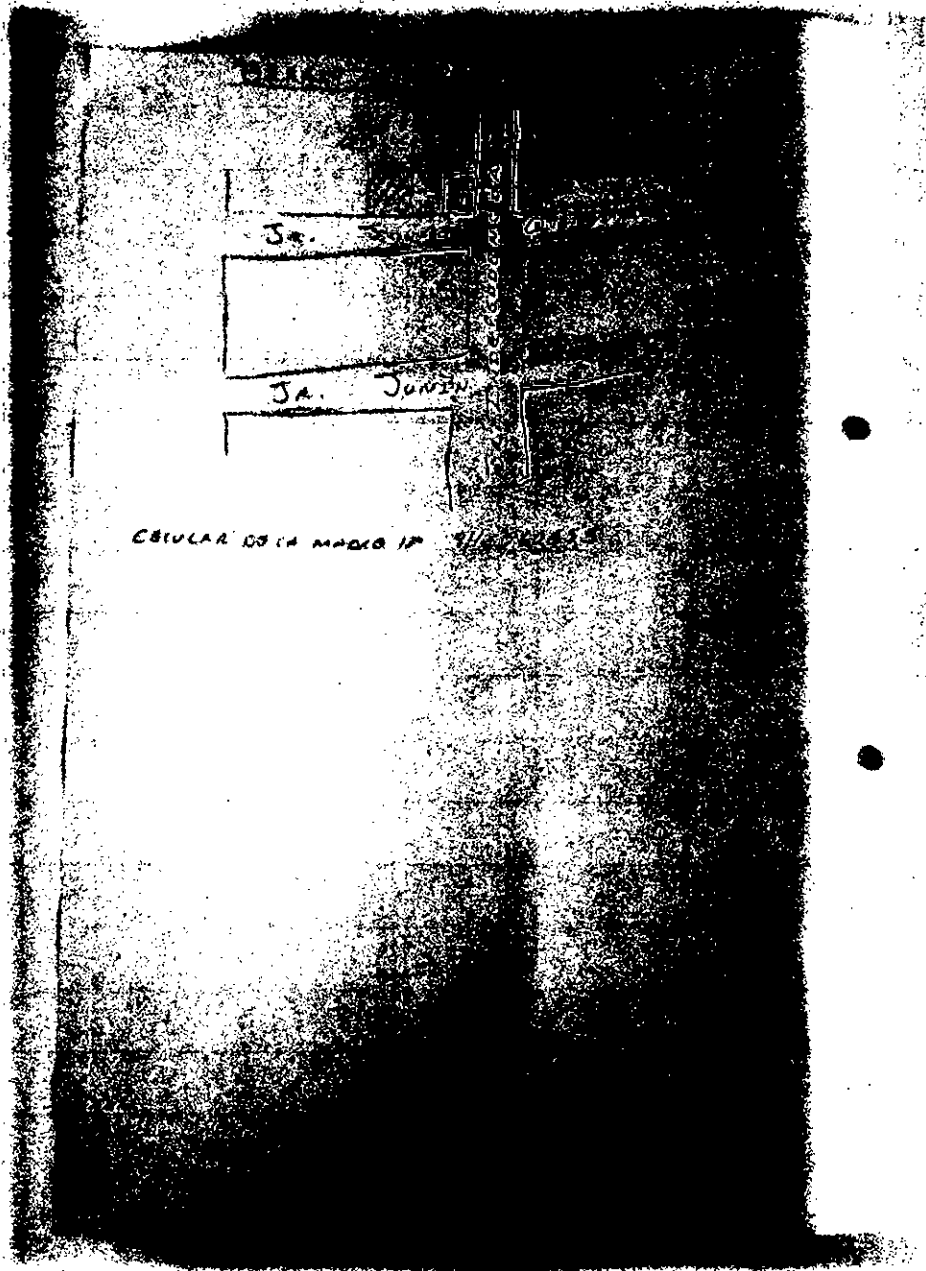
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística e Informática: indicadores de resultados de los Programas Presupuestales Estratégicos primer semestre 2015.

ANEXO III.

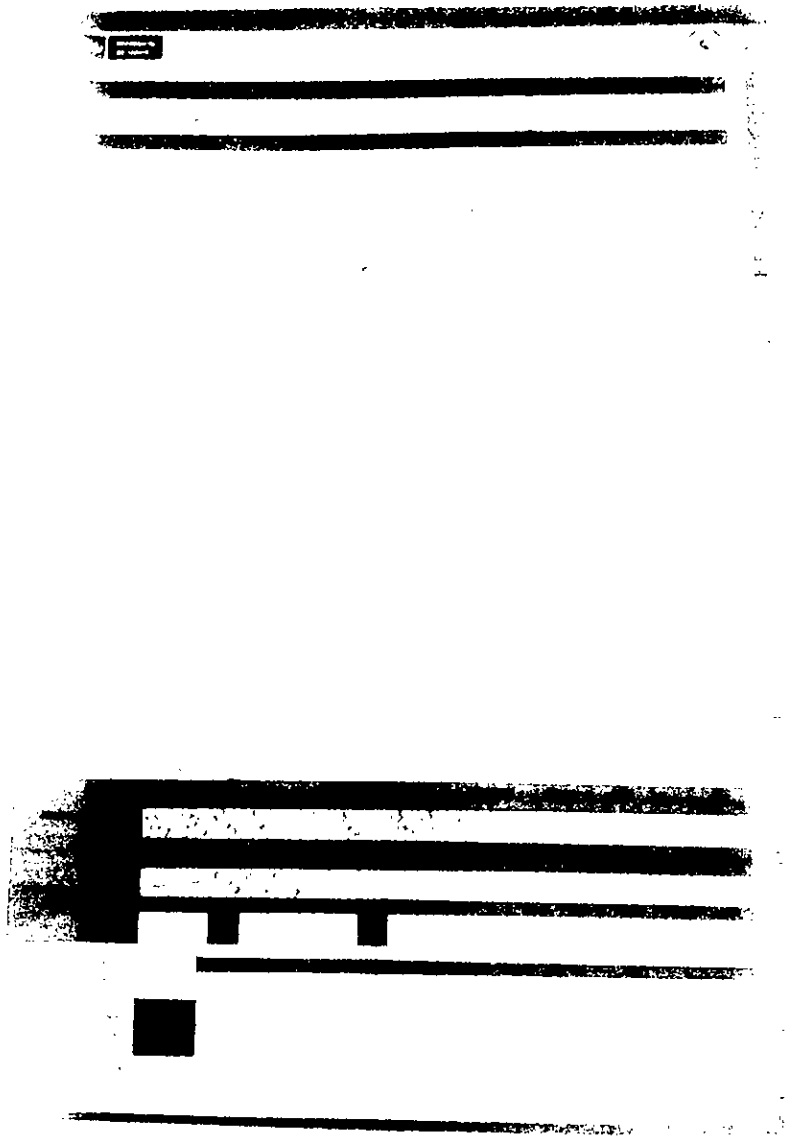
Historia Clínica consignando los datos personales, la dirección exacta incluyendo croquis del domicilio del menor y el número de teléfono fijo o celular de la madre.



Fuente: Archivo del Centro de Salud 2017.



Fuente: Archivo del Centro de Salud 2017.



Fuente: Archivo del Centro de Salud 2017.

ANEXO IV.

Carné de Atención Integral de Salud consignando dentro de un dibujo la fecha exacta de la próxima cita a fin de resaltarlo.

CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA C.S. HUANCABAMBA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD **C.S. HUANCABAMBA**
Ficha Familiar o Historia Clínica **24576**
Tipo de seguro **525**
Apellidos y Nombres de la Niña **MUNOZ CARBAJAL**
Fecha de Nacimiento **02/08/17** DNI **00000000000**
Nombre de la Madre **GLADYS CARBAJAL**
Nombre del Padre **MAO MUNOZ HUANCABAMBA**
Dirección Actual **BARAZO BOVENIA**

VACUNACIÓN (Año): Fecha de **BCO** **03/10/17**

02/08/17	0
03/10/17	0

03 DE FEBRERO 2018

Puntaje de Vacunación
03/10/17 03/12/17

Neumococo
03/10/17 03/12/17

Rotavirus
03/10/17 03/12/17

Influenza
03/10/17 03/12/17

SPR **AA**

DPT

Vacunación adicional (comorbidad o barrido)

LA VACUNA ES GRATUITA. TODO EL AÑO Y NO REQUIERE CUPO

Fuente: Archivo del Centro de Salud 2017.

ANEXO V

FOTOS DE MI TRABAJO ACADEMICO PROFESIONAL EN EL CENTRO DE SALUD DE HUANCAN – HUANCAYO

**Comité de Gestión de la Calidad del Centro de Salud de Huancan -
Huancayo.**



Fuente: Archivo Personal 2017.

Administrando vacunas a los niños menores de 1 año. Que asisten a la Estrategia de Inmunizaciones del Centro de Salud de Huancan – Huancayo.



Fuente: Archivo Personal 2017.



Fuente: Archivo Personal 2017.



Fuente: Archivo Personal 2017.



Fuente: Archivo Personal 2017.



Fuente: Archivo Personal 2017.



Fuente: Archivo Personal 2017.

Dando Educación Personalizada e Individualizada a las madres en la Estrategia de Inmunizaciones del Centro de Salud de Huancan – Huancayo.

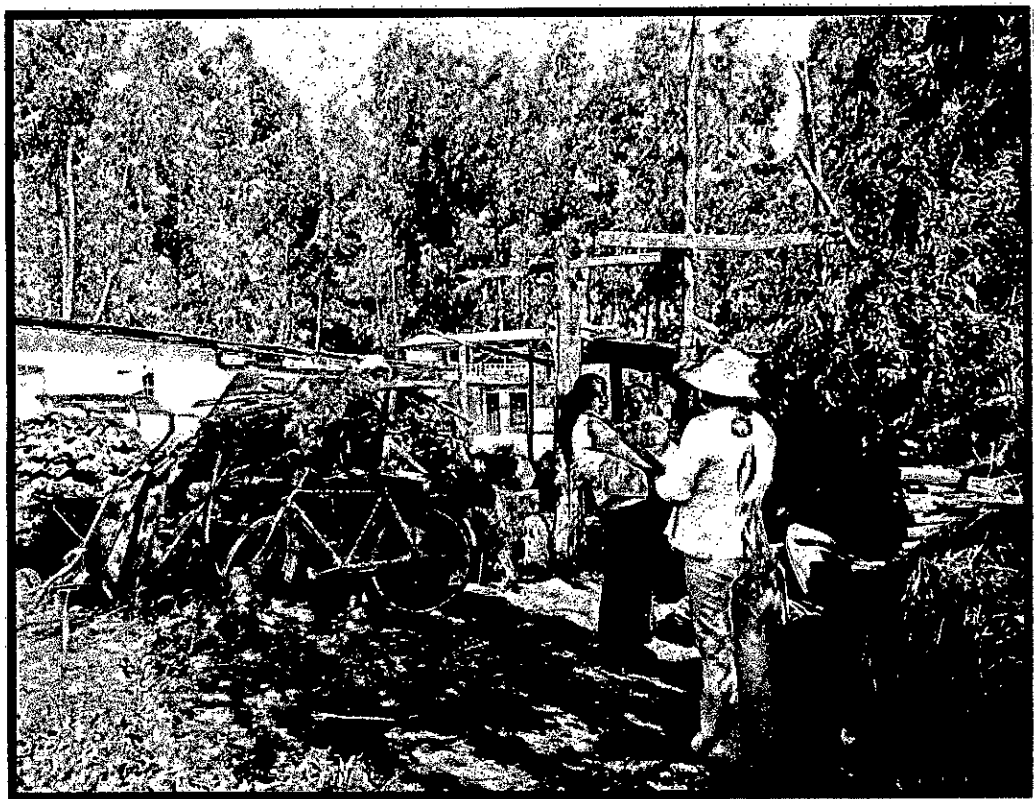


Fuente: Archivo Personal 2017.



Fuente: Archivo Personal 2017.

Realizando Visitas Domiciliarias de Seguimiento a las madres con niños menores de 1 año.



Fuente: Archivo Personal 2017.