

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ESTRATEGIA SANITARIA
DE INMUNIZACIONES EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD
MICAELA BASTIDAS-PIURA, 2015-2017**

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

VICTOR RAÚL SÁNCHEZ LARA

**Callao, 2018
PERÚ**

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	6
II. MARCO TEÓRICO	9
2.1 Antecedentes	9
2.2 Marco Conceptual	12
2.3 Definición de Términos	27
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	29
3.1 Recolección de Datos	29
3.2 Experiencia Profesional	29
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	30
IV. RESULTADOS	31
V. CONCLUSIONES	61
VI. RECOMENDACIONES	67
VII. REFERENCIALES	68

INTRODUCCION

Las inmunizaciones es una de las intervenciones sanitarias más potentes y eficaces en relación con el costo. Las vacunas tienen la capacidad no solo 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.

En la atención primaria de salud la inmunización tienen una importancia principal por que contribuyen a mejor la salud de la población mediante la erradicación, eliminación y control de enfermedades debilitantes y discapacitante y salvar millones de vida cada año, y donde enfermería tiene un prestigio ampliamente reconocido.

El panorama de las inmunizaciones desde el futuro es que a través del "Plan de Acción Mundial sobre vacunas 2011-2020", se haya librado al mundo de la carga mortal que supone enfermedades como polio, sarampión, rubéola, HvB, Hib, FA. El uso de vacunas nuevas como neumococo y rotavirus, quizá haya inspirado nuevos y ambiciosos objetivos relacionados con la salud y el desarrollo; asimismo, tal vez se hayan obtenido vacunas capaces de invertir la situación del paludismo, la TBC y el sida.

El presente informe de experiencia profesional titulado "Intervención de Enfermería en la Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones en el E.S.I-3

Micaela Bastidas, año 2015-2017” tiene por finalidad describir la participación de enfermería en la gestión, administración y cuidado de las vacunas, asegurando coberturas anuales iguales o mayores a 95%, contribuyendo de esta manera desde la atención primaria de salud al logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, al disminuir las muertes en niños menores de cinco y erradicar la pobreza.

El presente informe consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: **El capítulo I:** describe el planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación; **el capítulo II:** incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos; **el capítulo III:** considera la presentación de la experiencia profesional; **capítulo IV:** resultados; **capítulo V:** conclusiones; **capítulo VI:** recomendaciones y el **capítulo VII:** referencias bibliográficas.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBELMA

1.1 Descripción de la situación problemática

Vacunas: “A excepción del agua limpia, ningún otro factor, ni siquiera los antibióticos, ha ejercido un efecto tan importante en la reducción de la mortalidad...” (1)

Las vacunas son suspensiones de microorganismos vivos, inactivos, fracciones de los mismos o partículas proteicas, que al ser administradas inducen una respuesta inmune que previene la enfermedad contra la que está dirigida.

La inmunización consiste en introducir en el organismo un antígeno (bacteria, virus, parásito) para generar una respuesta inmune, de esta manera cuando el sistema inmune vuelva a tener contacto con el microorganismo administrado será capaz de defenderse y de proteger, así a la persona vacunada.

A nivel personal y colectivo profesional se aprecia en la estrategia de inmunizaciones del establecimiento serias deficiencias relacionadas con las actividades propias del programa. No se desarrolla el protocolo del acto vacunal a cabalidad, hay deficiencias en la recepción de los abastecimientos para identificar las remesas nuevas y remesas antiguas, no se cumplen los

protocolos de disposición de los residuos vacúnales, se ha abandonado las actividades de capacitación, las oportunidades perdidas de capacitación y falsas contraindicaciones para la vacunación interfieren con el logro de coberturas.

A nivel región Piura con un 75% de cobertura vacunal, ocupa el noveno lugar entre las regiones que tienen la más baja cobertura de vacunas lo cual pone en riesgo la salud de la primera infancia en la región (5)

El establecimiento de salud I-3 Micaela Bastidas es una unidad operativa de la DISA PIURA, comprendido en el I nivel de atención. En este nivel se desarrollan principalmente actividades de promoción, prevención y recuperación de la salud. Como parte de sus funciones esta la prevención de riesgos y daños, mediante el desarrollo de las estrategias nacionales. 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.

.La correcta gestión de las vacunas es básica para una buena inmunización. Por ello es necesario la adquisición de conocimientos y habilidades en esta área por parte de los enfermeros que intervienen en las consultas de enfermería en los establecimientos de salud y consultorios particulares, para lograr la aceptación de las vacunas por parte de la comunidad, mejorar las

coberturas de vacunación y evitar las miles de muertes que se producen anualmente por las enfermedades inmunoprevenibles.

1.2 **Objetivo**

Presentar la intervención de enfermería en la estrategia sanitaria de inmunizaciones en el E.S.I-3 Micaela Bastidas de la DISA PIURA, en el año 2017-2017

1.3 **Justificación**

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer la intervención de enfermería en la estrategia sanitaria de inmunizaciones en el E.S. I-3 Micaela Bastidas, manteniendo coberturas estándares recomendadas por la organización mundial de la salud, con el propósito de contribuir a la erradicación de enfermedades como el polio y la eliminación del sarampión y rubéola y a mejorar la salud de la población, evitando la morbilidad, discapacidad y muerte por enfermedades inmunoprevenibles.

Asimismo, el presente informe se justifica:

Nivel Teórico: el presente informe servirá para precisar las capacidades que tienen los profesionales de enfermería que laboran en la atención primaria estrategia sanitaria de inmunizaciones, gestionando los programas de vacunas,

manteniendo la cadena de frío, administrando las vacunas de manera segura, asegurando las coberturas de vacunación y observando y resolviendo las posibles reacciones adversas.

Nivel Económico: la inmunización, incluso con las vacunas más caras, sigue suponiendo una buena inversión y una intervención sanitaria de demostrado costo eficacia. Un ejemplo extremo es su capacidad para eliminar una enfermedad por completo del panorama de la salud pública, como la viruela, o de grandes zonas del mundo, como la polio, el sarampión y rubéola. La erradicación de la viruela costó 100 millones de dólares a lo largo de un período de 10 años hasta 1977. Esa inversión, según una estimación (7), lleva desde entonces ahorrando al mundo alrededor de 1300 millones de dólares al año en costos de tratamiento y prevención.

Nivel Social: a nivel social el informe beneficiaría a la imagen de los enfermeros de la atención primaria, porque administrando, gestionando y cuidando las vacunas están contribuyendo a prevenir enfermedades debilitantes, discapacitantes y salvando millones de vida cada año. Además las vacunas tienen la capacidad no solo 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. Generosa contribución a la sociedad.

Nivel Metodológico: logrará precisar algunos aspectos a considerar por los profesionales de enfermería tanto en pre y post grado, en la gestión, almacenamiento y administración de las vacunas, manteniendo su potencia hasta su administración segura a las personas.

II. MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes

S. Martínez-Diz, M. Martínez Romero, M. Fernández-Prada, M. Cruz Piqueras, R. Molina Ruano, M.A. Fernández Sierra, Granada-España “Demandas y expectativas de padres y madres que rechazan la vacunación y perspectiva de los profesionales sanitarios sobre la negativa a vacunar”, año 2013; cuyo objetivo era Explorar las opiniones, creencias y actitudes sobre la vacunación, de padres y madres que deciden no vacunar a sus hijos/as. Conocer las opiniones y las actitudes de profesionales sanitarios sobre el comportamiento de estas personas hacia la vacunación. La Investigación fue de tipo cualitativa basada en entrevistas semiestructuradas y grupo focal a padres/madres de Granada que deciden no vacunar a sus hijos/as y a profesionales sanitarios implicados en la vacunación infantil. Análisis de contenido de tipo semántico con categorización de respuestas en unidades temáticas. Las conclusiones en el presente estudio fueron: Los no vacunadores han perdido la percepción del balance beneficio de la vacunación frente al riesgo individual de presentar enfermedades inmunoprevenibles y plantean la necesidad del consentimiento informado. Los profesionales consideran poco contrastadas las

argumentaciones de los no vacunadores y exponen la existencia de fallos en las coberturas reales de vacunación y en los sistemas de registro de la información. Como mejoras se plantea centralizar los registros, compararlos con los listados de educación, trabajar con líderes locales e informar periódicamente sobre la situación de las enfermedades inmunoprevenibles.

Rosario de Fátima Izquierdo Orosco, Lima “Conocimiento de madres de niños menores de un año sobre inmunizaciones y el cumplimiento del calendario vacuna”, 2014; cuyo objetivo era 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. El estudio fue de tipo cuantitativo correlacional, de corte trasversal no experimental. 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, las cuales fueron elegidas por muestreo probabilístico de acuerdo al parámetro de la proporción del atributo de interés. 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 SPSS y fueron analizados mediante el coeficiente de

correlación de Spearman y la Prueba de Independencia Chi 2. Las conclusiones obtenidas fueron: que el conocimiento medio a bajo que tienen las madres, se relaciona con el incumplimiento del calendario vacunal; así como está asociado con los demás factores sociodemográficos intervinientes.

Fustamante Pérez, Joneyva Maylith, Chiclayo "Aplicación del calendario de vacunación desde la perspectiva del profesional de enfermería en la red Chiclayo, 2015; cuyo objetivo fue describir y analizar la aplicación del calendario de vacunación desde la perspectiva del profesional de enfermería. La metodología de tipo cualitativa, con abordaje estudio de caso se sustentó en los conceptos de: vacunas y esquema de inmunizaciones según la Norma Técnica de Salud, que establece el esquema nacional de vacunación – MINSA 2013 y enfermería según Pender. Los sujetos de investigación fueron 8 profesionales de enfermería; la muestra se determinó con la técnica de saturación y redundancia; los datos se recolectaron mediante la técnica de entrevista semiestructurada; se analizó a través de análisis de contenido. Como conclusiones del presente estudio mencionamos que: la aplicación del calendario de vacunación desde la perspectiva del profesional de enfermería de la Red Chiclayo se cumple en su gran mayoría según lo establece la normatividad vigente, pero, existen factores que impide

su cumplimiento como: La no aceptación de la madre por el número de vacunas a aplicar, el horario rígido de algunas vacunas, escasez de biológicos y disconformidad de la enfermera con el esquema de vacunación.

2.2 Marco Teórico

2.2.1 Situación General de las inmunizaciones

Exceptuando la generalización del agua potable y la mejora de las condiciones de saneamiento y de higiene, ninguna acción humana tuvo un impacto comparable al de la vacunación en la lucha contra enfermedades infecciosas y en la reducción de la tasa de mortalidad. (8)

Además de su impacto positivo en la salud individual y comunitaria, la inmunización tiene otros beneficios de largo alcance. Según un reciente estudio de un equipo de la Escuela de Salud Pública de Harvard, al mantener a los niños sanos y escolarizados, la inmunización ayuda a aumentar la esperanza de vida y el tiempo dedicado actividades productivas, con lo que contribuye a la reducción de la pobreza (2)

Desde la cumbre del milenio celebrada en el año 2000, la inmunización ha pasado a tener un lugar central, como una de las estrategias para lograr el ODM 4, al reducir la mortalidad en niños menores de 5 años.

El decenio del presente siglo ha sido el más productivo en la historia de la obtención de vacunas. En cuanto a las nuevas vacunas, se ha demostrado que la vacuna neumocócica está asociada a una reducción del 39% en el número de hospitalizaciones por neumonía debida a cualquier causa. Entre los niños que sobreviven a un episodio de meningitis neumocócica, una elevada proporción queda afectada por discapacidades a largo plazo. Del mismo modo, se ha demostrado que la vacuna anti rotavirus reduce las consultas clínicas y hospitalizaciones debidas a diarrea por rotavirus en un 95%.

Durante el último decenio los programas de inmunización han sumado nuevas vacunas a las 6 iniciales (difteria, tétanos, tos ferina, sarampión, poliomielitis y tuberculosis) que se administraban a los niños pequeños. Alcanzar los objetivos del Plan de Acción Mundial sobre Vacunas 2011-2020, significaría proteger a los niños contra 14 enfermedades: difteria, tos ferina, tétanos, sarampión,

parotiditis, rubéola, poliomielitis, hepatitis b, Hib, enfermedad meningocócica, enfermedad neumocócica, enfermedad diarreica por rotavirus, y fiebre amarilla. Si todos los países inmunizaran al 90% de los niños menores de cinco años con las vacunas correspondientes, se calcula que podría prevenirse 2 millones de muertes al año en este grupo de edad (2)

La inmunización figura entre las intervenciones sanitarias más eficaces en relación con el costo. En los años 80 el promedio de gasto anual total en los países en desarrollo fue de 3.50 – 5.00 dólares por nacido vivo. Según las previsiones, de aquí al 2020, es probable que la ampliación de las coberturas con nuevas vacunas como la neumocócica y la vacuna contra el rotavirus, haga que el costo suba por encima de 30 dólares por nacido vivo.

Cabe preguntarse ¿Merece la pena la inversión? Los datos sobre la costoeficacia de la inmunización así lo confirman. La erradicación mundial de la viruela que costó 100 millones de dólares a lo largo de 10 años, ha permitido ahorrar 1300 millones de dólares al año sólo en costos de tratamiento y prevención (7)

2.2.2 Seguridad de las vacunas

Las vacunas actuales son mucho más seguras que hace 40 años, porque cumplen con estrictos parámetros de calidad desde la producción hasta su aplicación, se vigila su impacto en el control de las enfermedades y se investigan los posibles eventos adversos que se puedan producir.

Las vacunas que se obtienen en la región de la Américas para los programas nacionales de inmunización a través del Fondo Rotatorio de la OPS cumplen con las especificaciones de la OMS, con los siguientes requisitos:

- Examen de las características de la vacuna;
- Cumplimiento de las normas de buenas prácticas de fabricación; y
- Aprobación por la autoridad nacional regulatoria del país productor.

La OMS certifica que una vacuna es de buena calidad si la ANR supervisa la calidad de la vacuna y cumple con las seis funciones esenciales exigidas para los laboratorios productores. (11)

2.2.3 Panorama de las inmunizaciones desde el futuro.

De aquí al 2020, las estrategias que se han puesto en marcha a través del Plan de Acción Mundial sobre Vacunas 2011-2020, deberían haber conseguido que la mortalidad en menores de cinco años se haya reducido a un mínimo histórico. La polio debería estar erradicada y el sarampión eliminado en todos los países. El tétanos neonatal y materno debería haber dejado de causar tantas víctimas entre los bebés y sus madres, y las vacunas HvB, Hib, y FA, tal vez hayan librado al mundo de la carga mortal que suponen esas enfermedades.

El uso de nuevas vacunas contra las enfermedades diarreicas por rotavirus, Ca. de cuello uterino por VPH y neumocócica, quizá haya inspirado un conjunto nuevo y ambicioso de objetivos internacionales relacionados con la salud y el desarrollo. Tal vez se hayan obtenido vacunas capaces de invertir la situación del paludismo, la tuberculosis y el sida.

También se prevén nuevos sistemas de administración de vacunas. Es probable que los dispositivos que utilizan agujas hayan sido sustituidos por nuevos sistemas como

preparaciones en aerosol para uso nasal o pulmonar, parches cutáneos adhesivos, gotas sublinguales y comprimidos de administración oral.

Otro avance sería la obtención de vacunas termoestables. Si los viales de vacunas van equipados de un monitor que permita comprobar la exposición al calor, esas vacunas podrían utilizarse fuera de la cadena de frío, lo que aliviaría en gran medida la sobrecarga de la cadena de frío y la logística en general.

Al mismo tiempo, el mundo habrá de hacer frente a nuevos retos. El cambio climático, supondrá un gran problema que probablemente alterará el contexto epidemiológico en el que operan las vacunas y la inmunización, lo que traerá consigo nuevos desafíos sanitarios.

2.2.4 Pilares básicos de los programas de inmunización

La vigilancia y el seguimiento son pilares básicos de los programas de inmunización. Un sistema eficaz de vigilancia de las enfermedades proporciona la información indispensable que se necesita para orientar un programa de inmunización. Un sistema de vigilancia y seguimiento eficaz permite conocer el comportamiento de las enfermedades en

la población, la brecha de cobertura, orienta la adopción de decisiones en la introducción de nuevas vacunas, seguir el impacto de estas en la morbilidad y realizar la vigilancia posterior a la comercialización para garantizar la inocuidad de todas las vacunas recién introducidas.

2.2.5 Las enfermedades y sus vacunas

Difteria: controlada mediante vacunas pero esperando para resurgir

Hepatitis B: la primera vacuna contra el cáncer

Papilomavirus humano: una segunda vacuna contra el cáncer

Gripe: los científicos siguen buscando la clave

Sarampión: un avance sin precedentes, pero un alto riesgo de reaparición

Parotiditis: no siempre leve, aún por conquistar

Rubéola: eliminación de un peligro para el niño no nacido

Tos ferina: demasiados niños sin vacunar, demasiadas muertes sin contabilizar

Poliomielitis: un final difícil

Rabia: una muerte terrible que puede prevenirse con una vacuna

Tétanos neonatal y materno: victoria a la vista

Tuberculosis: a la espera de una vacuna mejor

Enfermedad neumocócica: alta mortalidad por muchas cepas diferentes, grandes esperanzas en las nuevas vacunas

Rotavirus: vacunas que pueden prevenir medio millón de muertes al año

2.2.6 Esquema nacional de inmunizaciones

El esquema nacional de inmunizaciones del estado peruano protege contra 15 enfermedades, cuyos antígenos están contenidos en la presentación de diversas vacunas, con la finalidad de contribuir a mejorar el nivel de salud de la población, mediante el control de las enfermedades inmunoprevenibles.

El esquema nacional de inmunización, se establece como único para todo el país, y es de cumplimiento obligatorio en

el territorio nacional por todas las instituciones públicas y privadas del sector salud.

El esquema nacional de inmunizaciones incluye las siguientes vacunas:

- 1) Vacuna BCG
- 2) Vacuna contra la HVB
- 3) Vacuna pentavalente
- 4) Vacuna toxoide diftérico pediátrico (DT)
- 5) Vacuna contra Hib
- 6) Vacuna contra la poliomielitis
- 7) Vacuna contra rotavirus
- 8) Vacuna contra neumococo
- 9) Vacuna contra sarampión, paperas y rubéola
- 10) Vacuna contra el sarampión y rubéola
- 11) Vacuna antiamarílica
- 12) Vacuna dT adulto
- 13) Vacuna contra el virus del papiloma humano

14) Vacuna contra la influenza

15) Vacuna contra la rabia humana

El gobierno peruano garantiza la gratuidad de las vacunas y su administración en las actividades regulares y complementarias de vacunación (9)

2.2.7 Definiciones técnicas

La vía de administración es específica para cada vacuna, con el fin de evitar efectos indeseables y para asegurar una máxima eficacia de la vacuna.

No existen intervalos máximos entre las dosis de vacunas. Si un niño se ha atrasado, no se debe reiniciar su esquema, lo importante es el número total de dosis y no el intervalo entre las mismas. Para efectos de protección es importante que el niño reciba su vacuna en la edad indicada.

El carnet de vacunación es el instrumento para la evaluación y seguimiento del programa de vacunación, y es importante valorarlo y cuidarlo. Si el carnet se ha perdido y no hay forma de saber el número de dosis recibidas, se reinicia el esquema.

La administración de dosis menores a las recomendadas puede hacer que la respuesta inmune que se obtenga no sea adecuada. De forma similar no se debe exceder en la dosis máxima recomendada ya que no garantiza mejor respuesta, y en cambio puede resultar peligroso para el receptor, por la excesiva concentración de antígenos.

Los componentes de una vacuna generalmente son: antígeno, líquido de suspensión, preservativos/estabilizadores/antibióticos y adyuvante.

Las reacciones adversas a la vacunación puede ser resultado de la vacuna misma, errores programáticos, una reacción impredecible, o coincidencia con otros hechos.

A pesar que las verdaderas contraindicaciones para la vacunación son raras, muchas veces se dan falsas contraindicaciones, que lo único que generan son oportunidades pérdidas de vacunación, exponiendo a los niños a enfermar. Generalmente ocurre por desconocimiento del personal de salud o creencias de la población.

El uso simultaneo de varias vacunas y de vacunas combinadas, evita las oportunidades pérdidas de vacunación, disminuye el número de pinchazos, aumenta la

aceptación por parte de la familia, sin aumentar los efectos adversos.

Se conoce como oportunidad pérdida de vacunación a todas aquellas situaciones en las que un niño con su madre acuden al E.S. o son visitados en su domicilio y no se le aplica las vacunas necesarias a pesar de no tener contraindicaciones. Ocurren por falsas contraindicaciones, actitud del personal, logística y organización del servicio.

Se conoce como inmunidad de grupo o rebaño, a la protección que reciben las personas no vacunadas o con esquemas incompletos, como consecuencia de aumentar la cobertura de vacunación igual o mayor a 95%, reduciendo de esta manera la probabilidad de infección y transmisión de una enfermedad en la comunidad (11)

Actividades regulares de vacunación, son actividades diarias de vacunación de carácter preventivo, que forma parte de la atención integral de las personas con la finalidad de garantizar su protección contra enfermedades prevenibles por vacunación. La vacunación extramural, asegura el seguimiento a las niñas y niños para completar el esquema de vacunación en forma oportuna.

Las actividades complementarias de vacunación están orientadas a una población objetivo, se implementan en un período de tiempo definido y se programan para completar las acciones regulares de vacunación, o ante un evento de riesgo epidemiológico por enfermedades prevenibles por vacunas en eliminación o control.

Barrido, es una actividad complementaria de vacunación masiva, que se realiza con la finalidad de desarrollar una barrera sanitaria en un determinado lugar en riesgo epidemiológico por la presencia de un caso confirmado de una enfermedad sujeta a erradicación o eliminación, o frente a la acumulación de susceptibles. La táctica por excelencia es la vacunación casa por casa. La vacunación comprende a toda la población objetivo, a quien se administrará la vacuna sin considerar su estado vacunal previo. Su ejecución debe de realizarse en 2-4 semanas como máximo.

Bloqueo, es una actividad complementaria de vacunación, que se realiza ante la notificación de un caso sospechoso de una enfermedad prevenible por vacunación sujeta a eliminación o control, con la finalidad de administrar una vacuna que previene la enfermedad en cuestión en la población que reside en un lugar determinado, generalmente

de 5 manzanas a la redonda en torno a la ubicación de la vivienda del caso notificado. Su ejecución debe realizarse dentro de las 48 horas de notificado el caso. Para esta actividad se considera el estado vacunal previo de la persona (9)

2.2.8 Principales retos y respuestas de la OMS

La OMS está colaborando con los países, para mejorar con la cobertura vacunal mundial, mediante las iniciativas adoptadas por la Asamblea Mundial de la salud en mayo 2012:

El Plan de acción mundial sobre vacunas 2011-2020, es una hoja de ruta destinada a prevenir millones de muertes mediante el acceso más equitativo a las vacunas para el 2020.

La semana mundial de la inmunización: se celebra en la última semana de abril de cada año, cuyo objetivo consiste en promover la vacunación para proteger contra las enfermedades a las personas de todas las edades. La inmunización salva millones de vida y en todo el mundo se le reconoce ampliamente (10)

2.2.9 Teoría de enfermería de Nole Pender (Teoría de Promoción de la Salud)

Las teorías ayudan a entender algunos aspectos de la práctica de enfermería.

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender se basa en la educación de las persona, sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable.

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-perceptuales que se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud.

En este contexto se sitúa lo que conocemos como “Enfermería Comunitaria” cuyo núcleo principal es la atención primaria, donde se desarrollan actividades para promover, prevenir y restaurar la salud. El papel de la enfermería en la vacunación es muy importante; además de administrar, gestionar y mantener las vacunas, tiene que estar al corriente a la aparición de nuevas vacunas, los cambios constantes en los calendarios vacúnales, para atender con garantía a toda la población (12)

2.3 Definición de términos

2.3.1 Enfermedad inmunoprevenibles: son enfermedades transmisibles que tienen diferentes vías de transmisión, pero se pueden prevenir a través de las vacunas

2.3.2 calendario de vacunas: es la representación ordenada y secuencial de la administración de las vacunas, oficialmente aprobadas para el país y de cumplimiento obligatorio en todo el territorio nacional.

2.3.3 inmunobiológicos: son los productos con capacidad de generar una respuesta inmune por el organismo contra un agente específico. Incluye vacunas, toxoide, inmunoglobulinas, antitoxinas

2.3.4 vacuna: son suspensiones de microorganismos vivos, muertos, fracciones de los mismos o partículas proteicas, que al ser administradas inducen una respuesta inmune que previene la enfermedad contra la que está dirigida

2.3.5 Niño con vacuna completa: niño menor de 5 años que ha recibido todas las vacunas del esquema nacional de vacunación, según el cronograma estipulado para su edad.

Este criterio se utiliza como indicador para evaluar coberturas

2.3.6 Cobertura de vacunación: Es el porcentaje de población que tuvo acceso a las dosis necesarias para su edad de acuerdo al esquema de vacunación

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

Para la realización del presente informe de experiencia laboral profesional se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria, para lo cual se hizo la revisión de los registros de enfermería del servicio, de las historias clínicas, data del sistema HIS, de los cuales se recogieron datos coherentes a la temática en estudio. Asimismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

- Autorización: se solicitó autorización respectiva a la jefatura del servicio, a fin de tener acceso a los registros, historias clínicas y data HIS.
- Recolección de datos
- Procesamiento de datos
- Resultados
- Análisis e interpretación de los resultados

3.2 Experiencia Profesional

Año	Institución	Cargo/funciones
1985-1992	Sanidad del Ejército Peruano	Enfermero del Batallón Infantería Selva N° 28 Pucallpa
		Enfermero de UMAR N° 5 BREU (Perú-Brasil)
		Enfermero de Centro Quirúrgico Hospital Militar Piura
		Enfermero del Servicio Logístico de Sanidad, de la Compañía de Sanidad N° 111 - Piura
		Enfermero de la Unidad Quirúrgica Móvil de la Compañía de Sanidad N° 111 - Piura
		Enfermero del Grupo de Artillería de Combate N° 9 Lambayeque
		Enfermero del Hospital Divisionario de Lambayeque
1992-Actualidad	Ministerio de Educación	Jefe de Departamento del Área Académica de Enfermería Técnica del IESTP "AMG" Piura
		Docente del Área académica de Enfermería Técnica del IESTP "AMG" Piura
2004-2006	MINSA	CLAS "Santa Rosa", Coordinador del servicio de Enfermería del E.S. I-3 Micaela Bastidas
2006-2013	MINSA	CLAS "Pachitea", Enfermero asistencial y Coordinador del servicio de Enfermería
		Miembro del Equipo de Supervisión de la estrategia sanitaria de Inmunizaciones de la DISA PIURA
2013-2018	MINSA	Monitor regional Cierre de Brechas de Coberturas en Inmunizaciones año 2015
		E.S.I-3 Micaela Bastidas, Coordinador y enfermero asistencial del servicio de Enfermería, área de inmunizaciones y CRED
2013-2018	GESTION PRIVADA	Gestor del Centro Asistencial "en Buenas Manos", responsable del área de Crecimiento y Desarrollo y vacunas

Actualmente, trabajador nombrado de la DISA PIURA, laborando en el E.S. I-3 Micaela Bastidas, desde el año 2013 – 2018, cumpliendo funciones de enfermero asistencial en el área de inmunizaciones y CRED principalmente. Pertenece al I nivel de atención, donde la Atención Primaria de Salud, con sus actividades de promoción, prevención y recuperación de la salud es una estrategia adoptada por los países miembros de la OPS, para mejorar la salud de la población. Su infraestructura moderna y diseño facilita la atención integral, los consultorios de medicina, del niño y de la mujer están conectados internamente mediante puertas abiertas para las interconsultas respectivas. Tiene un área de hospitalización con sala de parto, sala de enfermería, sala de hospitalización de niños, mujeres y hombres. Además cuenta con servicio de odontología, laboratorio y farmacia. Actualmente en la jefatura esta una obstetriz, lo que ha significado un obstáculo para el desarrollo del establecimiento, por no tener el perfil para liderar un establecimiento de salud.

3.3 Procesos realizados:

3.3.1 Función asistencial

3.3.1.1 Participación en el acto vacunal

- a. Revisar el carnet de vacuna de la persona, para conocer su situación vacunal.

- b. Realizar una anamnesis previa para conocer contraindicaciones, precauciones y otras situaciones especiales
- c. Antes de proceder a vacunar hay que informar a la persona a vacunar (o padres) sobre:
- Las vacunas que vamos a administrar
 - Las enfermedades frente a las que protege
 - Sus beneficios
 - Sus potenciales riesgos
 - Vía de administración
 - Posibles efectos secundarios
 - Cómo actuar ante ellos
- d. A partir de esa información, solicitar el consentimiento para la vacunación y registrarlo en la Historia Clínica.
- e. En menores de edad, el consentimiento deben otorgarlo los padres o tutores legales.
- f. Preparación de la vacuna:

- Comprobar que se dispone de todo el material: jeringas, torundas, antiséptico, contenedor de residuos punzocortantes, y materiales biológicos
- Utilizar jeringas estériles y de un solo uso (con mecanismo de protección, para evitar los pinchazos accidentales)
- Comprobar las vacunas disponibles/necesarias y verificar su integridad: etiquetado
- Retirarlas del termo minutos antes de la administración, para que la temperatura no sea muy fría y evitar el dolor al inyectar
- Comprobar que la vacuna se corresponde con la vacuna a administrar, y la fecha de caducidad. Si no se está familiarizado con la vacuna revisar la ficha técnica y comprobar la vía de administración recomendada.
- Si se trata de una vacuna a reconstituir, se procede a su correcta reconstitución,

utilizando una aguja de carga. En las vacunas precargadas solamente es necesario colocar la aguja de bioseguridad adecuada y agitar. Estas deben prepararse minutos antes de su administración

- Realizar una inspección ocular del estado de la vacuna. Agitar para ver que no haya precipitados y partículas en suspensión

g. Elección de la vía y lugar de administración:

- Elegir el lugar anatómico según la vía y la edad de la persona a vacunar:

Intramuscular:

Menores de 12 meses: zona antero lateral externa del muslo, sobre el músculo vasto externo

Mayores de 12 meses: sobre el músculo deltoides del brazo (cara externa)

Subcutánea:

Cara externa del tercio superior del brazo

Intradérmica:

Tercio superior de la región deltoidea del brazo derecho (BCG)

- Si el lugar de la inyección está sucia y presenta materia orgánica lavar con agua y jabón
 - Asegurarse que la piel del lugar de la inyección está intacta y no presenta lesiones
- h. Lavado de manos con agua y jabón.
- i. Limpiar la zona de aplicación con jabón antiséptico
- j. Administrar la vacuna:
- Solicitar al padre o acompañante que sostenga firmemente al niño. Ayuda a tener un control firme de la extremidad y del lugar de la inyección.
 - Introducir la aguja con movimiento rápido y aspirar.
 - Si no sale sangre, inyectar lentamente. No obstante, si sale sangre, sacar la aguja y repetir la inyección en otro lugar

- Al terminar la inyección, retirar rápidamente la aguja y presionar ligeramente la zona de la punción con un algodón por aproximadamente un minuto. No se debe realizar masaje sobre la zona.
- Eliminar inmediatamente la jeringa en un contenedor de residuos biopeligrosos. Nunca se debe reencapuchar la aguja, sino activar el mecanismo de protección de la jeringa de bioseguridad.
- Finalmente, concluida la administración de la vacuna, proceder nuevamente a lavarnos las manos.
- Se pueden administrar 3 o 4 inyecciones IM en el mismo acto. Se debe procurar una separación de 2.5 cm. Entre ellas. En los lactantes se puede administrar 1 o 2 inyecciones en cada muslo. En los niños mayores puede utilizarse ambas regiones deltoideas y como alternativa el muslo. Hay que tener y seguir rutinas precisas en cuanto a que vacunas poner

en cada localización anatómica en el caso de administración de varias vacunas en el mismo acto vacunal y registrar el procedimiento para poder identificar la causa de la posible reacción local.

Resultado:

- Con la participación responsable y sistemática en el acto vacunal, se evitaron errores programáticos relacionados con inyección no estéril, errores en la reconstitución, inyección en el sitio equivocado y caso omiso a las contraindicaciones

3.3.2 En la función administrativa

3.3.2.1 Conservación y manipulación de las vacunas

- a. En el establecimiento de salud las vacunas se conservan a una temperatura entre +2°C a +8°C:

- El tipo de refrigerador que se usa en el servicio es de diseño especial: pared de hielo
- El refrigerador es de uso exclusivo de las vacunas.
- Mantener el termostato en la posición 5
- Se comprueba diariamente la temperatura del refrigerador, y registra en el gráfico mensual.
- Se verificar la temperatura del refrigerador dos veces al día. Por la mañana al momento de apertura del refrigerador y retiro de los biológicos para iniciar la jornada de trabajo y al culminar la jornada de trabajo.
- No abrir nunca el refrigerador a no ser que sea estrictamente necesario
- Mantener las tapas de plástico con agua sobre las canastillas, para ayudar a

mantener la temperatura interna del refrigerador.

- Colocar un gráfico visible con la señalización exacta de la ubicación de las vacunas para evitar aperturas innecesariamente prolongadas
- Semanalmente se procede a secar el exceso de escarcha en el gabinete y mensualmente a descongelar el refrigerador. El exceso de escarcha reduce la capacidad de enfriamiento del refrigerador.
- En caso de corte de energía, mantener el refrigerador cerrado, anotar la hora de inicio y duración. Cuando el corte se prolongue por más de 72 horas, poner en acción el plan de emergencia.
- Una vez solucionada la avería, encender el refrigerador y esperar que la temperatura este en el margen de +2°C

a +8°C y proceder a guardar las vacunas.

- En caso de sospecha de interrupción de cadena de frío, comunicar a la enfermera responsable, inmovilizar la vacuna hasta que el nivel superior determine su idoneidad.
- Disponemos de un dispositivo electrónico (data logger), que monitorea la temperatura de las vacunas durante las 24 horas del día. La lectura se realiza en la cadena de frío de la región, durante el abastecimiento mensual de biológicos.

b. Las vacunas en el establecimiento se almacena por un tiempo de 1 a 2 meses:

- La cantidad de vacuna que se solicita mensualmente, guarda relación con el porcentaje trazador mensual equivalente 8,3 % de la población total por grupo etáreo para cada vacuna, y para las vacunas de más de 1 dosis, una

cantidad igual al número de dosis administradas el mes que termina.

- Se mantiene un stock de reserva para hacer frente a las variaciones imprevistas de demanda de vacunas: tasa de pérdida, incremento de la demanda como consecuencia de campañas divulgativas, etc.
- El transporte de las vacunas desde los almacenes de la DISA Piura, al establecimiento de salud, se hace en termos y cajas frías
- Para asegurar la renovación de los biológicos y evitar un almacenamiento prolongado de la vacuna, la remesa anterior se pintan con 2 puntos de color rojo en un lugar visible de la etiqueta y la remesa nueva con un punto.
- Se procede a guardar la vacuna de manera ordenada y clasificada en sus envases originales, teniendo cuidado de

dejar una separación entre ellas, para permitir la libre circulación del aire frío en el espacio refrigerado.

- El diluyente de las vacunas se puede mantener en un ambiente y no necesariamente en refrigeración. Si se dispone de espacio en el refrigerador se puede guardar junto a las vacunas. Los diluyentes conservados fuera del refrigerador, 10 minutos antes de su uso deben colocarse dentro del termo para evitar el calentamiento de la vacuna al momento de la reconstitución.
 - Simultáneamente se verifica la fecha de expiración de cada biológico. Si existiera vacuna con fecha vencida se procede a retirar inmediatamente del refrigerador y se devuelve al almacén de vacunas.
- c. Las vacunas para uso diario se colocan en la canastilla superior del lado derecho.

- d. Para evitar el calentamiento de la vacuna, se toma el vial por el cintado de metal durante su preparación.
- e. Al aperturar vacunas inactivas de viales de dosis múltiple, colocar en la parte visible de la etiqueta la fecha de apertura, para garantizar su uso de acuerdo a la política de frascos abiertos
- f. Las vacunas liofilizadas reconstituidas no aplicadas durante las 6 horas siguientes a su preparación deben ser desechadas. Una vez abierto el envase multidosis no debe ser expuesto a la luz ni a la temperatura, mientras se administran las sucesivas dosis. Se debe guardar la vacuna en el termo si la aplicación de la siguiente dosis no es inmediata.
- g. Preparar el termo para el trabajo diario del vacunador.

- Observar que el termo a usar este limpio y en buenas condiciones. Generalmente se usa del tipo KST
- Retirar los paquetes fríos del congelador (4 unidades)
- Colocarlos sobre una mesa y dejarlos sudar
- Tomar el paquete frío, y poner a la altura del oído, agitar hasta escuchar que el agua se mueva lentamente dentro del paquete frío.
- Cuando se escuche el chasquido del agua, recién colocar el paquete frío dentro del termo, tapar y colocar un termómetro de alcohol tipo lapicero y esperar aproximadamente 10 minutos.
- Transcurrido los 10 minutos, retirar el termómetro y proceder a su lectura. Si la temperatura registrada esta entre +2°C a +8°C, se procede a guardar la vacuna

dentro del termo, en un vaso de plástico para evitar el contacto de la vacuna con el paquete frío.

- Finalizada la jornada de trabajo, las vacunas no utilizadas vuelven al refrigerador, los paquetes fríos al congelador, y el termo se seca, limpia y deja sin tapa, en un lugar ventilado y seguro.

RESULTADO:

- La conservación de la cadena de frío permite garantizar la potencia de la vacuna en la prevención de las enfermedades inmunoprevenibles.
- El mantenimiento periódico del refrigerador disminuye el exceso de escarcha y favorece la capacidad de enfriamiento del refrigerador
- La adecuada identificación de las remesas de vacuna evita el almacenamiento

prolongado y la pérdida de potencia del biológico

- La correcta ubicación de la vacuna dentro del refrigerador ayuda a mantener el aire frío dentro del espacio refrigerado
- El oportuno y correcto rotulado de los biológicos de viales de dosis múltiple, evita reacciones adversas graves en las personas
- La preparación adecuada de los paquetes fríos y termos transportador de biológicos, protege las vacunas de la congelación

3.3.2.2 Gestión de los residuos vacúnales

- a. Verificar que exista en el servicio 1 tacho plásticos con bolsa negra para descartar las envolturas de las jeringas y vacuna (residuos comunes); un tacho plástico con bolsa roja para descartar las torundas de algodón (residuos biocontaminados); un recipiente rígido para eliminar jeringas

(residuos biocontaminados); y un recipiente rígido para descartar los envases de los biológicos (residuos especiales)

- b. Una vez administrada la vacuna a la persona adulta o niño, se procede a separar los residuos sólidos, ubicándolos de acuerdo a su tipo en el recipiente correspondiente
- c. Los tachos con residuos vacúnales comunes y biocontaminados, se eliminará diariamente, bajo la responsabilidad del personal de limpieza.
- d. Los recipientes rígido (biopack) para la eliminación de jeringas y biológicos, se cambian cuando se llenen hasta la tercera parte de su capacidad total
- e. Los recipientes llenos se procede a taparlos y rotularlos con plumón rojo. El recipiente de jeringas se rotula como RESIDUOS BIOCONTAMINADOS; el

recipiente de envases de biológicos se rotula como RESIDUOS ESPECIALES.

- f. Finalmente se traslada el recipiente debidamente rotulado al almacenamiento interno designado en el establecimiento, para su posterior disposición final en los rellenos sanitarios autorizados.

RESULTADO:

- Evitar el contagio de enfermedades en el establecimiento y contaminación del medio ambiente local por contacto con residuos biocontaminados.

3.3.2.3 Registro del acto vacunal

- a. Administrada la vacuna se procede a registrar el acto vacunal en el carnet de vacunas y en la historia clínica
- b. En la historia clínica registrar: nombre genérico de la vacuna y marca registrada, fecha de vacunación, lugar anatómico, número de lote y laboratorio fabricante,

firma del vacunador, fecha recomendada para la próxima vacunación, especificando día, mes y año. Anotar las observaciones de los profesionales sanitarios, respecto a situaciones especiales, y anotar las reacciones adversas con las siguientes especificaciones: fecha de reacción, nombre de la vacuna y lote, tipo de reacción, duración de la reacción, secuelas.

- c. En el recuadro de la vacuna administrada que aparece en el formato impreso del carnet de vacuna, de acuerdo a la edad y/o condición de la persona, se escribe con lápiz de tinta la fecha en que se está administrando la vacuna.
- d. Informar y programar cuando debe volver para una nueva vacunación. Escribir con lápiz de carbón sobre el recuadro de la vacuna correspondiente, la fecha en que se administrará la siguiente vacuna.

Resultado:

El carnet debidamente registrado permite conocer correctamente el estado vacunal de la persona y es el instrumento fundamental para el seguimiento y evaluación de la estrategia de vacunación

3.3.3 Función docente

a. Información y formación entre iguales (enfermeros/as) y a la población:

- Charla sobre importancia de la vacuna dT, calendario nacional e importancia de las vacunas, para las gestantes que acuden a las sesiones de psicoprofilaxis
- Taller, sobre preparación de termos, para enfermeros y personal técnico de enfermería del establecimiento.
- Charla sobre importancia de la cadena de frío, para enfermeros y técnicos de enfermería del establecimiento

- Socialización de la RM N° 080- 2016 SOBRE EL ESQUENA NACIONAL DE VACUNACION, para enfermeros y técnicos de enfermería del establecimiento
- Charla sobre calendario nacional e importancia de las vacunas para los agentes comunitarios de salud del establecimiento.

b. Educación para la salud a la población

- Durante el acto vacunal se da a conocer a los padres el calendario nacional de vacunas y su responsabilidad en el oportuno cumplimiento del mismo y su repercusión en la salud integral de su menor hijo
- Se informa también sobre las vacunas y las enfermedades que previene
- Y las posibles reacciones adversas y la práctica de salud en las reacciones leves:

APARICION DE RUBOR O EDEMA EN EL LUGAR DE LA APLICACIÓN: el pronóstico de las reacciones locales es bueno con evolución a la

curación espontánea en la mayoría de los casos. Se sugiere analgésico si fuera necesario y aplicación de compresas frías.

FIEBRE: generalmente el cuadro es benigno y limitado. Mantener al niño en reposo y ambiente ventilado. Administrar agua u otros líquidos como leche o SRO. No aplicar hielo ni alcohol. Sugerir paracetamol 10-15 mg/kg/dosis por vía oral. Si la fiebre persiste más allá de 2 días evaluar posibilidad de infección intercurrente.

- Los casos de reacción grave presentados fueron: convulsión febril en una niña de 18 meses a la vacuna DPT, llanto persistente en un niño de 2 meses a la vacuna pentavalente y reacción similar al choque en una niña de 4 meses a la vacuna pentavalente. La convulsión febril se presentó durante la noche y el tratamiento sugerido fue medios físicos (baño) y antipirético IM (metamizol sódico); en el caso de llanto persistente, es una reacción idiosincrática y el tratamiento sugerido fue metamizol sódico por vía oral y analgésico local; en la reacción similar al choque, se dejó al niño en

observación, el niño se mostraba pálido y sin fuerzas. Al cabo de una hora, mejoró el color de la piel y progresivamente recupero la actividad, empezó a lactar y luego se dio de alta al niño.

RESULTADO:

- En el año 2017, 45 gestantes informadas sobre la importancia de la inmunización de la gestante para eliminar el tétanos neonatal, y el cumplimiento del calendario nacional de vacunas para proteger a sus hijos de las enfermedades debilitantes y discapacitante.
- 10 agentes comunitarios capacitados en esquema nacional de vacunación e importancia de las vacunas
- 3 enfermeros y 10 técnicos de enfermería, capacitados en preparación de termos, calendario de vacunas y cadena de frío.
- Aproximadamente el 85 % de los padres están sensibilizados sobre la importancia de las vacunas

y traen a sus hijos al consultorio de vacunas del establecimiento.

- Los padres manejan sin contratiempos en el hogar las reacciones adversas leves a las vacunas, relacionados a la fiebre y reacción local leve.

3.3.4 Función Investigación

a. Evaluación y análisis de la cobertura

- Se establece la población objetivo: RN, < de 1 año, de 1 año, de 2 años, de 3 años, 4 años, gestantes, mayores de 65 años y población en riesgo.
- El criterio de programación por tipo de vacuna es el 100 % para RN, < de 1 año, de 1 año y 4 años.
- Indicadores de evaluación

TASA DE ACCESO O DE CAPTACION DE PENTA 1

# dosis administ. Set 16-ago 17			x	100
pobacion < 1 año				
310	X	100 = 95,1		
326				

MONITOREAR EL AVANCE MENSUAL DE PRIMEAS, SEGUNDAS Y TERCERAS DOSIS

MONITOREO MENSUAL DE DOSIS DE PENTAVALENTE 2017				
		CAPTACION	SEGUIMIENTO	AVANCE META
	PENTA	I	II	III
2016	SETIEMBRE	25		
	OCTUBRE	21		
	NOVIEMBRE	26	24	
	DICIEMBRE	28	22	
2017	ENERO	25	26	24
	FEBRERO	27	27	21
	MARZO	26	23	25
	ABRIL	178	122	70
	MAYO			
	JUNIO			
	JULIO			
	AGOSTO			
	SETIEMBRE			
	OCTUBRE			
	NOVIEMBRE			
	DICIEMBRE			
COBERTURA REAL		54,6	37,4	21,4
COBERTURA IDEAL		58,1	40,5	24,9

FUENTE: INFORME ANALITICO MENSUAL INMUNIZACIONES

MONITOREO DE DOSIS DE VACUNA SPR/PENTAVALENTE

TASA DE DESERCIÓN DE PENTA 1 vs SPR											
PERIODO: AVANCE I SEMESTRE 2017-ESRI MINSA											
Distrito/Red/ Establecimiento	VACUNADOS PENTA 1º, AÑO 2016						Total vacunados PTVT 1º mar-ago 16	Total vacunados SPR/SR ene-jun 17	% DESERCIÓN SPR	Población 1 año año 2017	Cobertura SPR
	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago					
MICAELA BASTIDAS	26	23	25	27	25	24	150	145	3,33	341	42,52

FUENTE: INFORME ANALITICO MENSUAL INMUNIZACIONES

MATRIZ DE MONITOREO DE TASA DE DESERCIÓN DE VACUNA PENTAVALENTE 1ra y 3ra DOSIS

TASA DE DESERCIÓN DE VACUNA PENTA 1 vs PENTA 3 EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO											
PERIODO: AVANCE I SEMESTRE 2017-ESRI MINSA											
Distrito/Red/ Establecimiento	Vacunados año 2016 pentaivalente 1º				Vacunados año 2017 Pentaivalente 1º		Total vacunados PTVT 1º set-09-feb 17	Total vacunados PTVT 3º ene-Jun 17	% DESERCIÓN Pentaivalente	Población < 1 año año 2017	Cobertura PVTE 3º
	meses				meses						
	Set	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb					
MICAELA BASTIDAS	25	21	26	28	25	27	152	144	5,20	326	44,17

FUENTE: INFORME ANALITICO MENSUAL INMUNIZACIONES

RESULTADO:

- De acuerdo a la tasa de acceso para la vacuna pentaivalente, para el presente año se espera una cobertura de 95,1 %
- El monitoreo mensual para la vacuna pentaivalente indica que hay falta de cobertura para la tres dosis, siendo la mayor para la PENTA 1 con un 3,5 %
- El porcentaje de deserción a junio de 2017, para la vacuna SPR es de 3,3 %
- La tasa de abandono o deserción vs PENTA I y PENTA III es de 5,2, lo cual indica que hay que mejorar el

seguimiento, si se quiere llegar a la tasa de captación que es igual a 95,1 %

- El monitoreo mensual de primeras, segundas y terceras dosis por tipo de vacuna mediante indicadores permite evaluar el avance y logro de coberturas.

b. Seguimiento de vacunas en la comunidad

- Se realizó la sectorización de la jurisdicción del centro de salud en 8 zonas: Andrés Avelino Cáceres, Las Capullanas, Micaela Bastidas, I etapa de Enace, II etapa de Enace, III etapa de Enace, IV etapa de enace, Villa Hermosa.
- Se me asignó como responsable de la zona de AAC, LC y VH, con un técnico de enfermería como apoyo por cada zona.
- Transcurridos 48 horas que el niño no acude a su cita de vacunas, se procede a realizar la visita domiciliaria
- Se prepara termo de vacunas con el biológico a administrar, jeringas, antiséptico, algodón, bolsa sanitaria, recipiente rígido para punzocortante, croquis de la jurisdicción

- y se dirige al domicilio del niño
- En el domicilio del niño se procede con las pautas del acto vacunal y si no hay contraindicación evidente se procede a vacunar al niño
- En caso de contraindicación evidente, se refuerza a los padres sobre la importancia de las vacunas y se deja una cita para el establecimiento de salud.
- Registrar las vacunas en el carnet de vacuna.
- De regreso al establecimiento de salud proceder a registrar la vacuna en la historia clínica y formato HIS.
- Se separan los residuos vacúnales y desechan en los recipientes respectivos.
- Las vacunas multidosis abiertas en la comunidad se desechan. El resto de vacunas luego de comprobar la temperatura del termo e integridad de la vacuna se procede a guardar en el refrigerador.
- Guardar los paquetes fríos en el congelador, secar y limpiar el termo y guardarlo en un ambiente limpio y ventilado.

RESULTADO:

- Se realizaron aproximadamente 6 visitas domiciliarias mensuales y se recuperaron el 90 % de los niños que no acudieron oportunamente a sus citas de vacunas.

3.3.4 Casos relevantes:

Oportunidades perdidas de vacunación y falsas contraindicaciones para la vacunación

3.3.5 Aportes

- Se gestionó el contrato de 2 enfermeros para el establecimiento, facilitando el acceso de la población a la vacuna en horario de mañana y tarde.
- Se implementó un sistema de atención por citas, para hacer frente al incremento de la demanda y pérdida de tiempo de espera para su atención en el consultorio de vacunas.
- En casos especiales eliminación del costo de atención y otorgar turnos adicionales, para hacer efectiva la administración de la vacuna.

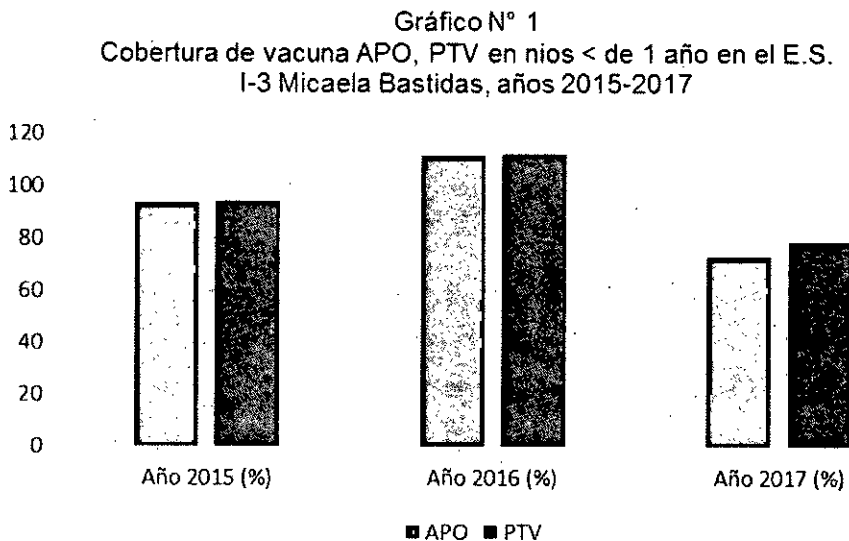
- Educación sanitaria a la población para vencer barreras, miedos y falsas concepciones sobre vacunación
- Capacitación de los enfermeros sobre oportunidades perdidas de vacunación y falsas contraindicaciones para la vacunación

IV. RESULTADOS

4.1 Cobertura de vacuna APO, PTV en niños menores de 1 año, en el E.S. I-3 Micaela Bastidas correspondiente al año 2015-2017

Tabla N° 1
cobertura de vacuna APO, PTV en niños < de 1 año
en el E.S. I-3 Micaela Bastidas, años 2015 - 2017

Tipo vacuna	Año 15 (%)	Año 2016 (%)	Año 17 (%)
APO	93.5	111.6	73.3
PTV	94.1	112.2	78,8



Apreciamos que las coberturas del año 2017 son las más bajas, en la región el año 2017, tuvimos un año difícil con la enfermedad del Dengue consecuencia del niño costero, por lo que la mayoría de los

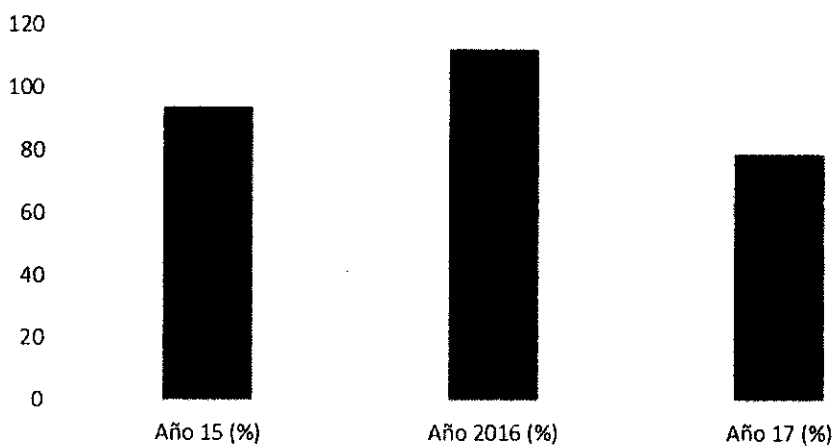
esfuerzos del MINSA se centraron en controlar esta enfermedad que causó muchas muertes en la población

4.2 Cobertura de vacuna SPR en niños 1 año, en el E.S. I-3 Micaela Bastidas correspondiente al año 2015-2017

Tabla N° 2
cobertura de vacuna SPR, en niños de 1 año en el E.S. I-3 Micaela Bastidas, años 2015 - 2017

Tipo vacuna	Año 15 (%)	Año 2016 (%)	Año 17 (%)
SPR	94.1	112.2	78,8

Tabla N° 2
Cobertura de vacuna SPR en niños de 1 año en el E.S. I-3 Micaela Bastidas, años 2015-2017



Los años 2015 y 2016 tuvimos buenas coberturas en SPR, sin embargo el año 2017, se produjo una baja considerable, consecuencia de la emergencia sanitaria causada por el niño

costero que concentro todos los esfuerzos del personal para controlar dicha enfermedad.

- 4.3** Con la participación responsable y sistemática en el acto vacunal, se evitaron errores programáticos relacionados con inyección no estéril, errores en la reconstitución, inyección el sitio equivocado y caso omiso a las contraindicaciones
- 4.4** la adecuada conservación y manipulación de las vacunas, ha servido para evitar roturas de cadena de frío, garantizar la potencia de la vacuna hasta su administración, evitar pérdidas de biológico y mantener las reacciones adversas en los porcentajes esperados para cada vaca.
- 4.5** La gestión adecuada de los residuos vacúnales, ha evitado el contagio de enfermedades en el establecimiento y contaminación del medio ambiente local por contacto con residuos biocontaminados.
- 4.6** los carnets de vacunas están debidamente registrado, dicho documento sirve para conocer correctamente el estado vacunal de la persona y es el instrumento fundamental para el seguimiento y evaluación de la estrategia de vacunación

- 4.7** Se dictaron charlas formativas e informativas al personal de enfermeros, técnicos de enfermería, gestantes, y agentes comunitarios de salud del establecimiento, producto de ello tenemos en el año 2017: 45 gestantes informadas sobre la importancia de la inmunización de la gestante para eliminar el tétanos neonatal, y el cumplimiento del calendario nacional de vacunas para proteger a sus hijos de las enfermedades debilitantes y discapacitante. 10 agentes comunitarios capacitados en esquema nacional de vacunación e importancia de las vacunas. 03 enfermeros y 10 técnicos de enfermería, capacitados en preparación de termos, calendario de vacunas y cadena de frío.
- 4.8** El monitoreo mensual por tipo de vacuna mediante indicadores permite evaluar el avance y logro de coberturas. De acuerdo a la tasa de acceso para la vacuna pentavalente, para el año 17, se espera una cobertura de 95,1 %. El monitoreo mensual para la vacuna pentavalente indica que hay falta de cobertura para la tres dosis, siendo la mayor para la PENTA 1 con un 3,5 %. El porcentaje de deserción a junio de 2017, para la vacuna SPR es de 3,3 %. La tasa de abandono o deserción PENTA I vs PENTA III es de 5,2, lo cual indica que hay que mejorar el seguimiento, si se quiere llegar a la tasa de captación que es igual a 95,1 %. El seguimiento de vacunas en la localidad, mediante la visita

domiciliaria permitió recuperar el 90 % de los niños que no acuden a su cita de vacunas.

V. CONCLUSIONES

- 5.1 El enfermero participa responsable y sistemáticamente en el acto vacunal, evitando de esta manera errores programáticos que afectarían gravemente la salud de las personas
- 5.2 las oportunidades perdidas de vacunaciones y las falsas contraindicaciones, representan un obstáculo para el logro de coberturas.
- 5.3 la adecuada conservación y manipulación de los biológicos, ha evitado ruptura de cadena de frío garantizando, garantizando la potencia de la vacuna hasta su administración.
- 5.4 El cambio climático supondrá un gran problema que alterará el contexto epidemiológico en el que operan las vacunas y la inmunización, lo que traerá consigo nuevos desafíos sanitarios.

VI. RECOMENDACIONES

- 6.1** Las inmunizaciones salvan vidas, y esta actividad está plenamente identificada con la enfermería, por lo que los enfermeros debemos estar atentos a los cambios para garantizar el trabajo con la comunidad.

- 6.2** la capacitación continua de los enfermeros y la educación sanitaria a la población, evitara oportunidades perdidas de vacunaciones y falsas contraindicaciones para el acto vacunal

- 6.3** Mantener los equipos frigoríficos en perfecto estado de funcionamiento y el mantenimiento oportuno, la garantiza el éxito de la estrategia de inmunizaciones en el establecimiento de salud

- 6.4** A pesar de los progresos realizados, aun hay que hacer grandes esfuerzos para mantener los logros y enfrentar los retos, es la agenda del futuro.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Plotkin S, Orenstein W, Offit P. Vaccines, 5° ed. Saunders, 2008
2. OMS, UNICEF, Banco Mundial, Vacunas e inmunización; situación mundial, tercera edición. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 2010.
3. <https://peru21.pe/lima/inei-vacunación-mejora-alcanza-estandares-deseados-216154>
4. <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2017/documentos/09/reportevacunasqtsalud240817vrev6.pdf>
5. <http://www.radiocutivalu.org/piura-entre-las-regiones-con-menor-cobertura-de-vacunacion/>
6. [http://www.vacunas.org/images/stories/recursos/profesionales/enfermeria/2007/procesos de atencion en enfermeria.pdf](http://www.vacunas.org/images/stories/recursos/profesionales/enfermeria/2007/procesos%20de%20atencion%20en%20enfermeria.pdf)
7. [Barret S. Eradication versus control: the economics of global infectious disease policies. Bulleth of the World Health Organization, 2004, 82:683-688](#)
8. [http://www.sanofipasteur.com.pe/vademecum vacunas.](http://www.sanofipasteur.com.pe/vademecum-vacunas)
9. http://diresatacna.gob.pe/media/ckeditor/files/RM_651-2016_MINSA.pdf
10. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs378/es/>

11. Organización Panamericana de la Salud. Curso de gerencia para el manejo efectivo del Programa Ampliado de Inmunización (PAI). Modulo II: Vacunas del PAI. Washington, D.C:OPS, c 2006
12. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM • Vol 8. • Año. 8 • No. 4 • Octubre-Diciembre 2011
13. <http://www.paho.org>. Indicadores para evaluar las vacunas.pdf.