



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE**

Incumplimiento en inmunizaciones en niños de 0 a 3 años de edad

Autoras:

Br. Díaz Nelsi
Br. Milán Silvana
Br. López Natalia
Br. Rocha Carmen
Br. Rodríguez Patricia
Br. Santurio Sonia

Tutoras:

Prof. Agda. Mag. Annalet Viera
Prof. Agda. (s) Lic. Esp. Esther Lacava

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2013

INDICE

| | |
|--|-----------|
| <u>Glosario de siglas y abreviaturas</u> | <u>4</u> |
| <u>Resumen del proyecto</u> | <u>5</u> |
| <u>Introducción</u> | <u>6</u> |
| <u>Planteamiento del problema</u> | <u>7</u> |
| <u>Objetivos de Investigación</u> | <u>8</u> |
| <u>Justificación</u> | <u>9</u> |
| <u>Marco conceptual</u> | <u>11</u> |
| <u>Diseño metodológico</u> | <u>23</u> |
| <u>Conclusiones y sugerencias</u> | <u>50</u> |
| <u>Bibliografía</u> | <u>51</u> |
| <u>Anexos</u> | <u>52</u> |

GLOSARIO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

AIEPI: Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.

ASSE: Administración de Servicios de Salud del Estado

CDN: Convención de los Derechos del Niño.

CEV: Certificado Esquema de Vacunación.

CHPR: Centro Hospitalario Pereira Rossel.

CRED-PRO: Educación de Derechos del Niño, para Profesionales.

IIN-OEA: Instituto Interamericano del Niño la Niña y Adolescente de la organización de Estados Americanos

IMM: Intendencia Municipal de Montevideo.

INAU: Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay.

INDISU: Iniciativa del Derecho de Infancia, Adolescencia y Salud en el Uruguay.

OEA: Organización de Estados Americanos.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PAI: Programa Ampliado de Inmunizaciones.

RAP: Red de Atención Primaria.

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Glosario de Siglas y Abreviaturas para las vacunas

BCG: Bacillus Calmette-Guerin

DPT: Coryne Bacterium Diphtheriae, Clostridium Tetani, Bordetellia Pertussis.

Hib: Haemophilus Influenzae (tipo) b

VHB: Vacuna Hepatitis B

OPV: Vacuna antipoliomielítica Oral

PVI: Poliomieltitis a Virus Inactivos

PVO: Poliomieltitis a Virus atenuados.

SRP: Sarampión, Rubéola, Paperas.

RESUMEN DEL PROYECTO

La presente investigación tuvo como objetivo general, determinar los motivos de incumplimiento de inmunizaciones en niños de 0 a 3 años de edad, pertenecientes al Programa Aduana, que concurren a una Policlínica de la RAP-ASSE del departamento de Canelones, en la República Oriental del Uruguay.

El estudio fue realizado en el período de tiempo comprendido entre el 21 de octubre y el 15 de noviembre de 2013.

Luego de la caracterización de la población, se encontró un total de 176 de niños y niñas pertenecientes al Programa Aduana. De ese total, según registros en las fichas de seguimiento y control, 92 niños presentaban incumplimiento en el Certificado Esquema de Vacunaciones (CEV). De esa población, fueron captados 61 niños y niñas para la investigación.

El diseño metodológico fue de tipo descriptivo de corte transversal. El instrumento utilizado para la recolección de datos fue un cuestionario, el cual se aplicó a los adultos responsables de los niños, pertenecientes al Programa Aduana, usuarios de la policlínica, los cuales concurren a control en salud y/o al servicio de vacunaciones.

En el análisis de los datos obtenidos a través de la lectura de cada Certificado Esquema de Vacunación (CEV), encontramos que el 100% de los niños de la población captada (61), presentan atraso en el cumplimiento del mismo.

Mediante el análisis de la información obtenida, luego de la aplicación del instrumento seleccionado, se observó que los motivos de mayor relevancia se asociaban con el Servicio de Vacunaciones, específicamente la interrupción de su continuidad por causas relacionadas con el recurso humano y el escaso horario de atención. Entre otras causas se destaca el olvido de fecha pautada para la administración de las siguientes dosis, enfermedades respiratorias, falta de información, situaciones familiares, creencias religiosas y pérdida del carné.

Los motivos de incumplimiento encontrados, corroboran las hipótesis posibles, mencionadas en el Marco Conceptual.

Por lo que se puede afirmar que se cumplieron los objetivos planteados para la investigación.

INTRODUCCIÓN

La investigación fue realizada por seis estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, pertenecientes al Programa Profesionalización de Auxiliares, generación 2009, en la etapa final de la carrera.

El tema seleccionado fue “Incumplimiento en las inmunizaciones en 61 niños/as de cero a tres años de edad, pertenecientes a Programa Aduana y que concurren a control a una Policlínica dependiente de ASSE- RAP, ubicada en el departamento de Canelones.

El cumplimiento del certificado esquema de vacunación (CEV), en esta franja etaria, es esencial para contribuir al normal crecimiento y desarrollo del niño. La vacunación es una forma de prevención primaria dirigida a impedir la aparición de la enfermedad por procedimientos específicos, además de disminuir la incidencia de la patología y reducir la aparición de nuevos casos.

Según datos estadísticos y epidemiológicos, se registra incumplimiento en el esquema de vacunaciones en esta etapa de la niñez, en que la vulnerabilidad es sinónimo de riesgo secular.

Para lograr los objetivos propuestos se realizó un cuestionario a las familias y/o adultos responsables de los niños de la población seleccionada, así como también a los equipos de salud involucrados con el fin de identificar las causas de dicho incumplimiento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los motivos expresados por los referentes responsables, sobre el incumplimiento en el esquema de vacunaciones de niños de 0 a 3 años de edad, que concurren a una Policlínica de ASSE-RAP, pertenecientes al Programa Aduana, en el período comprendido entre el 21 de octubre y el 15 de noviembre del año 2013?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general

Conocer los motivos de incumplimiento en inmunizaciones según lo expresado por los referentes responsables, en niños/as de cero a tres años de edad, pertenecientes al Programa Aduana.

Objetivos específicos

1. Caracterizar la población objetivo.
2. Determinar los motivos de incumplimiento en el CEV, de acuerdo a lo expresado por los referentes responsables, en relación a los factores de riesgos biológicos y ambientales.

JUSTIFICACIÓN

La presente investigación apuntó a buscar los motivos por los cuales no se llega al 100% del cumplimiento en las inmunizaciones, meta establecida por el Ministerio de Salud Pública en el año 1982. Se considera que mediante el conocimiento de las causas de incumplimiento, es posible reforzar las medidas y buscar nuevas estrategias que

permitan mantener y superar los altos porcentajes existentes, en todo el territorio nacional.

La implementación de programas de inmunización y esquemas de vacunación infantiles en los países industrializados a partir de los años 60 ha permitido alcanzar importantes registros de cobertura a nivel mundial.

Desde entonces, la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolla el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) que contribuye a salvar la vida de más de tres millones de niños a nivel mundial, mientras es posible que otros tantos mueran por falta de accesibilidad a las vacunas.

Los objetivos de los programas de inmunización apuntan a reducir la incidencia, prevalencia, morbilidad y mortalidad de una enfermedad en un área concreta, intentan reducir a cero la incidencia mediante la aplicación de medidas continuas.

Los profesionales de enfermería tienen un papel vital en todo el proceso de inmunización, sus conocimientos científicos deben facilitar la labor de informar y educar a los padres y/o personas responsables, transmitiéndoles confianza en cada etapa. Dicho proceso, en el marco de la promoción, estará encaminado a alcanzar la aceptación de las vacunas, los esquemas y protocolos.

Las vacunas, junto al suministro de agua potable y la lactancia materna son las medidas costo-efectivas más importantes para proteger la salud en la niñez y la población en general. (1)

Las vacunas ofrecen protección, parcial o completa, para el usuario brindando a su vez beneficios a toda la sociedad. Los beneficios personales incluyen protección contra la enfermedad sintomática, mejoran la calidad de vida y la productividad, en el caso de los niños la escolaridad, y previenen la muerte.

La gratuidad y obligatoriedad de las vacunas del Certificado Esquema de Vacunación (CEV) son dos condiciones que deben mantenerse y protegerse en el tiempo, aunque este hecho implique importantes modificaciones en los presupuestos.

Los beneficios sociales se traducen en la inmunidad colectiva para las enfermedades transmisibles, previenen brotes de la enfermedad y reducen en gran medida los costos relacionados con la salud. (1)

La vacunación es un programa prioritario del Ministerio de Salud Pública (MSP). A partir de la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud, se ubica como una de las metas prestacionales que se solicitan a cada organismo prestador de salud como indicador de calidad de atención, dentro del programa de prevención de la niñez. (2)

Desafortunadamente, los niños que no están vacunados representan una amenaza de transmisión cuando hay una enfermedad presente en la comunidad. Pueden contagiar la enfermedad a los recién nacidos y lactantes que son demasiado pequeños para recibir las vacunas. También representan una amenaza para los niños con inmunodepresión o

con excepciones médicas. La única manera de protegerlos es rodearlos de niños vacunados. (3)

Hay circunstancias en que las familias no llevan a vacunar a sus hijos o presentan atraso en el cumplimiento del esquema de vacunaciones. Los riesgos de las vacunas son pocos comparados con los riesgos para la salud que se asocian a las enfermedades que previenen. (4)

Se debe recordar siempre que la posibilidad de tener una complicación grave por una enfermedad infecciosa evitable por vacuna, es al menos 1000 veces mayor que el de una reacción adversa grave producida por la misma. (1)

Según el análisis, en nuestro país, hay sectores que por alguna causa no llegan a acercarse al 100% del cumplimiento del CEV como se pretende, como vimos anteriormente la amenaza frente al porcentaje de niños con atraso, aunque sea mínimo, se mantiene latente.

1- Actualización del Certificado Esquema de Vacunación. Archi. Pediatri. Uruguay. Vol 8 no.1.Montevideo. Marzo 2010. www.scielo.edu.uy/scielo

2-MSP -Inmunización: Programa Nacional de vacunación. Dirección General de Salud. División epidemiología. Inmunización.

3- -no vacuna a su hijo – California Department of Public Health – State. www.caph.ca.gov/programs/inmunize/document/IMM-454s.pdf

4- Las vacunas de su hijo. KidsHealth. Kidshealth Org >Parentss >Para Padres

MARCO CONCEPTUAL

Salud

“Es un proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en que el hombre se encuentra. En este proceso el hombre puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccional y a la situación salud-enfermedad en que se encuentre. La salud es un derecho inalienable del hombre, que debe estar asegurado por el Estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población y del equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos.”

Considerando la prevención como una de las acciones en la que se basa el Sistema Nacional Integrado de Salud, se continuará definiendo dicho concepto.

Niveles de prevención

Clásicamente se han distinguido tres niveles de prevención en relación con la historia natural de las enfermedades: prevención primaria, secundaria y terciaria.

Prevención

El término Prevención de la Enfermedad, por lo general, se utiliza para designar estrategias encaminadas a reducir factores de riesgo a una población.

“Prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.”

Prevención Primaria

“La Prevención Primaria consiste en evitar la influencia de los agentes patógenos sobre el organismo, mediante la eliminación o el control de su aparición en el medio, o bien mediante el aumento de la resistencia natural frente a las enfermedades, como es el caso de las inmunizaciones”.

Prevención Secundaria

“La Prevención Secundaria se basa en la detección de las enfermedades o los factores de riesgo en estadios precoces del proceso – en general cuando no se ha expresado clínicamente a través de síntomas, en los que es todavía posible intervenir para mejorar el pronóstico”

Prevención Terciaria

“Es la aplicación de medidas terapéuticas, higiénicas o dietéticas dirigidas a disminuir o atenuar la gravedad y las complicaciones de una enfermedad que ya se ha manifestado clínicamente”

Atención Primaria en Salud

“Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los

individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación.

La atención primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”

Funciones de la Atención Primaria en Salud

La conferencia internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) celebrada en Alma – Ata estableció funciones mínimas que deben llevar a cabo los servicios de salud de la Atención Primaria:

- 1- Promoción de la Salud.
- 2- Prevención de la Enfermedad.
- 3- Tratamiento de los problemas de salud.
- 4- Rehabilitación

Promoción de Salud

“Es una estrategia global, social y política que no concierne exclusivamente al sector sanitario. Definida en 1986 en Ottawa, es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.”

La Carta de Ottawa plantea cinco áreas de acción de la Promoción de Salud:

1. Establecer una política pública saludable
2. Crear entornos que apoyen la salud
3. Fortalecer la acción comunitaria para la salud
4. Desarrollar las habilidades personales
5. Reorientar los servicios sanitarios.

Programa Aduana

En el año 1971 se elabora un programa el cual comienza a funcionar a partir de 1974, en los hospitales Pereira Rossell y Pedro Visca. Este consistía en un sistema de referencia de los recién nacidos y lactantes internados que al alta eran derivados a cuatro centros de salud del MSP y diez servicios del consejo nacional del niño.

Actualmente el programa se desarrolla bajo los principios de coordinación intrainstitucional e interinstitucional entre los diversos efectores del sub.- sector público. Articula los servicios hospitalarios del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), del Hospital de Clínicas, y los efectores de Primer nivel: Centros de salud de ASSE, Policlínicas Municipales (IMM) y médicos de Familia.

Objetivos del Programa Aduana

Objetivo General:

- ✓ Disminuir los índices de morbilidad infantil asegurando el control de los recién nacidos y niños menores de tres años luego del alta hospitalaria.

Objetivos específicos:

- ✓ Identificar a los recién nacidos en la maternidad, y derivarlos a los servicios de salud cercanos al domicilio.
- ✓ Apoyar el adecuado control de salud y seguimiento de los niños hasta los tres años de edad (2011) en base a instrumentos de seguimiento como la visita domiciliaria y el registro en la tarjeta de controles.
- ✓ Realizar el seguimiento en el primer nivel de los niños que egresan de las salas de internación del tercer nivel de atención.
- ✓ Realizar la referencia y contra-referencia en los diferentes niveles. (5)

Centro de salud

Es el dispositivo sanitario que tiene por función desarrollar las actividades encaminadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, tanto en la intervención individual como colectiva de la demarcación geográfica de su influencia de rápida resolución y con trámite simple a las demandas de la población. Organizado en cinco áreas fundamentales de funcionamiento, coordinación, atención directa y docencia e investigación.

Comunidad

“Es un grupo de habitantes localizados en la misma área, bajo las mismas regulaciones generales y que tiene normas, culturas y organizaciones comunes”

Familia

“La familia está formada por dos o más personas unidas por el afecto, en matrimonio o filiación, que viven juntas, ponen sus recursos económicos en común y consumen conjuntamente una serie de bienes en su vida cotidiana”

Enfermería Comunitaria

“La/el Enfermera/o Comunitaria/o es el profesional responsable que investigando en conjunto con la población conoce las necesidades de atención a la salud. Posee los conocimientos y habilidades técnicas, así como la actitud apropiada para atender, en los lugares donde viven, donde trabajan, donde estudian, donde se relacionan, o en las instituciones sanitarias cuando fuera preciso, desde una concepción de la o el enfermera/o como miembro de un equipo interdisciplinario que trabaja en coordinación con otras instituciones y sectores, realizando las funciones de Asistencia, Docencia e Investigación fortaleciendo las capacidades de participación y creación de los propios involucrados”.

5 redensiuuguay.org/files Lic. Lilián Termezana. Coordinadora de *Programa Aduana* CHPR. Montevideo, 6 de marzo de 2012

Proceso de Atención de Enfermería

Es el método de trabajo que emplea el personal profesional de enfermería para administrar y gerenciar el cuidado.

El profesional aborda las situaciones de salud enfermedad con la finalidad de dar respuestas en base al diagnóstico, eliminando o disminuyendo los factores que perjudican y fortaleciendo los que potencian la salud.

Su meta es identificar el estado de salud de un paciente, los problemas de salud reales o potenciales, establecer planes y ofrecer actuaciones específicas de enfermería para suplir las necesidades identificadas.

Es sistemático: Conformado por cinco etapas que obedecen a un orden lógico y lo conducen al logro de los resultados.

Es humanista: Hombre: Ser holístico, es decir, total e integrado.

Es intencionado: Se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo.

Es un proceso dinámico: Sometido a constantes cambios.

Es Flexible: Aplicable en los diversos contextos de la práctica de Enfermería.

Es Interactivo: Requiere interrelación Humano-Humano.

Derecho de niños, niñas y adolescentes

La Iniciativa Derecho de Infancia, Adolescencia y Salud en el Uruguay (INDISU) forma parte de un emprendimiento para equipos de salud del Cono Sur, creado por profesionales internacionales, teniendo su inicio en el marco del X congreso Argentino de Pediatría Social.

INDISU se instala en 2008 promovida e integrada por el Ministerio de Salud Pública, Sociedad Uruguaya de Pediatría y Universidad de la República, con el apoyo y la participación de UNICEF y el auspicio de OPS-OMS e IIN-OEA así como el CRED-PRO

Esta guía apunta a la mejora de los determinantes de salud colectiva en su conjunto, identificando, defendiendo e incorporando los derechos de los niños a su vida cotidiana.

Estimula la educación en derechos de niños niñas y adolescentes destinadas a todo el equipo multidisciplinario comprometido con el tema, con una visión transdisciplinaria e integradora con toda organización e institución implicada en el tema.

La sanción de la Convención de los Derechos del Niño (CDN) por parte de la comunidad internacional (ratificada por la ley 16137 del 28 de septiembre de 1990) deja de manifiesto la condición jurídica de las personas menores de edad; pasando a ser consideradas como sujetos de derecho, titulares de derechos y responsabilidades específicas.

El efectivo ejercicio de los derechos del niño en el ámbito de la salud requiere que la interacción entre los profesionales de la salud, los niños y sus responsables se estructure de forma que garanticen sus derechos de acceso a los servicios de atención, a la información, a expresar su voluntad y a la confidencialidad.

Derecho a la Salud

Constitución de la República:

Art. 44: El estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país.

CDN: Art. 24: Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y rehabilitación de la Salud.

Atr. 25: Los Estados Partes reconocen el derecho del niño que ha sido internado en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de su salud física o mental a un examen periódico del tratamiento y de todas las demás circunstancias propias de su internación.

El orden jurídico debe interpretarse, apelando a principios universalmente compartidos, por lo que las soluciones jurídicas a los conflictos de derechos, en el ámbito de la salud, deben guardar relación con los parámetros que son propios a la ciencia médica, a la que le compete velar por la protección de bienes jurídicos superiores, como la integridad física, la salud y la vida.

Guía: Los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes en el área de la Salud.

Ministerio de Salud Pública, INAU, Sociedad Uruguaya de Pediatría, Universidad de la República, UNICEF.

Crecimiento y desarrollo en la niñez

El crecimiento es un fenómeno biológico complejo a través del cual los seres vivos incrementan su masa corporal mediante el aumento del número de células, del tamaño celular y la incorporación de nuevas moléculas al espacio extracelular. Hablamos de crecimiento cuando el cambio es cuantitativo.

Desarrollo es el proceso del grado de organización y complejidad de las estructuras orgánicas, que condiciona una creciente capacidad funcional. Los cambios en este aspecto son cualitativos.

El nivel de desarrollo alcanzado en un momento dado se denomina maduración.

El desarrollo infantil es un proceso continuo que comienza antes del nacimiento y se extiende durante toda la vida, abarca varios aspectos que van desde el crecimiento físico, pasando por la maduración neurológica, del comportamiento, cognitiva, social y afectiva del niño con el fin de que adquiera competencias que le permitan responder a sus necesidades y a las de su entorno.

La adquisición de capacidades, habilidades y logros, abarca la capacidad de moverse y coordinar el movimiento, la capacidad para pensar y razonar y la capacidad para relacionarse con los demás.

Estas capacidades están relacionadas entre sí, por lo cual se establece que el desarrollo es un proceso integral.

Ambos procesos son simultáneos y a su vez interdependientes; el crecimiento puro permite maduración funcional.

Condiciones que favorecen el desarrollo infantil

Un desarrollo adecuado en niños y niñas, requerirá como fundamental, el respaldo de una familia que responda al cumplimiento de las necesidades básicas, más

allá de la protección, alimentación y el cuidado de la salud, incluye la necesidad de afecto, estímulo, seguridad y juego que le permita explorar y el descubrir el mundo. Garantizar el respeto de los derechos del niño y la niña, entre otros:

- ✓ Brindar un ambiente saludable.
- ✓ Promover Salud y Nutrición adecuadas.
- ✓ Estimular el cuidado personal e higiene.
- ✓ Brindar amor todos los que le rodean: atención, comprensión y estimulación.
- ✓ Proporcionar la oportunidad de moverse, jugar y explorar su ambiente.
- ✓ Controlar el crecimiento y desarrollo en los servicios de salud.

Factores de riesgo en el desarrollo infantil

Son factores de riesgo, aquellas condiciones adversas que puedan alterar el ritmo normal de la interacción entre las características biológicas de los niños y las experiencias ofrecidas por el medio.

La primera condición para que un niño se desarrolle adecuadamente es el afecto de su madre, padre, familia o de la persona encargada de su cuidado, su falta constituye unos de los riesgos más importantes para el buen desarrollo.

Se clasifican en:

Riesgos biológicos

Eventos pre, peri y pos-natales que resultan en daños biológicos, entre los que se citan: la prematurez, la hipoxia cerebral grave, el kernícterus, las meningitis, las encefalitis, etc. También pueden existir riesgos biológicos establecidos, refiriéndose a desórdenes médicos, especialmente los de origen genético como por ejemplo: los errores innatos del metabolismo, las malformaciones congénitas, el síndrome de Down y otros síndromes genéticos.

Riesgos ambientales

Condiciones precarias de salud, falta de recursos sociales y educacionales, estrés familiar, prácticas inadecuadas de cuidado y educación entre otros. Las experiencias adversas de la vida ligadas a la familia, al medio ambiente y a la sociedad son consideradas como riesgos ambientales. En este grupo se encontrarían los riesgos relacionados al incumplimiento del esquema de inmunizaciones.

Etapas del crecimiento y desarrollo en la niñez

Las etapas del crecimiento y desarrollo están dadas por los cambios producidos en un individuo en un tiempo determinado. Esto nos permite agrupar en categorías a los

individuos según su edad. Estas etapas están marcadas por la intensidad y velocidad con que ocurre dicho proceso.

Según Gesell, los aspectos del crecimiento y desarrollo alcanzados en la niñez, sobre todo en los cinco a siete primeros años de vida, influyen sobre los años siguientes de manera fundamental.

Etapas: Neonato: Recién nacido hasta 28 días

Lactante menor: esta etapa va desde 1mes a 11meses

Lactante mayor: va desde 12 meses a 23 meses

Preescolar menor: de 2 a 3 años

Preescolar mayor: de 4 a 5 años

Escolar: de 6 años a 11 años (6)

La Promoción de las Prácticas Familiares

Debemos reconocer la importancia y extensión que los comportamientos de la familia tienen con respecto a la salud, reconocer los factores críticos para incrementar el riesgo, con relación a las enfermedades así como para brindar protección y prevención de las mismas.

Estos factores determinaran una dinámica en la familia que constituye el factor determinante para las posibilidades de cambio de los factores de riesgo asociados al comportamiento para el cumplimiento de los tratamientos de prevención, curación y rehabilitación.

Tal es la importancia de esto que se viene trabajando en la incorporación del mismo en el trabajo del personal y los servicio de salud, pasando de un enfoque tradicional hacia la enfermedad y el individuo que le padece a la un enfoque más general considerando todo el núcleo familiar como una unidad de trabajo para la prevención de riesgos, la promoción de hábitos de vida saludable así como la incorporación de conocimientos y prácticas que favorezcan el cumplimiento de tratamientos, conservación y rehabilitación.

El enfoque al que se apunta debe estar realizado en función a marcadores poblacionales, en función a los índices de morbi-mortalidad, así como la accesibilidad a servicios de salud que brinden los servicios necesarios.

En resumen; se apunta a que mediante la utilización de las herramientas disponibles, se pueda distribuir en la población, para el logro de una disminución considerable del índice de morbi-mortalidad particularmente en aquellas familias en situación de mayor vulnerabilidad.

La implicancia de esto vas mas allá, pretendiendo contribuir de una manera sostenida al desarrollo social y comunitario implementando la apropiación del conocimiento y las practicas por parte de las familias que les permitan la protección de su salud.

6Meneghello,E. Fanta,E. Paris,J. Rosselot. Pediatría Volumen 1, cuarta edición. Editorial Mediterráneo. Santiago-Chile 1991.

La principal herramienta para mejorar la salud en la niñez debido a su abordaje es La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones

Unidas para la infancia (UNICEF), aseguran la identificación precoz de todos los menores gravemente enfermos con enfoque de riesgo, responde a la demanda actual de atención de la población siendo eficaz en función de costos.

Es por esto que los países han promovido la adaptación de AIEPI a la realidad de cada lugar, lo que ha implicado un proceso de capacitación al personal de la salud haciendo hincapié en los servicios de primer nivel. A la vez se ha logrado con una activa participación de diferentes facultades e instituciones.

Prácticas de Crianza

La UNICEF y la OPS identificaron las doce prácticas familiares y comunitarias que se consideran de vital importancia para asegurar la supervivencia, reducir la morbilidad, y promover el sano crecimiento y desarrollo de los niños. Se determinaron como “Prácticas de Crianza” las siguientes acciones:

- 1) Inmunización.
- 2) Lactancia materna.
- 3) Alimentación complementaria.
- 4) Micro nutriente.
- 5) Higiene.
- 6) Mosquiteros tratados.
- 7) Alimentos y líquidos.
- 8) Tratamiento en el hogar.
- 9) Búsqueda de atención.
- 10) Adherencia.
- 11) Estimulación.
- 12) Cuidado prenatal.

A continuación se desarrolla la Práctica de Crianza más significativa respecto al estudio de investigación.

Inmunización e incumplimiento

Práctica clave: Llevar a los niños a que se les aplique el esquema completo de inmunizaciones (BCG, DPT, OPV y sarampión) antes de cumplirse el primer año de vida.

En estudios de observación se ha encontrado que los niños sin inmunizar tienden a pertenecer a familias:

- Comparativamente grandes
- Donde la educación materna es baja
- Inmigrantes recientes
- Con poco conocimiento de las enfermedades prevenibles por vacunas
- De nivel socioeconómico bajo
- Donde la madre trabaja
- Que han tenido malas experiencias con los servicios

En relación con el uso del servicio, los problemas se relacionan con:

- La distancia
- El costo
- El tiempo de espera

-La disponibilidad de atención curativa

Intervenciones para aumentar la inmunización

Las intervenciones para aumentar el número de niños inmunizados pueden mejorar el sistema de prestación del servicio (acceso, costo, tiempo de espera, oportunidades perdidas) o mejorar la utilización mediante campañas de movilización social y de comunicación.

La ampliación de la cobertura de la inmunización ha contribuido a una reducción de 23% (1974) a 10%(año 2000) de la carga global de la enfermedad por infecciones prevenibles vía vacunación.

Asimismo, se estima que las inmunizaciones previenen aproximadamente tres millones de muertes infantiles al año (Banco Mundial, 2001).

Procedimientos de Inmunización

Es posible reducir el costo y aumentar la eficacia de la inmunización mediante la manipulación correcta de las vacunas, la disminución del desperdicio a través de un buen almacenamiento, manejo apropiado de la cadena de frío, reconstitución adecuada y aplicación correcta.

Se estima que la mitad del suministro de vacunas se pierde, en un estudio realizado en 1998 sobre 19 países en vías de desarrollo se encontró que, en 14 países de ellos, por lo menos el 50% de las inyecciones no era segura (citado en OMS, 2002).Tecnologías tales como jeringas desechables, jeringas de dosis única y el monitoreo de los frascos de la vacuna deberían ayudar a reducir los problemas de procedimiento (OMS, 2000)

Viabilidad de los programas a gran escala

No existe ninguna estrategia única de prestación o promoción que sea apropiada para todos los entornos. Con el fin de ampliar la cobertura será necesario combinar varias estrategias; la elección de las más apropiadas dependerá de la naturaleza del problema de la cobertura y del entorno. El contexto incluye:

- Epidemiología de la enfermedad
- Características de la vacuna
- Acceso por parte de la población
- Capacidad e infraestructura del sistema actual de entrega
- Capacidad de identificar los niños sin vacunar
- Actitudes y conocimientos de los padres y de la comunidad

La OMS clasifica a las personas a las cuales no llegan los servicios de inmunización en tres grupos:

-Poblaciones que habitan en áreas con buen acceso pero que evitan el contacto con los servicios del gobierno.

-Poblaciones rurales que se desplazan constantemente, o que viven tan lejos de la infraestructura nacional y no tienen ningún contacto con los servicios.

-Poblaciones con buen acceso que logran la inmunización parcial de sus niños pero la abandonan antes de completar el esquema completo.

Si bien es cierto que tanto los sistemas de prestación rutinaria como las campañas masivas pueden aumentar exitosamente la cobertura, se requiere un nivel diferente de esfuerzo para inmunizar a ese último 20% de niños que no lo han sido, y que por lo general son los más carenciados (OMS, 2002). Entre los grupos a los cuáles se hace difícil llegar figuran los antes mencionados que habitan en áreas urbanas, minorías étnicas y poblaciones remotas. La OMS ha identificado estrategias con las cuáles se puede llegar a estos grupos.

Estrategias para llegar a los excluidos a través de servicios de divulgación sostenibles.

Los planes para llegar a los excluidos, deben ser amplios y dirigirse a todos aquellos segmentos de la población.

El primer objetivo debe ser definir estos segmentos según las mejores estrategias existentes para llegar a toda la población en forma equitativa.

El principio general de éste enfoque, ya sea que requiera la infraestructura existente o exija nuevas estrategias, consiste en involucrar a la comunidad para que exprese las necesidades específicas de la región, proporcionar infraestructura de apoyo a los equipos visitantes, mantener las actividades entre visita y visita, y mantener la presión política. (OMS; 2000)nHill, Zelee (7)

Vacuna

Suspensión de microorganismos vivos atenuados o inactivados, o sus fracciones, que son administrados al individuo sano susceptible con el objeto de inducir inmunidad activa protectora contra la enfermedad infecciosa correspondiente.

Esquema de vacunación o calendario de vacunación

Ordenamiento secuencial cronológico de aplicaciones mínimas de vacunas, que administradas sistemáticamente a las personas de un país, inducen una respuesta de protección o inmunización adecuada, frente a las enfermedades inmunoprevenibles. Siendo las vacunas principales: BCG, DPT-HB-Hib, PVI, SRP, Varicela, Neumococo, Hepatitis A, DPT, dpat, dt.

7 Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño: Evidencia de las intervenciones. Washington, D.C: OPS 2005.

Las vacunas: un derecho de los niños

Dentro de las prácticas claves para la salud de los niños y niñas, está la inmunización. Se debe llevar al niño al establecimiento de salud para que reciba todas las vacunas necesarias.

Según el esquema nacional de vacunación las edades para la inmunización son:

- Al nacer
- A los dos meses
- A los cuatro meses
- A los seis meses
- A los doce meses
- A los quince meses
- A los veintiún meses
- A los cinco años de edad
- A los doce años de edad

Se debería estandarizar el hecho de que cada vez que se concurra al servicio de salud, se lleve el certificado esquema de vacunas del niño, niña para ser visto por el profesional a fin que verifique si el usuario ha recibido todas las vacunas acorde a su edad.

Concientizar a la población que uno de los grandes avances en la prevención de las enfermedades graves (como la viruela, que ha sido erradicada) es gracias a la vacunación.

Sin embargo hoy día, habiendo disponibilidad en todos los países de vacunas, es realmente una tragedia que mueran muchos niños por su falta.

Vacunaciones: Aplicación, efectos secundarios y contraindicaciones

Las enfermedades que se pueden evitar a través de las vacunas son las siguientes: Tuberculosis, poliomielitis, difteria, sarampión, rubéola, paperas o parotiditis, hepatitis B, diarreas graves y meningitis.

Estas enfermedades pueden llevar al niño, de no ser inmunizado, a la muerte o dejarle secuelas irreparables para toda su vida.

Existen vacunas que requieren varias dosis porque no todas las enfermedades son iguales y en algunas se necesita una mayor dosis para que cumpla su cometido o sea se llegue a la inmunización apropiada. Por lo que si se administra una solo dosis en una vacuna que requiere tres, no tendrá toda la protección necesaria, debe recibir la dosis completa.

Se aplican a diferentes edades porque en esas edades estipuladas es que el organismo del niño responde produciendo anticuerpos. La ciencia se ha encargado de demostrar cuales son las edades idóneas para recibir las vacunas.

Cuando un niño no recibe una vacuna a la edad indicada, el niño está en riesgo de contraer la enfermedad, o sea que si no se vacuna a la edad recomendada es correr un riesgo innecesario.

Algunos padres tiene el preconcepto que al vacunar a sus hijos estos pueden enfermar, si bien es cierto que algunas vacunas producen algunas reacciones leves y

pasajeras en los niños, esto es lo que indica que el organismo está reaccionando favorablemente, creando las defensas que se desean.

Los impedimentos para vacunar a un niño realmente existen en pocas circunstancias, siendo estas las que se denominan “contraindicaciones”.

No está contraindicado vacunar a un niño enfermo que está suficientemente bien como para estar en su casa. O sea que no se podrá vacunar aquel niño que tiene una enfermedad que le requiera hospitalización.

En general el calendario de vacunación que se aplica en la mayoría de los países es el siguiente:

- **Recién nacido:** (BCG) Vacuna contra la Tuberculosis
- A los **dos meses:** Pentavalente: DPT (Difteria, Pertussis, Tétanos), Hepatitis B, Hib (Haemophilus influenzae), Polio, Neumococo, vacuna contra el rotavirus (para evitar las formas graves de diarrea).
A los **cuatro meses:** Pentavalente: DPT (Difteria, Pertussis, Tétanos), Hepatitis B, Hib (Haemophilus influenzae), Polio, Neumococo, vacuna contra el rotavirus (para evitar las formas graves de diarrea).
- A los **seis meses:** Pentavalente: DPT (Difteria, Pertussis, Tétanos), Hepatitis B, Hib (Haemophilus influenzae), Polio.
- **Al año:** Triple viral: SRP (sarampión, rubéola, paperas), Polio, Neumococo y Varicela. Contra la Fiebre Amarilla (en algunos países).
- A los **quince meses:** Pentavalente: DPT (Difteria, Pertussis, Tétanos), Hepatitis B, Hib (Haemophilus influenzae), Hepatitis A.
- A los **veintiún meses:** Hepatitis A.
- A los **cinco años:** Triple bacteriana: DPT (Difteria, Pertussis, Tétanos) y Triple viral: SRP (sarampión, rubéola, paperas).
- A los **doce años:** Doble bacteriana: DT (Difteria, tétanos). Hepatitis B. HPV.

Cuando no se puede cumplir con alguna cita para la administración de la vacuna los padres o responsables deberán llevarlo tan pronto puedan, lo ideal es respetar el cronograma.

Cuando al niño le faltan varias vacunas deberá ser llevado al servicio de salud, en el que se le aplicarán las vacunas faltantes de acuerdo con el esquema nacional de vacunación.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo y diseño de estudio:

Descriptivo de corte transversal.

Población:

Referentes responsables de niños y niñas de 0 a 3 años de edad, que presentan incumplimiento en el Certificado Esquema de Vacunación, pertenecientes al Programa Aduana que concurren a una Policlínica de ASSE-RAP, del departamento de Canelones, en el período del 21 de octubre al 15 de noviembre de 2013.

Criterios de exclusión:

Referentes responsables de niños 0 a 3 años de edad que no acepten colaborar en el estudio y/o que cuyos niños tengan indicación médica de no vacunarse.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Relacionadas al niño

Edad

Definición conceptual: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual medidos en meses o años.

Definición operativa: Cuantitativa continúa.

Indicadores:

- < 2 meses
- 2 meses a 5 meses y 29 días
- 6 meses a 11 meses y 29 días
- 12 meses a 17 meses y 29 días
- 18 meses a 24 meses
- 25 meses a 36 meses

Sexo

Definición conceptual: Condición orgánica que distingue lo femenino de lo masculino.

Definición operativa: Cualitativa nominal.

Indicadores:

- Femenino
- Masculino

Cumplimiento de controles en salud

Definición conceptual: Número de controles que se deben realizar en salud, en niños de 0 a 3 años de vida.

Definición operativa: Cuantitativa discreta.

Indicadores:

- En el primer mes: 2 controles, uno entre los 6 y 9 días de vida y el otro entre los 20 y 23 días de vida.
- Un control por mes en los primeros 6 meses de vida, después un control a los 8 meses, 10 y 12 meses.
- En el segundo año de vida a los 15 meses, 18, 21 y 24 meses.
- En el tercer año, cada seis meses.

Relacionadas al responsable del niño/a

Edad

Definición conceptual: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual medidos en años.

Definición operativa: Cuantitativa continua.

Indicadores:

- Menor de 18 años.
- Entre 18 y 28 años.
- Entre 29 y 38 años.
- Entre 39 y 48 años.
- Entre 49 y 58 años.
- Mayor de 59 años

Sexo

Definición conceptual: Condición orgánica que distingue lo femenino de lo masculino.

Definición operativa: Cualitativa nominal.

Indicadores:

- Femenino
- Masculino

Grado de parentesco con el niño

Definición conceptual: Es el vínculo consanguíneo o de afinidad existente entre el niño/a y el responsable a cargo.

Definición operativa: cualitativa nominal.

Indicadores:

- Padre
- Madre
- Hermano/a
- Abuelos
- Tíos
- Otros

Nivel educacional

Definición operativa: Grado de conocimientos adquiridos en un centro de educación, refiriéndose al grado de escolaridad más alto aprobado de acuerdo con los niveles del sistema educativo formal.

Definición operativa: Cualitativa nominal.

Indicadores:

- Primaria completa

- Primaria incompleta
- Secundaria completa
- Secundaria incompleta
- Terciaria completa
- Terciaria incompleta

Situación ocupacional actual

Definición conceptual: Actividad económica que esté realizando en el momento actual.

Definición operativa: Cualitativa nominal

Indicadores:

- Empleo estable
- Jornalero
- Jubilado o pensionista
- Otros

Relacionadas a la familia

Integración de la familia

Definición conceptual: Grupo de personas que viven bajo el mismo techo.

Definición operativa: Cuantitativa ordinal.

Indicadores:

Viven con:

- Ambos padres
- Ambos padres y hermanos
- Con la madre
- Con la madre y hermanos
- Con el padre
- Con el padre y hermanos
- Con otros

Nivel Socio-económico

Definición conceptual: Clasifica a los hogares de acuerdo a su capacidad de consumo o gasto, (el ingreso de los hogares está estrechamente vinculado con la capacidad de gasto).

Definición operativa: Cuantitativa ordinal

Indicadores:

- Hogares de nivel bajo inferior (\$ 11.800 mensuales)
- Hogares de nivel bajo superior (\$ 19.000 mensuales)
- Hogares de nivel medio inferior (\$ 26.000 mensuales)
- Hogares de nivel medio (\$ 34.000 mensuales)
- Hogares de nivel medio superior (\$ 47.000 mensuales)
- Hogares de nivel alto inferior (\$ 75.000 mensuales)
- Hogares de nivel alto superior (\$ 155.000 mensuales)

Relacionadas al Servicio de Salud de Referencia

Servicio de Salud de referencia del niño/a

Definición conceptual: Lugar donde se brinda atención en salud a los usuarios residentes de un lugar determinado.

Definición operativa: Cualitativa, nominal.

Indicadores:

- Hospital
- Mutualista
- Centro de Salud
- Policlínicas zonales
- Consultorio médico

Accesibilidad geográfica

Definición conceptual: Distancia medida en cuadras que tarda una persona para trasladarse de su domicilio al servicio de salud.

Definición operativa: Cuantitativa ordinal.

Indicadores:

- Menos de 10 cuadras
- Entre 10 y 20 cuadras
- Más de 20 cuadras

Costo económico

Definición conceptual: Es el costo o gasto económico que representa para el adulto responsable del traslado desde su domicilio al servicio de salud

Definición operativa: Cuantitativa ordinal

Indicadores:

- Ningún gasto.
- Entre \$20y \$40.
- Mayor \$40.

Tiempo de espera

Definición conceptual: Es el tiempo que un usuario requiere para recibir atención en un servicio de salud

Definición operativa: Cuantitativa ordinal

Indicadores:

- Menos de 30 minutos.
- Entre 30 y 60 minutos.
- Más de 60 minutos.

Relacionado a las vacunas

Conocimiento sobre vacunas

Definición conceptual: Es la información que el responsable de los niños/as de cero a tres años de edad posee sobre las vacunas.
(Importancia, edad de aplicación y enfermedades inmunoprevenibles)

Definición operativa: Cualitativa nominal

Indicadores:

Interpreta correctamente el Certificado Esquema de Vacunaciones.

Conoce el objetivo de las vacunas.

Conoce las enfermedades que previenen las vacunas.

Grado de Incumplimiento del esquema de vacunación

Definición conceptual: Se entiende por incumplimiento en inmunizaciones, al atraso en el cumplimiento del esquema de vacunación, en el período próximo a los quince días, posteriores a la fecha indicada para la administración de la dosis correspondiente. A excepción de los niños con patologías que por indicación médica esté contraindicada la vacunación.

Definición operativa: Independiente. Cuantitativa continúa.

Indicadores:

- Leve: entre 15 días y 30 días de atraso.

- Moderado: entre 31 días y 59 días de atraso.
- Grave: más de 60 días de atraso.

Motivo de incumplimiento en el CEV

Definición conceptual: Son todas aquellas causas o factores que inciden negativamente en el adulto responsable, en el momento de llevar a los niños/as a vacunar en la fecha planificada.

Definición operativa: Cualitativa nominal

Indicadores:

- Distancia
- Costo económico
- Tiempo de espera
- Falta de información
- No puede concurrir en el horario de atención
- No tiene con quien dejar a otros hijos
- Creencias religiosas
- Otras causas

PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Métodos, procedimientos y recolección de datos

Método:

La entrevista fue realizada a los adultos responsables y se llevó a cabo en una Policlínica dependiente de ASSE-RAP, del departamento de Canelones. El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario que se aplicó en entrevistas individuales con los adultos responsables de los niños pertenecientes a la población de estudio.

Recolección de datos:

Los datos fueron recogidos mediante el instrumento elaborado, previamente piloteado. El instrumento usado fue un cuestionario con preguntas simples, se aplicó en entrevistas individuales a los adultos responsables de los niños.

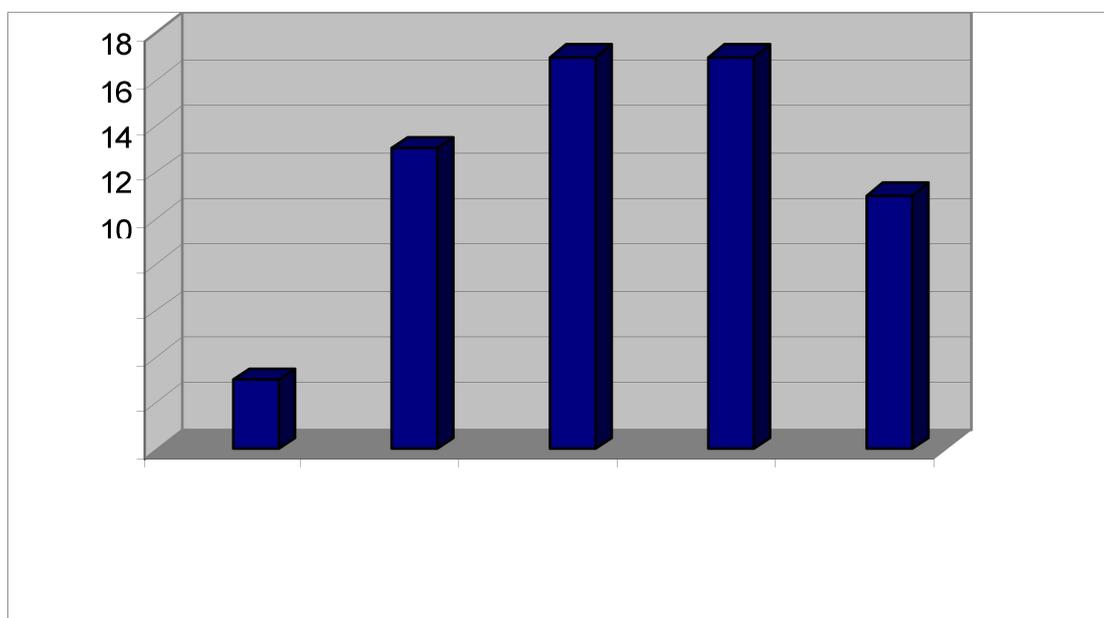
RESULTADOS

VARIABLES RELACIONADAS AL NIÑO

TABLA N°1: Distribución de la población según edad de los niños y niñas pertenecientes al Programa Aduana.

| Edad | FA | FR (%) |
|---------------|----|--------|
| 2m a 5m 29d | 3 | 5 |
| 6m a 11m 29d | 13 | 21 |
| 12m a 17m 29d | 17 | 28 |
| 18m a 24m 29d | 17 | 28 |
| 25m a 36m | 11 | 18 |
| Totales | 61 | 100 |

Gráfica N° 1: Distribución de la población según edad de los niños y niñas pertenecientes al Programa Aduana.



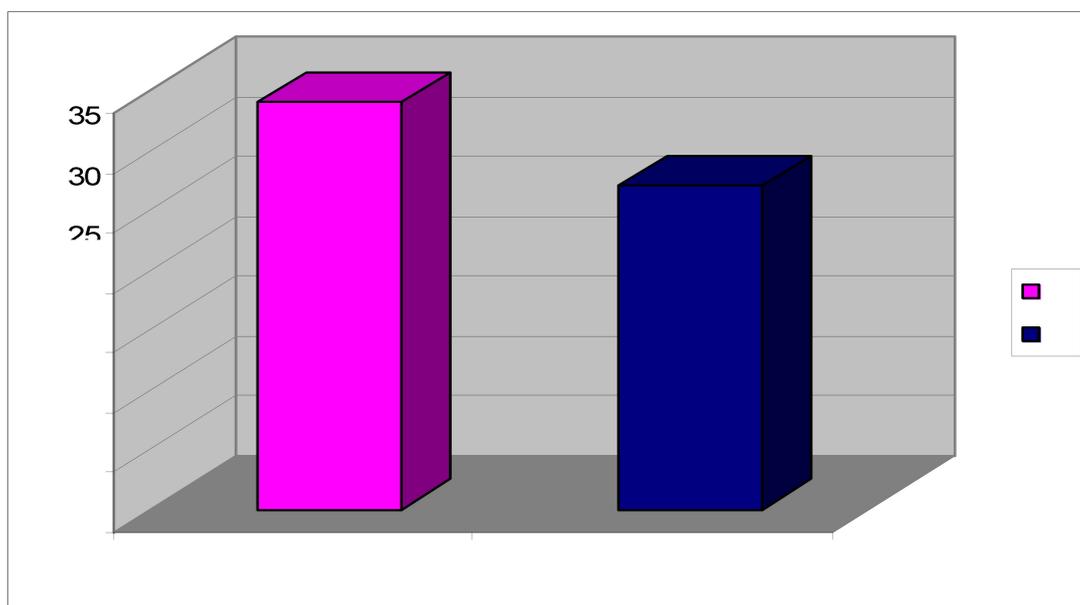
FUENTE: Base de datos elaborado por el grupo investigador.

El 56% de los niños se encuentran en los rangos de edad de 6 meses a 24 meses.

TABLA N°2: Distribución de la población según sexo de los niños y niñas pertenecientes a Programa Aduana.

| Sexo | FA | FR (%) |
|---------|----|--------|
| F | 34 | 56 |
| M | 27 | 44 |
| Totales | 61 | 100 |

Gráfica N° 2: Distribución de la población según sexo de los niños y niñas pertenecientes a Programa Aduana.



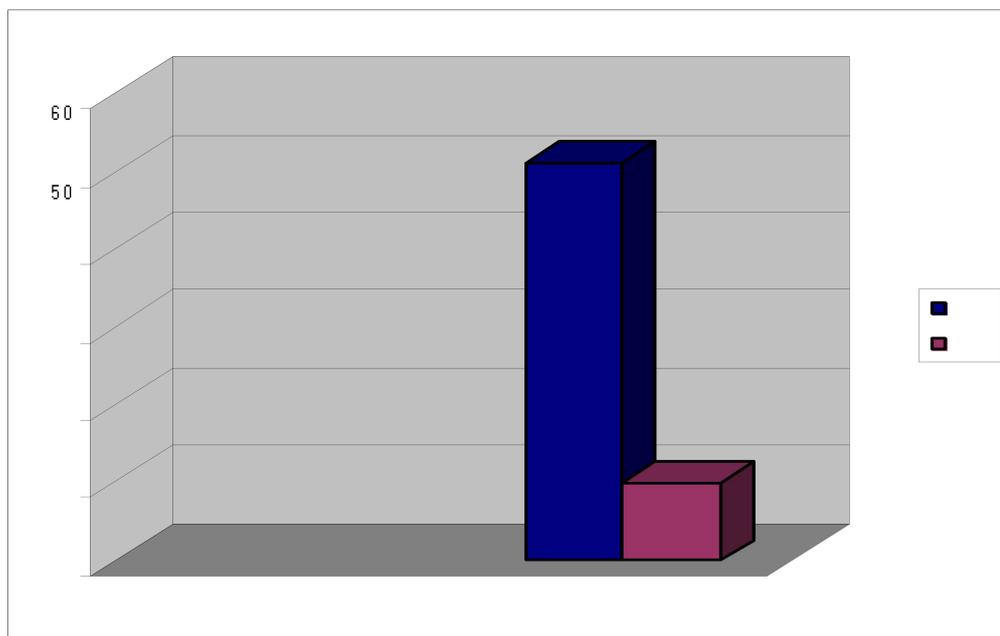
El 56% de los niños de la población es de sexo femenino.

TABLA N°3: Distribución de la población según cumplimiento de controles en salud de los niños y niñas pertenecientes a Programa Aduana.

| Controles en Salud | FA | FR (%) |
|--------------------|----|--------|
|--------------------|----|--------|

| | | |
|----------------|----|-----|
| SI | 51 | 84 |
| NO | 10 | 16 |
| Totales | 61 | 100 |

Gráfica N° 3: Distribución de la población según cumplimiento de controles en salud de los niños y niñas pertenecientes a Programa Aduana.



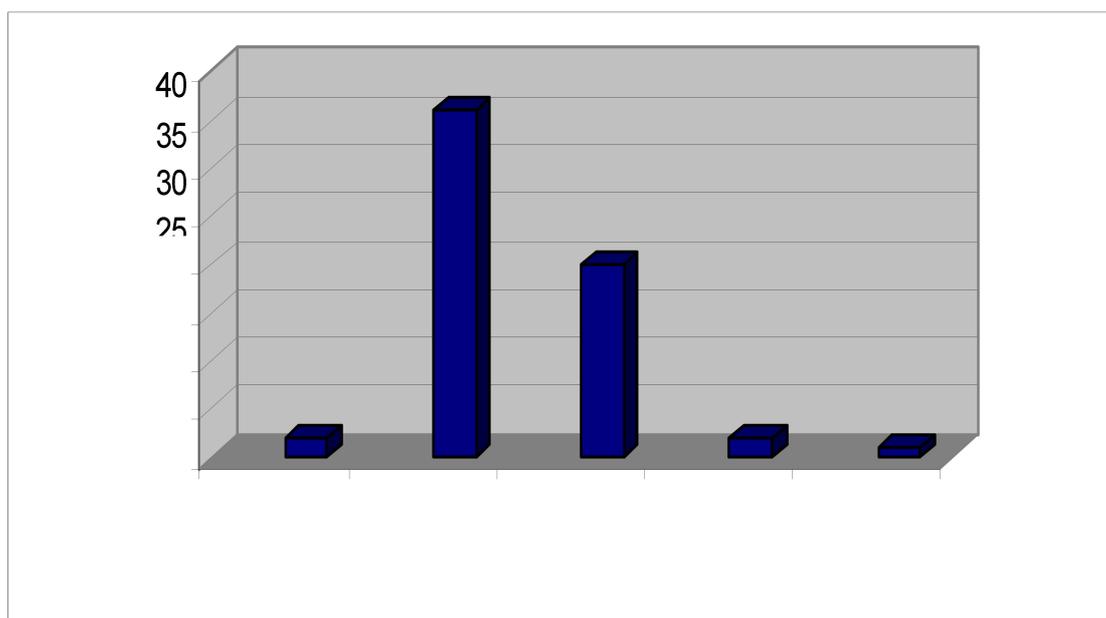
El 84% de los niños concurren en forma regular a los controles en salud.

Variables relacionadas al adulto responsable

TABLA N°4: Distribución de la población según edad de los adultos referentes.

| Edad | FA | FR (%) |
|--------------------|----|--------|
| Menor de 18 años | 2 | 3 |
| Entre 18 y 28 años | 36 | 59 |
| Entre 29 y 38 años | 20 | 33 |
| Entre 39 y 48 años | 2 | 3 |
| Mayor de 59 | 1 | 2 |
| Totales | 61 | 100 |

Gráfica N° 4: Distribución de la población según edad de los adultos referentes.



En cuanto a la edad de los adultos referentes, se registra un predominio del rango entre 18 y 28 años representado por el 59%.

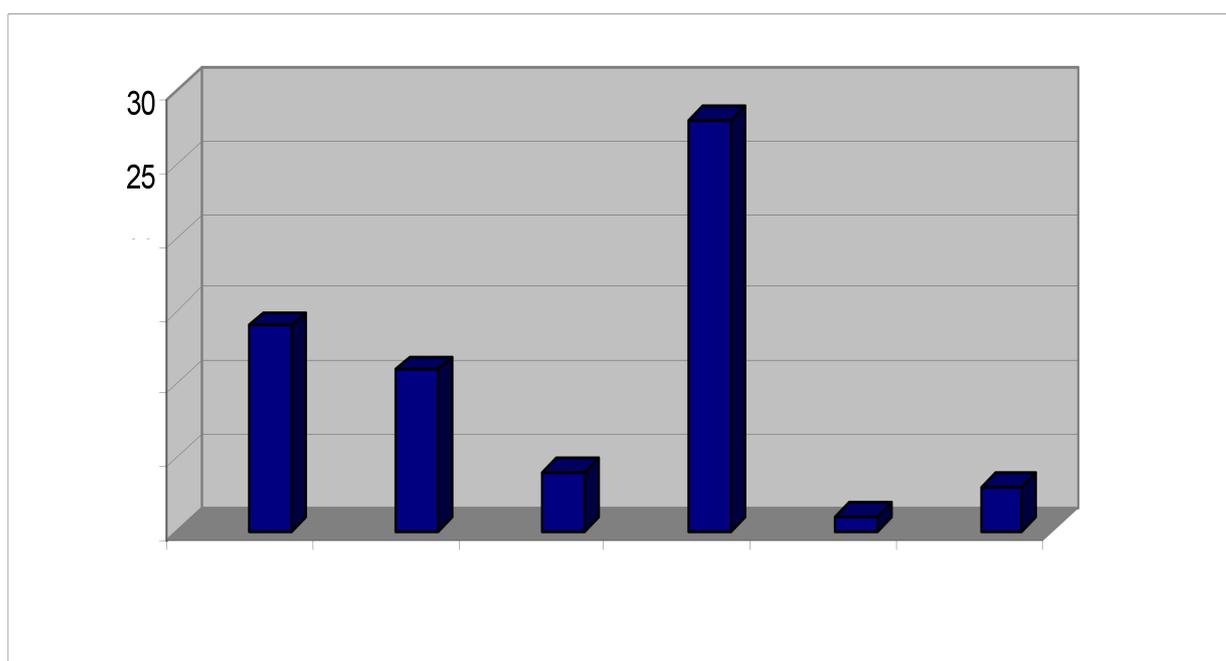
En lo que se refiere al sexo, predomina el sexo femenino con un 99%. El 95% de ellos, correspondieron a madres de los niños y niñas.

TABLA N°5: Distribución de la población según nivel educativo de los adultos referentes.

| Nivel de Educacional | FA | FR (%) |
|----------------------|----|--------|
| Primaria completa | 14 | 23 |

| | | |
|------------------------------|----|-----|
| Primaria incompleta | 11 | 18 |
| Secundaria completa | 4 | 6 |
| Secundaria incompleta | 28 | 46 |
| Terciaria completa | 1 | 2 |
| Terciaria incompleta | 3 | 5 |
| Totales | 61 | 100 |

Gráfica N° 5: Distribución de la población según nivel educativo de los adultos referentes.



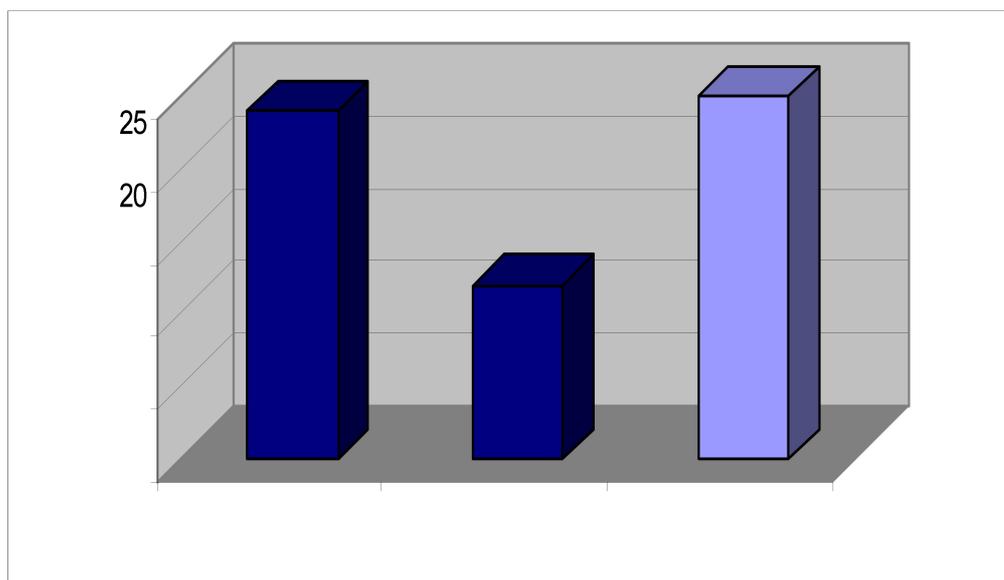
El nivel educacional que se destaca es el secundario incompleto con 46%.

TABLA N°6: Distribución de la población según situacional de los adultos referentes.

| Ocupación | FA | FR (%) |
|-----------|----|--------|
|-----------|----|--------|

| | | |
|------------------|----|-----|
| Empleado | 24 | 39 |
| Jornalero | 12 | 20 |
| Otros | 25 | 41 |
| Totales | 61 | 100 |

Gráfica N° 6: Distribución de la población según situacional de los adultos referentes.



El 41% de los adultos responsables presentan inestabilidad laboral, en este nivel se encuentran los servicios ocasionales o falta de trabajo. Al mismo tiempo resulta significativo el porcentaje de empleados con 39%.

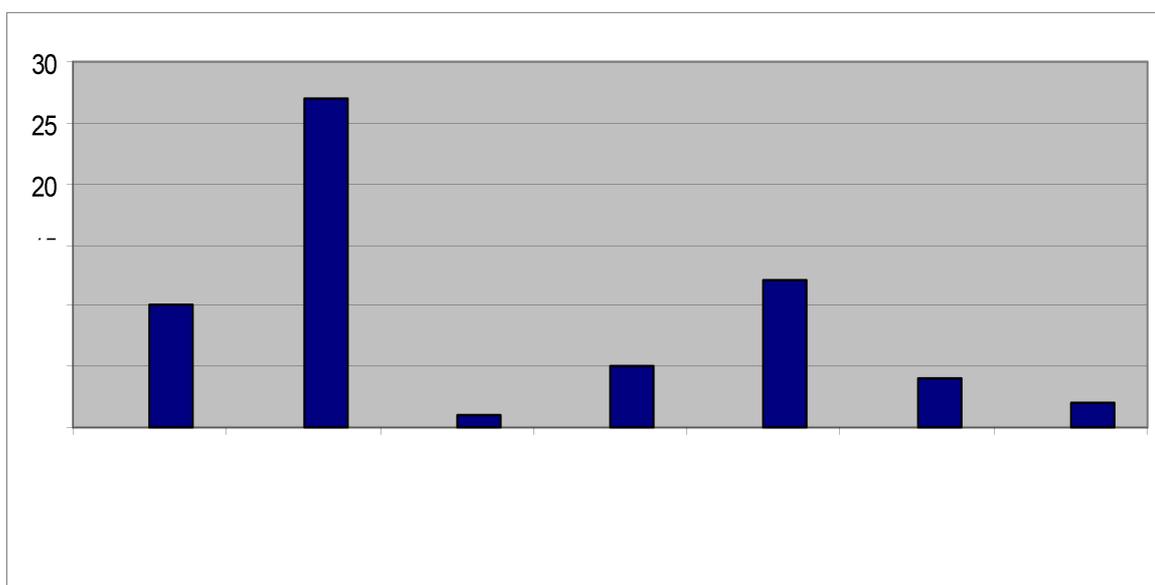
Variables relacionadas a la integración familiar

TABLA N°7: Distribución de la población según integración del núcleo familiar.

| Integración Familiar | FA | FR (%) |
|-----------------------------|-----------|---------------|
|-----------------------------|-----------|---------------|

| | | |
|--------------------------------|----|-----|
| Ambos padres | 10 | 16 |
| Ambos padres y hermanos | 27 | 44 |
| Madre | 1 | 2 |
| Madre y hermanos | 5 | 8 |
| Madre, hermanos y otros | 12 | 20 |
| Madre y otros | 4 | 7 |
| Ambos padres y otros | 2 | 3 |
| Totales | 61 | 100 |

Gráfica N° 7: Distribución de la población según integración del núcleo familiar.



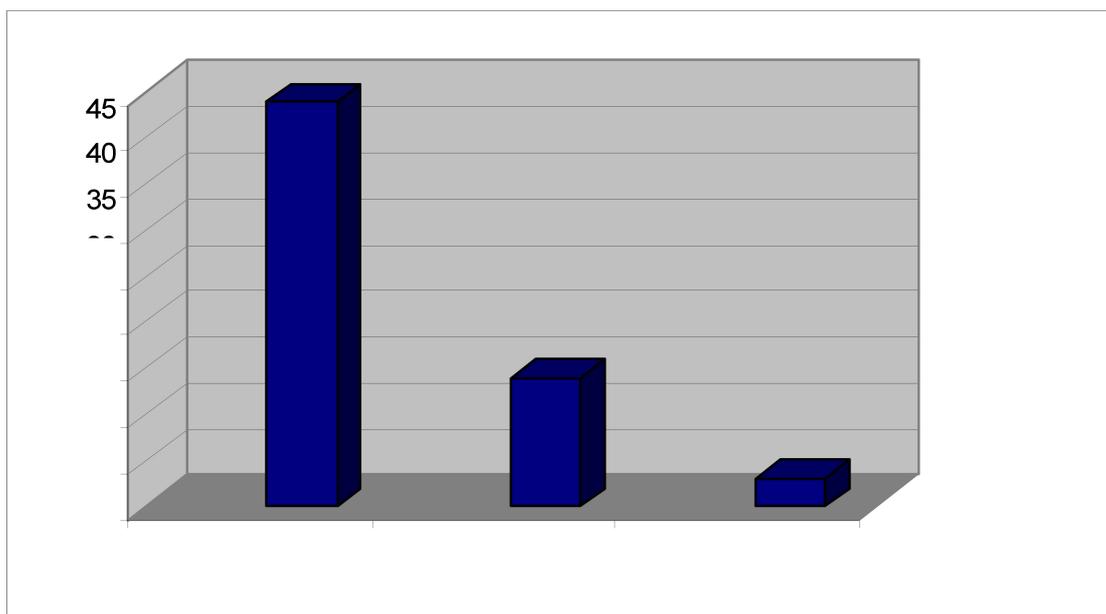
En referencia a la integración familiar, el predominio son aquellas familias constituidas por ambos padres y hermanos totalizando 44 %.

TABLA N°8: Distribución de la población según nivel socio-económico del núcleo familiar.

| Ingresos mensuales | FA | FR (%) |
|----------------------------------|-----------|---------------|
| Menos de \$ 11800 | 44 | 72 |
| Entre \$11.800 y \$19.000 | 14 | 23 |

| | | |
|----------------------------------|----|-----|
| Entre \$19.000 y \$26.000 | 3 | 5 |
| Totales | 61 | 100 |

Gráfica N° 8: Distribución de la población según nivel socio-económico del núcleo familiar.



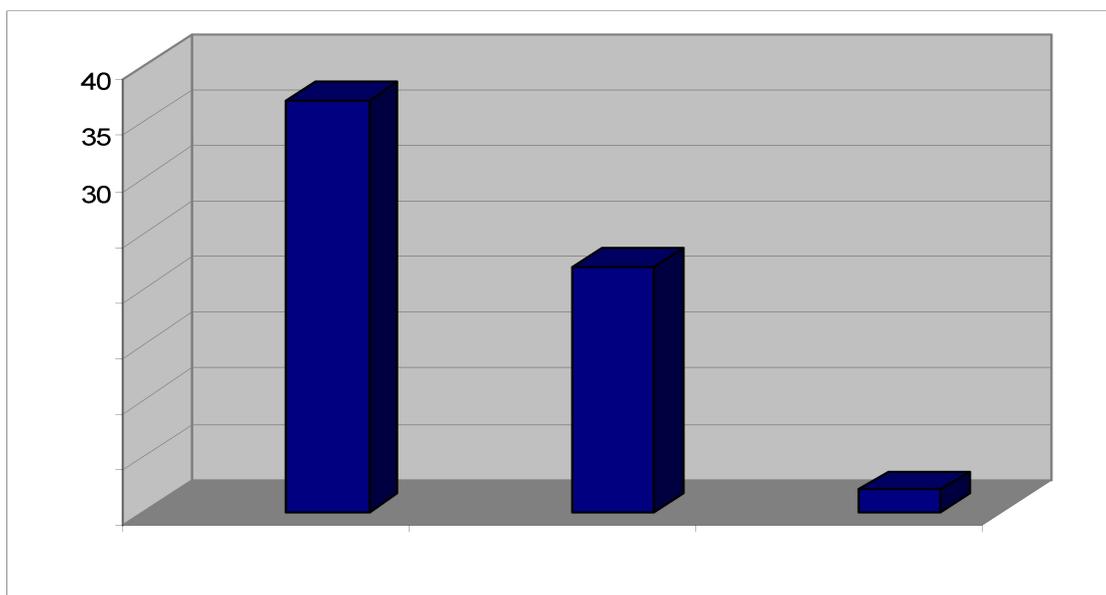
El 72% corresponde a hogares de nivel socio-económico bajo inferior.

TABLA N°9: Distribución de la población según accesibilidad geográfica al servicio de salud.

| Accesibilidad geográfica | FA | FR (%) |
|---------------------------------|-----------|---------------|
| Menos de 10 cuadras | 37 | 61 |

| | | |
|------------------------------|----|----|
| Entre 10 y 20 cuadras | 22 | 36 |
| Más de 20 cuadras | 2 | 3 |
| Totales | 61 | 10 |

Gráfica N° 9. Distribución de la población según accesibilidad geográfica al servicio de salud.



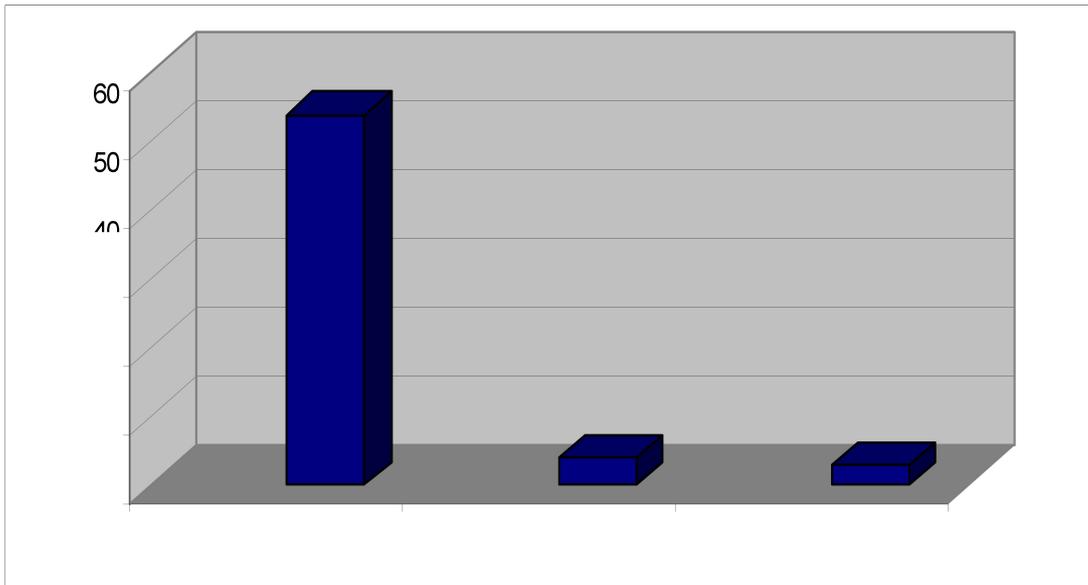
El 61% de las familias entrevistadas residen en el radio correspondiente a la policlínica, recorriendo, para concurrir a los controles, aproximadamente menos de 10 cuadras.

TABLA N°10: Distribución de la población según costo económico de traslado al servicio de salud.

| Costo económico | FA | FR (%) |
|--------------------------|-----------|---------------|
| Ninguno | 54 | 89 |
| Entre \$20 y \$40 | 4 | 6 |

| | | |
|--------------------|----|-----|
| Más de \$40 | 3 | 5 |
| Totales | 61 | 100 |

Gráfica N°10: Distribución de la población según costo económico de traslado al servicio de salud.



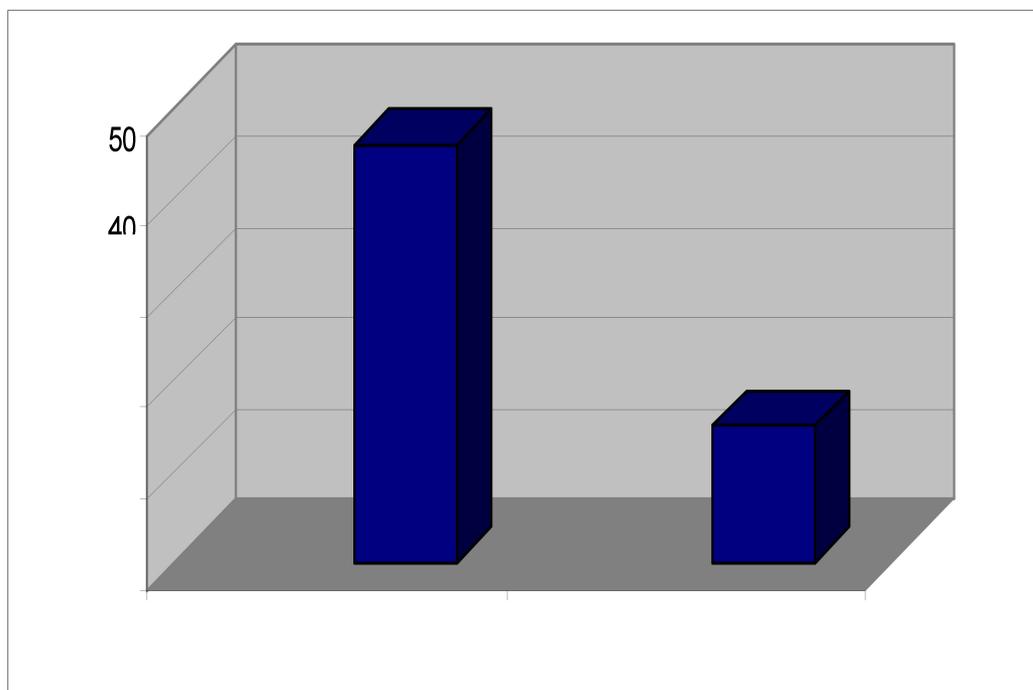
El 89% de los adultos que concurren con los niños a los controles o a vacunaciones, no tiene ningún gasto económico de traslado.

TABLA N°11: Distribución de la población según tiempo de espera en el servicio de salud.

| Tiempo de espera | FA | FR (%) |
|------------------------------|-----------|---------------|
| Menos de 30 minutos | 46 | 75 |
| Entre 30 y 60 minutos | 15 | 25 |

| | | |
|----------------|----|-----|
| Totales | 61 | 100 |
|----------------|----|-----|

Gráfica N°11: Distribución de la población según tiempo de espera en el servicio de salud.



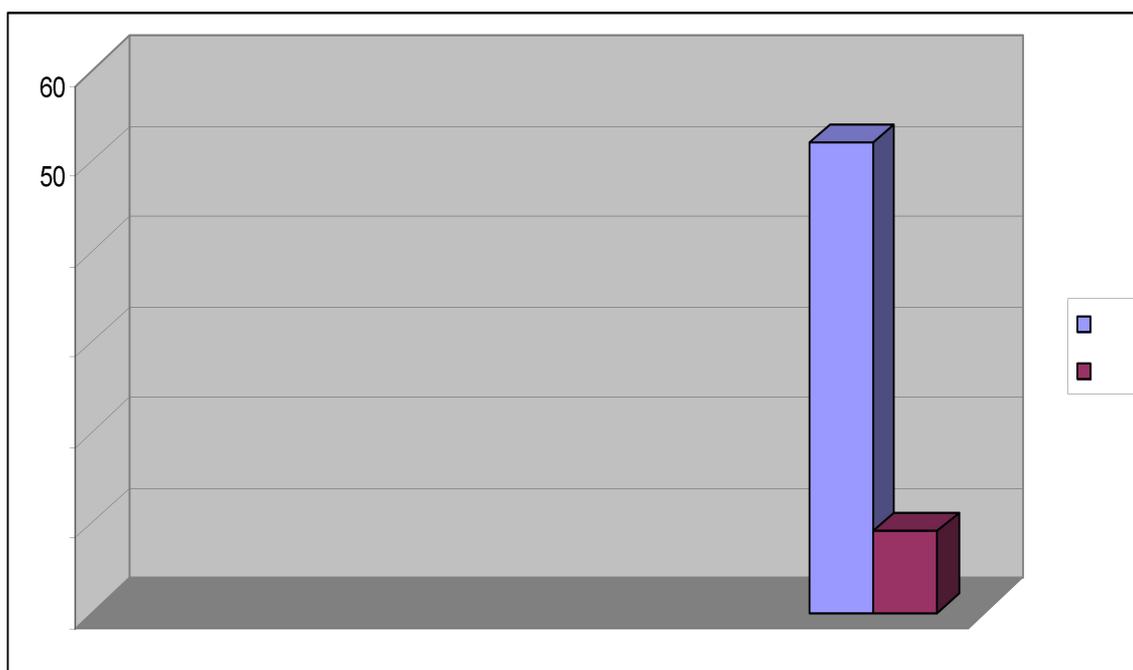
El 75% de los adultos responsables de traer a los niños o niñas a vacunar, no ha tenido una espera mayor a 30 minutos para acceder al servicio.

TABLA N° 12: Distribución de la población según conocimiento del adulto responsable sobre existencia del servicio de vacunaciones en la policlínica.

| Conocimiento del Servicio de Vacunaciones | FA | FR (%) |
|--|-----------|---------------|
| SI | 52 | 85 |
| NO | 9 | 15 |

| | | |
|----------------|----|-----|
| Totales | 61 | 100 |
|----------------|----|-----|

Gráfica N°12: Distribución de la población según conocimiento del adulto responsable sobre existencia del servicio de vacunaciones en la policlínica.

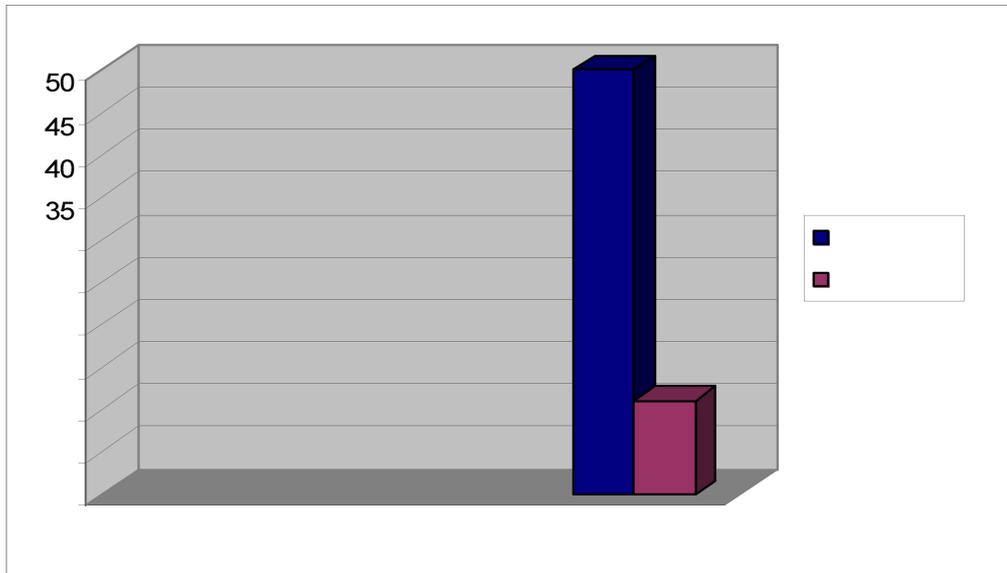


El 85% de los entrevistados manifestó estar informado acerca del restablecimiento del servicio de vacunaciones a la policlínica en el último mes.

TABLA N°13: Distribución de la población según conocimiento del adulto referente sobre el concepto de vacunas.

| Conocimiento sobre vacunas | FA | FR (%) |
|-----------------------------------|-----------|---------------|
| Correcto | 50 | 82 |
| Incorrecto | 11 | 18 |
| Totales | 61 | 100 |

Gráfica N°13: Distribución de la población según conocimiento del adulto referente sobre el concepto de vacunas.

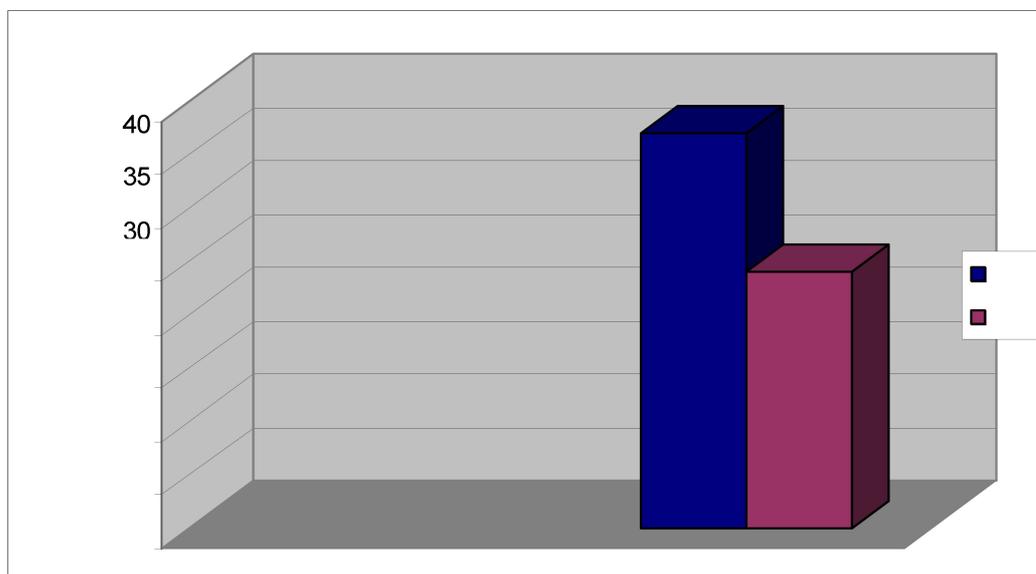


El 82% de los adultos responsables manifiestan comprender el concepto de vacunas y su objetivo.

TABLA N°14: Distribución de la población según interpretación según interpretación del Certificado Esquema de Vacunaciones por parte del adulto responsable.

| Interpretación del CEV | FA | FR (%) |
|------------------------|----|--------|
| SI | 37 | 61 |
| NO | 24 | 39 |
| Totales | 61 | 100 |

Gráfica N°14: Distribución de la población según interpretación según interpretación del Certificado Esquema de Vacunaciones por parte del adulto responsable.

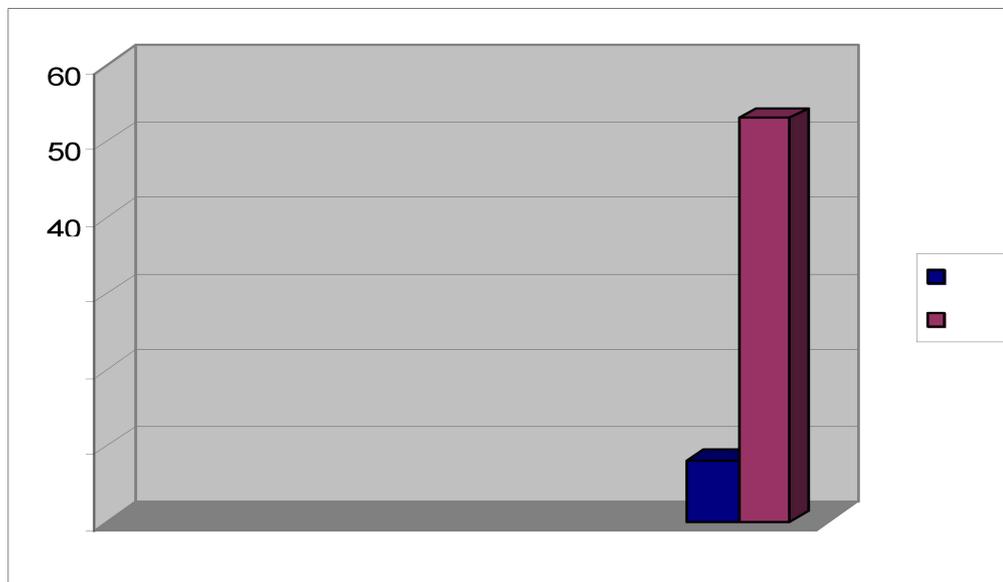


El 61% de los adultos entrevistados manifestaron entender el Certificado Esquema de Vacunación y comprender las fechas correspondientes a los vencimientos establecidos.

TABLA N°15: Distribución de la población según conocimiento del adulto referente sobre las enfermedades prevenibles a través de las vacuna.

| Conocimiento de enfermedades prevenibles | FA | FR (%) |
|---|-----------|---------------|
| SI | 8 | 13 |
| NO | 53 | 87 |
| Totales | 61 | 100 |

Gráfica N°15: Distribución de la población según conocimiento del adulto referente sobre las enfermedades prevenibles a través de las vacuna.

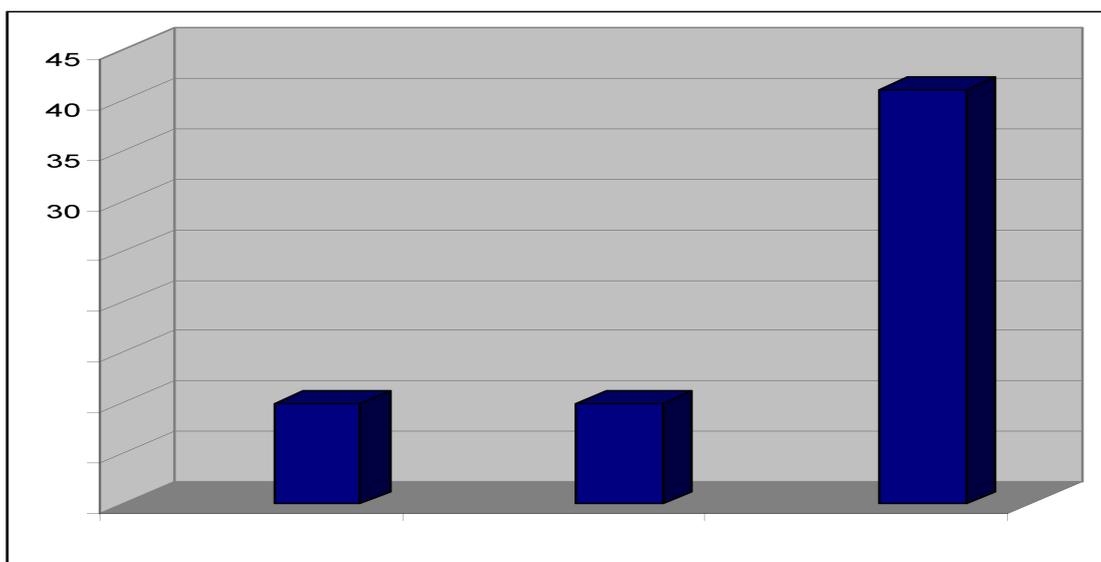


El 87% de los adultos manifiesta no tener conocimiento específico, en general, de las enfermedades que previenen las vacunas.

TABLA N°16: Distribución de la población según grado de incumplimiento de las inmunizaciones.

| Grado de incumplimiento | FA | FR (%) |
|-------------------------|----|--------|
| Leve | 10 | 16 |
| Moderado | 10 | 16 |
| Grave | 41 | 68 |
| Totales | 61 | 100 |

Gráfica N°16: Distribución de la población según grado de incumplimiento de las inmunizaciones.

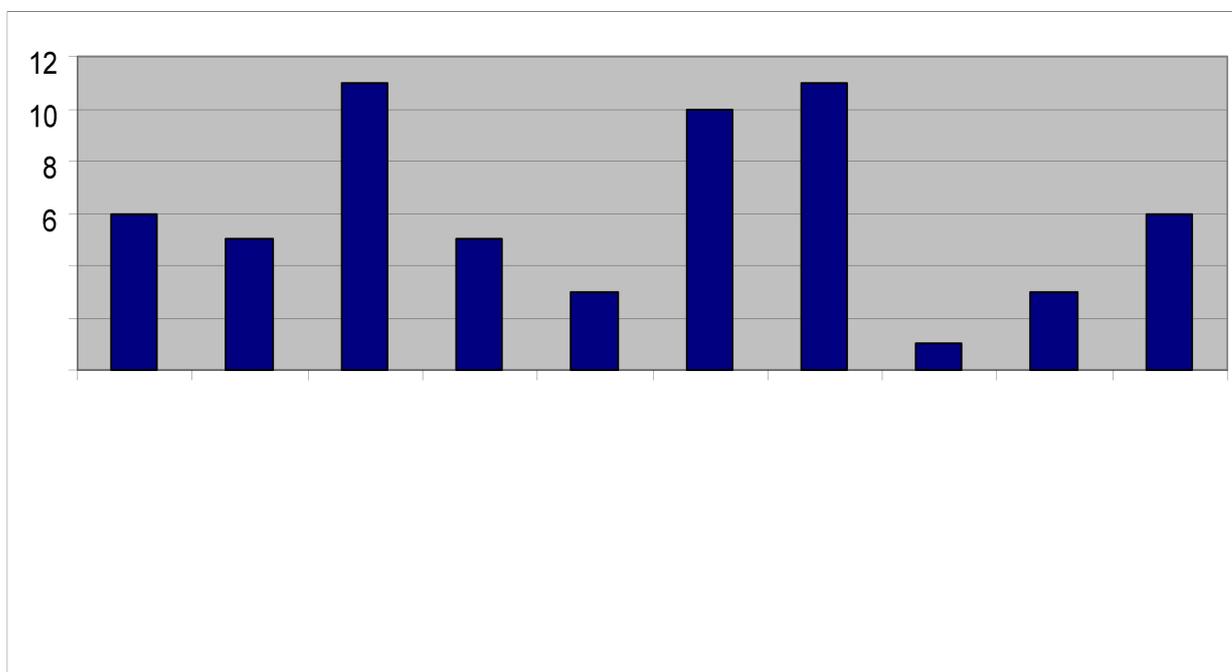


El 68% de los niños y niñas presentan un grado de incumplimiento “grave”.

TABLA N°17: Distribución de la población según el motivo de incumplimiento en las inmunizaciones, según lo manifestado por los adultos.

| Motivos de Incumplimiento | FA | FR (%) |
|----------------------------------|-----------|---------------|
| Distancia | 6 | 9 |
| Falta de información | 5 | 8 |
| Horario no conveniente | 11 | 18 |
| Situación familiar | 5 | 8 |
| Creencias religiosas | 3 | 5 |
| Olvido de fecha | 10 | 17 |
| Falta del Servicio | 11 | 18 |
| No comprende el CEV | 1 | 2 |
| Pérdida del carné | 3 | 5 |
| Enfermedad respiratoria | 6 | 10 |
| Totales | 61 | 100 |

Gráfica N°17: Distribución de la población según el motivo de incumplimiento en las inmunizaciones, según lo manifestado por los adultos.



Los porcentajes a destacar, se relacionan con la disponibilidad del servicio, 18% corresponde a falta de vacunaciones y 18% a horario escaso y no conveniente.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La UNICEF y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) identifican doce prácticas familiares para asegurar la supervivencia y promover el sano crecimiento y desarrollo de los niños. La primera práctica de crianza es la Inmunización, ya que en estudios realizados con anterioridad se ha encontrado que los niños mal inmunizados tienden a pertenecer a familias numerosas, con bajo nivel socio-económico, escaso conocimiento de las enfermedades prevenibles y malas experiencias con los servicios de salud.

Partiendo del concepto de Salud, como proceso y derecho inalienable del hombre, que debe de estar asegurado por el Estado, con la participación de la población y del equipo de salud; se llevó a cabo la investigación para conocer y determinar los motivos de incumplimiento en inmunizaciones en niños de cero a tres años de edad, pertenecientes al Programa Aduana, en relación a los factores de riesgos biológicos y ambientales.

En el período comprendido entre el 21 de Octubre y 15 de Noviembre, se captaron 61 usuarios que reunían las características necesarias para integrar la población. Cabe destacar que los niños asisten a los controles en salud a la policlínica zonal en un porcentaje del 100%, teniendo así un primer contacto con el Sistema

Nacional de Salud constituyéndose en el elemento principal del proceso de asistencia sanitaria.

Dato importante de los niños de la población, en relación a la integración familiar, es que el 63% de los niños viven con ambos padres, hermanos y otros. Sin embargo al indagar sobre quién se encarga del cuidado y atención de los niños, en el 95% de los casos corresponde a la madre, independientemente de la constitución familiar.

En cuanto al nivel educacional de los adultos responsables, el 46% presentó nivel secundario incompleto y el 72% corresponde a hogares de nivel socio-económico bajo inferior.

Al analizar los problemas relacionados con el servicio de salud se encontró que el 61% de las familias entrevistadas residen a menos de diez cuadras de la Policlínica y que esto no les representa ningún gasto económico de traslado; a su vez el 75% de esta población dice esperar menos de 30 minutos para recibir atención, por lo que se puede decir que ninguno de estos factores sería causa de incumplimiento.

En relación a los controles en salud, el 84% de los niños están correctamente controlados. El concepto de Atención Primaria en Salud, considerado en el Marco Conceptual, como estrategia sanitaria esencial, basada en la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad, apunta a establecer políticas saludables, propulsando la participación plena de los individuos y familias de la comunidad, de forma de lograr fortalecer, y brindar herramientas que permitan el desarrollo de la autorresponsabilidad. En confrontación con los resultados obtenidos, se puede inferir, que de algún modo la población tiene incorporado un nivel de responsabilidad en lo que hace al cumplimiento de los controles en salud.

El porcentaje de los mismos, se acerca a cumplir con los objetivos del Programa Aduana que apunta a disminuir los índices de morbimortalidad, asegurando el control de los recién nacidos y niños menores de tres años.

En contraposición con esto, el cumplimiento en las inmunizaciones se ve notablemente alterado, en nuestra población seleccionada. Registrando un nivel grave de incumplimiento, representando el 68% correspondiente a más de 60 días de atraso en la administración de las dosis pautadas en el CEV.

Teniendo en cuenta los Niveles de Prevención presentes en el Marco Conceptual, se encontró que en cuanto a la Prevención Primaria se estaría en un debe, dado que el incumplimiento de las inmunizaciones, es un factor determinante para la protección de agentes patógenos sobre el organismo, mediante la eliminación y control de su aparición en el medio, o mediante el aumento de la resistencia natural frente a las enfermedades.

Los principales motivos de incumplimiento estarían asociados a la disponibilidad del servicio:

- la interrupción del servicio de vacunaciones 18%
- horario escaso y no conveniente para la población 18%

Cabe destacar que en esta Policlínica el servicio de vacunaciones se vio interrumpido por un periodo aproximado de cinco meses por falta de vacunadora.

En cuanto a la población encuestada, se comprobó que el 85%, está en conocimiento de que la policlínica cuenta actualmente con el servicio de vacunaciones, dado que este se retomó hace 30 días.

Acerca del conocimiento que posee la población sobre que son las vacunas, el 82% afirma conocer y entender el concepto, mediante cuestionario realizado, contestando afirmativamente a la opción correspondiente a que: “las vacunas son

sustancias que se administran por boca o inyección y al entrar al organismo producen defensas que evitan algunas enfermedades que causan secuelas muy graves y hasta la muerte.”

El 87% de las personas entrevistadas no sabe que´ enfermedades se previenen a través de las inmunizaciones ordenadas secuencialmente en el certificado de esquema de vacunaciones (CEV), y concomitantemente el 69% revela entender o tener una lectura correcta sobre las fechas de vencimiento registradas en el mismo.

Por lo que se puede concluir que los resultados obtenidos en esta investigación confirman las pautas que plantean UNICEF y la OPS.

De acuerdo a este análisis se puede inferir que el atraso encontrado podría afectar en el proceso normal de crecimiento y desarrollo del niño, siendo un riesgo de carácter ambiental que se relaciona con las condiciones de salud, y que puede estar además incrementado por la falta de recursos sociales, educacionales y prácticas de cuidados. Los aspectos del crecimiento y desarrollo alcanzados en la niñez, sobre todo en los primeros años influyen de manera fundamental sobre los años siguientes de vida.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Culminado el análisis e interpretación de los datos obtenidos en la investigación y luego de la confrontación con los conceptos seleccionados como respaldo teórico, se concluye que se alcanzaron los objetivos planteados. Es decir se logró conocer los motivos de incumplimiento de inmunizaciones a través de la información proporcionada por los adultos responsables, en relación a los factores de riesgo biológicos y ambientales.

Como sugerencias se plantean diferentes intervenciones que contribuirían a mejorar los índices de inmunización y evaluar las mismas en futuras investigaciones, estas son:

- ✓ Incorporar al equipo, recursos humanos especializados en el servicio de vacunaciones.
- ✓ Aumentar los días de vacunación y extender el horario según necesidades del servicio.
- ✓ Colocar carteleras con información relevante sobre horarios y lugares alternativos de puestos de vacunación.
- ✓ Realizar seguimiento estricto en aquellos niños con atraso en el certificado esquema de vacunación.

- ✓ Crear un calendario simple y accesible para el adulto responsable, con fechas de los próximos vencimientos de las vacunas, para evitar olvidos y contribuir al mejor entendimiento del CEV.
- ✓ Gestionar puestos de vacunaciones móviles en escuelas, CAIF, centros de recreación y lugares de difícil acceso.
- ✓ Trabajar el tema inmunización desde los equipos multidisciplinarios e interinstitucionales para promover la importancia del tema.
- ✓ Planificar jornadas de educación promoviendo la importancia de las vacunas, patologías prevenibles, etiologías de las mismas y consecuencias posibles, así como también la lectura del Esquema de Vacunación, pues se destaca la escasa información por parte de los adultos responsables (87 %), sobre las patologías prevenibles con una correcta vacunación.
- ✓ Mantener actualizados en el sistema informático los datos del Programa Aduana.

Esta dentro del rol de enfermería contribuir a la reflexión sobre la atención integral del usuario y su familia y destacar la relevancia que tienen los cuidados en los primeros años de vida; ya que se considera que el abordaje del tema es escaso.

Por todo esto, sería importante se tenga en cuenta este trabajo con el fin de adecuar los programas a la necesidades de los usuarios.

BIBLIOGRAFÍA

Barrenechea, C. Universidad de la República. Facultad de Enfermería. Cátedra de Enfermería Comunitaria. 2010.

Caja López, C, López Pisa, M. Serie Manuales de Enfermería. Enfermería Comunitaria III. Capítulo 16. Editorial Masson; 1993.

Decreto del Poder Ejecutivo N°453/011 de 19 de diciembre de 2011. Certificado Esquema de Vacunación.

Del Pozo Machuca, J. Redondo Romero, A. Gancedo García, MC. Bolívar Galiano, V. Tratado de Pediatría extrahospitalaria. 2ª Edición. Tomo 1. Capítulo 8. Ergon, SA 2011.

Equipo Técnico del Departamento de Salud Integral de la Niñez, Comité Técnico Nacional de Revisión y Actualización del AIEPI, y el Equipo Técnico de OPS. Manual Clínico para Profesionales de Salud, AIEPI. Módulo de capacitación.2008.

- Green, L.W., y Anderson. C. L. La comunidad y la salud comunitaria. 1982.
- Ketzoian, Estadística Médica. Oficina del Libro FEMUR. Montevideo, marzo 2004.
- Llambí, C. Piñeeyro, L. Cámara de Empresas de Investigación Social y de Mercado del Uruguay. Cinve. Montevideo, marzo 2012.
- Meneghello, E. Fanta, E. Paris, J. Rosselot. Pediatría Volumen 1, cuarta edición. Editorial Mediterraneo. Santiago-Chile 1991.
- Modelo de Leavell y Clark. Prevención Primaria. Medicine for the Doctor in his community. 1965.
- OMS. 1º Conferencia sobre Promoción de la Salud. Ottawa. 1986.
- Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño: Evidencia de las intervenciones. Washington, D.C: OPS. 2005.
- Roca Roger, M. Caja López, C. Úbeda Bonet, I. Enfermería Comunitaria. Edición Instituto Monsa de Ediciones 2011.
- Salleras San Martín, L. Vacunaciones preventivas. Principios y aplicaciones. 2da. Edición. Barcelona. Mason. 2004.
- Universidad de la República. Facultad de Enfermería. Plan de estudios 93.
- Villar, H. Gestión de servicios de salud. Zona editorial. Montevideo. Uruguay. 2012.

Anexos

INDICE DE ANEXOS

| | |
|-----------------------|----|
| Instrumento | 53 |
| Carta de autorización | 59 |
| Cronograma | 60 |
| Presupuesto | 61 |

INSTRUMENTO

| |
|------------------------------|
| FECHA: ___/___/___ |
| CUESTIONARIO N° _____ |

Acerca del niño/a

| |
|--|
| Edad: <input type="text"/> meses |
| Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| Carné de vacunas |
| Fecha de vencimiento del CEV: _____/_____/2013 |
| (Certificado Esquema de Vacunación) |

Controles en Salud

¿Concorre habitualmente a todos los controles con pediatra?

Si No

Si la respuesta es no, aclare la causa _____

Acerca del referente responsable

¿Quién lo trae a vacunar?

Edad: años

Sexo: F M

Grado de parentesco:

Madre Padre Abuela/o

Hermano/a

Otro SI NO

Parentesco:

¿Quién está a cargo del niño/a?

Ambos padres

Madre Padre

Otro SI NO

Parentesco:

Nivel de instrucción:

Primaria incompleta Primaria completa

Secundaria incompleta Secundaria completa

Terciaria incompleta Terciaria completa

Situación ocupacional

Empleo estable

Jornalero

Jubilado o pensionista

Otros

Acerca de familia y hogar

¿Cuántas personas, incluyendo niños y recién nacidos viven bajo el mismo techo?

.....adultos niños

Edad: **(Meses)**

Edad: **(Años)**

¿Cuáles son los ingresos mensuales de su hogar?

- Menos de \$ 11.800
- Entre \$ 11.800 y \$ 19.000
- Entre \$ 19.000 y \$ 26.000
- Entre \$ 26.000 y \$ 34.000
- Más de \$ 34.000

Acerca del Servicio de Salud

¿En qué Servicio de Salud o policlínica controla al niño/a?

- Hospital público
- Mutualista
- Centro de Salud
- Policlínicas zonales
- Consultorio médico

¿A cuántas cuadras aproximadamente se encuentra?

- Menos de 10 cuadras
- Entre 10 y 20 cuadras
- Más de 20 cuadras

¿Cuánto dinero gasta para llevar niño/a a vacunar?

- Ningún gasto
- Entre \$20y \$40
- Mayor \$40

¿Cuánto tiempo aproximadamente te espera para recibir atención?

- Menos de 30 minutos
- Entre 30 y 60 minutos
- Más de 60 minutos

¿Cuentan allí con vacunaciones?

Si No

¿Sabe usted el horario de atención?

Acerca de las vacunas

En el esquema están señaladas las vacunas que debe ir recibiendo su hijo/a según la edad. ¿Sabe usted que vacuna está vencida?

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Vacunas obligatorias | | | | | | | | | | | | | | |
| | C | | | | | | | | | | | | | |
| BCG | | | | | | | | | | | | | | |
| PENTAVALENTE | | | | | | | | | | | | | | |
| TRIPLE BACTERIANA | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

¿Cuántos días de atraso tiene en el cumplimiento del esquema?

- días Leve entre 15 días y 30 días
- Moderado 30 días y 60 días
- Grave más de 60 días

¿Por qué motivo no lo vacunó cuando correspondía? _____

¿Qué son las vacunas?

- A) Es una vitamina.
- B) Son sustancias que se administran por boca o inyección y al entrar al cuerpo producen defensas, que evita algunas enfermedades que causan secuelas muy graves y hasta la muerte.
- C) Es una suspensión que no nos protege de ninguna enfermedad, solo ayuda al crecimiento del niño/a.
- D) Ninguna es correcta.

¿Cómo sabe usted cuando le toca la próxima vacuna a su hijo?

| |
|--|
| |
|--|

¿Sabe usted cuales son las enfermedades que previenen las vacunas que se le aplican al niño/a?

- Si
- No

En caso de contestar que SI. ¿Cuáles?

| |
|--|
| |
| |

¿Sabe usted que las vacunas son gratuitas y obligatorias?

Si No

CARTA DE AUTORIZACIÓN

CRONOGRAMA

PRESUPUESTO

RRHH: Dos Licenciadas en Enfermería.

Seis estudiantes de la carrera Profesionalización.

RRFF:

| Descripción | Sub Total(\$) |
|--------------------|----------------------|
| Impresiones | \$ 1.700 |
| Material papelería | \$ 300 |
| Traslados | \$ 3.200 |
| Internet | \$ 600 |
| Telefonía | \$ 500 |
| Total | \$ 5.700 |