



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA**



**TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA
EN ENFERMERÍA**

**TEMA: FACTORES DEL ABANDONO AL ESQUEMA DE VACUNAS EN
NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS DEL “CENTRO DE SALUD N°1 IBARRA”,
PROCEDENTES DE MANZANO GUARANGUÍ 2014-2015**

AUTORES:

Julia Lorena Farinango Guerrero

María Vanessa Novoa Farinango.

DIRECTORA DE TESIS:

Msc. Viviana Espinel

IBARRA 2015

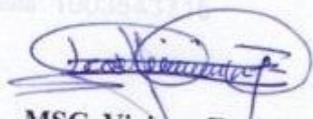
HOJA DE APROBACIÓN

Luego de haber sido designado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica del Norte de la ciudad de Ibarra, he aceptado con satisfacción participar como Director del Trabajo de Grado: "FACTORES DEL ABANDONO AL ESQUEMA DE VACUNAS EN NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS DEL "CENTRO DE SALUD Nro.1 IBARRA", PROCEDENTES DE MANZANO GUARANGUÍ 2014 - 2015", realizado por las señoritas egresadas: Farinango Guerrero Julia Lorena, Novoa Farinango María Vanessa previo a la obtención del título de Licenciadas en Enfermería.

A ser presencial y corresponsable directo del desarrollo del presente trabajo de investigación, certifico que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sustentados públicamente ante un Tribunal que sea designado oportunamente.

Esto es lo que puedo certificar por ser justo y legal.

Ibarra, 19 de Marzo del 2015



MSC. Viviana Espinel

DIRECTORA DEL TRABAJO DE GRADO

DEDICATORIA

A Dios por permitirme una de mis metas en mi vida.

A mis padres, que me han brindado el amor, el apoyo incondicional y las fuerzas para seguir adelante y poder llegar hacer una profesional.

A mi familia en general, que de una u otra manera me brindaron su apoyo y por compartir con migo buenos y malos momentos.

LORENA FARINANGO GUERRERO

Dedico este trabajo a nuestro creador, quien me ha dado vida y fortaleza para poder realizarlo, a mi madre y hermanos, quienes con sacrificio y esfuerzo diario e incondicional me llevaron alcanzar un sueño, al culminar esta meta propuesta al inicio de mi carrera, y a todas aquellas personas que fortalecieron mi deseo de triunfo.

Darme por siempre su apoyo.

VANESSA NOVOA

AGRADECIMIENTO

En el presente trabajo de tesis, primeramente agradecemos a nuestro Dios, por bendecirnos y permitirnos culminar este sueño anhelado de ser profesionales.

A la Universidad Técnica de Norte, a la Facultad Ciencias de la Salud y de manera especial a la Carrera de Enfermería, por habernos abierto las puertas y permitirnos obtener nuestro título profesional.

A nuestra tutora Msc. Viviana Espinel, quien con su experiencia como docente ha sido la guía idónea, durante el proceso que hemos llevado a cabo brindándonos el tiempo necesario, por compartirnos sus conocimientos diariamente y apoyarnos para la realización y culminación de esta tesis.

A los padres de familia de los niñas(os) y menores de dos año de la Comunidad de Manzano Guaranguí, que nos colaboró con información y el desarrollo de las encuestas y su tiempo; para el desarrollo y culminación de la tesis.

ÍNDICE

HOJA DE APROBACIÓN.....	2
DEDICATORIA.....	3
AGRADECIMIENTO.....	4
ÍNDICE.....	5
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	10
ÍNDICE DE TABLAS.....	12
RESUMEN.....	13
ABSTRACT.....	14
CAPÍTULO I.....	16
1. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
1.1. Planteamiento del problema.....	16
1.2. Justificación.....	20
1.3. Objetivos.....	22
1.3.1. Objetivo general:.....	22
1.3.2. Objetivos específicos:.....	22
1.4. Preguntas de investigación.....	23
CAPÍTULO II.....	24
2. MARCO TEÓRICO.....	24
2.1. Marco contextual.....	24
2.1.1. Centro de Salud N° 1 Ibarra.....	24
2.1.1.1. Reseña histórica del Centro de Salud N° 1 de Ibarra.....	24
2.1.1.2. Límite del Centro de Salud N° 1.....	26
2.1.1.3. Área de influencia del Centro de Salud N°1.....	26
2.1.1.3.1. Urbanas.....	26
2.1.1.3.2. Rurales.....	27
2.1.1.4. Visión.....	27
2.1.1.5. Misión.....	27
2.1.1.6. Servicios que ofrece el Centro de Salud N°1.....	27
2.1.1.6.1. El flujograma de atención:.....	27

2.1.2.	Comunidad Manzano Guaranguí	29
2.1.2.1.	Principales ocupaciones de la zona	29
2.1.2.2.	Servicios básicos	30
2.2.	Marco conceptual.....	31
2.2.1.	Definición de Inmunización	31
2.2.2.	Definición de biológicos o vacunas	33
2.2.3.	Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).....	33
2.2.3.1.	Misión y Visión (PAI).....	34
2.2.3.2.	Objetivos (PAI).....	34
2.2.3.2.1.	Objetivo general.....	34
2.2.3.2.2.	Objetivos específicos.....	34
2.2.3.3.	Metas (PAI)	35
2.2.4.	Clasificación de las vacunas.....	36
2.2.4.1.	Vacunas vivas o atenuadas:	36
2.2.4.2.	Vacunas inactivadas:	36
2.2.4.3.	Vacunas de microorganismos muertos.	37
2.2.4.4.	Vacunas de microorganismos vivos atenuados.	37
2.2.5.	Calendario de vacunas	37
2.2.5.1.	VACUNAS.....	38
2.2.5.1.1.	Bacillus de Calmette y Guérin(Vacuna BCG)	38
2.2.5.1.2.	Vacuna Hepatitis B (HB)	39
2.2.5.1.3.	Vacuna OPV (Vacuna Oral contra Poliomieltis).....	40
2.2.5.1.4.	Rotavirus	41
2.2.5.1.5.	Vacuna Pentavalente (DPT + HB+ Hib)	42
2.2.5.1.6.	Neumococo	43
2.2.5.1.7.	Vacuna triple bacteriana difteria, tos ferina, tétanos (DPT)	44
2.2.5.1.8.	Vacuna dupla viral sarampión, rubeola (SR)	45
2.2.5.1.9.	Vacuna triple viral sarampión, rubeola, parotiditis (SRP)	46
2.2.5.1.10.	Varicela	47
2.2.5.1.11.	Fiebre amarilla	48
2.2.6.	Cadena de Frío.....	49
2.2.7.	Definición de deserción y abandono del esquema de vacunas.....	52
2.2.8.	Retrasos de esquema de vacunación.....	53
2.2.9.	Factores que influyen en el cumplimiento del esquema de vacunación....	53

2.2.9.1.	Inicio tardío de la vacunación	54
2.2.9.2.	Información deficiente	55
2.2.9.3.	Creencias	55
2.2.9.4.	Ambiente (área donde vive el niño)	55
2.2.9.5.	Abordar al niño en instituciones en función de la Vacuna.....	55
2.2.9.6.	Administración Molesta	56
2.2.9.7.	Imposición social	56
2.3.	Marco legal.....	56
2.3.1.	La Constitución de la República del Ecuador hace referencia a que:	56
2.3.2.	Objetivos de Desarrollo del Milenio	57
2.3.2.1.	Objetivo 4: Reducir la Mortalidad de la Niñez	57
2.3.3.	Plan nacional para el buen vivir 2013- 2017	57
2.3.3.1.	Objetivo 3	57
2.3.4.	El Ministerio de Salud Pública considera que:	58
2.3.4.1.	La Ley Orgánica de Salud dispone:	58
2.3.5.	Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural- MAIS-FCI.	58
2.3.5.1.	La Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R).....	58
2.4.	Marco Ético	58
CAPÍTULO III.....		62
3.	METODOLOGÍA	62
3.1.	Tipo de investigación	62
3.2.	Población de estudio.....	63
3.2.1.	Universo	63
3.3.	Criterios de inclusión.....	63
3.3.1.	Criterios de inclusión	63
3.3.2.	Criterios de exclusión	63
3.4.	Técnicas e instrumentos	63
3.5.	Procedimiento	64
3.6.	Análisis e interpretación de datos.....	64
3.7.	Variables.....	65
3.7.1.	Datos sociodemográficos de los padres:	65
3.7.2.	Factores del abandono:	65
3.7.3.	Operacionalización de variables	67

CAPÍTULO IV	71
4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	71
4.1. Resultados obtenidos	71
4.1.1. Características sociodemográficas de la familia de los niños menores de 2 años de la Comunidad Manzano Guaranguí (27).	72
4.1.1.1. Edad	72
4.1.1.2. Estado civil	74
4.1.1.3. Nivel de instrucción.....	75
4.1.1.4. Ocupación.....	77
4.1.1.5. Vivienda.....	79
4.1.2. Conocimiento sobre el Esquema de Inmunizaciones en los padres de los niños menores de dos años de la Comunidad de Manzano Guaranguí (27).	80
4.1.2.1. Vacuna o Biológico	80
4.1.2.2. Importancia de las vacunas	81
4.1.2.3. Enfermedades que previenen las vacunas.....	82
4.1.2.4. ESAVIS	83
4.1.3. Estado actual del esquema de vacunación en los carnés del niño sano en los niños menores de dos años de la comunidad de Manzano Guaranguí (27).	85
4.1.3.1. Edad	85
4.1.3.2. Género.....	86
4.1.3.3. Institución donde se vacunan.....	87
4.1.3.4. Estado vacunal	88
4.1.3.5. Retrasos del esquema de inmunización	89
4.1.3.6. Abandonos del esquema de inmunización.....	90
4.1.4. Causas por que los padres de los niños menores de dos años no cumplen con el esquema establecido por el PAI (27).	91
4.1.4.1. Causas	91
CAPÍTULO V	94
5. CONCLUSIONES	94
5.1. RECOMENDACIONES.....	95
CAPÍTULO VI	96
6. PROPUESTA	96
6.1. Datos informativos	96
6.2. Antecedentes de la Propuesta	97
6.3. Justificación.....	98

6.4.	Objetivos.....	99
6.4.1.	Objetivo general	99
6.4.2.	Objetivos específicos	99
6.5.	Cronograma de actividades.....	100
6.6.	Fundamentación Científica	101
BIBLIOGRAFÍA		111
ANEXOS.....		114
ENCUESTA.....		115
GUIA DE OBSERVACIÓN		119
ENTREVISTA.....		120
FOTOGRAFÍAS.....		121

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráficos N° 1 Comunidad de Manzano Guaranguí (9).....	29
Gráfico N° 3 Vacuna HB (9).....	39
Gráfico N° 4 Vacuna OPV (9).....	40
Gráfico N° 5 Vacuna Rotavirus (16).....	41
Gráfico N° 6 Vacuna Pentavalente (DPT + HB+ Hib) (9).....	42
Gráfico N° 7 Vacuna Neumococo (9).....	43
Gráfico N° 8 Vacuna DPT (9).....	44
Gráfico N° 9 Vacuna SR (9).....	45
Gráfico N° 10 Vacuna SRP (9).....	46
Gráfico N° 11 Vacuna Varicela (9).....	47
Gráfico N° 12 Vacuna FA (9).....	48
Gráfico N° 13 Cadena de Frio (9).....	49
Gráfico N° 14 cuarto Frio (9).....	49
Gráfico N° 15 Congelador (9).....	50
Gráfico N° 16 Refrigeradores (9).....	50
Gráfico N° 17 Caja Térmica (9).....	51
Gráfico N° 18 Termos (9).....	51
Gráfico N° 19 Elementos adicionales en vacunas (9).....	52
Gráfico N° 20 Edad de las madres de los menores de dos años de la Comunidad de Manzano Guaranguí.....	72
Gráfico N° 21 Estado civil de las madres, de los menores de dos años de la Comunidad de Manzano Guaranguí.....	74
Gráfico N° 22 Nivel de instrucción de las madres, de los menores de dos años de la Comunidad de Manzano Guaranguí.....	75
Gráfico N° 23 Ocupación de las madres de los menores de dos años de la Comunidad de Manzano Guaranguí.....	77
Gráfico N° 24 Vivienda de los padres de los menores de dos años de la Comunidad de Manzano Guaranguí.....	79
Gráfico N° 25 Sabe usted qué son las vacunas.....	80
Gráfico N° 26 Conoce usted la importancia de las vacunas.....	81

Gráfico N° 27 Conoce usted que enfermedades previenen las vacunas.	82
Gráfico N° 28 Conoce las posibles reacciones de la aplicación de las vacunas.	83
Gráfico N° 29 Edad del niños en estudio.	85
Gráfico N° 30 Género de los niños menores de dos años de la Comunidad de Manzano Guaranguí.	86
Gráfico N°31 Lugar donde se ha vacunado el niño/a.	87
Gráfico N° 32 Estado actual del esquema de vacunación del niño/a.	88
Gráfico N°33 Retraso del esquema de inmunización en niños/as menores de 2 años.	89
Gráfico N° 34 Abandonos del esquema de inmunización en niños menores de dos años.	90
Gráfico N° 35 Porque no han podido hacerles vacunar a su hijo en la fecha que le indicaron en el CS.	92
Gráfico N° 36 Comunidad Manzano Guaranguí (9).	121
Gráfico N° 37 Aplicación de las encuestas en el CNH (9).	121
Gráfico N° 38 Aplicación de las encuestas en las canchas deportivas (9).	122
Gráfico N° 39 Canchas deportivas de la comunidad de Manzano Guaranguí (9).	122

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Esquema de vacunación (15).	37
Tabla N° 2 Operacionalización de variables (27).	70
Tabla N° 3 Edad de las madres de los menores de dos años de la Comunidad de Manzano Guaranguí.	72
Tabla N° 4. Estado civil de las madres, de los menores de dos años de la Comunidad de Manzano Guaranguí (27).	74
Tabla N° 5 Nivel de instrucción de las madres, de los menores de dos años de la Comunidad de Manzano Guaranguí (27).	75
Tabla N° 6 Ocupación de las madres, de los menores de dos años de la Comunidad de Manzano Guaranguí (27).	77
Tabla N°7 Vivienda de los padres de los menores de dos años de la Comunidad de Manzano Guaranguí (27).	79
Tabla N° 8 Sabe usted que son las vacunas.	80
Tabla N° 9 Conoce usted la importancia de las vacunas (27).	81
Tabla N° 10 Conoce usted que enfermedades previenen las vacunas (27).	82
Tabla N° 11 Conoce las posibles reacciones de la aplicación de las vacunas (27).	83
Tabla N° 12 Edad del niños en estudio.	85
Tabla N°13 Género de los niños menores de dos años de la Comunidad de Manzano Guaranguí (27).	86
Tabla N°14 Lugar donde se ha vacunado el niño/a (27).	87
Tabla N° 15 Estado actual del esquema de vacunación del niño/a (27).	88
Tabla N° 16 Retrasos del esquema de inmunización en niños/as menores de 2 años (27).	89
Tabla N° 17 Abandonos del esquema de inmunización en niños menores de dos años (27).	90
Tabla N° 18 Porque no han podido hacerles vacunar a su hijo en la fecha que le indicaron en el CS.	91

RESUMEN

El presente trabajo investigativo tuvo como objetivo identificar los factores del abandono al esquema de vacunas en niños de 0 a 2 años de la Comunidad de Manzano Guaranguí. Se aplicó una metodología científica cuali-cuantitativa, porque nos permitió identificar los factores que influyen en el abandono y retrasos del esquema de vacunación, a su vez cuantificarlos y analizarlos; documental ya que fue comparada con otros estudios similares; bibliográfica porque se recopiló información validada, descriptiva porque se da una descripción exacta a las causas que ocasionan este problema, observacional porque mediante la observación se pudo revisar el carnet de vacunación, de campo porque se realizó en lugar de los hechos y transversal porque se desarrolló en un tiempo determinado, se utilizaron técnicas e instrumentos como son encuesta, entrevista y una guía observacional, permitiendo recopilar las evidencias precisas, reales y suficientes del problema.

El universo de este estudio está formado por 55 niños/as menores de 2 años de la Comunidad de Manzano Guaranguí, los cuales fueron identificados al aplicar los instrumentos de investigación. En el estado actual de vacunación se pudo identificar que el 40% tienen los esquemas de vacunación al día, el 17% completo y terminado, con retraso el 30% y abandono el 13%.

Al conocer que las condiciones socio demográficas de las familias de Manzano Guaranguí, se ha entendido el por qué el estado vacunal de los niños de esta comunidad, a pesar de no estar mal no se le considera óptimo. Se evidenciaron motivos como descuido, falta de tiempo y el excesivo tiempo que se demoran en la Unidad Operativa, lo que limitan el acceso a los programas de salud y por ende los conocimientos en cuanto al esquema de vacunación también no es el adecuado

Para solucionar este problema se plantea un plan de educación relacionado con charlas educativas a fin de motivar a los padres a cumplir con el esquema de vacunación de sus hijos conociendo y respetando su idiosincrasia.

PALABRAS CLAVE: Inmunización, Abandono de esquemas de vacunación, esquemas de vacunación, retraso vacunal.

ABSTRACT

This research done to identify the deciding factors of abandoning scheme of vaccines in children aged 0-2 old in Manzano Guaranguí Community. One qualitative and quantitative, scientific methodology was applied because it allowed to identify the factors influencing neglect and delaying of vaccination, at the same time to quantify and analyze; it was compared with similar studies; Bibliographic because it got validated and, information descriptive because it has specific that caused this problem, observational because by observing could check vaccination carnet field; because it was held at the scene and transversal because it was developed during a period of time, techniques and tools were used such as survey, interview and observational guide, allowing to collect precise, real and sufficient evidence of the problem.

The universe of this study consists of 55 children under 2 years of the Community of Manzano Guaranguí, which were identified by applying the research instruments. The current vaccination status was identified that 40% has the vaccination, 17% completed and finished late and between 30% and 13% left.

Knowing that socio- demographic conditions families from Manzano Guaranguí, it is understood why the immunization status of children of this community, despite that it is not bad, it is not considered optimal. Reasons such as neglect, lack of time and the excessive time delay in the “ Unidad Operativa” were evident, which limits access to health programs and therefore knowledge regarding vaccination also is not appropriate.

To solve this problem an education plan will be done, related to educational talkings to motivate parents to know about the vaccination of their children, but culture.

KEYWORDS: Immunization Abandonment of vaccination schedules, immunization schedules, vaccine delay.

TEMA: FACTORES DEL ABANDONO AL ESQUEMA DE VACUNAS EN NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS DEL “CENTRO DE SALUD N°1 IBARRA”, PROCEDENTES DE MANZANO GUARANGUÍ 2014-2015

CAPÍTULO I

1. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

La inmunización es componente esencial del derecho humano a la salud además de responsabilidad de individuos, comunidades y gobiernos, y debe considerarse como tal. Se estima que gracias a la vacunación se previenen unos 2,5 millones de fallecimientos cada año a nivel mundial (1).

Las enfermedades prevenibles por vacunas siguen siendo una de las causas principales de morbilidad y mortalidad. La adopción de nuevas vacunas por parte de los países con ingresos medianos y bajos (donde la carga por enfermedades suele ser la más alta) ha sido más lenta que en los países con ingresos altos. Por ejemplo, en 2010 únicamente el 13% del total de la cohorte de nacimientos de los países con ingresos altos vivía en países cuyos programas de vacunación no incluían vacunas antineumocócicas conjugadas, frente a un 98% de la cohorte de nacimientos de los países con ingresos bajos (1).

En el transcurso de los 10 últimos años, se han realizado importantes progresos en materia de desarrollo e introducción de nuevas vacunas así como de expansión del alcance de los programas de inmunización. Se han vacunado más personas que nunca y se está extendiendo el acceso y utilización de vacunas entre grupos de edad distintos al de los lactantes. Gracias a la combinación de la inmunización y de otros cuidados de la salud (1).

Un impactante estudio recientemente publicado en una prestigiosa revista médica ha encontrado una relación estadística directa entre un elevado número de vacunaciones y tasas de mortalidad infantil en el mundo desarrollado, lo que sugiere que el aumento del número de inoculaciones obligatorias por las autoridades médicas a niños , particularmente en los Estados Unidos, y que administra un elevado número de vacunas también tiene un mayor número de muertes infantiles, de hecho tiene un impacto negativo en la salud. Mientras que

las campañas de vacunación han recibido una amplia aceptación pública durante la mayor parte del siglo XX, entramos al nuevo milenio con una creciente preocupación por parte de los padres y profesionales médicos, que cada vez es mayor número en relación con la seguridad de las vacunas cuando se les compara con el riesgo relativo de enfermedad, en nuestra desarrollada nación occidental (2).

Son dos siglos desde el descubrimiento de un auténtico milagro de la medicina preventiva, que constituye un método de aprovechar las ventajas de defensa de una larga lista de enfermedades infecciosas, muchas de las cuales podrían ser un motivo de graves consecuencias para la persona que lo padeciera, hechos que se suceden por la ausencia de un plan de vacunación oportuno.

En Latinoamérica principalmente no han tenido los resultados esperados; la salud de la población infantil especialmente en los sectores populares se mantiene un índice elevado de enfermedad y mortalidad infantil; contexto en el que es importante referirse a la inmunización, misma que protege a los niños contra algunas de las enfermedades más peligrosas de la infancia. El objetivo del programa de vacunaciones es disminuir la morbilidad y mortalidad de enfermedades transmisibles. Se realizara alcanzando las coberturas propuestas por la OMS mediante la aplicación vacunal (3).

Algunos padres no llevan a vacunar a sus hijos. Esto puede ser por falta de información o por información equivocada sobre la gravedad de las enfermedades que se pretenden prevenir, sobre la eficacia de las vacunas o por miedo a los efectos secundarios de las vacunas, por objeciones de tipo cultural-ideológico, o bien por desinterés o abandono (4).

Gran parte de los niños y niñas nacidos en la provincia de Imbabura están excluidos de los avances del desarrollo urbanístico, no cuentan con un adecuado acceso al agua potable, saneamiento, salud, nutrición y educación básica de las madres; se mantienen actitudes tradicionales en la familia, lo que sucede especialmente en los sectores populares, en los que se accede a medicina natural y curanderismo, y por tanto muchos niños se enferman, tuvieran otra suerte si se hubiera vacunado a estos niños, protegiéndoles contra estas enfermedades peligrosas que a veces causan discapacidades o la muerte.

Una de las principales obligaciones de los padres es inmunizar a sus hijos contra enfermedades prevenibles por vacunación con el objetivo de evitar miles de muertes, sin embargo existen madres que desconocen los beneficios de las vacunas privando a los niños de este derecho argumentando opiniones como “si lo vacuno se enferma”, “le doy leche de pecho, creo que eso es lo mejor”, “no tengo dinero”, estas opiniones y otros factores propios de su cultura hace que en el país exista padres que se reúsen a vacunar a sus hijos contribuyendo a incrementar la tasa de abandono en vacunación especialmente en niños menores de 1 año (5).

Factores que el Ministerio de Salud identifica como un factor importante en la mortalidad infantil; en Imbabura las situaciones de pobreza mantiene excluida a un gran sector de la población, no solo de la educación sino de los beneficios de la salud, situación que afecta sustancialmente a la población infantil que se convierte en grupo vulnerable por estar expuesto a enfermedades que pudieron evitarse.

El Centro de Salud N°1 de la Ciudad de Ibarra, cumple con los lineamientos establecidos por el (PAI) programa ampliado de inmunizaciones del Ministerio de Salud Pública (MSP), a pesar de ello se observa que en la población rural que acude a esta unidad de salud y de manera referencial a aquellos niños que habitan en la Comunidad Manzano Guaranguí, no cumple satisfactoriamente con los esquemas de vacunación establecidos en sus dos primeros años de vida, motivo por el cual se realiza esta investigación.

¿Cuáles son los factores que influyen en el abandono del esquema de inmunización de niños de 0-2 años del Centro de Salud N° 1 de Ibarra de la Comunidad Manzano Guarangú.

1.2. Justificación

La presente investigación está encaminada a determinar las razones o motivos del porque algunos padres de familia no cumplen con los esquemas de vacunación necesarios para un adecuado crecimiento y desarrollo de sus hijos. Con este trabajo se pretende concientizar a los padres de familia y cuidadores de los riesgos a los cuales se exponen a los menores al ser protegidos adecuadamente contra las enfermedades inmunoprevenibles.

La vacunación facilita tanto una inmunidad individual como colectiva. La inmunidad colectiva lograda dependerá de la tasa de cobertura de vacunación. Es fundamental la aplicación de planes de vacunación sistemáticos que capten a toda la población, recuperen a los que han abandonado el calendario e introduzcan pautas de corrección para aquellos que se incorporan con retraso. Posiblemente hoy en día, no existe un tema de mayor controversia en la medicina que sea de la vacunación infantil (2).

Las estrategias del Programa Ampliado de Inmunizaciones, constituye un arma para combatir enfermedades inmunoprevenibles que hace pocos años provocaban muchas muertes en el mundo. Las campañas mundiales de vacunación infantil tratan de erradicar enfermedades como el sarampión, poliomielitis, difteria, tétanos, tosferina, entre otras.

Es por ello que se debe dar gran importancia al cumplimiento total del esquema de vacunas propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El esquema de vacunación es una recomendación basada en evidencia, que permite a una población decidir la forma en que puede prevenir, en diferentes grupos de edad, enfermedades transmisibles por medio de la inmunización de sus habitantes. La estrategia y programas de vacunación de un país deben responder a un plan nacional de salud, basado en el concepto de que la prevención siempre es costo-efectiva.

La vacunación de niños y adolescentes ha demostrado ser costo efectivo en todos los grupos humanos. En especial en este segmento de edad, ha demostrado su efectividad como medida para reducir la mortalidad infantil, la morbilidad y los efectos de las enfermedades infecciosas que producen minusvalía. En el Ecuador el Estado garantiza todas las vacunas necesarias para la inmunización de enfermedades infantiles y se compromete a brindar la gratuidad de las mismas (6).

El presente trabajo investigativo pretende visibilizar la realidad del estado vacunal de los niños de la comunidad de Manzano Guaranguí, y la vez proponer soluciones encaminadas al adecuado cumplimiento de las normas establecidas por el Ministerio de Salud Pública (MSP) a través del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), que los niños se beneficien del derecho a la salud que el gobierno ha venido profesando y garantizando. Queremos con esto mejorar el desarrollo de los niños, ya que ellos son el futuro de nuestro país y en nuestras manos está el contribuir a que ese futuro goce de completa salud física y mental.

Esta investigación está motivada a cumplir con el eslogan de nuestra prestigiosa y querida universidad el cual es “ciencia y técnica al servicio del pueblo”, poniendo nuestros conocimientos al servicio de la comunidad y dando solución a un problema de la sociedad.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general:

- ❖ Determinar los factores del abandono del esquema de vacunas en niños de 0 a 2 años del Centro de Salud N°1 Ibarra, procedentes de la comunidad Manzano Guaranguí.

1.3.2. Objetivos específicos:

- ❖ Evaluar las características sociodemográficas de los padres de los niños menores de dos años de la comunidad Manzano Guaranguí.
- ❖ Establecer los niveles de conocimiento de los padres de los menores de dos años de la comunidad Manzano Guaranguí, con respecto al esquema de vacunación.
- ❖ Verificar el estado vacunal de los menores de 2 años, según la información de los carnés del niño sano, de la comunidad Manzano Guaranguí.
- ❖ Establecer las causas por las cuales los padres de los niños menores de dos años no los hacen vacunar según el esquema establecido por el PAI.
- ❖ Diseñar un adecuado plan de intervención, para el manejo responsable de los esquemas de vacunas en la comunidad Manzano Guaranguí.

1.4. Preguntas de investigación

¿Cuáles son las características sociodemográficas de los padres de los niños menores de dos años de la comunidad Manzano Guaranguí?

¿Cuáles el grado de conocimiento que tienen los padres respecto al esquema de vacunación?

¿Cuál es el estado vacunal de los niños menores de dos años, de la comunidad de Manzano Guaranguí?

¿Cuáles son las causas por que los padres de los niños menores de dos años, no los hacen vacunar según el esquema establecido por el PAI?

¿Cuáles serían las acciones del plan de intervención para el manejo responsable de los esquemas de vacunas en la comunidad Manzano Guaranguí?

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Marco contextual

2.1.1. Centro de Salud N° 1 Ibarra

2.1.1.1. Reseña histórica del Centro de Salud N° 1 de Ibarra

Según la distribución geográfica establecida por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y la distribución territorial el Distrito N°1 abarca al Centro de Salud N°1 del cantón Ibarra, al cual pertenecen 9 comunidades rurales en la que se encuentra Manzano Guaranguí.

El Centro de Salud N° 1 fue creado por la Cooperativa Interamericana de Salud Pública, como una Unidad de Salud piloto del país. Con la finalidad de implementar técnicas para conseguir la prevención de muchas enfermedades, poniendo atención al binomio madre – hijo (7).

Posteriormente el 20 de Septiembre de 1952 el Centro de Salud N° 1 fue fundado por el Dr. Juan Ignacio Reyes Morales; esta Unidad de Salud en un principio funcionaba en una casa arrendada, ubicada en la calle Bolívar entre Grijalva y Borrero, presidido por el Dr. Julio Larrea Villamar (Director) (7).

El Centro de Salud N° 1 contaba con un médico general, 1 odontólogo y tres Auxiliares de Enfermería, prestando atención a los Programas de Materno Infantil, Programa de Control de tuberculosis e Inmunizaciones, y debido a la gran concurrencia de las personas a esta casa de Salud, busco un lugar más amplio y adecuado y el 27 de Julio de 1984 el Centro de Salud N° 1, empezó a funcionar en las calles García Moreno y Rocafuerte, donde funciona actualmente, en pleno centro histórico y comercial de la ciudad. En la planta alta del Centro de Salud funciona el Área de Salud N° 1, que fue creada en el año de 1994 (7).

La distribución de los Servicios asistenciales del Centro de Salud N° 1 es la siguiente:

- ❖ Estadística
- ❖ Farmacia
- ❖ Pagaduría
- ❖ Odontología
- ❖ Consultorios Médicos (Medicina General, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Medicina Familiar)
- ❖ Enfermería
- ❖ Vacunas o vacunatorio
- ❖ Post Consulta
- ❖ Curaciones e inyecciones
- ❖ Nebulizaciones
- ❖ Sala de Espera
- ❖ Programa de Control de la Tuberculosis (PCT)
- ❖ Personal de limpieza (sala de aseo)
- ❖ Laboratorio clínico de análisis de muestras
- ❖ Trabajo Social

Ubicación

El Centro de Salud N° 1 se encuentra ubicado en la calle Gabriel García Moreno 3 – 34 entre Vicente Rocafuerte y Pedro Vicente Maldonado, en pleno Centro Histórico y colonial de la ciudad de Ibarra.

Límites

El Centro de Salud N° 1 abarca 2 parroquias urbanas, de la ciudad como son Él Sagrario y San Francisco, 9 zonas rurales con una población de 127. 187 habitantes.

2.1.1.2. Límite del Centro de Salud N° 1

Norte: Avenida Jaime Roldós hasta la acequia límite con Alpachaca, Estadio y Ciudadela Galo Larrea

Sur: Las 4 esquinas, calle Hernán González de Saá, entrada a Yuyucocha y hacia el Oriente el Tejar

Este: La Universidad Técnica del Norte, Universidad Católica, la Victoria Residencial y Popular.

Oeste: El Empedrado desde la bomba de gasolina en el Ejido, Ciudadela Nuevo Hogar, Ciudadela el Chofer, Ciudadela Simón Bolívar.

2.1.1.3. Área de influencia del Centro de Salud N°1

2.1.1.3.1. Urbanas

- ❖ Parroquia el Sagrario
- ❖ Parroquia San Francisco

2.1.1.3.2. Rurales

- ❖ Yuracruz
- ❖ Rumiloma
- ❖ Cachipamba
- ❖ Pocllocunga
- ❖ Guaranguicito
- ❖ **Manzano Guarangú**
- ❖ San Francisco de Manzano
- ❖ Yuracucito
- ❖ Añaspamba

2.1.1.4. Visión

Queremos un centro de salud que sea una institución líder en la prestación de servicios de primer nivel, con énfasis en los criterios de equidad, accesibilidad, eficiencia, calidad y calidez, con participación comunitaria informada, para de tal forma proveer la excelencia en salud.

2.1.1.5. Misión

Promover condiciones de vida saludables a toda la población, a través del acceso universal a los servicios que se prestan especialmente a los grupos de mayor riesgo biológico y social a través de una gestión transparente, desconcentrada, participativa, eficiente y de calidad.

2.1.1.6. Servicios que ofrece el Centro de Salud N°1

2.1.1.6.1. El flujograma de atención:

- ❖ **Estadística** en este lugar se reparten los diferentes turnos de la mañana y tarde se abren historias clínicas, luego de terminar la jornada laboral se archivan historias.
- ❖ **Farmacia** se hace la entrega de medicamentos a la venta, genéricos y de maternidad gratuita.

- ❖ **Pagaduría** se entrega a la venta certificados para trabajo, viaje, y estudiantiles.
- ❖ **Odontología** una vez que su turno haya sido obtenido con anterioridad pueden hacer uso de sus servicios odontológicos el público que así lo desee.
- ❖ **Consultorios Médicos** en este lugar atienden los médicos de diferentes especialidades al público que acude a solicitar sus turnos de acuerdo a la necesidad del usuario.
- ❖ **Enfermería** existe la oficina de enfermería donde generalmente siempre se encuentra la jefe de enfermeras desarrollando sus actividades diarias.
- ❖ **Vacunas** a este servicio acuden generalmente todas las madres que deseen la atención para sus niños y la obtención de diferentes vacunas que maneja el Ministerio de Salud Pública como son: BCG, OPV, PENTAVALENTE, ROTAVIRUS, (Sarampión rubéola paperas) SRP, (Difteria tétanos tosferina) DPT, (DT PEDIÁTRICA) , dT de adulto.
- ❖ **Preparación** se prepara a todos los usuarios previamente antes de la atención médica.
- ❖ **Post consulta** se atiende a todas las personas que ya recibieron la atención médica y necesitan la explicación necesaria para seguir un buen tratamiento y sobre todo la educación del paciente.
- ❖ **Curaciones** se atiende a todos los usuarios que necesitan de cualquier curación, extracción de puntos de heridas, lavados de oídos etc.
- ❖ **Ecografía** se atiende a todas las personas que necesitan de este servicio para realizarse alguna ecografía.
- ❖ **Sala de Espera** en este lugar se encuentran todos los usuarios esperando la respectiva atención en los diferentes servicios.
- ❖ **Laboratorio** se realiza las diferentes extracciones de muestras para los análisis de exámenes.

2.1.2. Comunidad Manzano Guaranguí



Gráficos N° 1 Comunidad de Manzano Guaranguí (8).

Manzano Guaranguí, es una comunidad ubicada en la Parroquia Sagrario Cantón Ibarra, Provincia Imbabura, está situado a una altura de 9012 metros sobre nivel del mar, está formada por 90 familias y existen 355 habitantes. De los cuales 182 son hombres y 173 mujeres, y 55 niños/as de 0 a 2 años (9).

2.1.2.1. Principales ocupaciones de la zona

Las principales ocupaciones de las familias de la Comunidad de Manzano Guaranguí es la agricultura, se cultiva: maíz, papas, cebada, arveja, frijol, col, alfalfa, tomate de árbol, un gran porcentaje es la ganadería de sostén familiar, debemos recalcar que la población tiende a la migración hacia distintas Provincias en busca de días mejores (9).

Los habitantes de esta comunidad se dedican a:

- ❖ Comercio
- ❖ Haceres domésticos
- ❖ Agricultura
- ❖ Jornalero
- ❖ La crianza de animales menores también figura dentro de sus actividades económicas complementarias.

2.1.2.2. Servicios básicos

Educación

En la Comunidad existe la Unidad Educativa Cristóbal Tobar Subía en la cual en la actualidad cuenta con 250 alumnos, entre hombres y mujeres de distintas edades que varían entre los 4 hasta los 16 años.

Medios de transporte

Las principales vías de comunicación son de tercer orden y comunican a Manzano Guaranguí con Ibarra y Pimampiro. Se tratan de vías empedradas, a más de las cuales también se encuentran vías de cuarto orden como senderos y chaquiñanes. El único servicio de transporte público es un bus de la cooperativa Campesinor que hace tres recorridos que comunica a Ibarra con esta comunidad.

Agua de consumo

El 100% del agua que se consume en la comunidad de Manzano Guaranguí no es potable, es entubada y proveniente de vertientes.

Energía eléctrica

La Corporación Nacional de Electricidad EMEL NORTE brinda al 100% de la comunidad de Manzano Guaranguí los 365 días del año.

Eliminación de desechos

Los habitantes de la comunidad de Manzano Guaranguí en un 80% eliminan los desechos en el carro recolector, que pasa un día a la semana, el 20% queman los desechos que generan, lo entierran o a la vez lo utilizan como abono orgánico en sus terrenos.

2.2. Marco conceptual

2.2.1. Definición de Inmunización

Desde la Cumbre del Milenio celebrada en 2000, la inmunización ha pasado a ocupar un lugar central como una de las fuerzas que impulsan las actividades encaminadas a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en particular el objetivo de reducir la mortalidad entre los niños menores de cinco años (ODM) (10).

El hombre y otros vertebrados, han desarrollado mecanismos para protegerse de agentes agresores como las bacterias, virus, parásitos, etc. Los cuales reciben el nombre de patógenos. Tales mecanismos pueden ser generales, es decir, que actúan ante cualquier agente agresor, o bien específicos, que responden ante la agresión de agentes ante los cuales ya hemos estado expuestos. Para entender mejor estas diferencias, la inmunidad se divide en innata o inespecífica e inmunidad adquirida o específica (11).

Por lo tanto, en la antigüedad se creía que las enfermedades eran castigos con los que dioses caprichosos castigaba a la humanidad; sin embargo, en el lejano oriente surgió una práctica en la que se ponía en evidencia que algunos conceptos heréticos resultaban bastante saludables, y de hecho revelaban que las soluciones para algunas enfermedades pertenecían a un plano más mundano que divino (12).

Según UNICEF en un informe titulado “La deserción en la inmunización: Una señal de peligro. Porcentaje de deserción entre la vacunación contra la Tuberculosis y el sarampión”, en el congreso de las Naciones Unidas (1998), tuvo por finalidad identificar los países en riesgo por deserción a la inmunización y representar gráficamente el éxito o fracaso de la vacunación en un país determinado. La población en estudio fueron 127 países, utilizando la técnica basada en análisis de los informes enviados por cada país, llegando a las conclusiones siguientes: En la mitad de los 127 países que enviaron informes sobre ambas inmunizaciones, más de 90% de los Niños que recibieron la vacuna BCG también fueron inmunizados el sarampión, lo que parece indicar que han recibido todas la vacunas del ciclo. Esto significa que sus Padres llevaron a un puesto sanitario cinco veces durante el primer año de vida, lo que indica a su vez que esas familias cuentan con servicios de inmunización asequibles y factibles.

Sin embargo, en 27 países más del 20 % de los lactantes recibieron la vacuna BCG, pero no la de sarampión. De todos los países que rindieron informes, la tasa más elevada de deserción (más de 50 %), se registra en la República Centroafricana, donde el 94 % de los niños están vacunados contra tuberculosis pero solo el 46 % esta inmunizado contra el sarampión.

El único país industrializado que tiene una tasa considerable de deserción en materia de vacunación es Japón (23 %), debido a sus niveles de atención de la salud y Nutrición, el sarampión representa una amenaza mucho menor, Sin embargo, se trata de una enfermedad que puede ser exportado de los países ricos al mundo en desarrollo, lo que representa una amenaza para los Niños de las Naciones más pobres.

La primera evidencia escrita relacionada con los procesos de vacunación data del siglo XI y se encuentran en la literatura china. A una monja budista se le atribuye un texto llamado “El tratamiento adecuado de la viruela”, otro libro chino “El espejo dorado de la Medicina” describe diferentes formas de inoculación antivariólica en la que se explica cómo se puede prevenir el contagio de viruela inoculándose con pus proveniente de pacientes que habían contraído la enfermedad. Esta práctica era relativamente común y constituía una práctica surgida de la necesidad de evitar esta enfermedad que causaba terribles epidemias; sin embargo esta medida no estaba exenta de riesgos pues aproximadamente el 3% de las personas inoculadas contraían la enfermedad (13).

2.2.2. Definición de biológicos o vacunas

La palabra “vacuna” proviene del latín vacca que significa vaca, este hecho en todo caso nos indica que las vacas estuvieron involucradas en el proceso de invención de la primera vacuna. La cuestión nos va quedando un poco más clara cuando investigamos el significado de la palabra vacunación que significaba inoculación con fluido de vaca y vacunado que era la persona a quien se le hacía la inoculación de la vacuna. Esto ya comienza a acercarnos al origen de las vacunas (11).

Las vacunas han disminuido notablemente la prevalencia de las enfermedades, las vacunas son actualmente muy seguras, la mayoría de los efectos secundarios son poco frecuentes, ligeros y temporales, como puede ser una febrícula o dolor leve en la zona de la inyección, los efectos secundarios importantes son muy extraños y pasan de 1 por millón de dosis. Es necesario también mirar sus beneficios y la capacidad de protección ante las enfermedades, un niño no vacunado tiene muchos más riesgos de padecer encefalitis neumonía o muerte que un niño vacunado. También la vacunación actúa como escudo, no solo para protegernos a nosotros mismos, sino para los que están a nuestro alrededor (14).

2.2.3. Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

El Programa Ampliado de Inmunizaciones; es el resultado de una acción conjunta de los países de la Región y de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. Su interés es apoyar acciones tendientes a lograr coberturas universales de vacunación, con el

fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles.

2.2.3.1. Misión y Visión (PAI)

Misión

Asegurar la inmunización universal y equitativa de la población objeto del programa usando vacunas de calidad, gratuitas, que satisfagan al usuario, basada en una gerencia y vigilancia epidemiológica efectiva y eficiente en todos los niveles, que involucre a los diversos actores del Sistema nacional de salud.

Visión

Es la de lograr el control, eliminación y/o erradicación de las enfermedades prevenibles por vacunación. Su objetivo general es disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad de las enfermedades prevenibles por vacunación (EPV) en la población objeto.

2.2.3.2. Objetivos (PAI)

2.2.3.2.1. Objetivo general

- ❖ Disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad de las enfermedades prevenibles por vacunación (EPV) en la población objeto.

2.2.3.2.2. Objetivos específicos

- ❖ Fortalecer la gerencia del programa en todos los niveles de atención dentro del marco de la descentralización y desconcentración.
- ❖ Posicionar al PAI en la agenda política de las autoridades en todos los niveles, Documentar a las autoridades nacionales y comités asesores la definición de las políticas de vacunación en ejercicio de la rectoría del MSP.
- ❖ Brindar un servicio eficiente con vacuna de calidad, segura y gratuita a nivel nacional, Lograr la erradicación de sarampión en el país.

- ❖ Eliminar el tétanos neonatal como problema de salud pública en las provincias y áreas de salud del país.
- ❖ Mantener las acciones contempladas en la erradicación de la poliomielitis hasta la certificación mundial de esta enfermedad.
- ❖ Reducir el riesgo y controlar los brotes de fiebre amarilla selvática (FAS) y prevenir su urbanización.
- ❖ Controlar efectivamente la tos ferina, difteria y las infecciones invasivas, por *Haemophilus influenzae* tipo b.
- ❖ Establecer una estrategia de información, educación y comunicación social del PAI.
- ❖ Mantener coberturas útiles y homogéneas por área de salud en todos los biológicos del PAI combinando estrategias y como indicador de equidad.
- ❖ Fortalecer en el nivel local el sistema de vigilancia epidemiológica de las EPV para mantener y mejorar los indicadores de calidad.
- ❖ Mejorar la accesibilidad de toda la población a los servicios de vacunación gratuita. Incorporar nuevos biológicos al esquema nacional según riesgo epidemiológico y sostenibilidad en la población o grupos específicos de riesgo.
- ❖ Fortalecer los procesos de supervisión, evaluación y capacitación.
- ❖ Asegurar el suministro suficiente y oportuno de insumos del PAI a todas las unidades operativas, la práctica universal de la política de frascos abiertos y eliminar las oportunidades perdidas de vacunación.
- ❖ Velar por el cumplimiento de las prácticas de vacuna segura al usuario y de bioseguridad al personal.
- ❖ Velar por un presupuesto acorde con las necesidades y disposiciones legales y constitucionales y la ejecución adecuada del mismo (15).

2.2.3.3. Metas (PAI)

- ❖ Vacunar al 100% de los menores de un año con BCG, OPV, Pentavalente (DPT+Hib+HB) en todo el país y contra la hepatitis B al 100% de los recién nacidos en la región Amazónica.
- ❖ Vacunar anualmente al 100% de los niños y niñas de 12 a 23 meses con Triple Viral (SRP).
- ❖ Vacunar con toxoides tetánico y diftérico (dT) al 100% de embarazadas.
- ❖ Vacunar con toxoides tetánico y diftérico (dT) al 100% de las mujeres en edad fértil (MEF) no embarazadas de las zonas de alto riesgo para tétanos neonatal.
- ❖ Vacunar al 100% de la población de 12 a 23 meses contra la fiebre amarilla (FA) en la Región Amazónica.

- ❖ Vacunar al 100% de la población susceptible de 2 y más años de edad contra la fiebre amarilla (FA) en la Región Amazónica y en grupos específicos que ingresan a la zona endémica.
- ❖ Vacunar con toxoides tetánico y diftérico (DT) al 100% de los niños y niñas de 10 años y más en segundo y séptimo grados de educación básica.
- ❖ Completar esquema de HB al 100% de la población escolar en la Región Amazónica.
- ❖ Alcanzar y mantener los indicadores de vigilancia epidemiológica de enfermedades febriles eruptivas no vesiculares (EFENV), parálisis flácida aguda (PFA) y tétanos neonatal (TNN) en un cumplimiento del 80% y más.
- ❖ Lograr y mantener por lo menos el 80% de las áreas de salud con coberturas de 95% o más en todos los biológicos.
- ❖ Implementar y ampliar la vigilancia epidemiológica centinela de SRC, meningitis y neumonías bacterianas agudas (MBA/NBA), rotavirus e influenza para documentar la situación epidemiológica, la carga de la enfermedad y establecer una línea de base para introducir en forma adecuada las vacunas y medir el impacto al incorporarlas al esquema del PAI (15).

2.2.4. Clasificación de las vacunas

2.2.4.1. Vacunas vivas o atenuadas:

Se producen por la modificación del agente infeccioso “salvaje” en el laboratorio para hacerlo capaz de reproducirse en el ser humano, generando inmunidad, pero sin tener capacidad para producir la enfermedad (Ej: vacuna frente al sarampión) (16).

2.2.4.2. Vacunas inactivadas:

Compuestas por bacterias o virus inactivados o fracciones de los mismos (polisacáridos, proteínas, toxoides, subunidades, etc.). En ocasiones los polisacáridos se conjugan con proteínas para incrementar la inmunidad (vacuna conjugada frente a haemophilus influenzae tipo b o la vacuna conjugada frente al meningococo C) (13).

Toxoides: Son exotoxinas bacterianas que mediante procedimientos químicos pierden su toxicidad conservando su antigenicidad, por ejemplo toxoide tetánico diftérico (Td) (13).

Subunidades antigénicas: Obtenidas de microorganismos, como es el caso de los polisacáridos de neumococo y Haemophilus influenzae tipo b, o antígenos obtenidos por ingeniería genética como es el caso del antígeno recombinante de la hepatitis B (13).

2.2.4.3. Vacunas de microorganismos muertos.

Obtenidas de microorganismos tratados por medios físicos o químicos en los que mueren sin perder antigenicidad. Por ejemplo la vacuna Salk (16).

2.2.4.4. Vacunas de microorganismos vivos atenuados.

Elaboradas con microorganismos que han perdido su virulencia tras crecimiento prolongado en cultivos pero conservan su antigenicidad. También existen vacunas combinadas que contienen antígenos de varios agentes infecciosos distintos que se aplican en una sola aplicación, como la triple viral y vacunas conjugadas en las que se une o conjuga un antígeno polisacárido a un derivado proteico con el fin de incrementar su capacidad inmunogénica, como la vacuna conjugada contra el neumococo (11).

2.2.5. Calendario de vacunas

Tabla N° 1 Esquema de vacunación (15).

GRUPO DE EDAD	VACUNA	N° DE DOSIS	DOSIS RECOMENDADA	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA DE ADMINISTRACION						
					DOSIS SEGÚN EDAD			REFUERZOS			
					1era	2da	3ra	1Ref.	2Ref.	3Ref.	
MENORES DE 1 AÑO	BCG	1	0.1ml	I.D.	RN						
	HB (Región Amazónica)	1	0.5ml	I.M.	RN						
	OPV	4	2 Gts	V.O.	2m	4m	6m	1 año después de la 3era dosis			
	PENTAVALENTE(DPT+HB+Hib)	3	0.5ml	I.M	2m	4m	6m				
	NEUMOCOCO CONJUGADA	3	0.5ml	I.M	2M	4M	6M				
12 A 23 MESES	DPT	1	0.5ml	I.M.				1 año después de la 3era dosis de pentavalente			
	SRP	1	0.5ml	S.C.				Dosis única de 12 a 23 meses			
ESCOLARES	DT	2	0.5ml	I.M.	2do año de básica			7mo año de básica			
	HB (Región Amazónica)	3	0.5ml	I.M	1er contacto	1mes	6meses	7mo año de básica			
MUJERES EN EDAD FERTIL	dT Embarazadas				1er contacto	1mes después		Siguiente embarazo	Siguiente embarazo	Siguiente embarazo	
	dT No embarazadas (en área de alto riesgo)	5	0.5ml	I.M.	1er contacto	1m después de la primera dosis		Al año	Al año después del primer refuerzo	Al año después del segundo refuerzo	
DESDE LOS 12 MESES	FA (Región Amazónica)	1	0.5ml	S.C.				Cada 10 años			
	SR	1	0.5ml	S.R.				Dosis única en campañas de seguimiento y control de brotes			

2.2.5.1. VACUNAS

2.2.5.1.1. Bacillus de Calmette y Guérin(Vacuna BCG)



Gráfico N° 2 Vacuna BCG (8).

Descripción general

Suspensión de bacilos vivos atenuados de la cepa virulenta de *Micobacterium bovis*. La vacuna BCG previene la diseminación hematológica a partir del foco primario, mostrando una protección del 80% para las formas de tuberculosis infantil más severas (meníngea y miliar), cuando la vacunación se realiza en el recién nacido.

Vía, dosis y edad de aplicación

La aplicación de este biológico será una dosis de 0.1ml ó 0.05 ml, según el fabricante, por vía intradérmica en la parte media del músculo deltoides del brazo derecho. Aplicar a todos los recién nacidos (dentro de las 24 horas) o en el primer contacto del niño(a) con los servicios de salud. Se usa jeringuilla auto-destructible con aguja N° 26G x 3/8" ó aguja N° 27 G x 1/2".

Conservación y manejo del frasco abierto

Debe mantenerse a temperatura de refrigeración entre +2°C a +8°C en todo los niveles de la red de frío. Una vez reconstituida debe ser utilizado hasta un máximo de 6 horas, si se conserva a la temperatura indicada y protegida de la luz (15).

2.2.5.1.2. Vacuna Hepatitis B (HB)



Gráfico N° 3 Vacuna HB (8).

Descripción general

Contiene el antígeno de superficie purificado del virus, obtenido por recombinación genética del DNA. Tres dosis inducen protección en el 95-98% de los vacunados con títulos protectores a las 2 semanas de la segunda dosis. La respuesta inmune decae en mayores de 40.años.

Vía, dosis y edad de aplicación

Administrar IM, 0.5 ml hasta los 9 años de edad. En recién nacidos y lactantes se aplica en tercio medio lateral del muslo. En mayores de 10 años, adolescentes, embarazadas y adultos 1 ml, IM en el deltoides.

Conservación y manejo del frasco abierto

A temperatura de refrigeración (+2°C a +8°C) a todo nivel de la red de frío. Un frasco abierto y a temperatura adecuada puede utilizarse por máximo 30 días. **Nunca congelar** (15).

2.2.5.1.3. Vacuna OPV (Vacuna Oral contra Poliomielitis)



Gráfico N° 4 Vacuna OPV (8).

Descripción general

Constituida por una mezcla de virus vivos atenuados de la polio tipos 1, 2 y 3. Con la actual potencia antigénica de la vacuna, estandarizada de acuerdo con las referencias de la OMS, la seroconversión después de tres dosis es del 100%. La duración de la inmunidad, luego de completar el esquema de inmunización con los refuerzos, es duradera.

Vía, dosis y edad de aplicación

Se administra por vía oral, 2 gotas directamente en la boca del niño, se administran 3 dosis más un refuerzo según como se indica a continuación:

- ❖ Primera dosis a partir de los 2 meses de edad
- ❖ Segunda dosis a los 4 meses
- ❖ Tercera dosis a los 6 meses
- ❖ Se aplicará un refuerzo un año después de la tercera dosis
- ❖ Intervalo mínimo entre dosis es de 4 semanas

2.2.5.1.4. Rotavirus



Gráfico N° 5 Vacuna Rotavirus (15).

Descripción general

Frente a los serotipos predominantes causantes de gastroenteritis pediátrica por rotavirus; Está contraindicado en historia previa de invaginación intestinal o malformación congénita del tubo gastrointestinal que pueda predisponer a invaginación intestinal. Se debe posponer la vacunación en caso de cuadro agudo de diarreas y vómitos.

Vía, dosis y edad de aplicación

Su vía de administración es Oral, se aplica a la edad de 2 y 4 meses. No debe aplicarse después de los 6 meses de edad.

2.2.5.1.5. Vacuna Pentavalente (DPT + HB+ Hib)



Gráfico N° 6 Vacuna Pentavalente (DPT + HB+ Hib) (8).

Descripción general

Hay varias vacunas simples de Hib que varían por el coadyuvante y por el conjugado, de las cuales el país ha seleccionado la combinación Pentavalente (DPT+HB+Hib).

Vía, dosis y edad de aplicación

Se administra 0.5 ml, intramuscular, aplicada en el vasto externo, tercio medio lateral del muslo. En general, el esquema requiere 3 dosis para los menores de 1 año. Comienza a partir de los 2 meses de edad, luego a los 4 y 6 meses, con intervalo mínimo de 4 semanas. Se aplica simultáneamente con otras vacunas en sitios diferentes o en combinación con otros antígenos, sin alteración en la respuesta de los anticuerpos protectores de cada una de las enfermedades.

2.2.5.1.6. Neumococo



Gráfico N° 7 Vacuna Neumococo (8).

Descripción general

Se recomienda la vacuna neumocócica conjugada (llamada PCV13 o Prevnar 13) para proteger a los lactantes y niños pequeños, y a algunos niños más grandes y adultos con determinadas afecciones de salud contra la enfermedad neumocócica; La enfermedad neumocócica se produce por una infección con las bacterias *Streptococcus pneumoniae*. Estas bacterias pueden diseminarse de persona a persona a través del contacto cercano.

Vía, dosis y edad de aplicación

Se administra 0.5 ml, intramuscular, aplicada en el vasto externo, tercio medio lateral del muslo. En general, el esquema requiere 3 dosis para los menores de 1 año. Comienza a partir de los 2 meses de edad, luego a los 4 y 6 meses, con intervalo mínimo de 4 semanas. Se aplica simultáneamente con otras vacunas en sitios diferentes o en combinación con otros antígenos, sin alteración en la respuesta de los anticuerpos protectores de cada una de las enfermedades.

2.2.5.1.7. Vacuna triple bacteriana difteria, tos ferina, tétanos (DPT)



Gráfico N° 8 Vacuna DPT (8).

Descripción general

Conocida también como Triple bacteriana, por combinar en un mismo biológico al toxoide diftérico, toxoide tetánico purificado y bacterias totales inactivadas de la tos ferina. Con tres dosis de DPT separada o combinada en la Pentavalente, se alcanzan las siguientes conversiones:

- ❖ Del 90 al 95% contra la difteria.
- ❖ Del 70 al 80% contra la tos ferina.
- ❖ Del 98 al 100% contra el tétanos.

Las tres dosis y el refuerzo confieren inmunidad prolongada.

Vía, dosis y edad de aplicación

Se administra por vía IM en el vasto externo (tercio medio lateral del muslo). Para la vacunación se utiliza una jeringuilla descartable o autodestructible de 0,5 ml con aguja de 23 G x 1. A partir de los 2 meses de edad, deberá recibir 3 dosis, con intervalo de 2 meses entre ellas (mínimo 4 semanas) y un refuerzo al año de la tercera dosis.

2.2.5.1.8. Vacuna dupla viral sarampión, rubeola (SR)



Gráfico N° 9 Vacuna SR (8).

De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública, el brote de sarampión detectado en el Ecuador en el año 2011 fue en las provincias de Tungurahua (95), Pichincha (5), Guayas (1) y Cotopaxi (1) con un total de 102 pacientes con dicha enfermedad, el causante de dicho brote es un virus importado de Estados Unidos, pues el endémico de la enfermedad desapareció en 1997 del país, es por eso que, el responsable provincial del Programa Ampliado de Inmunización en Manabí, explicó que a los menores de entre 6 y 11 meses 29 días se les aplicará la vacuna SR (sarampión y rubeola), mientras que a los de entre 1 a 5 años se les pondrá la SRP (sarampión, rubeola y parotiditis) (17).

Descripción general

La Dupla Viral SR contiene virus vivos atenuados contra sarampión y rubéola. Susceptibilidad e inmunidad. La eficacia para sarampión es del 95% y para rubéola es del 98% a partir de los 6 meses de edad. La protección conferida por la vacuna es duradera.

Vía, dosis y edad de aplicación

Se aplica a niños de 6 a 11 meses 29 días de edad, por vía subcutánea en la región deltoidea del brazo, una dosis de 0,5 ml utilizando jeringuilla auto destructible con aguja 25 G x 5/8.

2.2.5.1.9. Vacuna triple viral sarampión, rubeola, parotiditis (SRP)



Gráfico N° 10 Vacuna SRP (8).

Descripción general

La Triple Viral SRP está compuesta por virus vivos atenuados contra sarampión, rubéola y parotiditis. La eficacia para sarampión y parotiditis es del 95% y para rubéola es del 98% a partir de los 12 meses de edad. La protección conferida por la vacuna es duradera.

Vía, dosis y edad de aplicación

Se aplica a niños de 12 a 23 meses, por vía subcutánea en la región deltoidea del brazo, una dosis de 0,5 ml utilizando jeringuilla auto destructible con aguja 25 G x 5/8.

2.2.5.1.10. Varicela

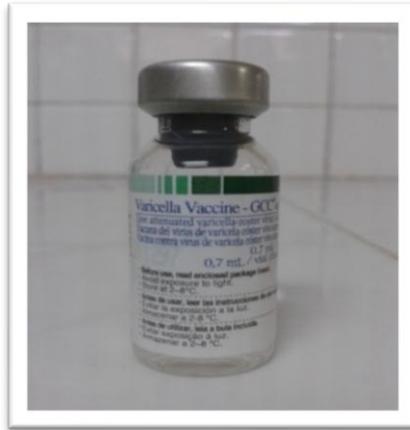


Gráfico N° 11 Vacuna Varicela (8).

Descripción general

La vacuna contra la varicela está compuesta por la cepa denominada OKA DEL virus de la varicela Zoster.

Vía, dosis y edad de aplicación

La vacuna debe ser administrada vía subcutánea 0,5ml en la región deltoidea a los niños de 6 a 10 años y de 12 a 23 meses (a partir del 2010). No debe administrarse en menores de un año.

2.2.6. Cadena de Frío

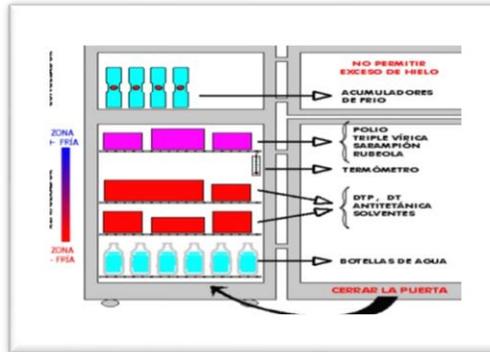


Gráfico N° 13 Cadena de Frio (8).

Es el conjunto de normas, actividades, procedimientos y equipos que aseguren la correcta conservación de las vacunas en condiciones adecuadas de luz y temperatura, garantizando su inmunogenicidad desde la salida del laboratorio fabricante hasta la administración al usuario. Elementos de la cadena de frío: Son tres los elementos fundamentales de la cadena de frío: los recursos humanos, materiales y financieros, de estos dependen el éxito del transporte, mantenimiento y conservación de los biológicos.

Recursos humanos: Incluye aquellas personas que directa o indirectamente tienen que manipular, transportar, almacenar, distribuir y aplicar la vacuna. Equipos y otros elementos: Dentro de los equipos de la cadena de frío se encuentran:

- ❖ Cuarto frío: permite almacenar grandes volúmenes de biológicos, justificando en los niveles nacional, regional y subregional. (aislado con capa de poliuretano)



Gráfico N°14 cuarto Frio (8).

- ❖ Congelador: utilizado en la conservación de vacunas virales y para la congelación y conservación de los paquetes fríos. Existen a nivel nacional, regional, subregional, provincial y áreas de salud.



Gráfico N° 15 Congelador (8).

- ❖ Refrigerador: aparato que dispone de un espacio de congelación y otro de refrigeración. Se requiere en todos los niveles y debe ser de una sola puerta. Existen 3 tipos de refrigeradores: Por compresión: funciona con energía eléctrica. Por absorción: son las que operan a kerosén, gas propano, mixtas (energía eléctrica y gas o kerosén). Por energía solar: funcionan a partir de paneles fotovoltaicos y otros equipos que captan y transforman la energía solar en energía eléctrica.



Gráfico N°16 Refrigeradores (8).

- ❖ Caja térmica: es un recipiente con aislamiento de poliuretano, de diferentes dimensiones, empleado para el transporte de vacunas entre diferentes niveles, utilizada para conservación de biológico a temperatura adecuada por 16 a 60 horas. Para su funcionamiento requiere de paquetes fríos o hielo seco, según se necesite congelar o refrigerar.



Gráfico N° 17 Caja Térmica (8).

- ❖ Termos: Se utiliza para el transporte de vacunas en el nivel provincial, área y/o UO. Según la distancia, la cantidad de biológico y la capacidad del termo, mantiene la temperatura entre +2°C a +8°C por 72 horas sin destapar, si el termo se destapa para atender la demanda (durante una jornada laboral, por ejemplo), el tiempo útil del frío es de 36 horas.



Gráfico N° 18 Termos (8).

- ❖ Otros elementos: termómetros, paquetes fríos, indicadores de temperatura para paquetes congelados, hoja de control de temperatura, monitores de cadena de frío, canastillas o bandejas y botellas con agua. Al final de la jornada de trabajo seque el termo y coloque boca abajo sin tapa. Lave el termo de acuerdo a las necesidades (15).



Gráfico N°19 Elementos adicionales en vacunas (8).

2.2.7. Definición de deserción y abandono del esquema de vacunas

Tasa de deserción: Comparación entre dosis de distintas vacunas en un mismo grupo de edad y periodo (año, semestre). Expresa el cumplimiento del esquema básico del PAI. (15) .

Es el abandono de una causa, grupo o ideal, por lo cual la deserción al Programa Ampliado de Inmunización está representado por todos aquellas personas que habiendo iniciado el Programa de inmunización abandonaron el cumplimiento del total de las vacunas recomendadas según el esquema de vacunación, para medir esta deserción se utiliza un indicador denominado Tasa de Deserción, el cual expresa el porcentaje de niños y niñas que recibieron la primera dosis de vacuna y que no completaron el esquema mínimo de vacunación. (15).

Tasa de abandono: Porcentajes de las personas que completaron el esquema de vacunación en comparación con los que iniciaron el esquema. Indica el grado de adhesión al esquema de una vacuna de dosis múltiples.

2.2.8. Retrasos de esquema de vacunación

Se define como retraso, aquel periodo de tiempo que un niño no ha sido vacunado tomando en cuenta desde la fecha que se le debía administrar la dosis específica, hasta la fecha que se le hace la revisión, control o vacunación; recalando a la vez que este niño está dentro del límite de tiempo y de la edad de recibir un biológico específico y no perderlo (18).

2.2.9. Factores que influyen en el cumplimiento del esquema de vacunación

Estudios realizados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS, 2003) como parte de los diferentes proyectos y su diseminación por medio de estructuras, facilitaron la generalización de una metodología de aplicación de vacunas, el conocimiento de los eventos adversos, su conservación, así como la implementación de un sistema de vigilancia epidemiológica en las enfermedades vacuno-prevenibles, nos indica que unos dos millones de niños mueren cada año de enfermedades que pueden prevenirse con las vacunas existentes, y varios millones más de vidas podrían salvarse si existieran vacunas eficaces contra otras enfermedades.

A través del tiempo los países han venido buscando y estableciendo estrategias para lograr y mejorar la calidad de vida de la población mundial y disminuir así el riesgo de enfermar y/o morir, por lo que actualmente la promoción de salud y la prevención de las enfermedades representan las mejores estrategias utilizadas por los países para poder lograr este fin, nuestro país no está exento de esta labor por lo que actualmente el Ministerio de Salud viene desarrollando las mismas estrategias a nivel nacional, basándose en el primer lineamiento política de salud y enfocado sobre todos sus esfuerzos hacia la zona de mayor pobreza es decir la zona urbano- marginales y rurales. Con el fin de disminuir las tasas de morbimortalidad por problemas de salud predominantes en el país.

Las vacunas funcionan para inducir al sistema inmunológico contra “ataques” futuros de una enfermedad en particular. Están diseñadas para generar una respuesta inmunológica que protegerá a la persona vacunada. Los esquemas de vacunación incompletos representan una cuestión trascendental y están relacionados con múltiples factores: el miedo a los efectos adversos, inicio tardío de la vacunación, información deficiente del estado de vacunación, falta de conocimiento por parte de la población, estado económico.

Desde este punto de vista resulta difícil imaginar que pueda existir alguien que no desee estar protegido, y todavía resulta mucho más sorprendente que puedan existir personas que se unan para formar grupos organizados con estrategias de captación y con doctrinas muy alejadas de las universalmente aceptadas por la comunidad científica, estos grupos a los que algunos han aplicado el término anti vacuna.

Se define como esquema completo de vacunación al que se aplica según la edad recomendada y cuando el niño de acuerdo con su edad ha sido vacunado con los biológicos correspondientes; un esquema completo aplicado tardíamente es cuando el niño tiene el esquema de vacunación completo para su edad pero posterior a la edad recomendada. Un esquema se considera incompleto cuando el niño no presenta el esquema de vacunación correspondiente a su edad o a biológicos indicados. Por último, el retraso en la aplicación de las vacunas ocurre cuando la aplicación de un biológico se lleva a cabo un mes después de la fecha indicada.

BASTIEN (1998), Los Niños al nacer son indefensos y/o susceptibles de ser atacados por múltiples enfermedades, por lo que dependen de sus Padres para cubrir sus necesidades primarias para su crecimiento y desarrollo. La madre se hace cargo de satisfacer sus necesidades básicas de alimento, vestido, abrigo y protección contra los daños y cuidados de la salud.

2.2.9.1. Inicio tardío de la vacunación

La vacunación, es una de las acciones de mayor costo efectividad probada a nivel sanitario como intervención tanto individual como colectiva y su mayor importancia radica en la prevención de la mortalidad y morbilidad infantil. En la actualidad se pueden prevenir once enfermedades infecciosas y se estima que se salvan tres millones de vidas anualmente. Las causas de inicio tardío de la vacunación en su orden corresponden a la logística y organización de los servicios de salud: horarios de atención, puesto de salud lejano y colas largas; a las falsas creencias de los padres: niño con gripa, niño con fiebre y niño no afiliado (19).

Un problema importante por resolver, incluso en países desarrollados, son los esquemas atrasados de vacunación, que resultan en un riesgo aumentado de enfermedades inmunoprevenibles. Es importante que los niños reciban las vacunas en los tiempos previstos, pues si se postergan permanecen en situación de riesgo con la probabilidad de adquirir una enfermedad que podría, perfectamente, haberse evitado. En muchas ocasiones, el único contacto que establecen los niños no vacunados

con el sistema de salud, es a través de los servicios de urgencia. Se trata, precisamente, de los grupos de población más desfavorecidos; suelen tener carnets incompletos de vacunación, consultan con menor frecuencia y, por lo tanto, la incidencia de las oportunidades perdidas de vacunación en estos grupos vulnerables puede ser mayor.

La práctica de diferir la vacunación para otra cita, la falta de disponibilidad de vacunas en el lugar donde se detecta la necesidad de vacunar, los horarios reducidos de los vacunatorios, las falsas contraindicaciones (20).

2.2.9.2. Información deficiente

Se sabe que 94,4 % de las madres conoce el calendario de vacunas; 43% negó haber visto o escuchado mensajes sobre vacunación en el último mes; 40,8% desconoce la presencia de nuevas vacunas. Las madres refieren tener conocimiento acerca del calendario de inmunizaciones de sus hijos; así mismo, se observó falta de información a través de mensajes y/o programas educativos que reciben las madres y desconocimiento de éstas sobre nuevas inmunizaciones. Las madres presentan retraso en el cumplimiento de las vacunas de sus niños. Es necesario reforzar los procesos de educación y promoción de las vacunas, así como también crear más centros de vacunación. (21).

2.2.9.3. Creencias

Las creencias de los progenitores en el uso de la vacunación adquieren gran importancia de los cuales se pueden traducir en una educación sanitaria válida, en la que permita al mismo tiempo que cada usuario y sus creencias estén propiciadas para la aceptación de que la vacuna es un medio para prevenir enfermedades. En ese sentido, es recomendable la captación de los valores presentes en los educandos para así facilitar los cambios de actitudes y de conductas, favorecedoras a la salud del niño.

2.2.9.4. Ambiente (área donde vive el niño)

El ambiente comprende el espacio físico donde vive el niño y se encuentra con enfermería para la vacunación por medio de planes operativos y también aplicar la vacuna en aquellos casos que se requiere facilitar la vacuna.

2.2.9.5. Abordar al niño en instituciones en función de la Vacuna

En ese segmento, la enfermera debe cumplir con la visita domiciliaria hacia la comunidad, desde un orden institucional. Es decir, la visita institucional (escuela, hogares de cuidados diarios) formará parte del plan estratégico para captación del niño para su vacunación. Sánchez Moreno (2003) considera “a las visitas por parte de enfermería a instituciones cuidadoras de niños el aporte de una asistencia sanitaria, la cual debe ser sustituida por medio de principios científicos, social del niño, familia y comunidad” (p.86).

2.2.9.6. Administración Molesta

Las vacunas se inyectan de forma dolorosa, aunque las inyecciones sigue siendo una experiencia no deseada por los niños que fomentan este sentimiento de rechazo.

2.2.9.7. Imposición social

Aunque su administración no sea obligatoria en sentido estricto, los ciudadanos califican al no vacunado como un potencial peligro para la salud y un ser egoísta que se beneficia de la salud de los vacunados.

Otro factor importante es la pérdida del carnet a que implica el desconocimiento de la próxima fecha de vacunación el cual incide como factor principal en el incumplimiento de las vacunas. El nivel de instrucción de la madre también cuenta como un factor para que ellas acudan o no al centro de salud puesto que un buen porcentaje poseen un nivel de instrucción primario incompleto o son analfabetas lo que hace que exista despreocupación en el conocimiento de riesgo beneficio de la inmunización.

2.3. Marco legal

2.3.1. La Constitución de la República del Ecuador hace referencia a que:

"Art. 32. La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos.(...)

"Art. 361. El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y

normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector."

2.3.2. Objetivos de Desarrollo del Milenio

2.3.2.1. Objetivo 4: Reducir la Mortalidad de la Niñez

La meta de este objetivo de desarrollo del milenio plantea «reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de las niñas y niños menores de cinco años».

2.3.3. Plan nacional para el buen vivir 2013- 2017

2.3.3.1. Objetivo 3

Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas.

Levantar el perfil epidemiológico y sanitario del país, como principal herramienta para la planificación de la oferta de servicios de promoción y prevención.

Fortalecer el sistema de vigilancia y control epidemiológico, con corresponsabilidad comunitaria, ante posibles riesgos que causen morbilidad y mortalidad evitable o que sean de notificación obligatoria.

Implementar programas de inmunización como mecanismo de defensa ante microorganismos patógenos, con énfasis en niños, niñas, adolescentes, mujeres embarazadas, adultos mayores y personas con discapacidad.

Promover la investigación en servicios sanitarios, en articulación con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, que permita la detección oportuna de patologías, virus y demás enfermedades, así como la identificación de mecanismos y acciones para contrarrestar una posible propagación de epidemias.

Garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud (22).

2.3.4. El Ministerio de Salud Pública considera que:

2.3.4.1. La Ley Orgánica de Salud dispone:

"Art. 4. La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.";

"Art.- 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: ... 13. Regular, vigilar y tomar las medidas destinadas a proteger la salud humana ante los riesgos y daños que pueden provocar las condiciones del ambiente."

"Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos: a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud" (23).

2.3.5. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural- MAIS-FCI.

2.3.5.1. La Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R)

La APS-R es una estrategia que orienta el desarrollo de los sistemas de salud. Su implementación como todo proceso social, ha estado sujeta a las contradicciones e intereses económicos y políticos que configuran las formas de organización de las sociedades.

2.4. Marco Ético

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificable. Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al

igual que los requisitos internacionales vigentes. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”, y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: “El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente”.

La declaración de Helsinki afirma que: la investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial.

Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que no se beneficiarán personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica (24).

La ética médica es el conjunto de principios y normas que rigen entre los profesionales de la salud, la relación del médico con sus pacientes, con sus familiares, con otros profesionales de la salud, para lograr la preservación de la salud, el tratamiento y recuperación de los pacientes, es en sí, una manifestación de los patrones morales de la sociedad en el ejercicio de la medicina, se hace extensiva a todas las profesiones de la salud y su norma axial se expresa en forma negativa: no dañarás. Se fundamenta en la relación médico-paciente y en que toma al médico como el eje rector de las decisiones. Utiliza como principios: curar el dolor, no dañar y respeto al secreto profesional (25).

La enfermería ha sido una actividad que, a pesar de los cambios experimentados en su historia, ha concedido siempre una gran relevancia a las exigencias éticas vinculadas a su quehacer. El trabajo de las enfermeras se ha centrado siempre en el cuidado de los otros. Esta acción de cuidado ha variado a lo largo del tiempo y, por este motivo, la profesión enfermera se ha concebido de distintas maneras en cada momento histórico.

La enfermera se encuentra identificada con los más altos valores morales y sociales de la humanidad y comprometida con aquellos que en particular propician una convivencia de dignidad y justicia e igualdad; El profesional de enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas, para regular su

comportamiento así sus acciones, decisiones y opiniones tratarán de orientarse en el marco del deber ser para una vida civilizada, respetando lo que se considera deseable y conveniente para bien de la sociedad, de la profesión, de los usuarios de los servicios de enfermería y de los mismos profesionistas. Es importante mencionar que la observancia de las normas éticas es una responsabilidad personal, de conciencia y de voluntad para estar en paz consigo mismo. Por lo tanto, el profesionista se adhiere a un código de ética por el valor intrínseco que tiene el deber ser y en razón del valor que el mismo grupo de profesionistas le otorgue (26).

Un código de ética hace explícitos los propósitos primordiales, los valores y obligaciones de la profesión. Tiene como función tocar y despertar la conciencia del profesionista para que el ejercicio profesional se constituya en un ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad, al combatir la deshonestidad en la práctica profesional, sin perjuicio de las normas jurídicas plasmadas en las leyes que regulan el ejercicio de todas las profesiones.

En enfermería es importante contar con un código ético para resaltar los valores heredados de la tradición humanista, un código que inspire respeto a la vida, a la salud, a la muerte, a la dignidad, ideas, valores y creencias de la persona y su ambiente.

De esta forma el código de ética debe inspirar la correcta conducta profesional considerando que lo ético no es negociable y que hay una gran diferencia entre actuar bien por inseguridad, temor o simple obediencia y actuar bien por conocimiento, dignidad y por respeto a sí mismo y a la sociedad, esto último es lo que se conoce como ética profesional (26).

Un código de ética para enfermería debe constituirse necesariamente en una guía de conducta, con fundamentos que unifiquen y delimiten los conceptos sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia enfermería, de tal forma que se considere:

Al hombre como un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad; A la sociedad como un conjunto de individuos que en nuestro país se constituyen en un Estado social y democrático de derecho, que promueve como valores superiores de su ordenamiento jurídico: la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político; A la salud como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que se relaciona con el estilo de vida de cada individuo y con la forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que se vive; a la enfermería, constituida como un servicio, encaminado a satisfacer las necesidades de salud de

las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente, dicho servicio debe considerarse de manera prioritaria (26):

- ❖ La conciencia de asumir un compromiso profesional serio y responsable.
- ❖ La participación coherente de este compromiso dentro de la sociedad.
- ❖ El reconocimiento y aplicación en su ejercicio de los principios de la ética profesional.
- ❖ La práctica de una conducta de verdadero respeto a los derechos humanos.

Al hablar de enfermería se asocia la relación tan íntima que esta profesión tiene con los valores humanísticos, éticos y morales. La enfermera, consciente o inconscientemente los utiliza al proporcionar los cuidados por lo cual no se concibe a la enfermería sin esta interrelación.

Los pacientes tienen derecho a recibir un cuidado integral de calidad y para eso se requiere de enfermeras profesionales con una estimación y respeto de sí mismas y de los demás, que amen la vida en cualquiera de sus formas y que manifiesten sus valores a través de la paciencia y la inteligencia, con capacidad de observación, reflexión y optimismo para que puedan conducir su práctica con un alto sentido ético y de satisfacción propia. Por todo esto se hace necesario que la enfermera conozca las potencialidades y debilidades de sí misma y de los demás, esa cualidad de reconocer su capacidad humana implica su disposición de dar, de conducirse y de actuar, así como de renunciar a todo aquello que pueda hacer y hacerle daño (26).

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de investigación

El presente trabajo tiene un enfoque cuali-cuantitativo, descriptivo, observacional, de campo y transversal, se aplica por una sola ocasión en base a un instrumento para la recolección de información a los habitantes de una comunidad de Manzano Guaranguí, describe y analiza los factores de riesgo que influye en el cumplimiento del esquema de vacunación de los niños menores de 2 años.

Cuali- cuantitativo: Porque busca cuantificar los datos e información y aplicar una forma de análisis estadístico. Y como este es un tipo de investigación que utiliza métodos totalmente estructurados o formales, se efectúa una encuesta, a partir de la cual se recolecta la información que posteriormente será analizada en forma cuantitativa; ya que nos permite conseguir datos confiables y minuciosos acerca del problema que se presenta en la comunidad de Manzano Guaranguí.

Descriptivo: Esta investigación pretende llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas; porque se compara las diferentes problemáticas que se presentan en el estudio.

Observacional: Es muy útil la observación de cada uno de los aspectos que se van suscitando durante el transcurso de la investigación, con ello estaremos consientes de cada fenómeno suscitado o descrito.

De campo: Porque se realiza en el lugar de los hechos para obtener información válida, confiable, y veraz.

Transversal: La investigación se desarrollara en un tiempo determinado.

3.2. Población de estudio

3.2.1. Universo

El universo del presente estudio investigativo está integrado por los 55 niños menores de dos años, pertenecientes a la Comunidad de Manzano Guaranguí, que acuden al Centro de Salud N° 1 del Cantón Ibarra.

3.3. Criterios de inclusión

3.3.1. Criterios de inclusión

- ❖ Pertenecientes a la Comunidad de Manzano Guaranguí.
- ❖ Niños de 0 a 2 años.

3.3.2. Criterios de exclusión

- ❖ No pertenecer a la Comunidad de Manzano Guaranguí.
- ❖ Niños mayores de dos años.

3.4. Técnicas e instrumentos

Para el desarrollo del estudio se utilizó la técnica de recopilar información con la ayuda de los instrumentos que son encuesta, entrevista y guía observacional aplicada a los padres de familia de los niños menores de dos años de la comunidad Manzano Guaranguí, además se realizó una revisión bibliográfica de los estándares, lineamientos y normativas sobre vacunación a nivel Nacional e Internacional.

La encuesta: Esta dirigida a los padres de familia de los niños menores de dos años de la comunidad Manzano Guaranguí, contiene preguntas de tipo abiertas y cerradas, con esto mediremos el grado de conocimiento referente al tema de estudio a cada uno de los padres de familia sobre el esquema de vacunación.

La entrevista: Fue debidamente estructurada y nos sirve para recolectar información verbal, acerca de los factores del retraso y abandono al esquema de vacunación, será una conversación con los padres de familia de los niños menores de dos años de la comunidad de Manzano Guaranguí con las investigadoras. Para la tabulación y presentación de los resultados utilizaremos un software de dominio público el cual es Microsoft Excel, este programa es de fácil uso y de grandes aplicaciones. También para la realización teórica de la investigación utilizaremos Microsoft office.

3.5. Procedimiento

Para la presente investigación se realizó una revisión bibliográfica de literatura científica la misma que permitió contar con referentes teóricos de otras investigaciones similares para la realización del estudio.

En una segunda etapa se procedió a la aplicación de encuestas para:

- ❖ Identificar el porcentaje de retraso y abandono del esquema de vacunación.
- ❖ Identificar los factores que influyen en el abandono del esquema de inmunizaciones en niños de 0 a 2 años de la Comunidad de Manzano Guaranguí y analizarlos.

3.6. Análisis e interpretación de datos

Se realizó el procedimiento de datos y tabulación de la información obtenida mediante la encuesta, entrevista y guía observacional, en el programa Excel y la tabulación en el programa EPI-INFO, para la representación estadística gráficos.

3.7. Variables

Las variables utilizadas en el estudio son:

3.7.1. Datos sociodemográficos de los padres:

- ❖ Edad
- ❖ Género
- ❖ Estado civil
- ❖ Nivel educativo
- ❖ Ocupación
- ❖ Vivienda
- ❖ Transporte

3.7.2. Factores del abandono:

- ❖ Descuido
- ❖ Falta de tiempo
- ❖ Porque el niño no lo necesita, así está sano
- ❖ Porque la vacuna le enferma
- ❖ Porque no ha tenido dinero para ir al CS
- ❖ Por falta de transporte
- ❖ Porque en el CS les hacen esperar mucho y luego no tienen como regresarse a casa.

3.7.3.Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN OCUPACIONAL	INDICADORES	ESCALA	ÍNDICE
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA FAMILIA	Edad: Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Edad	Mayores de 18 años 18 a 25 años De 25 en adelante	%
	Estado civil: Clase o condición de una persona en el orden social.	Estado civil	Soltero Unión libre Casado Divorciado Viudo	%
	Nivel educativo: Es la persona matriculada en cualquier grado de los diversos <i>niveles</i> .	Nivel educativo	Primaria Secundaria Técnico Superior Ninguno	%
	Ocupación:	Ocupación	Hacer domésticos Agricultura Jornalero Empleado publico Empleado privado Otro Ninguno	%
	Vivienda:	vivienda	Propia Alquilada Prestada anticresis Otros	%
	Medio de transporte: Vehículo que sirve para llevar personas o cosas de un lugar a otro.	Medio de transporte:	Vehículo propio Caminando Bus Otros	%

		Gastos para el transporte	Si No A veces	%
--	--	---------------------------	---------------------	---

FACTORES DEL ABANDONO	Conocimientos: Conjunto de datos o noticias relacionados con algo, especialmente conjunto de saberes que se tienen de una materia o ciencia concreta.	Conocimientos	¿Cuándo hace vacunar a su hijo? Cada vez que le toca según le indicaron en el carné de vacuna Cada vez que puede ir al centro de salud Cuando las brigadas llegan a la guardería Cuando las brigadas llegan a su casa No los hace vacunar	%
			¿Dónde hace vacunar a su o sus hijos? CSN°1 de Ibarra SCS de Mariano Acosta CS de Pimampiro En la guardería Espera que las brigadas lleguen a su casa No los vacuna	%
			Las vacunas provocan que un niño/a: Se enfermara () Se protegerá de las enfermedades () Crecerá fuerte y sano ()	%
			¿Cuál es el estado actual del esquema de vacunación de su hijo? Al día Atrasado Completo y Terminado Incompleto	%

		<p>¿Por qué no ha podido hacerle vacunar a su hijo en la fecha que le indicaron en el centro de salud?</p> <p>Descuido Falta de tiempo Porque el niño no lo necesita, así está sano Porque la religión no lo permite Porque la vacuna lo enferma Porque no ha tenido dinero para ir al CS Por enfermedad de los padres o cuidadores Por falta de transporte Porque en el CS le hacen esperar mucho y luego no tienen en q regresar a la casa Otras causas, especifique</p>	%
		<p>¿Conoce usted que son las vacunas? Si () No ()</p>	%
		<p>¿Conoce la importancia de las vacunas? Si () No ()</p>	%
		<p>¿Conoce usted que enfermedades se previenen con las vacunas? Si () No ()</p>	%
		<p>Mencione tres enfermedades que previenen las vacunas:</p>	%
		<p>¿Conoce las vacunas que debe recibir un niño antes de los dos años? Si () No ()</p>	%

			¿Conoce usted las posibles reacciones de la aplicación de las vacunas? Si () No ()	%
			¿Qué opinión tiene usted sobre el personal de enfermería que labora en el centro de salud donde hace vacunar a su o sus hijos? ¿Tiene usted el carnet de vacunación de su o sus hijos? Si () No ()	%
	Atención del personal sanitario: Todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud.	Atención del personal sanitario	¿Ha recibido información por parte del personal de salud sobre el calendario de vacunas? Si () No ()	

VARIABLES	DEFINICIÓN OCUPACIONAL	INDICADORES	ESCALA	ÍNDICE
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL NIÑO	Edad: Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Edad	Menores de 12 meses De 12 a 23 meses 29 días	%
	Género: Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Género	Masculino Femenino	%

Tabla N° 2 Operacionalización de variables (27).

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Resultados obtenidos

Para la aplicación de los instrumentos como entrevista y encuesta, fue necesario que las investigadoras se trasladaran a la comunidad de Manzano Guaranguí, donde se visitaron casa a casa a todas las madres de los menores de dos años, se pudo identificar la presencia de 55 niños que corresponden al grupo de edad, al revisar el carnet de vacunación se pudo identificar que el 40% tienen los esquemas de vacunación al día, el 17% completo y terminado, con retraso el 30% y abandono el 13%, se identificaron las características sociodemográficas familiares y los factores que influyen en el retraso y abandono del esquema de vacunación, las madres refieren tres causas específicas que son el descuido, la falta de tiempo y por el excesivo tiempo de demora en la unidad operativa, se pudo establecer también los conocimientos sobre vacunas y esquemas de vacunación.

A continuación se detalla en tablas y gráficos la información obtenida, además se hacen análisis de cada uno de los cuadros relacionando los datos con la realidad y sustentación bibliográfica específica.

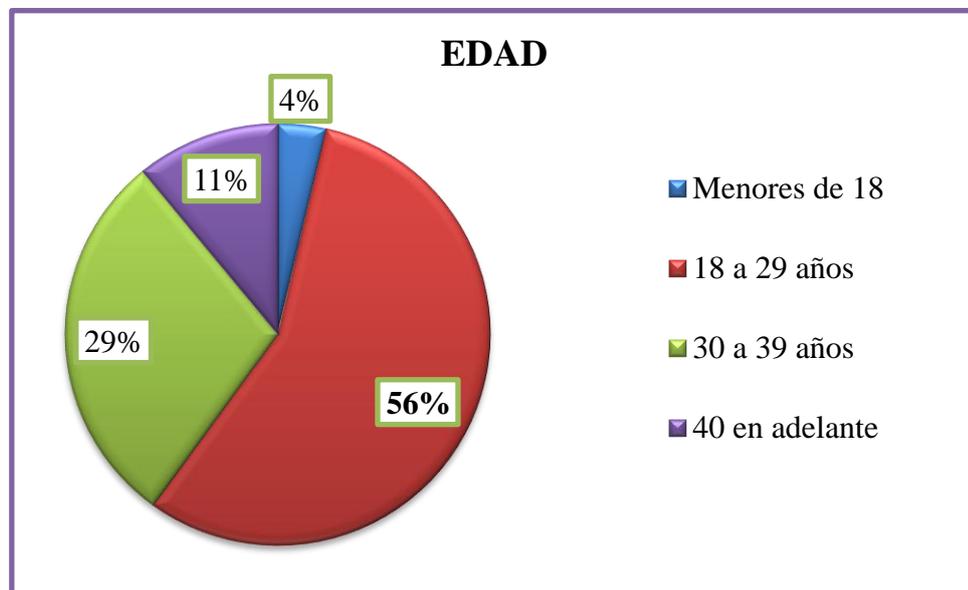
4.1.1. Características sociodemográficas de la familia de los niños menores de 2 años de la Comunidad Manzano (27).

4.1.1.1. Edad

Tabla N° 3 Edad de las madres de los menores de dos años de la Comunidad de Manzano Guaranguí (27).

Grupo de edad	N	%
Menores de 18	2	3,6
18 a 29 años	31	56,4
30 a 39 años	16	29,1
40 en adelante	6	10,9
Total	55	100,0

Gráfico N° 20 Edad de las madres de los menores de dos años de la Comunidad de Manzano Guaranguí (27).



Análisis:

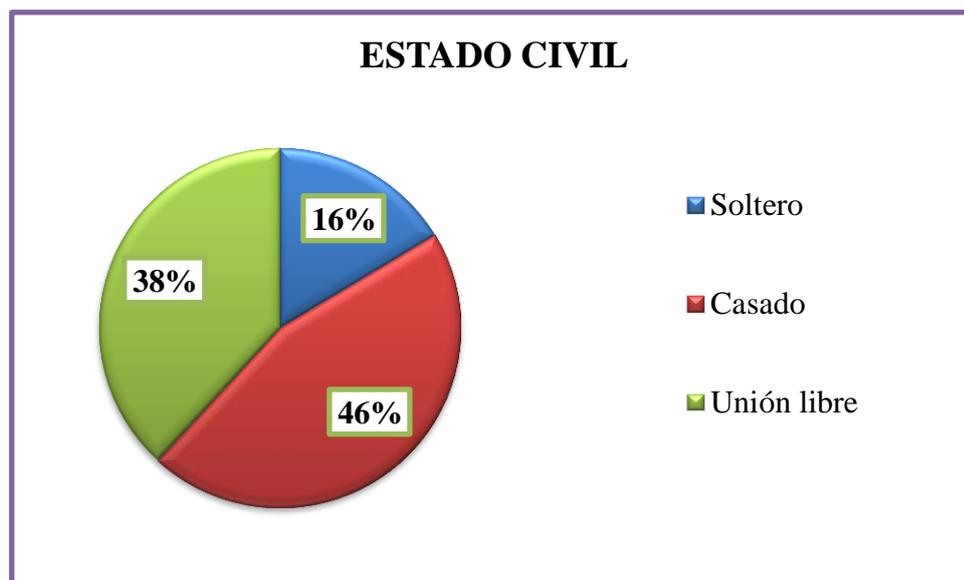
Según el rango de edad, se puede evidenciar que el 60% de las madres son menores de 29 años, dato que evidencia a que son madres jóvenes y en la mayoría inexpertas en la crianza de los niños. Dato que va relacionado a lo que refiere el INEC a las edades de las madres en Ecuador (28). Es importante recalcar que a pesar de ser Manzano Guaranguí una comunidad Rural la presencia de madres adolescentes no tiene un porcentaje elevado.

4.1.1.2. Estado civil

Tabla N° 4. Estado civil de las madres, de los menores de dos años de la Comunidad de Manzano Guaranguí (27).

Estado civil	n	%
Soltero	9	16,4
Casado	25	45,5
Unión libre	21	38,2
Total	55	100,0

Gráfico N° 21 Estado civil de las madres, de los menores de dos años de la Comunidad de Manzano Guaranguí (27).



Análisis:

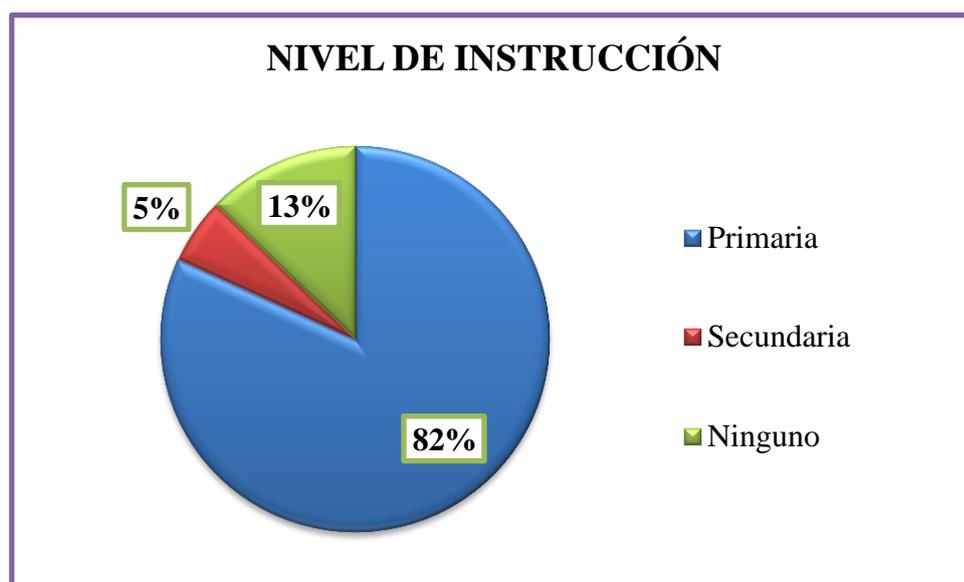
En la comunidad de Manzano Guaranguí, los niños menores de dos años pertenecen a hogares estables en su mayoría corresponden a padre casados, y en unión libre, siendo un mínimo porcentaje que se registra de madres solteras. Dato que se contrapone a lo que refiere el INEC a nivel nacional en cuanto a que la mayoría de las adolescentes en el Ecuador conviven en unión libre (28).

4.1.1.3. Nivel de instrucción

Tabla N ° 5 Nivel de instrucción de las madres, de los menores de dos años de la Comunidad de Manzano Guaranguí (27).

Nivel de instrucción	n	%
Primaria	45	81,8
Secundaria	3	5,5
Ninguno	7	12,7
Total	55	100,0

Grafico N° 22 Nivel de instrucción de las madres, de los menores de dos años de la Comunidad de Manzano Guaranguí (27).



Análisis:

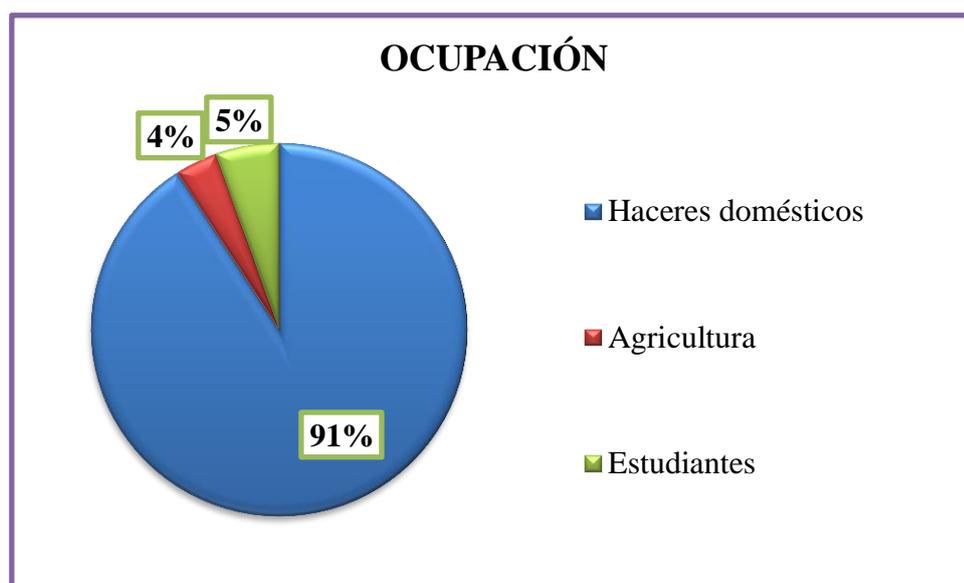
El gráfico hace referencia a que la gran mayoría de las madres tienen educación primaria, encontrándose también analfabetismo y una minoría con instrucción secundaria. Dato que se contrapone por lo difundido por el INEC en el cual se hace referencia que el 56% de las madres jóvenes tienen instrucción secundaria (28). La escolaridad en este caso en particular, se constituye en un factor de riesgo ya que no culminaron con el nivel de educación adecuado, razón por la cual no han adquirido conocimientos en cuanto a prevención de enfermedades en forma general y menos a un conocen como prevenir enfermedades a través de las vacunas.

4.1.1.4. Ocupación

Tabla N° 6 Ocupación de las madres, de los menores de dos años de la Comunidad de Manzano Guaranguí (27).

Ocupación	n	%
Haceres domésticos	50	90,9
Agricultura	2	3,6
Estudiante	3	5,5
Total	55	100,0

Gráfico N° 23 Ocupación de las madres de los menores de dos años de la Comunidad de Manzano Guaranguí (27).



Análisis:

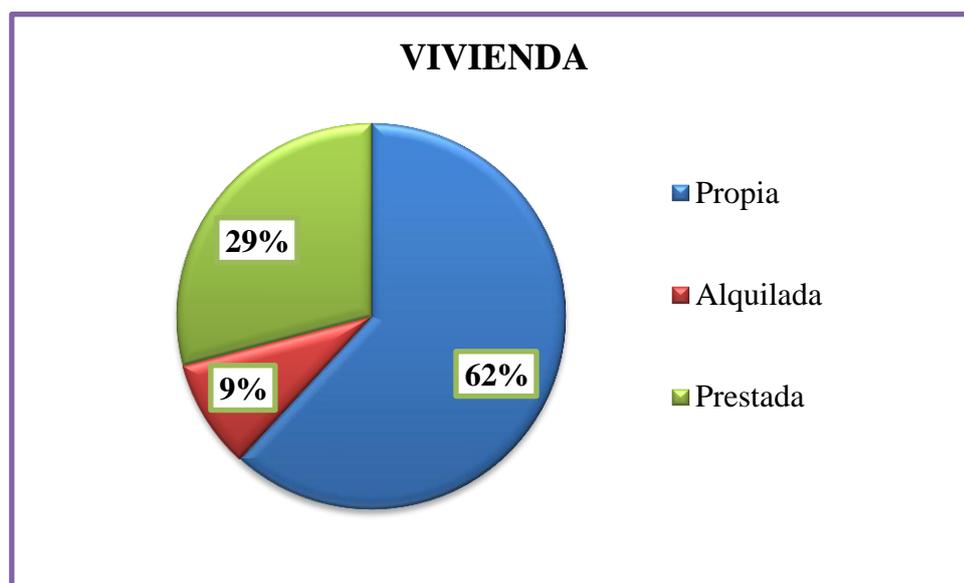
El gráfico evidencia que la ocupación que casi la totalidad de las madres se dedican a los haceres domésticos, en esta comunidad a esta tarea se le suma la agricultura domiciliaria, pues las mujeres son las que se dedican a mantener los cultivos para el consumo de sus hogares, actividad que la realizan muy temprano en las mañanas en compañía de sus niños y luego se dedican a sus hogares y atender a sus esposos, llevándoles alimentación al lugar donde ellos se encuentran laborando. El INEC refiere a que a nivel nacional la dedicación de las madres está relacionado a tender pequeños negocios o a cumplir tareas de asistencia domestica dato que se contrapone a lo establecido en el presente estudio de investigación (28).

4.1.1.5. Vivienda

Tabla N°7 Vivienda de los padres de los menores de dos años de la Comunidad de Manzano Guaranguí (27).

Vivienda	n	%
Propia	34	61,8
Alquilada	5	9,1
Prestada	16	29,1
Total	55	100,0

Gráfico N° 24 Vivienda de los padres de los menores de dos años de la Comunidad de Manzano Guaranguí (27).



Análisis:

De acuerdo a los datos obtenidos se hace referencia que en la Comunidad de Manzano Guaranguí la mayoría de sus habitantes viven en casas propias o casas prestadas por sus familiares. Dato que se contrapone a la realidad del área urbana donde la mayoría de las parejas jóvenes deben alquilar sus viviendas (28).

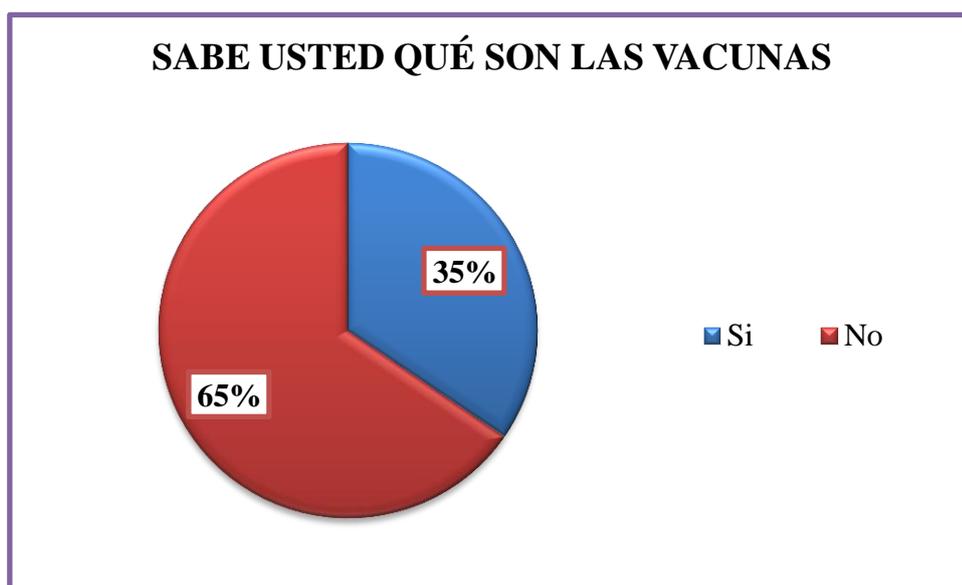
4.1.2. Conocimiento sobre el Esquema de Inmunizaciones en los padres de los niños menores de dos años de la Comunidad de Manzano Guarangú (27).

4.1.2.1. Vacuna o Biológico

Tabla N° 8 Sabe usted que son las vacunas (27).

Sabe usted que son las vacunas	n	%
Si	19	34,5
No	36	65,5
Total	55	100,0

Gráfico N°25 Sabe usted qué son las vacunas (27).



Análisis:

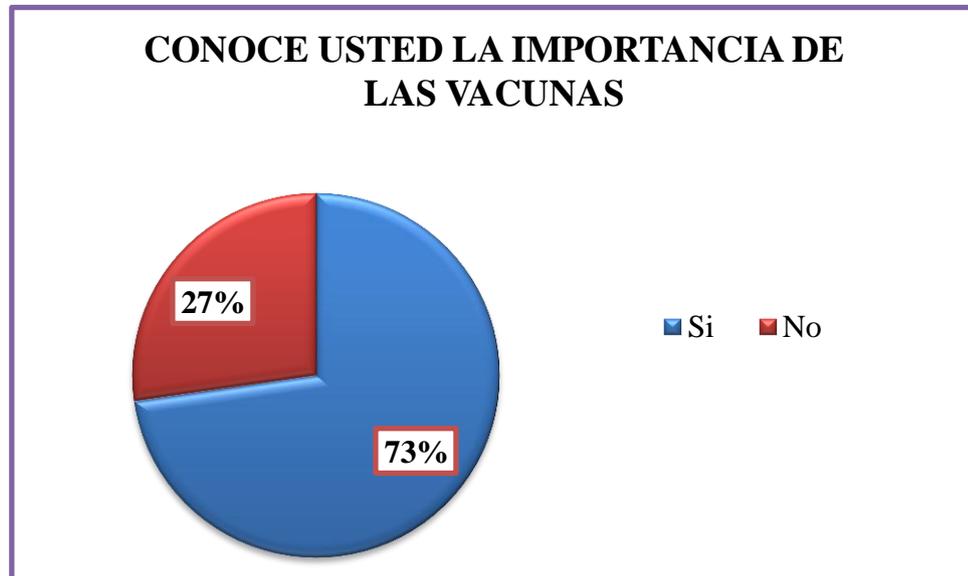
De acuerdo a los resultados obtenidos mediante la encuesta, se pudo evidenciar que el 65% de las madres manifiestan conceptos errados o no conocen lo que son las vacunas, el desconocimiento puede originar el incumplimiento de los esquemas de vacunación.

4.1.2.2. Importancia de las vacunas

Tabla N° 9 Conoce usted la importancia de las vacunas (27).

Conoce usted la importancia de las vacunas	n	%
Si	40	72,7
No	15	27,3
Total	55	100,0

Gráfico N° 26 Conoce usted la importancia de las vacunas (27).



Análisis:

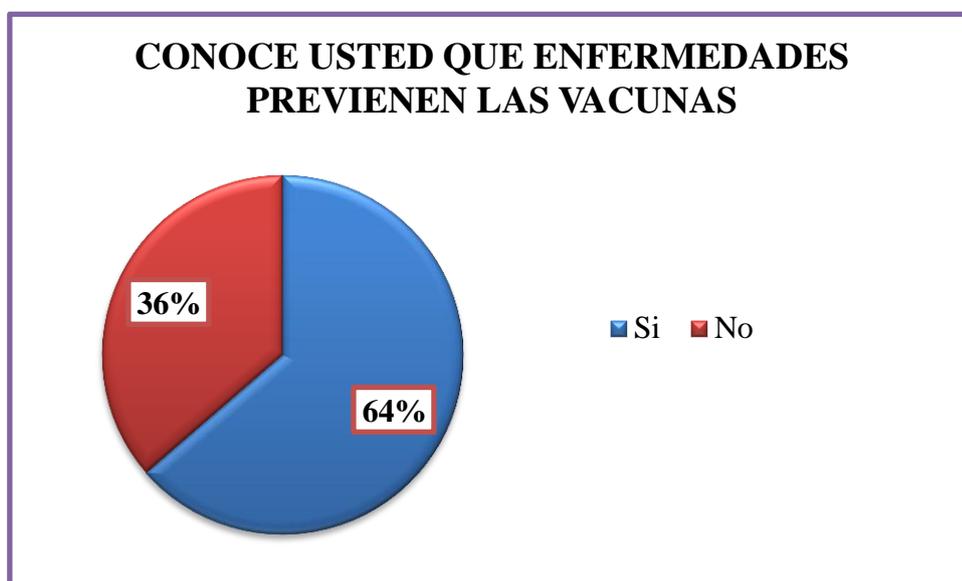
Se pudo evidenciar que en su mayoría las madres son conocedoras de la importancia de las vacunas para prevenir ciertas enfermedades. Algunos autores hacen referencia al que conocimiento en general sobre vacunas es satisfactoria, pero este conocimiento no garantiza el cumplimiento completo y a tiempo de los esquemas de vacunación (29).

4.1.2.3. Enfermedades que previenen las vacunas

Tabla N° 10 Conoce usted que enfermedades previenen las vacunas (27).

Conoce usted que enfermedades previenen las vacunas	N	%
Si	35	63,6
No	20	36,4
Total	55	100,0

Gráfico N ° 27 Conoce usted que enfermedades previenen las vacunas (27).



Análisis:

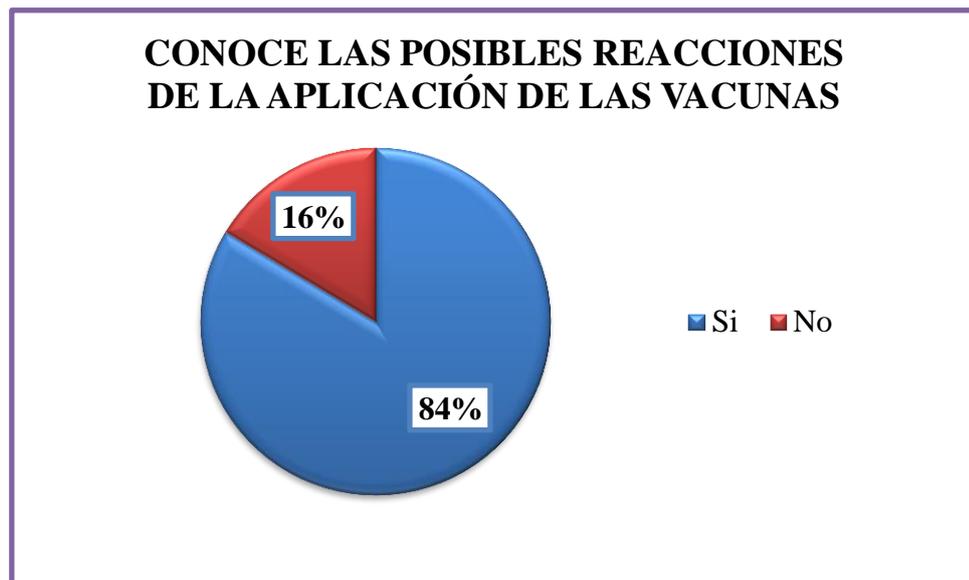
El gráfico número 27 hace referencia a un adecuado conocimiento de las madres en cuanto a las vacunas que previenen enfermedades en los niños. Las madres reconocen una gran variedad de enfermedades que son prevenidas a través de las inmunizaciones entre ellas están la gripe, sarampión, varicela, diarreas, tétanos entre otras. Los datos otorgados por el MSP a través del programa ampliado de inmunizaciones informa al país sobre la importancia de la administración de las diferentes vacunas dato que es captado y replicado por la población de las madres (15).

4.1.2.4. ESAVIS

Tabla N° 11 Conoce las posibles reacciones de la aplicación de las vacunas (27).

Conoce las posibles reacciones de la aplicación de las vacunas	n	%
Si	46	83,6
No	9	16,4
Total	55	100,0

Gráfico N° 28 Conoce las posibles reacciones de la aplicación de las vacunas (27).



Análisis:

Es elevado el porcentaje de las madres que conocen sobre los efectos post-vacúnales, la mayoría de las madres mencionan que las vacunas enferman a sus infantes, pero a pesar de ello si hacen vacunar a sus niños; siendo una minoría aquellas que refieren no hacer vacunar a sus hijos o postergar las fechas de vacunación originando así desfases en el cumplimiento del esquema de inmunización. Estudios internacionales refieren que en las zonas rurales el desconocimiento de los efectos vacunales son causa de los retrasos en esquemas de vacunación dato que coincide con el presente estudio de investigación (29).

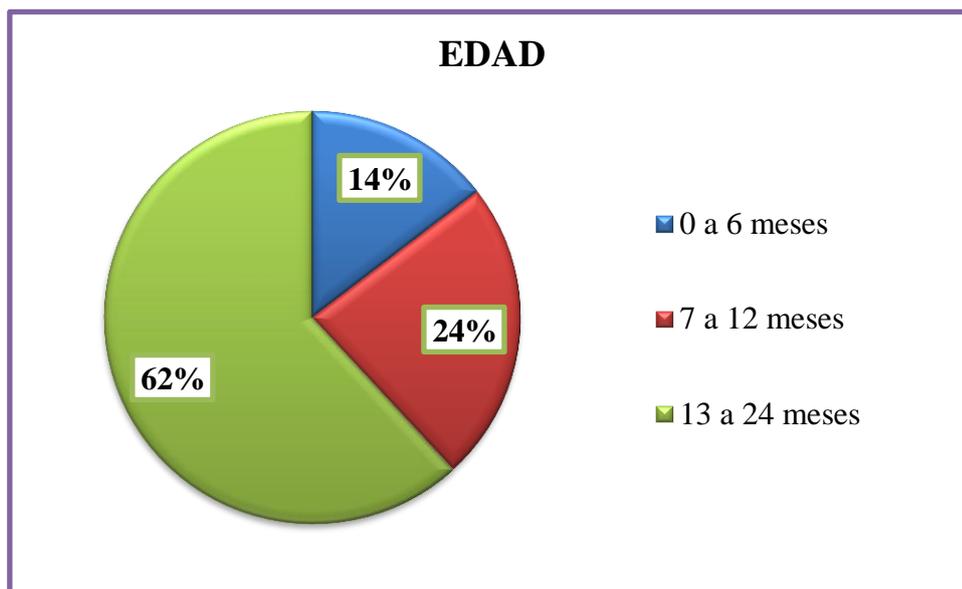
4.1.3. Estado actual del esquema de vacunación en los carnés del niño sano en los niños menores de dos años de la comunidad de Manzano Guarangú (27).

4.1.3.1. Edad

Tabla N° 12 Edad del niños en estudio (27).

Edad	n	%
0 a 6 meses	8	14,5
7 a 12 meses	13	23,6
13 a 24 meses	34	61,8
Total	55	100,0

Gráfico N° 29 Edad del niños en estudio (27).



Análisis:

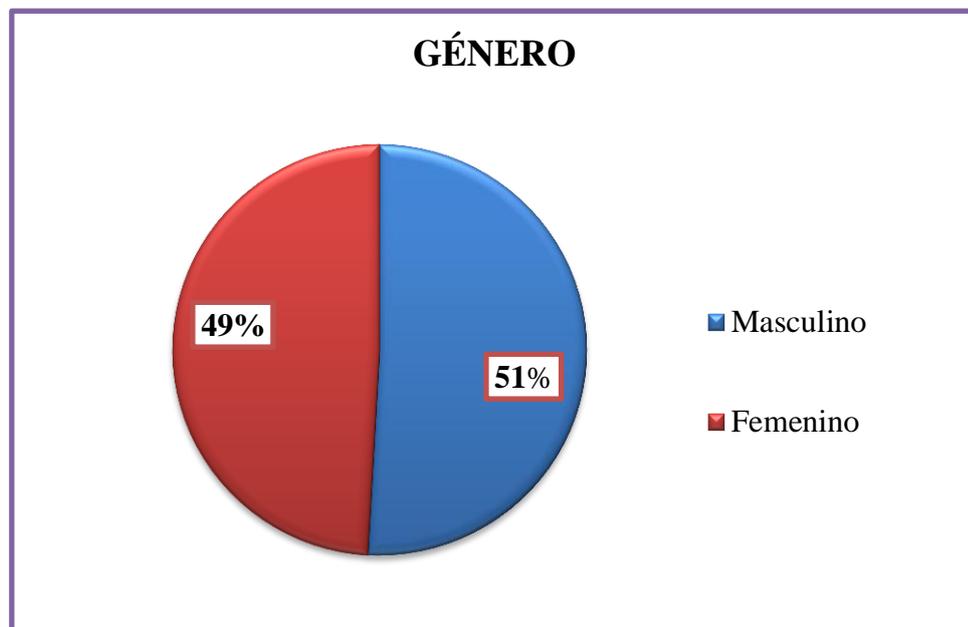
Según las encuestas aplicadas se establece, que más del 60% de los niños esta entre los doce a veintitrés meses, dato que es similar a los referidos por el MSP en los grupos poblacionales a vacunar establecidos por el PAI (15).

4.1.3.2. Género

Tabla N°13 Género de los niños menores de dos años de la Comunidad de Manzano Guaranguí (27).

Género	n	%
Masculino	28	50,9
Femenino	27	49,1
Total	55	100,0

Grafico N° 30 Género de los niños menores de dos años de la Comunidad de Manzano Guaranguí (27).



Análisis:

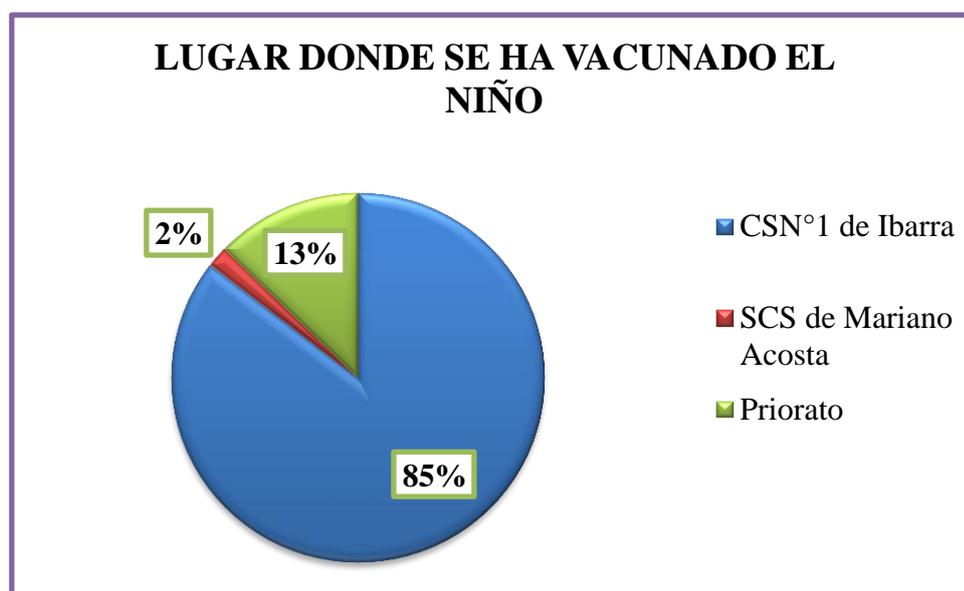
El gráfico hace referencia a la presencia de los dos géneros es relativamente homogénea inclinándose levemente a la presencia del género femenino. En Ecuador la población femenina es mayoritaria según datos mencionados por INEC de acuerdo al último censo nacional (28).

4.1.3.3. Institución donde se vacunan

Tabla N°14 Lugar donde se ha vacunado el niño/a (27).

Lugar donde se ha vacunado el niño	n	%
CSN°1 de Ibarra	47	85,5
SCS de Mariano Acosta	1	1,8
Priorato	7	12,7
Total	55	100,0

Gráfico N°31 Lugar donde se ha vacunado el niño/a (27).



Análisis:

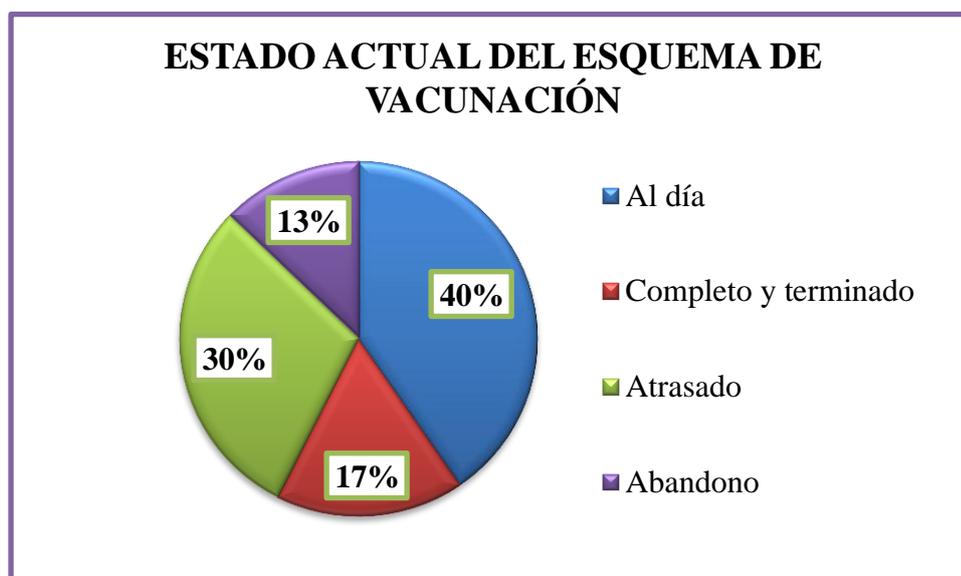
El 85% de las madres de los niños menores de dos años de la Comunidad de Manzano Guarangú acuden al CS N°1 Ibarra a cumplir con el esquema de vacunación, el 13% acuden al SCS de Priorato mientras que el 2% acuden al SCS de Mariano Acosta. Se cumple lo establecido por el MSP, en cuanto a distribución zonal y poblacional de las unidades operativas en la que se ubica a esta comunidad dentro del área de influencia del CSN°1 Ibarra (7).

4.1.3.4. Estado vacunal

Tabla N° 15 Estado actual del esquema de vacunación del niño/a (27).

Estado actual del esquema de vacunación	n	%
Al día	19	34,5
Completo y terminado	8	14,5
Atrasado	14	25,5
Abandono	6	10,9
Total	55	100,0

Gráfico N° 32 Estado actual del esquema de vacunación del niño/a (27).



Análisis:

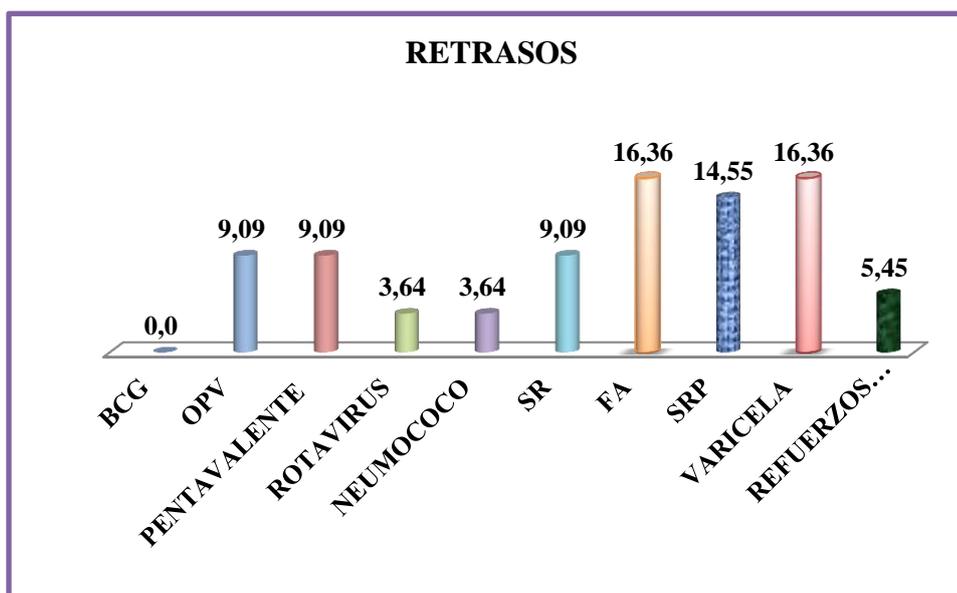
Según la revisión de los carnés de vacunación en las visitas se pudo establecer que el retraso y abandono del esquema de vacunación de los niños menores de dos años de la Comunidad de Manzano Guaranguí, es riesgosamente alto, estos datos al ser comparados con los que establece OMS, OPS y el PAI a nivel nacional refieren estar entre los estándares no deseados y riesgosos de la población infantil que se encontraría expuesta a adquirir algún tipo de enfermedad inmunoprevenible (15), (30).

4.1.3.5. Retrasos del esquema de inmunización

Tabla N° 16 Retrasos del esquema de inmunización en niños/as menores de 2 años (27).

RETRASOS	BCG	OPV	PENTAVALENTE	ROTAVIRUS	NEUMOCOCO	SR	FA	SRP	VARICELA	REFUERZOS OPV DPT
	0,0	14,55	9,09	3,64	3,64	9,09	16,36	14,55	16,36	5,45

Gráfico N°33 Retraso del esquema de inmunización en niños/as menores de 2 años (27).



Análisis:

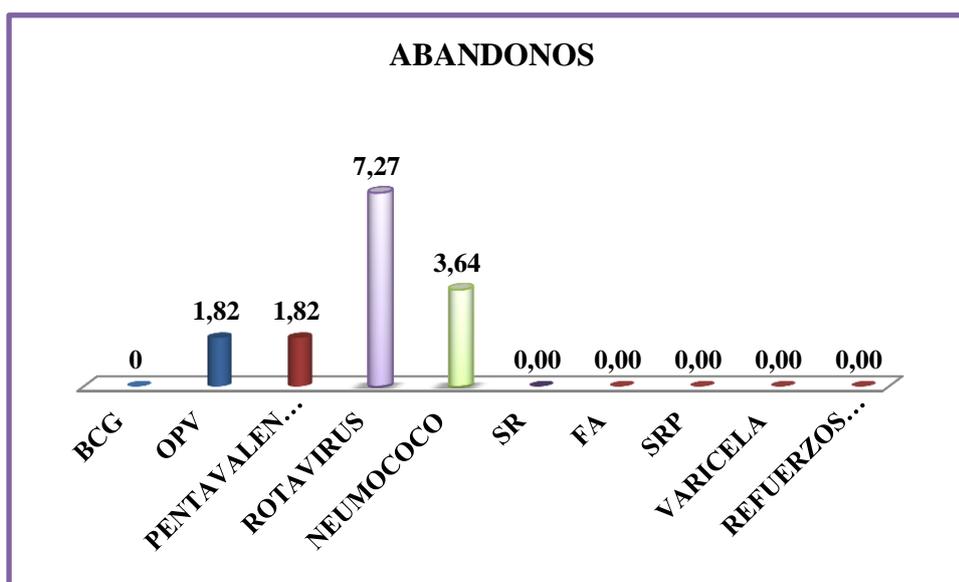
Según datos obtenidos se puede evidenciar que existe retraso en todas las vacunas exceptuando la BCG; el mayor retraso se lo observa en las vacunas, fiebre amarilla y varicela. En referencia a los retrasos se recalca que son oportunidades que se pueden recuperar al vacunar a estos niños dentro del límite de edad requerido, evitando que pierda los biológicos específicos y que estos retrasos se conviertan en abandonos (18).

4.1.3.6. Abandonos del esquema de inmunización

Tabla N° 17 Abandonos del esquema de inmunización en niños menores de dos años (27).

ABANDONOS	BCG	OPV	PENTAVALENTE	ROTAVIRUS	NEUMOCOCO	SR	FA	SRP	VARICELA	REFUERZOS OPV DPT
	0	1,82	1,82	7,27	3,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Gráfico N° 34 Abandonos del esquema de inmunización en niños menores de dos años (27).



Análisis:

Son cuatro los biológicos en los que se observa deserción o abandono, se evidencia que el rotavirus tienen un porcentaje más alto, en hecho que puede generar morbilidad y mortalidad por diarreas causadas por rotavirus que a nivel mundial y nacional constituyen un riesgo en salud pública, pues son los niños menores de 2 años los que tienen mayor riesgo de sufrir enfermedad (31).

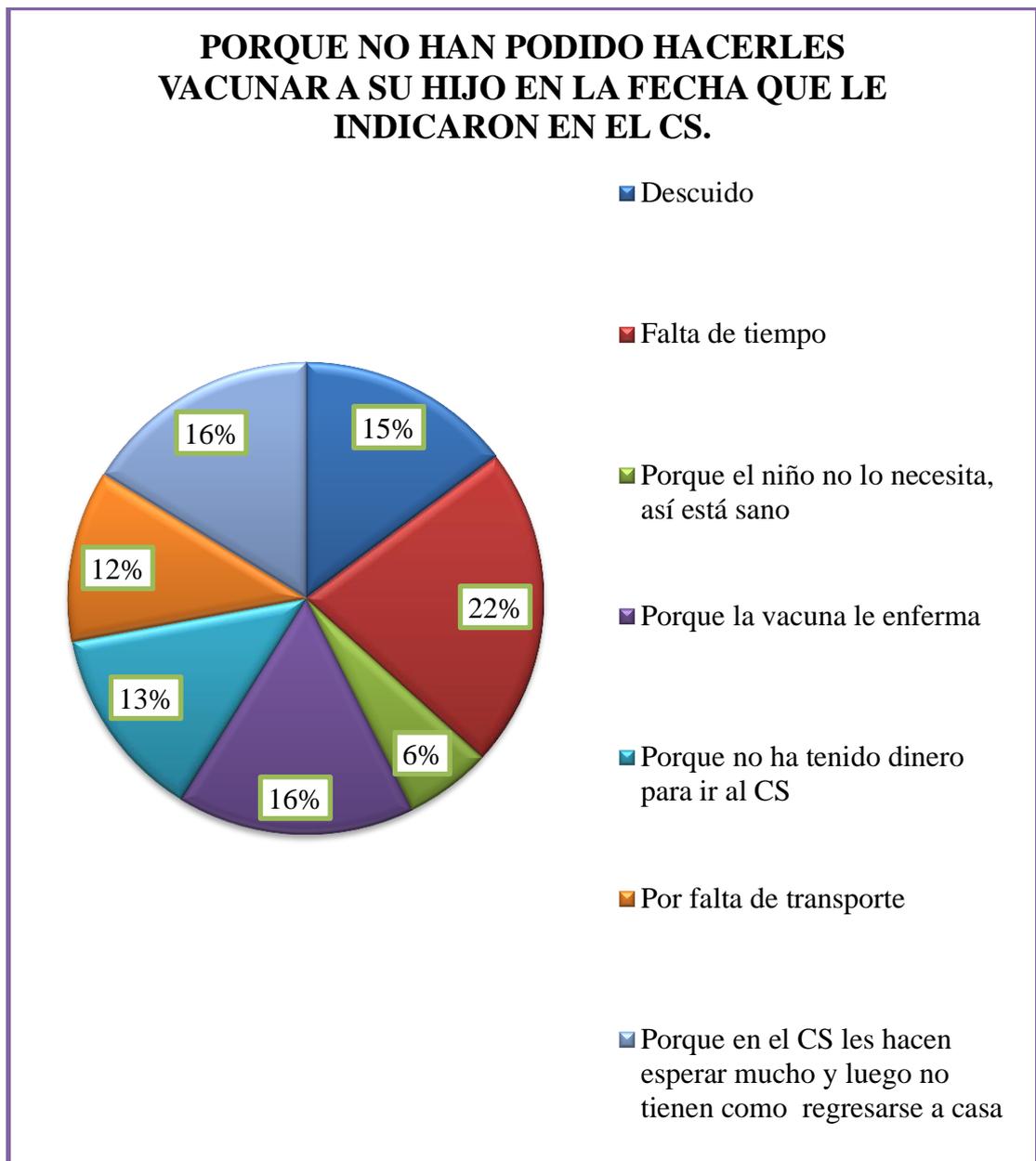
4.1.4. Causas por que los padres de los niños menores de dos años no cumplen con el esquema establecido por el PAI (27).

4.1.4.1. Causas

Tabla N° 18 Porque no han podido hacerles vacunar a su hijo en la fecha que le indicaron en el CS (27).

Porque no han podido hacerles vacunar a su hijo en la fecha que le indicaron en el CS.	N	%
Descuido	10	15,0
Falta de tiempo	15	22,0
Porque el niño no lo necesita, así está sano	4	6,0
Porque la vacuna le enferma	11	16,0
Porque no ha tenido dinero para ir al CS	9	13,0
Por falta de transporte	8	12,0
Porque en el CS les hacen esperar mucho y luego no tienen como regresarse a casa	11	16,0
Total	20	100,0

Gráfico N° 35 Porque no han podido hacerles vacunar a su hijo en la fecha que le indicaron en el CS (27).



Análisis:

Según las encuestas aplicadas las madres refieren como principales causas de los atrasos y abandonos de los esquemas de vacunación a tres causas específicas que son el descuido, la falta de tiempo y por el excesivo tiempo de demora en la unidad operativa. Estas causas coinciden con las establecidas a nivel nacional e internacional en diferentes estudios investigativos que relacionan al tiempo de demora en unidades asistenciales para la vacunación de los menores, especialmente en aquellos que viven en zonas rurales que no tienen acceso a servicios de salud (30).

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES

- ❖ Al realizar este trabajo investigativo se pudo concluir que Manzano Guaranguí es una comunidad rural cuyas características sociodemográficas de las madres de los niños menores de dos años, son mujeres casadas, dedicadas a los labores domésticos y a la agricultura, con una escolaridad primaria, son madres jóvenes menores a los 30 años y que poseen viviendas propias y su religión es católica.
- ❖ Con respecto a los conocimientos sobre el esquema de vacunación de las madres de los niños menores de 2 años de esta comunidad, unas refieren no conocer y otras manifiestan conceptos errados en relación a vacunas. Están conscientes de que las vacunas son necesarias e importantes para el crecimiento y desarrollo de sus niños, pero pocas lo demuestran, además se evidenció que desconocen los efectos post-vacunales, la mayoría mencionan que las vacunas enferman a sus infantes, por lo que prefieren no vacunar a sus hijos o aplazar la fechas de las vacunas.
- ❖ El Esquema recomendado para la aplicación de vacunas incluye dosis específicas, que deben aplicarse en los niños desde su nacimiento hasta los 5 años de edad; condiciones que no se cumplen en su totalidad en la población de estudio, encontrándose casos de retrasos y abandonos que pudieran originar un brote de una de las enfermedades inmunoprevenibles que no están cubiertas como puede ser el caso del rotavirus específicamente.
- ❖ Se puede concluir que entre las causas que originan retrasos y/o abandonos, de los esquemas de inmunizaciones en los niños menores de dos años de la Comunidad de Manzano Guaranguí son la falta de tiempo por parte de los padres de familia, la creencia errónea de que la vacuna enferma a los niños, el descuido, la falta de dinero para trasladarse a Ibarra al Centro de Salud N°1, por falta de transporte y en algunos de los casos refieren a que el niño no necesitaba la vacuna porque así está sano.
- ❖ Se considera necesario elaborar un plan de intervención para que los padres conozcan y manejen responsablemente los esquemas de vacunación, haciendo énfasis en las ventajas de vacunar a tiempo a los niños menores de dos años.

5.1. RECOMENDACIONES

- ❖ Se recomienda al Centro de salud N° 1 ciudad Ibarra, a orientar sus actividades de prestación de todos los programas que ofrece el MSP, a la comunidad de Manzano Guranguí coordinando tiempo.
- ❖ Al encontrar casos de retrasos y/o abandonos es importante que el personal de Enfermería del Centro de Salud N° 1 Ibarra, realice el respectivo control y seguimiento de tarjetero y a la vez planifique actividades de vacunación en la comunidad de Manzano Guranguí tomando en cuenta que una de las limitantes de la población es el déficit de transporte.
- ❖ Es una realidad que en la comunidad Manzano Guaranguí, existen casos de retrasos y /o abandonos del esquema de vacunación en los menores de dos años, razón por la cual se recomienda ejecutar el plan de intervención elaborado con el presente estudio de investigación, en base a la realidad de esta comunidad y que hace énfasis en las causas del incumplimiento en la administración de vacunas.

CAPÍTULO VI

6. PROPUESTA

6.1. Datos informativos

Título de la propuesta

Esquema de vacunación, importancia en el crecimiento y desarrollo de nuestros hijos.

Localización de la propuesta

Parroquia Sagrario, Comunidad Manzano Guaranguí, Centro de Salud N°1 Ibarra.

Responsables de la organización

Farinango Guerrero Julia Lorena
Novoa Farinango María Vanessa

Coordinador de la propuesta

Tutora: Msc. Viviana Espinel

Duración de la propuesta

Elaboración y ejecución de la propuesta: Dos mes

Beneficiarios

Las Padres de familia y los niños menores de 2 años de edad

Gasto total de la propuesta

El costo total de la propuesta es de \$ 70, que serán financiados por las investigadoras.

6.2. Antecedentes de la Propuesta

La investigación realizada mediante la aplicación de encuestas a las madres de los niños menores de 2 años y entrevistas realizadas al personal profesional de enfermería, el bajo nivel de información en cuanto al esquema de vacunas en niños de 0 a 2 años, constituye un obstáculo para el avance del Programa Ampliado de Inmunización establecido en niños de esta edad debido tanto a la poca importancia que le dan los padres a la salud de sus niños.

El 73% de las madres de los niños menores de 2 años de la Comunidad de Manzano Guarangú si conocen la importancia de las vacunas mientras que el 27% no conoce.

Las madres están conscientes de que las vacunas son necesarias e importantes pero pocas lo demuestran, por lo que se considera necesario dar a conocer el por qué son importantes y necesarias mediante actividades promocionales de las vacunas. La falta de conciencia entre la población que no considera la inmunización importante para la protección de su niño contra enfermedades que se puede prevenir con la vacunación limita el alcance de las metas planteadas por el PAI.

La mayoría de los casos la madre es la encargada de llevar a vacunar, el padre no acude a vacunar ya que es el sustento del hogar. Por tanto la madre es la primera en ser informada sobre la Inmunización a través del Esquema de vacunación completo.

De los 55 encuestados, el 35% tiene el esquema al día, el 29% tienen atraso, el 22% han abandonado el esquema de vacunación mientras que el 14% han completado y terminado el esquema. Estos resultados con llevan a presentar una plan educativo que motive a las madres a recurrir al sub centro de salud para la vacunación.

6.3. Justificación

El presente trabajo de investigación nos ha permitido identificar un desconocimiento total por parte de los padres de familia de lo importante que es cumplir con el esquema de vacunación. Esto es uno de los factores que influye directamente en el atraso y abandono del Esquema de Vacunas en niños/as menores de dos años de la parroquia Sagrario Comunidad Manzano Guaranguí

Por ello, construimos una propuesta que esperamos sirva para disminuir el retraso y abandono del Esquema en los niños menores de dos años de la Comunidad de Manzano Guaranguí, ya que las familias atraviesan por problemas de falta de conocimiento sobre Inmunización, originados por creencias erróneas o desconocimiento y que a tiempo deseamos reducir el índice de niños no vacunados o que no completan el esquema de vacunación, por esta vía, contribuir a disminuir la morbimortalidad infantil mediante el impulso continuo de la participación comunitaria en este programa en conjunto con el equipo multidisciplinario de salud conformado por el personal médico y de enfermería, promotor de salud comunitario procedente de la comunidad en estudio

La falta de comunicación entre personal de salud y los padre de familia o representante del niño/a permite que no se tenga buenas relaciones humanas considerando que el mayor porcentaje de la población de la Comunidad de Manzano Guaranguí, se considera indígena que conserva sus creencias y tradiciones por lo tanto se ha optado por la realización de charlas educativas, influyendo en su educación y motivando a cumplir con las indicaciones y sugerencias proporcionadas para mantener una adecuada esquema de vacunación de los niños.

En lo social, la propuesta, contribuye a mejorar la calidad de vida de los niños puesto que una intervención de vacunación oportuna genera salud y cumplimiento satisfactorio de la citas de vacunación. La investigación es factible de realizarse porque existe apoyo del personal de salud, bibliografía pertinente, los costos que acarrea, es cubierto por quienes investigan.

6.4. Objetivos

6.4.1. Objetivo general

- ❖ Elaborar un plan educativo para los padres de familia de los niños menores de dos años de la Comunidad de Manzano Guaranguí, en relación al esquema nacional de vacunación

6.4.2. Objetivos específicos

- ❖ Proporcionar información completa, concisa y clara sobre la importancia que tienen las vacunas, con la entrega de un folleto educativo.
- ❖ Motivar a los padres de familia al cumplimiento del esquema de vacunación de sus hijos, mediante charlas educativas.
- ❖ Disminuir los retrasos y/o abandonos del esquema de Inmunizaciones establecidos por el MSP-PAI, mediante estrategias innovadoras.

6.5. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES DE LA PROPUESTA	Febrero				Marzo			
	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°
1. Búsqueda del tema (Revisión bibliográfica)	X							
2. Elaboración del folleto educativo		X						
3. Validación		X						
4. Corrección			X					
5. Impresión			X					
6. Elaboración de cartelera						X		
6. Charlas educativas a los padres de familia							X	
7. Entrega del documento a los padres de familia.							X	
8. Entrega del documento al CSN°1								X

6.6. Fundamentación Científica



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA



LAS VACUNAS SON MI MEJOR ESCUDO

TU GUIA SOBRE LAS VACUNAS



Elaborado por: Farinango Lorena - Novoa Vanessa
Tutora de tesis: Msc. Viviana Espinel



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

MISIÓN

“La Universidad Técnica del Norte es una institución de educación superior, pública y acreditada, forma profesionales de excelencia, críticos, humanistas, líderes y emprendedores con responsabilidad social; genera, fomenta y ejecuta procesos de investigación, de transferencia de saberes, de conocimientos científicos, tecnológicos y de innovación; se vincula con la comunidad, con criterios de sustentabilidad para contribuir al desarrollo social, económico, cultural y ecológico de la región y del país”.

VISIÓN

“La Universidad Técnica del Norte, en el año 2020, será un referente regional y nacional en la formación de profesionales, en el desarrollo de pensamiento, ciencia, tecnológica, investigación, innovación y vinculación, con estándares de calidad internacional en todos sus procesos; será la respuesta académica a la demanda social y productiva que aporta para la transformación y la sustentabilidad”.

1

CARRERA DE ENFERMERÍA

MISIÓN

“Formar profesionales de Enfermería con conocimientos científicos, técnicos, éticos y humanísticos que contribuyan a resolver los problemas de salud de la Población”

VISIÓN

“La carrera de Enfermería será acreditada y constituirá en un referente de Excelencia Regional”



2



PRESENTACIÓN

Se pone en consideración la guía de “ESQUEMA DE VACUNACIÓN, IMPORTANCIA EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE NUESTROS HIJOS.” Elaborado como producto de investigación con el tema: “FACTORES DEL ABANDONO DEL ESQUEMA DE VACUNAS EN NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS DEL “CENTRO DE SALUD N°1 IBARRA”, PROCENTOS DE MANZANO GUARANGUÍ 2014-2015.” La misma que será entregada a los padres de familia de la comunidad de Manzano Guaranguí, como un aporte de la Universidad Técnica del Norte, Carrera de Enfermería con el objetivo de contribuir a disminuir el índice de morbilidad y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles, mediante concientización y sensibilización de la población en relación a la salud de sus hijos.

La presente guía educativa contiene elementos importantes en la que se describe; concepto de vacunas, importancia, esquema de vacunación, posibles reacciones de las vacunas, importancia del cuidado del carnet de vacunación, que hacer en el caso del retraso de alguna vacuna, donde debo vacunar a mi hijo.

El fortalecimiento y actualización de los conocimientos relacionados con el tema de investigación, permitirán ampliar conocimientos, incrementar el control del niño sano, el desarrollo de la responsabilidad de los padres en el cumplimiento del esquema de vacunación para así tener niños sanos ya que estos representan el futuro de nuestro país.

3

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades prevenibles con vacunas siguen siendo una de las causas principales de morbilidad y mortalidad, las vacunas son el mejor desarrollo científico en la salud de la humanidad, porque previenen las enfermedades antes de que éstas sucedan.

La educación es el pilar fundamental en la búsqueda del acercamiento de la población a los servicios de salud, puesto que a medida que la población adquiere conocimientos será capaz de asumir la responsabilidad del cuidado del niño y su desarrollo adecuado, por lo que surge, la implementación de la presente “GUÍA ESQUEMA DE VACUNACIÓN, IMPORTANCIA EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE NUESTROS HIJOS.” Dirigido a los padres de los niños de la Comunidad de Manzano Guaranguí, con la finalidad de aportar al enriquecimiento de conocimientos y mejorar la responsabilidad en el cumplimiento del esquema de vacunación ya que esta es una medida que ayudara al correcto desarrollo y crecimiento del niño.

4



INDICE

MISIÓN Y VISIÓN UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	1
MISIÓN Y VISIÓN CARRERA ENFERMERÍA.....	2
PRESENTACIÓN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
OBJETIVOS.....	6
CONCEPTOS E IMPORTANCIA DE LAS VACUNAS	7
QUE VAMOS A PREVENIR.....	8
NOS AYUDA.....	9
LAS VACUNAS PUEDEN PRODUCIR REACCIONES	9
¿QUE HACER SI APARECEN ESTEAS MOLESTIAS?.....	10
POR QUE ES IMPORTANTE EL CARNE DE VACUNAS.....	11
CUANDO VACUNAR AL NIÑO.....	12
DONDE VACUNAR A LOS NIÑOS.....	13
BIBLIOGRAFÍA.....	14



5

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Informar de manera completa concisa y clara sobre la importancia de las vacunas.

OBJETIVO ESPECIFICOS

- Fortalecer los conocimientos sobre las vacunas
- Despejar dudas y mitos sobre la aplicación de las vacunas
- Impulsar a la aplicación de cada una de las vacunas
- Proveer de este material a las autoridades del Centro de Salud N° 1 y padres de familia de la comunidad de Manzano Guarangú.



6



CONCEPTOS E IMPORTANCIA DE LAS VACUNAS



Las vacunas son sustancias que se introduce en el cuerpo del niño/a que evitan la enfermedad.

Es necesario poner todas las dosis que se recomiendan, respetando las fechas.

Las vacunas necesitan varias dosis para lograr defensas. en el cuerpo.



QUE VAMOS A PREVENIR



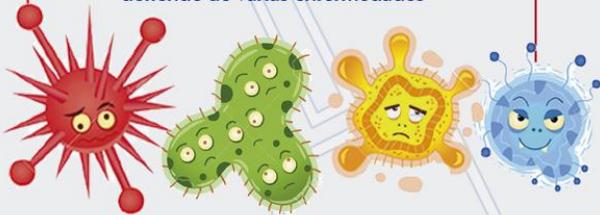
ENFERMEDADES EVITAN LAS VACUNAS

- BCG:** Evita la tuberculosis
- H B:** Evita la Hepatitis B
- OPV:** Evita Parálisis flácida aguda
- Rotavirus:** Previene enfermedades diarreicas.
- Pentavalente:** Evita Difteria, tosferina, tétanos neonatal, hepatitis b, meningitis e influenzae tipo B
- Neumococo:** Evita enfermedades neumocócicas.
- SR:** Evita el sarampión y rubeola.
- SRP:** Previene de sarampión, rubeola y parotiditis.
- Varicela:** Evita la varicela



NOS AYUDA

Mediante la vacunación, nuestro cuerpo se defiende de varias enfermedades



LA VACUNA PUEDE PRODUCIR REACCIONES

Fiebre

Pérdida de apetito

Malestar general

Llanto prolongado

Inflamación o enrojecimiento

Molestia en el sitio de la inyección.



9

¿QUE HACER SI APARECEN ESTAS MOLESTIAS?

- Evitar arropar al niño
- Puede bañarlo en agua tibia o refrescarlo con una esponja húmeda con agua tibia.
- Si la fiebre es elevada acudir al Centro de Salud más cercano.
- Aplicar compresas frías en la zona inflamada.



10

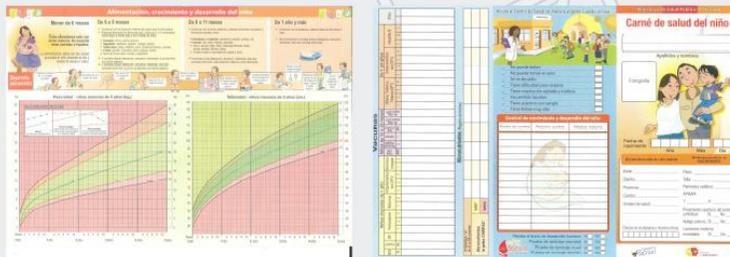


PORQUE ES IMPORTANTE EL CARNÉ DE VACUNAS

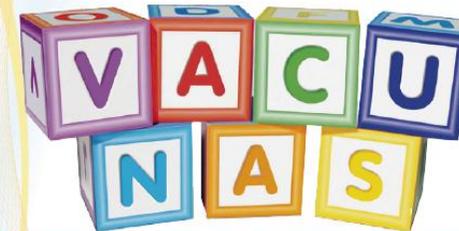
Se registran las vacunas y le ayuda a usted a su médico a administrar las vacunas a tiempo.

El carné será útil en todos los Centros de Salud.

Recuerde llevar el carné cada vez que lleve al niño al control médico.



CUANDO VACUNAR AL NIÑO



CALENDARIO DE VACUNACIONES

Recién nacido: BCG y Hepatitis B.

2-4 meses: Rotavirus

2-4-6 meses: OPV, Pentavalente, Neumococo, SR.

1 Año: SRP

1 año 3 meses: Varicela, Fiebre amarilla.

1 año 6 meses: REFUERZOS; OPV, DPT



DONDE VACUNAR A LOS NIÑOS/AS

Deben acudir al Centro de Salud más cercano o la parroquia donde pertenece a recibir la dosis correspondiente de acuerdo al carné de vacunación y en campañas.



13

BIBLIOGRAFÍA

MSP-OPS-UNICEF. Manual de Normas Técnico- Administrativas, Métodos y Procedimientos de Vacunación y Vigilancia Epidemiológica del PAI. Primera ed. MSP EPd, editor. Quito: OPS-OMS; 2005.

OMS. Manual de Vacunacion Mexico: Miranda; 2008-2009.

Organiozacion Mundial de la Salud. Vacunas e Inmunizacion Situación Actual Francia: Editor; 2010.



14



AMALOS
PROTEGELOS Y
VACUNALOS

BIBLIOGRAFÍA

1. Salud Adl. Proyecto de plan de acción mundial sobre vacunas. [Online].; 2012 [cited 2011 Mayo 11. Available from: apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_22-sp.pdf.
2. Romm Jill A. Vacunas una Guia para Padres Inteligentes EEUU: LAKE BOOK MANUFACTURING; 2001.
3. Garcia L, Martinez P, Alcolea A. Servicio de Salud de Castilla Leon ESPAÑA: MAD; 2005.
4. OMS. Manual de Vacunacion Mexico: Miranda; 2008-2009.
5. Patricia ACS. Factores Socioculturales que influyen en la tasa de abandono de las vacunas antipoleo,pentavalente y rotavirus en niños menores de 1 año de la Parroquia Pasa perteneciente al Cantón Ambato Provincia de Tunguragua. Tesis de Grado. Ambato: Universidad Técnica de Ambato; 2013. Report No.: 1.
6. Dr.Oscar Porras Madrigal (PhD) DCSH. Acta Médica Costaricense; Esquema de vacunación para el grupo de edad de 0-18 años. Scielo. 2006 octubre; 48(4).
7. Dr. Edgar Toapanta DNADMADMBLPTLLALGCLFGLPP. Historia del CSN°1 Ibarra. Informe de Campo. Ibarra: MSP, Enfermería; 2012. Report No.: 1.
8. Farinango L. NV. Archivo Fotográfico. 2015..
9. CODENPE-PBV. Datos estadísticos. Censo. Ibarra: Municipio de la Ciudad de Ibarra, Consejo Nacinal de Imbabura; 2012. Report No.: Primero.
10. Organiozacion Mundial de la Salud. Vacunas e Inmunizacion Situación Actual Francia: Editor; 2010.
11. OMS. Manual de Vacunación. Segunda ed. México: Miranda; 2008-2009.
12. Higraham J, Hidraham K. Introducción a la Microbiología Barcelona: Reverte; 1998.
13. OMS. Vacunas e Inmunización Situación Actual Francia: Editor; 2010.
14. Navarro RC. Evaluación del Programa de Inmunizaciones. 2000.
15. MSP-OPS-UNICEF. Manual de Normas Técnico- Administrativas, Métodos y Procedimientos de Vacunación y Vigilancia Epidemiológica del PAI. Primera ed. MSP EPd, editor. Quito: OPS-OMS; 2005.

16. Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. Manual de Vacunas Caracas: Medica Panamericana; 2008.
17. Arranca campaña masiva de vacunación contra Sarampión. El Diario. 2011 Octubre 20: p. 1.
18. VH E. www.infectologíapediatrica.com. [Online].; 2014 [cited 2015 Enero 05. Available from: www.infectologíapediatrica.com/bloq/2014/02/14/vacunas-atrasadas-como-actualizar-el-esquema-de-vacunacion/.
19. Espitia iMDyMT. Evaluación Rápida de Coberturas Vacunales en Bogotá, 2006. Revista de Salud Pública. 2006.
20. Dra. Ángela Gentilea DJBDVFDmCDMFLDHJADACyDRD. Esquemas atrasados de vacunación y oportunidades perdidas de vacunación en niños de hasta 24 meses: estudio multicéntrico. Archivos argentinos de pediatría. 2011.
21. Boscan1 M, Belén Salinas 1 2, Trestini3 ML, Tomat2 M. Actitud de las madres en el cumplimiento del calendario de vacunación de niños menores de 6 años. Salus v.16 n.1 Valencia abr. 2012. 2012.
22. República PdICdl. [Online].; 2009-2013 [cited 2009-2013. Available from: <http://www.buenvivir.gob.ec/69>.
23. Constituyente A. Constitución de la Republica del Ecuador. [Online].; 2008 [cited 2008 Febrero. Available from: www.asambleanacional.gob.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf.
24. Dr.Jorge Luis Manzini. pdf. [Online].; 2000 [cited 1996 Octubre. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v6n2/art10.pdf>.
25. José Jesús García GCGMPBNTCS. Dilemas éticos y bioéticos de la práctica pediátrica en la Atención Primaria de Salud. SCIELO. 2010 Marzo - Abril; 8(2).
26. filósofo DHLJPY. PDF. [Online].; 2006 [cited 2000. Available from: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf.
27. L F, V N. Base de datos obtenida a través de encuestas aplicadas en la comunidad Manzano Guaranguí. 2015..
28. INEC. [Inec.gob.ec](http://www.inec.gob.ec). [Online].; 2014 [cited 2014 Noviembre 14. Available from: www.inec.gob.ec/inec/indes.ehp.
29. S L, N E, I C. Vacunación infantil: Cobertura, conocimientos y actitudes de la población. Estudio en un Área de Salud. Anales Españoles de pediatría. 2006 Agosto; 44(8): p. 464.
30. Gentile A, Bakir J, Firpo V. Esquemas atrasados de vacunación y oportunidades perdidas de vacunación en niños de hasta 24 meses: estudio multicéntrico. Scielo

AR. 2011 Mayo-Junio; 109(3).

31. Benavides J. Impacto En Las Tasas De Morbilidad Por Enfermedad Diarreica Aguda De La Vacunación Contra Rotavirus en Niños Menores De Dos Años. Área De Salud Nº2. Tesis de grado. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2012. Report No.: 1.
32. PAI O. Lineamientos Técnicos y Operativos para la introducción de la vacuna contra Rotavirus. 1st ed. Cáculos IAYC, editor. Ecuador: ISBN; 2007.
33. Higrham J, Hidraham K. Introduccion a la Microbiologia Barcelona: Reverte; 1998.

ANEXOS

ENCUESTA

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS DEL MANEJO E IMPORTANCIA DEL ESQUEMA VACUNACIÓN EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN LOS MENORES DE DOS AÑOS

Dirigida a: Padres y/o cuidadores de los niños(as) menores de dos años de la Comunidad Manzano Guaranguí, Parroquia Sagrario, Cantón Ibarra.

Nombres de las encuestadoras: Farinango Guerrero Julia Lorena - Novoa Farinango María Vanessa

Lugar y fecha: Manzano Guaranguí, Enero 21 de 2015

Indicaciones Generales: Marque con una (X) la opción que considere correcta.

Edad:		
Género:	Masculino	
	Femenino	

¿Cuántos hijos tiene?	
¿Cuál es la edad de su último hijo?	

Estado civil:	Soltero	
	Casado	
	Unión libre	
	Divorciado	
	Viudo	

Nivel	Primaria	
--------------	----------	--

educativo:	Secundaria	
	Técnica	
	Superior	
	Ninguno	

Ocupación:	Haceres domésticos	
	Agricultura	
	Jornalero	
	Empleado público	
	Empleado privado	
	Otro, especifique	
	Ninguno	

Vivienda	Propia	
	Alquilada	
	Prestada	
	Anticresis	
	Otros	

Cuando hace vacunar a su hijo	Cada vez que le toca según le indicaron en el carné de vacuna	
	Cada vez que puede ir al centro de salud	
	Cuando las brigadas llegan a la guardería	
	Cuando las brigadas llegan a su casa	
	No los hace vacunar	

Donde hace vacunar a su	CSN°1 de Ibarra	
	SCS de Mariano Acosta	

o sus hijos	CS de Pimampiro	
	En la guardería	
	Espera que las brigadas lleguen a su casa	
	No los vacuna	

Qué medios de transporte que utiliza para llegar al centro de salud	Vehículo propio	
	Bus, transporte público	
	Caminando	

Los gastos del transporte son un obstáculo para llegar al centro de salud	Si	
	No	
	A veces	

Sabe usted que son las vacunas	Si	
	No	

Conoce usted la importancia de las vacunas	Si	
	No	

Conoce usted que enfermedades se previenen las vacunas	Si	
	No	

Mencione tres enfermedades que previenen las vacunas	

Conoce las vacunas que debe recibir un niño antes de los dos años	Si	
	No	

Conoce las posibles reacciones de la aplicación de las vacunas	Si	
	No	

Las vacunas provocan que un niño/a:	Se enferme	
	Este protegido de algunas enfermedades	
	Crezca sano y fuerte	

¿Qué opinión tiene usted sobre el personal de enfermería que labora en el centro de salud donde hace vacunar a su o sus hijos?	

¿Tiene usted el carnet de vacunación de su o sus hijos?	Si	
	No	

Ha recibo información por parte del personal de salud sobre las fechas que debe hacer vacunar a su o sus hijos	Si	
	No	

¿Cuál es el estado actual del esquema de vacunación de su hijo/a?	Al día	
	Atrasado	
	Completo y Terminado	
	Incompleto	

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

**GUIA DE OBSERVACIÓN
VERIFICACIÓN DEL CARNET DE NIÑO SANO
ESQUEMA DE VACUNACIÓN**

Edad:		
Género:	Masculino	
	Femenino	

Lugar donde se ha vacunado el niño/a	CSN°1 de Ibarra	
	SCS de Mariano Acosta	
	CS de Pimampiro	
	En la guardería	
	Espera que las brigadas lleguen a su casa	
	Otro, especifique	

Estado actual del esquema de vacunación del niño	Al día	
	Completo y Terminado	
	Atrasado	
	Incompleto	

ENTREVISTA

¿Por qué no ha podido hacerle vacunar a su hijo en la fecha que le indicaron en el centro de salud?	Descuido	
	Falta de tiempo	
	Porque el niño no lo necesita, así está sano	
	Porque su religión no lo permite	
	Porque la vacuna le enferma	
	Porque no tenido dinero para ir al CS	
	Por enfermedad de los padres o cuidadores	
	Por la falta de transporte	
	Porque en el CS les hacen esperar mucho y luego no tienen como regresar a casa	
	Otras causas, especifique	

FOTOGRAFÍAS



Gráfico N° 36 Comunidad Manzano Guaranguí (8).



Gráfico N° 37 Aplicación de las encuestas en el CNH (8).



Gráfico N° 38 Aplicación de las encuestas en las canchas deportivas (8).



Gráfico N° 39 Canchas deportivas de la comunidad de Manzano Guaranguí (8).



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

**CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

IDENTIFICACIÓN DE LA OBRAS

Yo, Farinango Guerrero Julia Lorena , con cédula de identidad Nro. 1003543715 manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor (es) de la obra o trabajo de grado titulado: "FACTORES DEL ABANDONO AL ESQUEMA DE VACUNAS EN NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS DEL "CENTRO DE SALUD Nro. 1 IBARRA" PROCEDENTES DE MANZANO GUARANGUÍ 2014 – 2015". Qué ha sido desarrollada para optar por el Título de Licenciada en Enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 19 días del mes de Marzo del 2015

DATOS DE LA OBRAS

FACTORES DEL ABANDONO AL ESQUEMA DE VACUNAS EN NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS DEL "CENTRO DE SALUD Nro. 1 IBARRA" PROCEDENTES DE MANZANO GUARANGUÍ 2014 – 2015

(Firma).....

Nombre: Farinango Guerrero Julia Lorena

Cédula: 1003543715

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Farinango Guerrero Julia Lorena , con cédula de identidad Nro. 1003543715, en calidad de autor (es) y titular (es) de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS

El autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 19 días del mes Marzo del 2015

EL AUTOR:

(Firma).....
Nombre: Farinango Guerrero Julia Lorena
C.C. 1003543715



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

**CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

1. IDENTIFICACIÓN DE OBLIGADA

Yo, Novoa Farinango María Vanessa, con cédula de identidad Nro. 1724678410 manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor (es) de la obra o trabajo de grado titulado: "FACTORES DEL ABANDONO AL ESQUEMA DE VACUNAS EN NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS DEL "CENTRO DE SALUD Nro. 1 IBARRA" PROCEDENTES DE MANZANO GUARANGUÍ 2014 – 2015". Qué ha sido desarrollada para optar por el Título de Licenciada en Enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL
---------------	----------------

Ibarra, a los 19 días del mes de Marzo del 2015

DATOS DE LA OBRA

TÍTULO	"FACTORES DEL ABANDONO AL ESQUEMA DE VACUNAS EN NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS DEL "CENTRO DE SALUD Nro. 1 IBARRA" PROCEDENTES DE MANZANO GUARANGUÍ 2014 – 2015"
--------	---

(Firma).....

Nombre: Novoa Farinango María Vanessa
Cédula: 1724678410

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Novoa Farinango María Vanessa, con cédula de identidad Nro. 1724678410, en calidad de autor (es) y titular (es) de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS

El autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 19 días del mes Marzo del 2015

EL AUTOR:

(Firma) 

Nombre: Novoa Farinango María Vanessa
c.c. 1724678410

VANESSA NOVOA