

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
POSTGRADO DE MAESTRIA EN SALUD PUBLICA



TESIS

RELACION DE COMPORTAMIENTOS CRITICOS EN MADRES DE MENORES
DE DOS AÑOS CON OPORTUNIDADES PERDIDAS DE VACUNACION EN
MUNICIPIOS DE RIESGO REINCIDENTES CON BAJAS COBERTURAS EN LA
REGION DE SALUD N. 6, AÑO 2004

PRESENTADO POR:
CAROL NOEMI MARTINEZ ORDOÑEZ

PREVIA OPCION AL GRADO DE
MASTER EN SALUD PUBLICA

ASESORES
MSC. EVA LUZ DE ALVARADO O.D.D.G.
MSC. MERCEDES MARTINEZ H.

TEGUCIGALPA, M. D. C.

HONDURAS C. A.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSTGRADO DE MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA



TESIS

RELACIÓN DE COMPORTAMIENTOS CRÍTICOS EN MADRES DE MENORES DE DOS AÑOS CON OPORTUNIDADES PERDIDAS DE VACUNACIÓN EN MUNICIPIOS DE RIESGO REINCIDENTES CON BAJAS COBERTURAS, EN LA REGIÓN DE SALUD NO. 6, AÑO 2,004

PRESENTADO POR
CAROL NOEMI MARTINEZ ORDOÑEZ

PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE
MASTER EN SALUD PÚBLICA

ASESORES

MSc. EVA LUZ DE ALVARADO (Q.D.D.G.)

MSc. MERCEDES MARTINEZ H.

TEGUCIGALPA, M.D.C.

DICIEMBRE 2013, HONDURAS, C.A.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS UNAH

RECTORA
Licda. JULIETA CASTELLANOS RUIZ

VICE RECTORA ACADEMICA
Dra. RUTILIA CALDERON PADILLA

VICE RECTOR DE ASUNTOS ESTUDIANTILES
Lic. AYAX IRIAS COELLO

VICE RECTORA DE ASUNTOS INTERNACIONALES
MSc. MAYRA FALK

SECRETARIA GENERAL
Licda. ENMA VIRGINIA RIVERA

DIRECTORA DEL SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MSc. LETICIA SALOMÓN

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Dr. MARCO TULIO MEDINA

SECRETARIO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Dr. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO

**COORDINADORA GENERAL POSTGRADOS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS
MÉDICAS**
DRA. ELSA PALOU

COORDINADOR GENERAL DEL POSTGRADO EN SALUD PÚBLICA
Dr. HÉCTOR ARMANDO ESCALANTE VALLADARES

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso por ser mi guía, mi fortaleza e iluminar siempre mi camino

A mis padres Fernando y Dora Esperanza por haberme dado la vida, por su amor, por enseñarme valores morales y espirituales, por brindarme una educación universitaria.

A mis hijos Ivan Alexander, Kevin Fernando, Angie Melissa, los tesoros más valiosos de mi vida y la fuerza que me inspira.

A mi esposo Ivan Armando Cáceres, hombre trabajador, a quien admiro, amo y respeto.

A mis hermanas Luvia y Caridad por su apoyo y motivación.

AGRADECIMIENTO

A los docentes del Postgrado de Maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, quienes con sus conocimientos y experiencia contribuyeron a mi continua formación.

A la MSc. Eva Luz de Alvarado (Q.D.D.G.) por los conocimientos compartidos como primera tutora de tesis y ejemplo a seguir.

A la MSc. Mercedes Martínez H. por su paciencia, invaluable apoyo, conocimientos compartidos y ejemplo a seguir.

A la MSc Regina Durón y familia por su amistad, conocimientos brindados y apoyo incondicional durante mi estancia en el periodo de estudio de la Maestría.

Al Programa Ampliado de Inmunizaciones por su apoyo financiero para el Monitoreo Rápido de Coberturas y aplicación de Instrumento de investigación dirigido a las madres.

A la Región Departamental de Salud de Atlántida, Institución donde me he desarrollado como Profesional de la Salud

Infinitas Gracias, sin ustedes, no hubiera sido posible este importante logro para mí.

Carol Martínez

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. OBJETIVOS	6
2.1. General	6
2.2. Específicos.....	6
3. MARCO TEÓRICO	7
3.1. Epidemiología de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación (EPV) en el mundo 7	
3.2. Epidemiología de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación (EPV) en las Américas	9
3.3. Antecedentes Históricos del PAI en Honduras.....	11
3.4. Generalidades del Programa Ampliado de Inmunizaciones en Honduras.....	14
3.5. Situación del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en Honduras	19
3.5.1. Situación PAI en Región Sanitaria No. 6	25
3.5.2. Indicaciones y contraindicaciones para la vacunación.....	27
3.5.3. Contraindicaciones y precauciones	28
3.5.4. Falsas Contraindicaciones para la vacunación	28
3.5.5. Eventos adversos	30
3.5.6. Oportunidades Perdidas de Vacunación (OPV).....	32
4. HIPÓTESIS	38
5. METODOLOGÍA.....	39
5.1. Criterios de inclusión y exclusión:	43
6. RESULTADOS.....	44
6.1. Estado de Vacunación del menor de dos años.....	44
6.6. Estado vacunal del niño menor de dos años.....	77

6.7.	Monitoreo Rápido de Coberturas (MRC).....	78
6.8.	Oportunidades Perdidas de Vacunación.....	80
6.9.	Comportamientos críticos de la madre y/o responsable	82
6.10.	Carné o Tarjeta de vacunación.....	86
6.11.	Falsas Contraindicaciones	88
6.12.	Comportamientos críticos del personal de salud	89
6.13.	Listados de Vigilancia Integral del Niño y Morbilidad	91
6.14.	Control de Crecimiento y Desarrollo	92
6.15.	Información, Educación y Comunicación (IEC)	92
6.16.	Como incrementar las acciones de vacunación según las madres.....	94
7.	CONCLUSIONES.....	97
8.	RECOMENDACIONES.....	101
9.	BIBLIOGRAFÍA.....	106
11.	ANEXOS.....	110

1. INTRODUCCIÓN

Es notable el éxito del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI en Honduras, al alcanzar sus metas de cobertura y vigilancia epidemiológica, pero el interés por explicar los comportamientos y participación de la población en el programa de inmunización y los aspectos sociales y culturales que la motivan es escaso.

En general el programa ha desarrollado una gran capacidad para inducir la aceptación de las vacunas, sin embargo, históricamente se conocen hechos sociales en los cuales la población incurre en no demandar oportunamente la oferta de vacunas o condiciona su participación en el programa.

La situación nacional del PAI en relación a las coberturas de vacunación y los avances en los compromisos de erradicación, eliminación y control de las enfermedades, evidencian los esfuerzos en el logro de coberturas anuales de vacunación en población menor de dos años superiores al 90%. Las investigaciones de oportunidades perdidas de vacunación (OPV) realizadas en el país en 1988 y 1997 permitieron identificar algunos comportamientos críticos que determinan el no logro de coberturas homogéneas superiores al 95%, para lo cual se han puesto en práctica diversas medidas para impedir brotes de enfermedades prevenibles por vacunación y lograr interrupción de la cadena epidemiológica en procura de su erradicación, eliminación y control.

El presente estudio es del tipo descriptivo, retrospectivo, cuantitativo, desarrollado en cuatro de las seis áreas de salud de la antes Región Sanitaria N° 6, en ocho de los 27 municipios, 15 Unidades de Salud; entre ellas 46 localidades del ámbito comunitario a través de un instrumento que tiene como unidad de observación a las madres y / o responsables de niños, de los estratos urbano y rural; previa realización de Monitoreos Rápidos de Cobertura, identificando a los niños con dosis de vacuna pendiente vencida a la fecha de su realización.

El estudio efectuado permitió identificar que la población reconoce la importancia de la vacunación para disminuir la morbilidad y mortalidad de enfermedades prevenibles por vacunas, pero que aún existen comportamientos críticos en la población tales como escaso conocimiento sobre las vacunas, enfermedades que previenen, signos y síntomas de las enfermedades, desconocimiento sobre el esquema de vacunación según número e intervalo entre dosis, interpretación del carné de vacunación; reacciones adversas de las vacunas y falsas contraindicaciones.

El estado vacunal de los menores de dos años según las encuestas de monitoreo rápido realizadas, observó un diez por ciento de oportunidades pérdidas de vacunación, (lo aceptable es 5%); lo cual refleja ciertas deficiencias en el desarrollo de acciones de vacunación intra y extramuros. También se identificó una oferta institucional con limitaciones, todos los

factores que están asociados a las oportunidades perdidas de vacunación son controlables y reducibles que sugiere un estado crítico en su cultura organizacional y en la eficiencia institucional. Por tanto este estudio podría ser un aporte para propiciar nuevos elementos, con base científica que puedan asegurar estrategias encaminadas a la toma de decisiones.

En relación al estudio de oportunidades perdidas de vacunación realizado a nivel nacional por el PAI en 1998, se identificó que el 45.1% de la población menor de dos años que debió ser vacunada no lo fue; en el segundo estudio realizado en 1997 se mejoraron notablemente las coberturas, pero las OPV fueron de (36.6%) solo se disminuyó un 8.5%. En los resultados del presente estudio en la Región Sanitaria No. 6 las oportunidades perdidas de vacunación es de 9.57%. Las principales causas para no vacunar al niño fueron por enfermedad del niño, descuido de la madre y no sabía que le faltaba vacuna.

2. OBJETIVOS

2.1. General

Establecer la relación entre los comportamientos críticos de las madres y/o responsables de niños menores de dos años con las oportunidades perdidas de vacunación en la Región Sanitaria No. 6.

2.2. Específicos

2.2.1. Determinar el estado vacunal de los niños y niñas menores de dos años en los municipios en riesgo.

2.2.2. Identificar los comportamientos críticos de las madres y/o responsables de niños que no han iniciado o completado su esquema de vacunación en los municipios en riesgo.

2.2.3. Determinar barreras de acceso geográfico, económico, cultural de las madres de menores de dos años con oportunidades perdidas de vacunación

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Epidemiología de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación (EPV) en el mundo

Cada año mueren en el mundo, más de doce millones de niños menores de cinco años, de los cuales tres millones fallecen antes de cumplir el primer año de vida. Dos millones de estas muertes son causadas por enfermedades que podrían haberse prevenido con las vacunas comprendidas en el PAI. Estas muertes ocurren por una razón esencial: alrededor de un 20% de los niños del mundo no reciben una inmunización completa durante el primer año de vida contra las catorce enfermedades básicas cubiertas por el PAI, a saber: difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis, tuberculosis, sarampión, rubéola, parotiditis, hepatitis B, meningitis por *Haemophilus influenzae* tipo B, rotavirus, neumococo, influenza,

Se ha desplegado esfuerzos para elevar las tasas de cobertura vacunal y disminuir los costos de administración de las vacunas mediante una simplificación de los sistemas de inmunización, por ejemplo recortando el número de contactos necesarios y desarrollando nuevas vacunas que puedan administrarse a los niños, lo que ya está ocurriendo con la introducción de nuevas vacunas que protegen al niño contra cinco enfermedades como la Pentavalente (DPT-HepB-Hib) SRP que protege contra tres enfermedades.

En 1994, el sarampión costó la vida a más de un millón de niños, el tétanos neonatal a casi 500.000 y la tos ferina a cerca de 400.000. Estos niños no cubiertos por la red protectora del PAI están entre los más pobres y desfavorecidos del mundo. Entre ellos se encuentran los niños atrapados en situaciones de guerra, niños vagabundos no encontrados en el momento oportuno para ser vacunados, niños que habían recibido alguna dosis pero no todas las necesarias para su protección total, o los niños del África subsahariana, donde menos del 60% de la población infantil esta inmunizada.

El esfuerzo necesario para mantener los niveles actuales de inmunización y llegar asimismo, a un mayor número de niños con el fin de alcanzar la meta mundial de una cobertura de vacunación del 95% en el año 2005, constituye un desafío extraordinario, particularmente en un período en que los recursos aportados por los donantes registran un descenso. (OMS, 1997)

El compromiso de los gobiernos locales, religiosos y sociedad civil ha constituido lo que se ha descrito como la más importante acción de movilización social en tiempos de paz. En la sombra, se ha formado a millones de agentes de salud y se ha movilizado a millones de voluntarios; se ha establecido una cadena de frío para garantizar la seguridad del almacenamiento y transporte de las vacunas; se han desarrollado mecanismos globales de abastecimiento y control de las calidad de las vacunas y redes de laboratorio así como sistemas de vigilancia de las enfermedades.

En 1995, además de los 500 millones de contactos de inmunización ordinarios con los niños menores de un año, una cifra record de 300 millones de niños de todo el mundo casi la mitad de la población menor de cinco años fué vacunada durante la campaña masiva contra la poliomielitis. Se previó que la poliomielitis estaría erradicada para el año 2005 - 2007, lo que permitiría a los gobiernos un ahorro de más de 1,500 millones de dólares al año, al no ser ya necesaria la inmunización, situación que aún no se logra por lo cual se continúan realizando las campañas masivas en las Américas y el resto del mundo.

3.2. Epidemiología de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación (EPV) en las Américas

En 1974 año del Lanzamiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) por la OMS, menos del 5% de los niños del mundo estaban vacunados en el primer año de vida previniendo las seis enfermedades seleccionadas inicialmente por el programa: difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis, sarampión y tuberculosis. En 1990 y de nuevo en los años más recientes (después de un ligero descenso transitorio de la cobertura), casi el 80% de los 130 millones de niños nacidos anualmente fueron vacunados antes de su primer aniversario. Este logro entraña más de 500 millones de contactos anuales de inmunización con los niños.

Estos logros han sido posibles gracias a una coalición mundial integrada por los gobiernos, la OMS, OPS, el PNUD, el UNICEF, las agencias bilaterales y los principales bancos de desarrollo, y organizaciones no gubernamentales como la

Fundación Rockefeller, Save the Children Fund, Médicos sin Fronteras, OPS, UNICEF y la Asociación Rotaria Internacional. En 1,994 se erradicó la circulación del virus salvaje de la poliomielitis en las Américas, lo cual se convirtió en notable avance en la lucha contra esta enfermedad, debiendo continuar realizando las campañas masivas de vacunación contra el polio virus salvaje y así evitar su reintroducción a través de los viajeros que provienen de zonas donde la enfermedad aún es endémica.

Los contactos entre la población y los servicios de salud generados por las vacunaciones han brindado oportunidades para otras intervenciones en materia de atención primaria de salud: educación sanitaria para las madres, distribución de vitaminas y de suplementos minerales para los niños necesitados y controles sanitarios sistemáticos.

Según el Informe de la Comisión Taylor (1995) sobre un estudio de los efectos de la acción del PAI y de la campaña de erradicación de la poliomielitis sobre los sistemas de salud de seis países de América Latina ha mostrado que se ha producido un reforzamiento de los sistemas locales de salud y ha arraigado una "cultura de prevención" entre agentes de salud, los gobiernos locales y la sociedad civil.

3.3. Antecedentes Históricos del PAI en Honduras

A inicios del presente siglo, las enfermedades transmisibles causaban la muerte prematura de miles de niños en el mundo ya que solo existía una vacuna. “La vacuna contra la viruela”. En el transcurso del siglo se han producido una variedad de vacunas y la inmunización ha demostrado ser la medida de salud pública más efectiva y económica para prevenir las enfermedades y muerte de la población vacunada. A continuación se presenta cronológicamente las principales acciones desarrolladas en nuestro país en el área de vacunación. (Honduras, 2011)

1950 Inician actividades esporádicas de vacunación contra la viruela y tifoidea.

1952 Ejecución de campaña de vacunación contra fiebre amarilla en la frontera con Nicaragua.

1964 Inician aplicación de vacuna Sabin, DPT, formas graves de tuberculosis infantil (BCG), a través de campañas esporádicas.

1970 - 1978 Vacunación dos veces al años con vacunas Sabin, DPT, BCG y Sarampión a través de campaña de multivacunación.

1979 Creación oficial del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), ofreciendo a la población las vacunas; Sabin, DPT, BCG, Sarampión y TT para embarazadas.

- 1980 Erradicación de la Viruela.
- 1985 Ejecución de la primera semana nacional de vacunación en el marco de la erradicación de la poliomielitis.
- 1988 Creación del CONEPO (Comité Nacional de Erradicación de la Poliomielitis) para revisión, evaluación y clasificación de casos de parálisis flácida aguda en estudio, en el marco de la erradicación de la poliomielitis. Creación del CCI del PAI (Comité de Cooperación Interagencial).
- 1990 Establecimiento de la meta de eliminación del TNN. Ampliación de la vacunación con TT a MEF.
- 1991 Establecimiento de la meta de eliminación del sarampión para 1997.
- 1992-1993 Campaña masiva de vacunación de puesta al día en el grupo de 1 a 14 años de edad contra el Sarampión, con fines de eliminación.
- 1994 Certificación de la erradicación de la circulación del poliovirus salvaje. Creación del Centro Nacional de Biológicos (CNB) sede del PAI. Incorporación al esquema nacional de la vacuna Hepatitis B para grupos en alto riesgo. Se establece el uso del Certificado Internacional de Vacunación contra fiebre amarilla para viajeros internacionales.

- 1995 Conformación oficial del Comité de Cooperación Interagencial en Salud (CCIS)
- 1996 Creación del Taller- Laboratorio Nacional de Cadena de Frío y del Centro de Documentación del PAI. Primera campaña de seguimiento del Sarampión con fines de eliminación.
- 1997 Incorporación de la vacuna SRP al esquema nacional de vacunación.
- 1998 Sustitución del TT por el Td para MEF. Aprobación de la Ley de Vacunas por el Soberano Congreso Nacional.
- 1999 Creación del Consejo Consultivo Nacional de Inmunizaciones (CCNI), como un ente de apoyo científico al PAI. Incorporación al esquema nacional de vacunación de las vacunas Hib para población menor de un año y SR para MEF.
- 2000 Incorporación al Esquema Nacional de Vacunación de la vacuna Pentavalente (DPT-HepB-Hib), para población menor de un año. Segunda campaña de seguimiento contra el sarampión, con fines de eliminación.
- 2002 Campaña masiva de vacunación con SR a mujeres de 5 a 49 años de edad y hombres de 5 a 39 años de edad.
- 2003 Primera Campaña de vacunación contra la influenza estacional.

Primera Semana de Vacunación de las Américas.

2004 Tercera campaña de seguimiento de Sarampión.

3.4. Generalidades del Programa Ampliado de Inmunizaciones en Honduras

Los objetivos del PAI se enmarcan en la disminución de la morbilidad y mortalidad por Enfermedades Prevenibles por Vacunación (EPV) en la población menor de cinco años, con énfasis en la población menor de dos años, 11 años de edad, embarazadas, mayores de 60 años y grupos en riesgo a través de la vacunación; para mantener la certificación de la erradicación de la poliomielitis, eliminación del sarampión, rubéola, síndrome de rubéola congénita y el tétanos neonatal; control de formas graves de tuberculosis infantil, tos ferina, difteria, parotiditis, hepatitis B, enfermedades invasivas por Hib, diarrea por rotavirus, enfermedades invasivas provocadas por neumococo (meningitis, neumonía y septicemias entre otras) e Influenza. (Honduras, 2011)

Los objetivos operativos del PAI son promover la oferta y demanda espontánea de los servicios de vacunación en forma consciente en grupos de población objeto como trabajadores de la salud y población beneficiaria en el contexto de la estrategia de municipios y comunidades saludables, a través del proceso de promoción de la salud en PAI. El programa garantiza la aplicación segura de vacunas inyectables a población objeto del PAI, implementando normas de

bioseguridad, para proteger al trabajador de la salud, población y medio ambiente.

También pretende alcanzar y mantener cobertura de vacunación en población menor de dos años, menor de cinco años, población de once años, embarazadas, población de 60 años y grupos en riesgo por tipo de vacunas igual o superior al 95% a nivel local, municipal, departamental y nacional, para ello deberá mantener el funcionamiento del equipo de la red de frío en verde en todos los niveles de la red de servicios de las 20 regiones departamentales para garantizar el almacenamiento y conservación de los vacunas según normas del PAI.

Mantiene vigilancia epidemiológica activa de las EPV en proceso de erradicación, eliminación y control, a través de una respuesta eficiente y oportuna de acuerdo a la enfermedad que se trate, en cumplimiento de los indicadores de vigilancia epidemiológica internacionales y de las normas de vigilancia epidemiológica de PAI.

Entre las metas definidas por el PAI están: la Vacunación homogénea con todas las vacunas del esquema, por lo menos del 95% de la población objetivo en todos los municipios del país; mantener la erradicación de la poliomielitis, eliminación del sarampión, la rubéola y del síndrome de rubéola congénita y

mantener el control- eliminación del tétanos neonatal, control de la tos ferina, difteria, formas graves de tuberculosis infantil, parotiditis, hepatitis B, enfermedades invasivas por la bacteria *Haemophilus influenzae tipo b* (meningitis, neumonía, epiglotitis, celulitis), diarreas por Rotavirus, enfermedades invasivas provocadas por neumococo (meningitis, neumonía, septicemias entre otras) e influenza.

El PAI ha definido seis estrategias de intervención para alcanzar sus objetivos y metas, entre ellas están:

1. Vacunación horizontal sostenida:

a. **Intramuros**, es la vacunación que se realiza dentro del establecimiento de salud, a través de demanda espontánea del servicio de vacunación o la revisión del carnet al solicitar otro servicio médico.

b. **Extramuros**, son los servicios de vacunación que se ofrecen a la población que no demanda el servicio por diferentes causas como: inaccesibilidad geográfica, cultural o económica, para que pueda ser atendida mediante la oferta de un paquete básico de servicios de salud en el lugar de residencia de la población.

2. Operativos especiales de vacunación, que se realizan en localidades de riesgo debido a las bajas coberturas y ocurrencia de casos de EPV, a través de puestos fijos y casa a casa.

3. Vacunación masiva: Se realiza a nivel nacional, por lo menos una vez al año, en un corto período de tiempo con objetivos y metas específicas en el marco de la eliminación y erradicación de enfermedades, y busca aplicar el mayor número de dosis posible de una vacuna, mediante la coordinación y esfuerzos con todos los sectores, lo que permite llevar el servicio a todas las localidades accesibles e inaccesibles del país.
4. Entrega de Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS). Es una estrategia que surge del PAI para garantizar la entrega de un paquete estandarizado de intervenciones de promoción, prevención y atención de servicios de salud, que son costo-efectivas para la población en extrema pobreza, incluyendo a población indígena y afro descendiente.
5. Funcionamiento del sistema de vigilancia epidemiológica de las enfermedades objeto de vacunación en el sector público, seguridad social y sector privado: que permita la detección, notificación, investigación y documentación de todo caso sospechoso de EPV para la ejecución de medidas de control.
6. Promoción de la salud en PAI que incluye acciones de información, educación y comunicación, participación social y articulación interinstitucional e intersectorial, reorientación de los servicios y políticas públicas saludables.

La Secretaría de Salud de Honduras en la formulación del Plan Nacional de Salud 2021 y Plan Nacional de Salud para el período 2010-2014, en el marco

del Plan de Nación 2010-2022 y Visión del País 2010-2038, establecen grandes desafíos en materia de salud como fundamento para la mejora de las condiciones de vida; procediendo al planteamiento del Modelo Nacional de Salud de Honduras y para su operativización, define líneas estratégicas de acción que permitan seguir extendiendo la cobertura y el acceso universal a través de una atención integral y continua, con una orientación a la atención familiar y comunitaria con énfasis en la promoción y prevención. (Honduras, 2012)

En este marco y en función del Modelo Nacional de Salud, la Secretaría de Salud en coordinación con Universidades, Gobiernos Locales y Escuelas formadoras de recursos humanos en salud lanzó el 26 de Septiembre 2013 la “Estrategia de fortalecimiento del componente de atención en el primer nivel de salud, basado en Atención Primaria Renovada, con profesionales de salud en Servicio Social y con participación del Gobierno Local” proceso que ampliará la cobertura y acceso de los servicios de salud a la población basado en atención primaria en salud integral que privilegie la salud familiar con participación interinstitucional y local, y dentro de este proceso el PAI será beneficiado mediante el trabajo con individuo, familia y comunidad. (Honduras, 2012)

3.5. Situación del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en Honduras

El Programa Ampliado de Inmunizaciones desde su inicio hasta la fecha ha logrado avances importantes, manteniéndose como una intervención primaria en el marco de los lineamientos de las políticas de salud. Se ha reducido la morbilidad y mortalidad de las enfermedades inmunoprevenibles, contribuyendo significativamente al descenso de la mortalidad infantil y a la supervivencia de la población infantil, y con ello aportando al cumplimiento del objetivo 4 de las metas del milenio; al proteger los niños y niñas menores de 2 años vacunados contra formas graves de tuberculosis infantil, difteria, tos ferina, tétanos, poliomielitis y sarampión.

Honduras uno de los países más pobres de la región, ha logrado en materia de inmunizaciones avances importantes, situándose como líder en este campo, logrando con una política acertada la inclusión en el presupuesto general de la nación, donde ya no depende de donaciones de gobiernos extranjeros o agencias internacionales, Cabe señalar que el país cubre con fondos nacionales el 100% de las compras de biológicos e insumos necesarios para las actividades de vacunación, lo que garantiza la sostenibilidad del programa en todos sus componentes.

En base a las últimas recomendaciones del Grupo Técnico Asesor (TAG) de enfermedades prevenibles por vacunación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para las Américas, el PAI se orienta a mantener los logros

hasta la fecha, mejorar las limitantes identificadas en todos los componentes del programa, con énfasis en vacunación horizontal sostenida, vacunación masiva, normalización, vigilancia epidemiológica, vacunación segura, dotación de equipo de cadena de frío, plan de información, educación y comunicación.

Avanzar al cumplimiento de las metas de erradicación de la poliomielitis y sarampión, mantener el control, eliminación del tétanos neonatal y mantener el control de la difteria, tétanos, tos ferina, formas graves de la tuberculosis y lograr el control de la rubéola, del síndrome de rubéola congénita, hepatitis B, parotiditis, meningitis y neumonía por Hib.

La cultura de la prevención que se ha instaurado como consecuencia de los buenos resultados obtenidos por el PAI, ha estimulado la introducción de nuevas vacunas, aunque el costo de algunas es uno de los obstáculos principales para su inclusión. (OPS, La Salud en las Americas, 1998)

El PAI cuenta con un Consejo Consultivo Nacional de Inmunizaciones (CCNI) que es un organismo asesor científico donde se discute la modificación o introducción de nuevas vacunas al esquema nacional y se determinan las políticas a seguir en materia de inmunizaciones. Este organismo compuesto por representantes de sociedades médicas, docentes universitarios y otras, constituye un avance importante ya que incorpora los entes ejecutores y de campo a la toma de decisiones.

Desde el punto de vista legal, en Honduras los niños tienen pleno derecho al disfrute del más alto nivel de salud, corresponde a sus padres y / o responsables legales velar por el adecuado crecimiento y desarrollo integral de los niños, así como a parientes por consanguinidad y afinidad y, en su defecto a la comunidad y al Estado. (Honduras, 1990)

Las comunidades en las que están insertas las madres y padres de los niños menores de dos años que tienen determinadas creencias e ideas en relación a las vacunas y que desconocen los principios básicos del proceso de acción comunitaria, de la higiene y la nutrición así como de aquellas enfermedades prevenibles por vacuna deben ser objeto de educación, orientación, servicio y apoyo. (Honduras, Manual de Normas y Procedimientos del PAI, 2000- 2001)

La ley exige a los padres o responsables de niños, presenten a la guardería o a la escuela, la tarjeta de vacunación previa a su ingreso, lo cual no siempre tiene cumplimiento en los centros educativos. Es recomendable que los padres o responsables del niño /niña conozcan e interpreten el carné de vacunación y lo guarden como un documento personal del niño. (Honduras, Manual de Normas y Procedimientos del PAI, 2000- 2001)

Para lograr el cumplimiento de la ley que exige el derecho de los niños a gozar del más alto nivel de bienestar posible, la Secretaría de Salud de Honduras implementa el Programa Ampliado de Inmunizaciones; los avances son

notables lográndose coberturas de vacunación superiores al 90%, erradicándose la circulación del virus salvaje de la poliomielitis y caminando hacia la eliminación del sarampión, controlando el tétanos neonatal y el resto de enfermedades prevenibles por vacunación.

A pesar de estos grandes avances el último estudio de oportunidades perdidas de vacunación realizado en el país demostró que aún hay niños y mujeres en edad fértil que a pesar de estar aptos y teniendo necesidad de estar vacunados no reciben el servicio al acudir a los establecimientos de salud, determinando las oportunidades perdidas de vacunación que en algunos casos representan una falla de los servicios de salud. Es significativo que a la fecha, aun existan localidades, barrios, municipios, donde no se haya logrado el acceso universal a las vacunas en el marco del PAI, desde su lanzamiento hace más de tres decenios, cumpliendo recomendaciones de la OMS.

En el ámbito de las vacunas se han logrado avances científicos y se ha arraigado una cultura de prevención, protegiendo así a los niños contra diversas enfermedades. (Honduras, Manual de Normas y Procedimientos del PAI, 2000- 2001).

La inmunización ha tenido gran avance a través de la nueva era tecnológica y la creación de vacunas que se convierten cada vez más, en la primera línea de

defensa contra diversas enfermedades de muy difícil tratamiento, debido a la creciente resistencia microbiana. (OMS, 1997).

Entre las variables que se operacionalizaron en el estudio están: los comportamientos críticos de las madres y/o responsables del niño, los cuales se definen como aquellas conductas o prácticas negativas de las madres de niños menores de dos años y personal de salud que inciden en la baja oferta y demanda de la vacunación, entre estos se plantearon ignorancia, creencias, falsas contraindicaciones, baja escolaridad, inaccesibilidad geográfica.

Las Oportunidades Pérdidas de Vacunación, son todas aquellas situaciones en las que un niño con su madre o acompañante concurren a un establecimiento de salud, puestos fijos, son visitados por las brigadas de vacunación en su localidad y no se le aplican las vacunas necesarias, a pesar de no tener contraindicaciones. Son todos los niños que están en el rango de edad y no han iniciado esquema de vacunación o, que iniciaron y no lo han completado.

El estado vacunal del niño, menor de dos años está determinado por el número de dosis que corresponden según la edad actual, se clasifican como: Adecuado, cuando las dosis han sido aplicadas, según los intervalos establecidos en el esquema de vacunación y de acuerdo a la edad; y no adecuado cuando la vacunación no se ha realizado en forma regular, según la edad y tipo de Inmunobiológicos establecido. Los Indicadores utilizados para medir esta

variable son la eficacia de cobertura de vacunación por tipo de vacuna, y acceso de la población menor de dos años a los servicios de salud.

El porcentaje de captación oportuna de menores de dos años, el cual considera la fecha de inicio de aplicación de la BCG y las primeras dosis de Sabin y Pentavalente que idealmente debe ser a los dos meses de edad del niño, y las siguientes dos dosis con intervalo de dos meses ambas.

La tasa de deserción (reducción de oportunidades perdidas, para Sabin, Pentavalente, Neumococo y SRP); la cual no debe ser mayor de 5%; sirve para evaluar la eficacia de los diferentes niveles en el aprovechamiento de las oportunidades de vacunación. La fuente de información son los LINVI, encuestas de coberturas, el carné de vacunación, los formularios VAC-1 y VAC-2. Esta tasa deriva del número de niños que recibieron la primera dosis de DPT-Hep B-Hib o Sabin pero que no han recibido la tercera dosis y del número de dosis de DPT- Hep B-Hib aplicadas en comparación con el número de dosis de la vacuna contra el sarampión, rubéola y paperas (SRP) aplicadas a los niños entre 12 y 23 meses de edad. (OPS, La Salud en las Americas, 1998)

Los municipios en riesgo por bajas coberturas de vacunación son aquellos que no alcanzan la meta de vacunación homogénea de 95% de la población menor de cinco años, con énfasis en la menor de dos años, MEF y grupos en riesgo con los inmunobiologicos del PAI.

3.5.1. Situación PAI en Región Sanitaria No. 6

Se han intensificado los esfuerzos para reducir el número de municipios con coberturas de vacunación excesivamente baja. Algunas Áreas de Salud en la Región de Salud 6 han concentrado su atención en zonas de alto riesgo por coberturas inferiores al 95%, realizando planes de intervención mediante mini operativos especiales de vacunación con algún apoyo financiero del PAI y de ese modo las actividades de vacunación se intensifican cada año en los grupos de población prioritarios y, se distribuyen mejor los recursos. La eficacia se mide por la capacidad de los programas de vacunación para disminuir las tasas de deserción y las oportunidades de vacunación desaprovechadas.

No obstante, a pesar de obtener coberturas de vacunación superiores al 90%, todavía hay enclaves donde hay población susceptible con dosis pendientes de vacuna y suponen, en el momento actual, una dificultad para la eliminación de las enfermedades y posibilitan las epidemias. Las coberturas de vacunación en la Región Sanitaria No. 6 en el período 2004 fueron superiores al 85% en Sabin, Pentavalente y SRP, pero estas no son homogéneas en todos los municipios y Unidades de salud; igual en BCG que observa un 91%.

De los 27 municipios que conforman la Región Sanitaria No. 6, el 74% (20) observan coberturas inferiores al 95%. Los municipios de mayor riesgo por coberturas inferiores al 80% son San Francisco, Jutiapa, Esparta, Arizona, Jocon, Balfate, Morazán, y Santa Fe. Los únicos municipios que superan el

95% son: Esquipulas del Norte, Sonaguera, Trujillo, Santa Rosa de Aguan, Roatán, Guanaja y José Santos Guardiola; los 20 restantes observan coberturas que oscilan entre 80 – 92%.

Cobertura: En epidemiología es una medida de la magnitud en la que los servicios ofrecidos cubren las necesidades potenciales de salud en una comunidad. Se expresa con una proporción, en la cual el numerador es el número de los servicios brindados y el denominador el número de casos en los cuales el servicio debería de haberse prestado.

Inmunobiológicos: Producto utilizado para inmunizar. Incluye vacunas, toxoides y preparados que contengan anticuerpos de origen humano o animal, tales como inmunoglobulina (Ig) y antitoxinas.

Inmunización: Acción de conferir inmunidad mediante administración de antígenos (inmunización activa) o la administración de anticuerpos específicos (inmunización pasiva). (Honduras, 2011)

La inmunización es activa cuando se administran antígenos buscando producir inmunidad y es pasiva cuando se administran de manera directa esas defensas (anticuerpos específicos) buscando proteger en forma transitoria contra la enfermedad. ([//:1. htm](#), 2003)

Vacuna: Es una suspensión de microorganismos vivos, muertos o inactivados fracciones de los mismos o partículas proteicas, polisacáridos o ácidos nucleicos de patógenos que al ser administradas se distribuyen en el sistema

inmunológico e inducen una respuesta inmune específica que inactivan, destruyen o suprimen al patógeno previniendo la enfermedad contra la que está dirigida.

El resultado de la vacuna en el organismo es la capacidad de que el agente patógeno se multiplique y produzca inmunidad, sin causar enfermedad.

Las vacunas se clasifican en vivas atenuadas, muertas o inactivas, polisacáridos y recombinantes. (OPS, La Salud en las Americas, 1998)

Vacunación: Es el acto de administrar cualquier vacuna, independientemente de que el receptor quede adecuadamente inmunizado.

3.5.2. Indicaciones y contraindicaciones para la vacunación

Las indicaciones y contraindicaciones de las vacunas están actualmente bien codificadas a partir de datos experimentales precisos y numerosos. Las purificaciones cada vez más adelantadas así como su concentración, han disminuido considerablemente los riesgos vacvíneos. En la mayoría de los casos, se pueden administrar las vacunas, si el niño (a) toma leche materna, tiene una infección de oído, está tomando antibióticos, tiene diarrea leve o es alérgico a la leche. (OMS, 1991)

Los niños pueden ser vacunados aunque estén levemente enfermos y las madres deben solicitar que sean vacunadas durante cualquier consulta médica, aun cuando tengan una enfermedad leve, como fiebre ligera, gripe, diarrea, o si

están tomando antibióticos. La vacuna produce el efecto esperado y la enfermedad del niño no empeorará. Recibir todas las vacunas, cuando corresponde es una manera importante de completar cada serie de vacunas a tiempo y evitar consultas adicionales. (OPS)

La familia es la unidad responsable del cuidado de los niños. Las prácticas de la crianza de los niños se transmiten por generaciones, de madre a niña y de padre a niño. Según los roles que juegan los padres en la familia, estas prácticas deberían garantizar el bienestar básico (Secretaría de Salud, 1995).

3.5.3. Contraindicaciones y precauciones

Algunas veces, hay razones médicas por las que no se debe administrar una vacuna o conviene esperar. Estas razones se conocen con el nombre de "contraindicaciones" y "precauciones (OPS, Public Health).

Son contraindicaciones específicas para la mayoría de las vacunas, las siguientes: Enfermedad aguda moderada o severa con o sin fiebre, historia de reacción alérgica a cualquier componente de la vacuna; historia de una reacción alérgica a una dosis previa de la vacuna. (Honduras, 2011)

3.5.4. Falsas Contraindicaciones para la vacunación

Las falsas contraindicaciones se han descrito como el motivo principal de no aprovechar una oportunidad para vacunar. Por ello, es prioritario que tanto el personal sanitario como los padres las conozcan para reducir al máximo su

impacto, ya que realmente son muy escasas las verdaderas contraindicaciones o precauciones ante las vacunas. (Sansano, 2005).

Una vez en contacto con el sistema sanitario los niños pueden no recibir las vacunas por presentar una falsa contraindicación, es decir existe una situación que es interpretada por la familia como contraindicación de la vacunación cuando en realidad no lo es, y retrasan e incluso impiden la vacunación. (OMS, 1991).

Los proveedores de servicios de salud a menudo olvidan preguntar o revisar la carne de vacuna del niño que acude a un centro de salud por cualquier motivo, si ha recibido todas las vacunas.

Entre las falsas contraindicaciones que ocasionan oportunidades perdidas de vacunación están: la fiebre, la diarrea, los vómitos, los resfríos y la tos. A pesar de que las normas del PAI son claras en cuanto a definición de contraindicaciones, el personal de salud a menudo no vacuna debido a creencias erróneas. Algunas de las razones que se menciona a veces son que la vacuna produce reacciones adversas o las exacerbaría, sería inadecuada o no absorbida por el organismo. Contrariamente a la creencia común, la desnutrición no es contraindicación para la vacuna. (OPS)

3.5.5. Eventos adversos

Los eventos adversos: son sucesos desfavorables, asociados temporalmente a la vacunación, que pueden o no, ser causado por el Inmunobiológico. (Atkinson & Furphy, 2000), los mismos podrían incidir en las oportunidades perdidas de vacunación.

Los tipos de eventos adversos relacionados con el programa, podrían ser: provocar absceso en el lugar de la inyección, error por aplicación de vacunas en capa superficial de la piel, Inmunobiológicos absorbidos o mal preparados; pudiendo deberse también a reacciones por el antígeno inmunizante, o a otros componentes de la vacuna como ser los conservantes o adyuvantes; pudiendo manifestarse con dolor, enrojecimiento o edema localizado en el sitio de la inyección de más de tres días de duración. En ocasiones se presentan eventos coincidentes relacionados con la propensión de los niños menores de dos años de contraer enfermedades. (OMS U. , 1997).

Un estudio sobre percepciones y expectativas sobre la prestación de servicios de inmunización y barreras de los servicios de vacunación realizado en República Dominicana, tuvo como resultados que el problema podría estar relacionado con la política de frascos abiertos y /o la manera como el personal sigue la política.

El suministro y la distribución de vacunas en los centros de salud a veces son deficientes, los horarios, o los días de atención de algunos centros de salud que cuentan con un solo recurso, son limitados e impiden el acceso de los niños a los servicios de vacunación. A veces se mencionan las creencias familiares y religiosas o las experiencias negativas con la vacunación como motivos por los cuales se pierden oportunidades de vacunar. (OPS, O. R.)

Existen algunas creencias y sigue siendo muy común tanto en padres como en personal como en personal sanitario. Las enfermedades febriles leves o catarros de vías altas en niños sanos continúa siendo un obstáculo importante para vacunar por el rechazo de los familiares. En esta situación se valora la relación con los padres y la accesibilidad de la familia al centro de salud, ya que si ambas son consideradas buenas se pospone la vacunación un máximo de una semana, en otro caso se insiste en la necesidad de hacerlo en el mismo acto médico.

A pesar de que las verdaderas contraindicaciones son raras muchas veces se dan "falsas contraindicaciones", lo cual ocurre por desconocimiento del personal de salud, de la madre y/o responsable del niño, o creencias de la población.

Las falsas contraindicaciones más frecuentes para la vacunación son: enfermedades agudas y leves con o sin fiebre, infecciones respiratorias altas, y diarrea; tratamiento con antibióticos o bajas dosis de corticosteroides (<14 días)

o tratamiento local (tópico e inhalatorio) de esteroides; exposición reciente a una enfermedad o en fase de convalecencia, niños que están recibiendo lactancia materna; niños de madres que están embarazadas y/o personas que conviven con ellos que están embarazadas.

Entre otras contraindicaciones niños con antecedentes de alergia no específicas, alergias a antibióticos no incluidos en las vacunas, alergias no severas al huevo o alergia no anafiláctica a los componentes de la vacuna. Historia de los familiares del niño de presentar eventos adversos no relacionados a inmunosupresión, después de la vacunación, ejemplo: alergia a la penicilina, asma y convulsiones.

Se mencionan antecedentes personales y familiares de convulsiones (para DPT y SRP), historia familiar del síndrome de muerte infantil súbita (para la vacuna DPT), desnutrición, enfermedades crónicas, infecciones localizadas de la piel, historia de ictericia al nacimiento, enfermedades neurológicas no evolutivas (Parálisis cerebral, Síndrome de Down), necesidad de una prueba de PPD y vacunaciones múltiples. (Honduras, 2011)

3.5.6. Oportunidades Perdidas de Vacunación (OPV)

Son múltiples las causas de una cobertura insuficiente, pero un factor importante, que además es modificable fácilmente, es la falta de

aprovechamiento de las oportunidades de vacunación en los niños. Se considera una oportunidad de vacunación no aprovechada, una visita a una Unidad de Salud que haga un niño con alguna dosis de vacuna pendiente; que no presente contraindicaciones para la vacunación, y que sale del establecimiento de salud siempre con esa dosis pendiente. (Aristegui, 2000)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) ocurre pérdida de oportunidades de vacunación cuando un niño o mujer elegible para vacuna acuden a un centro de salud u otro sitio y no recibe alguna o todas las dosis de vacuna para las cuales él o ella son elegibles. Se pierden oportunidades de vacunar cuando: en el centro de salud no se ofertan los servicios de vacunación; el trabajador de salud usa en forma inapropiada las contraindicaciones y precauciones de vacunación; no aplica todas las vacunas para las cuales el niño y las mujeres son elegibles en el momento de la visita y rutinariamente no revisa las tarjetas de vacunación para determinar el estado vacunal de las mujeres y los niños y no ofrece las vacunas recomendadas. (OMS, 1991)

Desperdiciar estas oportunidades ocurre en todos los niveles asistenciales, tanto centros de vacunaciones como centros de atención primaria y hospitales, y las causas son diversos. Hay que insistir, en la situación vacunal del niño siempre que estos acuden a una consulta médica, no únicamente en las revisiones del programa de salud materno infantil, donde un objetivo principal es

la vacunación, tanto en el centro de salud como en urgencias hospitalarias, ya que hay familias que el único contacto que tienen con el sistema sanitario es a través de las urgencias del hospital.

Según la Guía Práctica para la erradicación de la Poliomielitis de OPS una oportunidad perdida de vacunación es cuando un sujeto que puede ser vacunado, y que no presenta ninguna contraindicación, acude a un centro asistencial y no recibe las vacunas necesarias. Eso ocurre en dos contextos principales: en las consultas para vacunación y otros servicios preventivos, y en las consultas para servicios curativos. En ambos casos, si se aprovecharan todas esas oportunidades se podría aumentar la cobertura de la población.

Los estudios de las “oportunidades perdidas” revelan la necesidad de asegurar que el personal de salud esté plenamente consciente de las pocas contraindicaciones que hay para la administración de vacunas y de que no imponga barreras injustificadas a la vacunación. Se deben tomar las medidas necesarias para garantizar que la vacuna se ofrezca a todas las mujeres y los niños en cada contacto con el sistema de salud.

También se desaprovechan oportunidades de vacunación cuando no se administran simultáneamente varias vacunas, además esto lleva a retrasar dosis y por consiguiente a encontrar niños con vacunaciones incompletas por modificación del calendario oficial. En la práctica no existen contraindicaciones

para la administración simultánea de varias vacunas, excepto el cólera y la fiebre amarilla. En las vacunas de nueva aparición puede no aconsejarse su administración simultánea con otras de reciente aparición ante la escasez o ausencia de estudios, pero generalmente con el tiempo se demuestra su compatibilidad.

Nizar Ajjan en su publicación *Las Vacunaciones*, señala que las creencias y las costumbres culturales pueden no contribuir al programa de vacunación. El ámbito cultural de creencias de la población, es una continuidad y una acumulación, una tradición que pasa de una generación a otra, transmitiéndose de uno a otro lado, definiendo los comportamientos de la gente. La gente explica, clasifica y da tratamiento a las enfermedades de acuerdo a experiencias pasadas, culturales y tradicionales; las emociones, actitudes y creencias enraizadas en la familia explican la relación de nuestra cultura y constituyen un verdadero cemento social, de ellas depende la vida y la muerte de la civilización actual.

Según Mario Bronfman (Bronfman, 2000) la materialidad del riesgo a una condición social, la certidumbre de vivir (o su ausencia) también se refiere a los valores y creencias heterogéneas, cambiantes en el tiempo, de los grupos sociales, principalmente de la familia. La cotidianeidad del riesgo se refiere a la serie de conductas, actividades, creencias y valores que impiden a las familias, frecuentemente a los responsables, tomar decisiones adecuadas frente al

peligro de la enfermedad y otros peligros de la vida diaria. Estos conocimientos adquiridos del entorno a través de la relaciones con otras personas se transmiten de generación en generación, de allí que por ejemplo las creencias con respecto a las vacunas permean el éxito o fracaso de ciertas conductas para prevenir las enfermedades evitables por vacunación.

Cabe señalar que lo antes mencionado son hechos sociales; fáciles de percibir, son modos de actuar, de pensar, y de sentir exteriores al individuo; como ocurre en los dominios de la moral, las creencias, los usos y aun las modas. Sin duda todo hecho social es objeto de imitación, lo cual tiende a generalizarse ya que el hecho social se impone y está presente en la colectividad. (Durkheim, 1970)

Según la publicación del boletín "La salud en las Américas" en los países se destacó la disminución de las oportunidades perdidas de vacunar, para lo cual se preconizó fortalecer los servicios de vacunación ordinaria. Varios países han efectuado estudios y realizan investigaciones de seguimiento de las oportunidades perdidas. Un estudio de 1987 y un seguimiento de 1995 efectuado en Nicaragua revelaron una disminución de 66% a 21% de las oportunidades perdidas de vacunar a los niños menores de dos años.

De manera análoga, en el Perú, un estudio de 1990 y un seguimiento de 1996 revelaron una reducción de 52% a 13%. Estos informes revelan que una causa común de OPV es que el personal de salud no pregunta acerca del estado de

vacunación cuando el niño visita un establecimiento sanitario por razones diferentes de la vacunación. Esto pone de relieve la necesidad de abordar las actitudes de los trabajadores de salud. (Ajjan, 1991)

A raíz del estudio de oportunidades perdidas de vacunación en Honduras, 1997 el cual reveló una mejoría en relación al estudio de 1988 en algunos aspectos, se realizaron capacitaciones a nivel institucional y comunitario, sin embargo persisten comportamientos críticos que fueron retomados en el plan IEC del PAI - Abril 2000, en el que la vacunación se convierte en un eje integrador de los problemas de salud; teniendo como propósito contribuir a la disminución de las oportunidades perdidas de vacunación. (Salud, 2001)

De acuerdo a lo anterior se logro en algunos municipios coberturas anuales homogéneas superiores al 95% con aprovechamiento adecuado y oportuno de los servicios de salud, por la población en forma consciente y espontánea, y la sensibilización del personal de salud para brindar un mejor servicio, promoviendo la participación de los gobiernos locales, autoridades y población en general para el desarrollo sostenido del plan (Salud, 1995). A pesar de todos los esfuerzos realizados la situación en la región de Salud N° 6, continúa observando un alto porcentaje de municipios con coberturas inferiores al 95%.

La toma de acciones e intervenciones para reducir las oportunidades perdidas puede ser iniciado en forma inmediata sin mucho esfuerzo, debiendo eliminarse

todo obstáculo que origina las causas identificadas, principalmente a través de la concientización de todo el personal de salud, recordándoles que en la vida sin salud, poco podemos y con salud todo es posible, y juntos lograremos eliminar las oportunidades perdidas en beneficio de nuestros niños y niñas esperanza y futuro de este gran país que es Honduras. (OMS U. , 1997)

4. HIPÓTESIS

La hipótesis de trabajo planteada fue:

A mayor número de comportamientos críticos de las madres y/o responsables de niños, mayor número de oportunidades perdidas de vacunación del menor de dos años en los municipios de riesgo reincidentes de la Región de Salud # 6.

5. METODOLOGÍA

El estudio es del tipo descriptivo, transversal, cuantitativo, tuvo como propósito describir la relación que existe entre los comportamientos críticos de la madre y/o de los responsables del menor de dos años, con las oportunidades perdidas de vacunación en municipios en riesgo por coberturas inferiores al 95%, reincidente en los últimos tres años.

Se realizó en la anteriormente constituida como Región Sanitaria No. 6 que comprendía los departamentos de Atlántida, Colón, Islas de la Bahía y tres municipios de Yoro; en cuatro de las seis Áreas de Salud (I, II, III, IV); comprendió nueve municipios, 19 Unidades de Salud y localidades, en el ámbito comunitario y en las sedes de US seleccionadas, a través de un instrumento dirigido a las madres, y / o responsables de la población menor de dos años, de los estratos urbano y rural; previa realización de encuestas de cobertura; en el cual se identificó a los niños con alguna dosis de vacuna pendiente.

Para la selección de las Unidades de Salud Local se utilizó el método probabilístico aleatorio simple, que comprendió el 30% de las US, ubicadas en nueve municipios de los 17 que estaban en riesgo de un total de 23, según evaluación del PAI de la Región Sanitaria No. 6 en el período 2001 – primer semestre 2003; la cual observó un 73% en el ámbito regional.

Municipios seleccionados: La Ceiba, Balfate, Jutiapa, Tela, Arizona, Esparta, Olanchito, Tocoa, Sava. Las Unidades de Salud que entraron en el estudio fueron: Yaruca y Sambo Creek (Municipio de la Ceiba), Balfate, Rio Esteban y Las Vallas (Municipio de Balfate), Descombros y Los Olanchitos (Municipio de Jutiapa), Kilometro 17 y Jilamo Nuevo (Arizona), Triunfo de la Cruz, Puerto Arturo (Municipio de Tela) Esparta (Municipio Esparta), Trojas aldea y San José (Municipio de Olanchito), Hospital Tocoa y Lérica (Municipio de Tocoa), Sava (Municipio de Sava). Las localidades investigadas fue un total de 46.

La población seleccionada fué el universo de los menores de dos años (1,034 niños) que se captaron en la encuesta de cobertura de vacunación realizada en las localidades identificadas con prioridad 1 por coberturas inferiores al 95%. La selección fue por el método no probabilístico de tipo intencional o crítico y la constituyen todos los menores de dos años que al momento de realizar encuesta de cobertura tuvieran alguna dosis pendiente de vacuna.

La unidad de observación fueron las madres de niños menores de dos años de comunidad o aldeas y barrios y municipios de las US seleccionadas, que al realizar las encuestas de cobertura se verifico que el niño no había iniciado o completado su esquema de vacunación según la edad.

Las unidades de análisis fueron los comportamientos críticos de las madres y o responsables del menor de dos años, las oportunidades perdidas de vacunación y el estado vacunal del niño.

La recolección de la información se realizó mediante la aplicación de dos instrumentos; los cuales fueron: encuesta rápida de coberturas de vacunación del niño menor de dos años para determinar el estado vacunal del niño; y un instrumento dirigido a madres y / o responsables de niños. Estos dos instrumentos fueron validados en la Consulta Externa del Hospital Regional Atlántida con las Supervisoras de Enfermería del servicio.

La investigación se realizó en los meses de Noviembre 2003 y Abril 2004. La Región Sanitaria Nº 6 apoyó con logística y el Programa Ampliado de Inmunizaciones con financiamiento de capacitación y gastos de viaje del personal nivel área y Región que aplicaron los instrumentos en localidades y barrios seleccionados. Se conformó un equipo de trabajo, integrado por enfermeras Supervisoras de Municipio (6) y un técnico de computación.

En cada Área de Salud se conformó un equipo de trabajo integrado por: Epidemióloga, Supervisora de Área, Enfermeras de hospital y Enfermeras de Municipio; los cuales fueron capacitados con práctica de campo para las entrevistas, y recolección de información. Realizaron el levantamiento de encuestas de monitoreo rápido cobertura y aplicación de instrumento a la madre o encargado del menor de dos años. El equipo técnico regional seleccionado realizó encuestas y supervisó el trabajo de equipos de área, aplicando el instrumento a madres, o encargados de niños menores de dos años que tenían

dosis de vacuna pendiente a la fecha, durante el levantamiento de encuestas de cobertura en las localidades y barrios.

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizó el programa de análisis estadístico de EPI-INFO, versión 3.0 noviembre 2003; se realizó limpieza de las bases de datos. La organización de datos se realizó con la ayuda de la hoja de Microsoft Excel. Los datos se analizaron calculando la proporción de datos y cruces de variables, el cual consistió en construcción de frecuencias simples de las variables y análisis uní variado y bivariado. Cuando fue pertinente se aplicaron pruebas estadísticas como Chi cuadrado, para comparación de proporciones y medias a fin de establecer significancia estadística. La fuente de información son los LINVI, encuestas de coberturas, el carné de vacunación, los formularios VAC-1 y VAC-2.

Se encontraron algunas dificultades durante el estudio, entre ellas: durante el monitoreo rápido de coberturas se encontraron 99 niños con alguna dosis pendiente de vacuna, de los cuales solamente se logró entrevistar al 61%, (60) madres y/o responsable del menor de dos años, los restantes 39 datos no fueron incluidos porque uno de los municipios no entregó oportunamente los instrumentos de encuesta a las madres de niños con dosis de vacuna pendiente y otros porque las madres no quisieron brindar el tiempo para la entrevista.

5.1. Criterios de inclusión y exclusión:

5.1.1. Inclusión:

Todos los menores de dos años con carné de vacunación, con esquema nacional de vacunación incompleto o con retraso en la aplicación de dosis previas de alguna vacuna, encontrado durante el monitoreo rápido de coberturas de vacunación, en las localidades de la Región Sanitaria No. 6: muestreadas durante el periodo de Septiembre a Octubre 2004.

5.1.2. Exclusión:

Se excluyen aquellos niños, niñas menores de dos años que durante el monitoreo rápido de coberturas tenían completo el esquema nacional de vacunación a las edades recomendadas por el PAI.

Todo menor de dos años cuya madre no tenía disponible el carné de vacunación.

6. RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos luego de la aplicación del instrumento y tabulación de los datos que se hallaron en el transcurso de la investigación, los mismos se presentan en forma de gráficos y tablas de frecuencia absoluta y frecuencia relativa.

6.1. Estado de Vacunación del menor de dos años

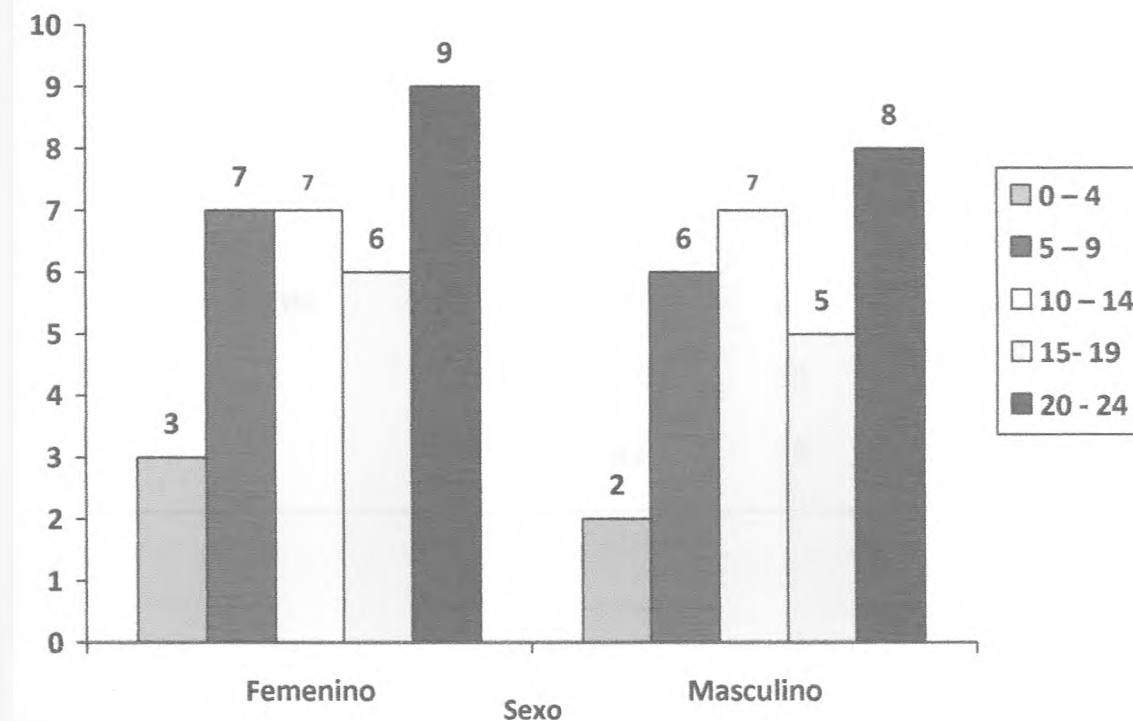
El tipo de establecimiento con mayor número de niños pendientes de dosis de vacuna por diferentes razones de Oportunidades Pérdidas de Vacunación (OPV) es el nivel CESAMO, representa el 68% de los niños con dosis pendientes, luego el nivel Cesar 18 (30%), en tercer lugar están los hospitales.

**Tabla No. 1 Distribución de menores de dos años con dosis pendiente de vacuna según tipo de establecimiento de salud
Región de Salud N° 6, Septiembre – Octubre 2004**

Tipo de establecimiento	Frecuencia	Porcentaje
CESAR	18	30
CESAMO	41	68
Hospital	1	2
Total	60	100

Se observó que el sexo femenino tiene el mayor número de niños con dosis pendientes en todos los grupos etarios, con promedio aproximado de 53%. La relación del sexo femenino respecto al masculino es de 1.1

Grafico # 1 Distribución por Edad y Sexo de menores de dos años por numero de dosis pendiente
 Región de Salud No. 6, Sept - Oct. 2004



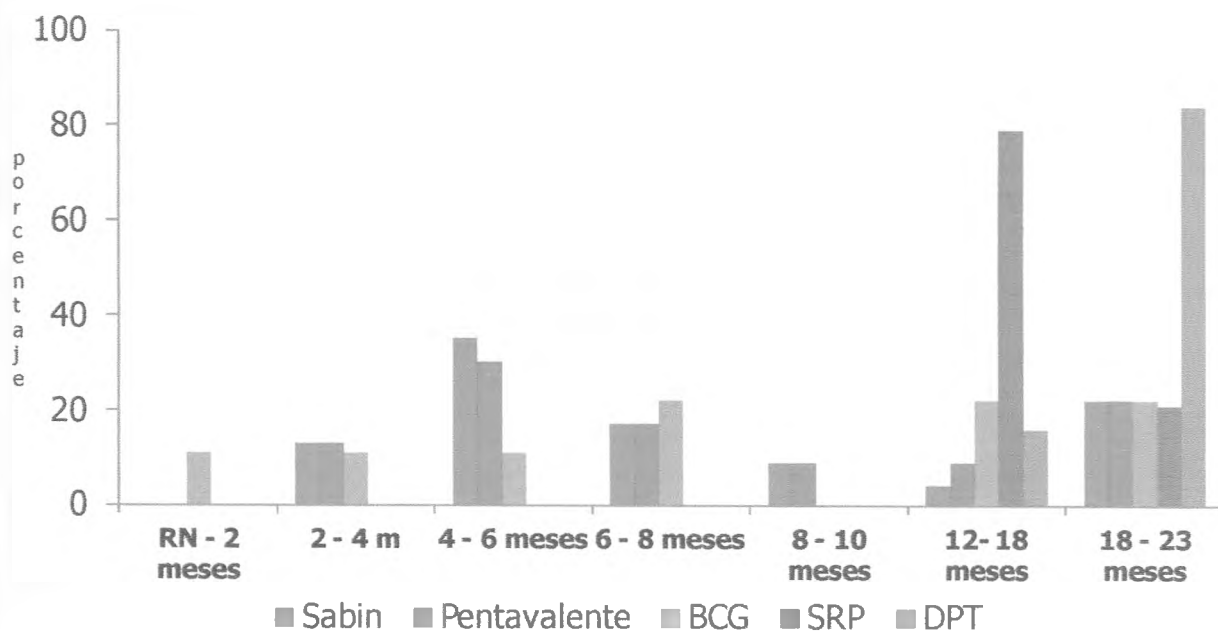
De los 60 niños el mayor porcentaje de dosis pendiente de vacuna fue la DPT con 42% (25), el 40% tenía pendiente alguna de las tres dosis de Polio y Pentavalente, el 37% dosis única de SRP.

**Tabla No. 2 Dosis pendiente de vacuna según el carne de vacunación del menor de dos años.
Región de Salud No. 6 Septiembre – Octubre 2004**

Vacunas	Dosis de Vacunas Perdidas			
	SI.	%	NO	%
BCG	7	12	53	88
Polio	24	40	36	60
Pentavalente	24	40	36	60
SRP	22	37	38	63
DPT	25	42	35	58

El mayor número de niños pendientes de vacuna según edad y tipo de Inmunobiológico es en el grupo de 4 - 6 meses en los Inmunobiológico de Sabin y Pentavalente, 35% respectivamente, lo ideal es que el niño sea vacunado con la serie de tres dosis siendo menor de un año, sigue el grupo de 18– 23 meses con 22%, en Sabin, Pentavalente y SRP edad en la cual el niño debe completar su esquema de vacunación.

Grafico No. 2 Relación de la edad del niño con dosis pendiente de vacuna según tipo de Inmunobiológico Región de Salud No. 6, Año 2004



Fuente: Instrumento dirigido a las madres y/o responsables del niño con dosis pendiente de vacuna, Región de Salud N° 6, Año

6.2. Comportamientos críticos de la madre

Del total de niños encuestados la madre resulta ser la persona responsable del niño que tiene dosis pendientes de vacuna alcanza un porcentaje de 88% como responsable de la vacunación del menor de dos años, seguido de un 10% que son cuidados por otro tipo de familiar, quienes en un 50% son abuelas y un 33% tías.

**Tabla No.3 Parentesco del niño y la persona que lo cuida
Región de Salud No. 6, Septiembre – Octubre 2004**

Parentesco	Frecuencia	Porcentaje
Madre	53	88
Otro familiar	6	10
Otro no familiar	1	2
Total	60	100

El 88% es la madre que cuida del niño, un 10% otro familiar y un 2% otro no familiar.

**Tabla No.4 Otros familiares que cuidan al niño
Región de No. 6, Septiembre – Octubre 2004**

Otro familiar	Frecuencia	Porcentaje
Abuela	3	50
Prima	1	17
Tía	2	33
Total	6	100

Dentro de la variable otro familiar que cuida del niño, la abuela corresponde al 50%, prima un 17% y Tía un 33%.

La razón porque al niño no lo cuida la madre, un 50% ella trabaja, 25% no vive con el niño y la madre está enferma o de viaje observa un 12.5% cada una.

**Tabla No. 5 Motivos porque al niño con dosis de vacuna pendiente no lo cuida la madre
Región de Salud N° 6, Septiembre – Octubre 2004**

Motivos	Frecuencia	Porcentaje
Está trabajando	4	50
Está de viaje	1	12.5
No vive con el niño	2	25
La madre murió	0	0
Madre está enferma	1	12.5
Total	8	100

En cuanto a la procedencia el 70% de los niños con oportunidades perdidas de vacunación proceden del área rural y el restante 30% de las áreas urbanas.

**Tabla No. 6 Ubicación geográfica de la madre o responsable del niño menor de dos años pendientes de dosis de vacuna.
Región de Salud No. 6, Septiembre – Octubre 2004**

Ubicación Geográfica	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	18	30
Rural	42	70
Total	60	100

Se observó que 89% de las madres se ocupan trabajando en oficios domésticos, 5% son comerciantes y obreras y lo se dedican a otras actividades 3% cada una

Tabla No. 7 Ocupación de las madres y/ o responsables de Niños pendiente de dosis de vacuna, Región de Salud No. 6, Septiembre – Octubre 2004

Ocupación Laboral	Frecuencia	Porcentaje
Oficios Domésticos	53	89
Obrera	2	3
Comerciante	3	5
Otras	2	3
Total	60	100

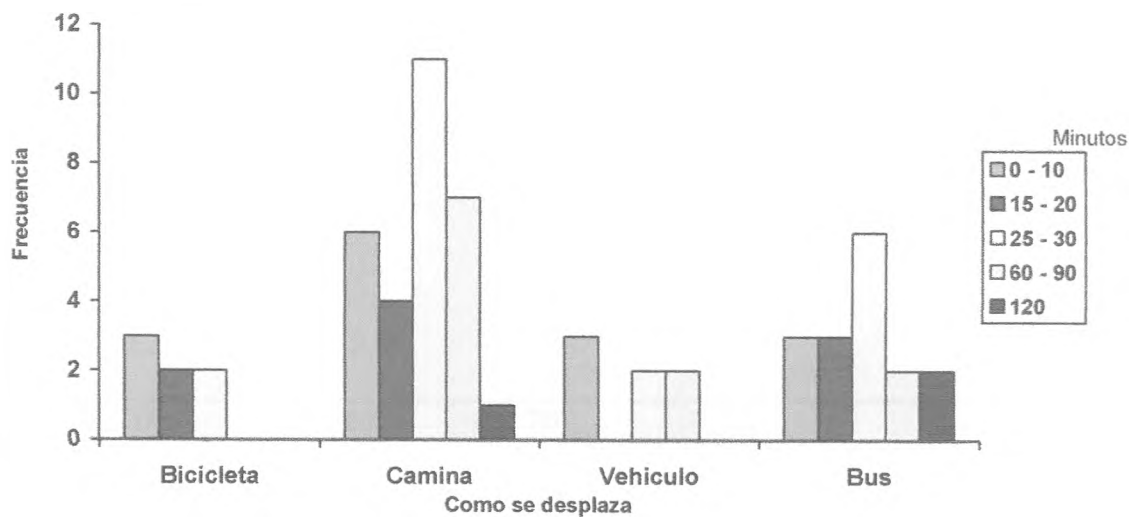
Se observó que un 78% de las madres saben leer y escribir.

Tabla No. 8 Nivel Educativo de la madre o responsable del niño menor de dos años pendientes de dosis de vacuna. Región de Salud No. 6, Septiembre – Octubre 2004

Sabe usted Leer y escribir	Porcentaje
Si	78
No	22
Total	100

Una tercera parte de las entrevistadas (21) tardan de 25 a 30 minutos para llegar al centro de salud y de estas más de la mitad se desplaza caminando; un 25% (15) tarda hasta 10 minutos; un 19% tarda entre 60 – 90 minutos y la mayoría caminando, y del resto la minoría lo hace en carro o bus. Los que tardan hasta 120 minutos en llegar a la US son la minoría (5%) y de estos la mayoría tiene que pagar transporte de bus.

Gráfico # 3. Tiempo en minutos que tarda la madre en llegar de su casa y como se desplaza al Centro de Salud. Región de Salud No. 6, Sept - Oct 2004



Las madres que proceden del área rural son las que tardan más tiempo en desplazarse al establecimiento de salud; el 28% camina de 25 – 30 minutos, 15% tardan de 60- 90 minutos. La zona urbana el 13% tarda hasta 10 minutos.

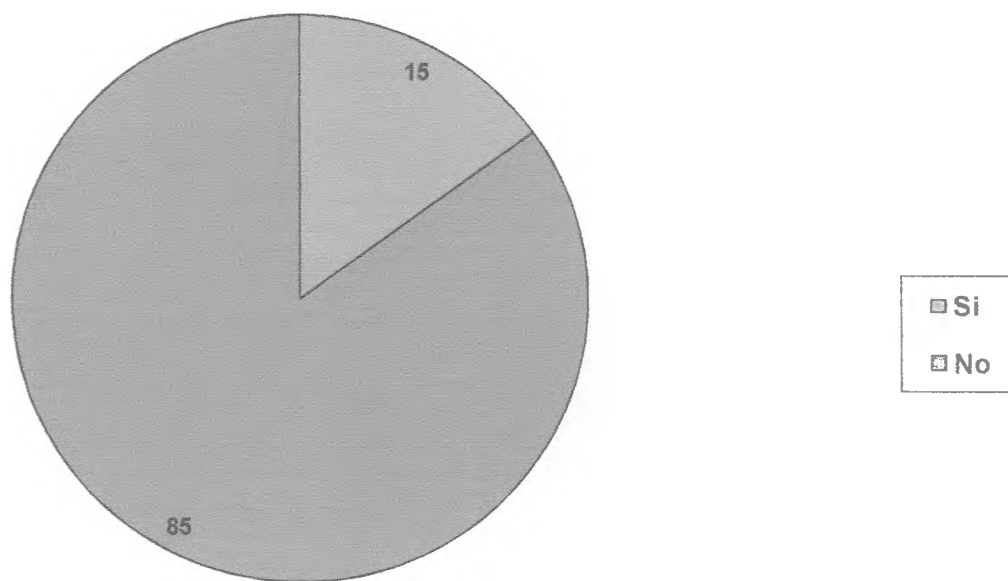
Tabla No. 9. Ubicación del establecimiento de salud y tiempo de desplazamiento de usuarios. Región de Salud No. 6 Septiembre – Octubre 2004

Minutos	Procedencia			
	Rural	%	Urbano	%
0 – 10	8	13	8	13
15 – 20	6	10	3	5
25 – 30	17	28	4	7
60 -90	9	15	3	5
120	2	3		
Total	42	70	18	30

Fuente: Instrumento dirigido a las madres y/o responsables del niño / niña con dosis pendiente de vacuna, Región de Salud N° 6, Año 2004

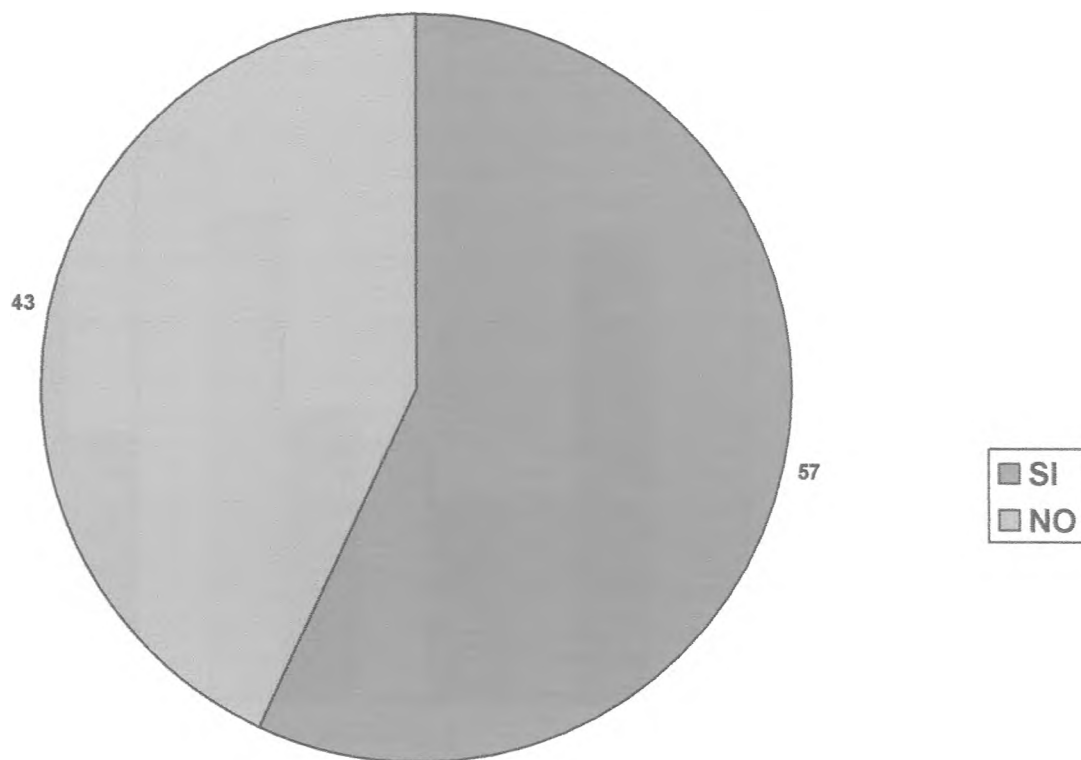
Se investigó cuántos de los 60 niños encuestados estaban en control de Crecimiento y Desarrollo, resultando que únicamente 9 (15%) estaban recibiendo este servicio y el resto no habían sido llevados por su madre y/o responsable.

Gráfico # 4 Recibio consulta de crecimiento y desarrollo el niño con dosis de vacuna pendiente. Región de Salud No. 6 Septiembre – Octubre 2004



Se interrogó a las madres de los niños con OPV sobre antecedentes de enfermedad en los últimos meses que pudieran ser la causa de no vacunación, concluyendo que el 57% (34) si enfermó

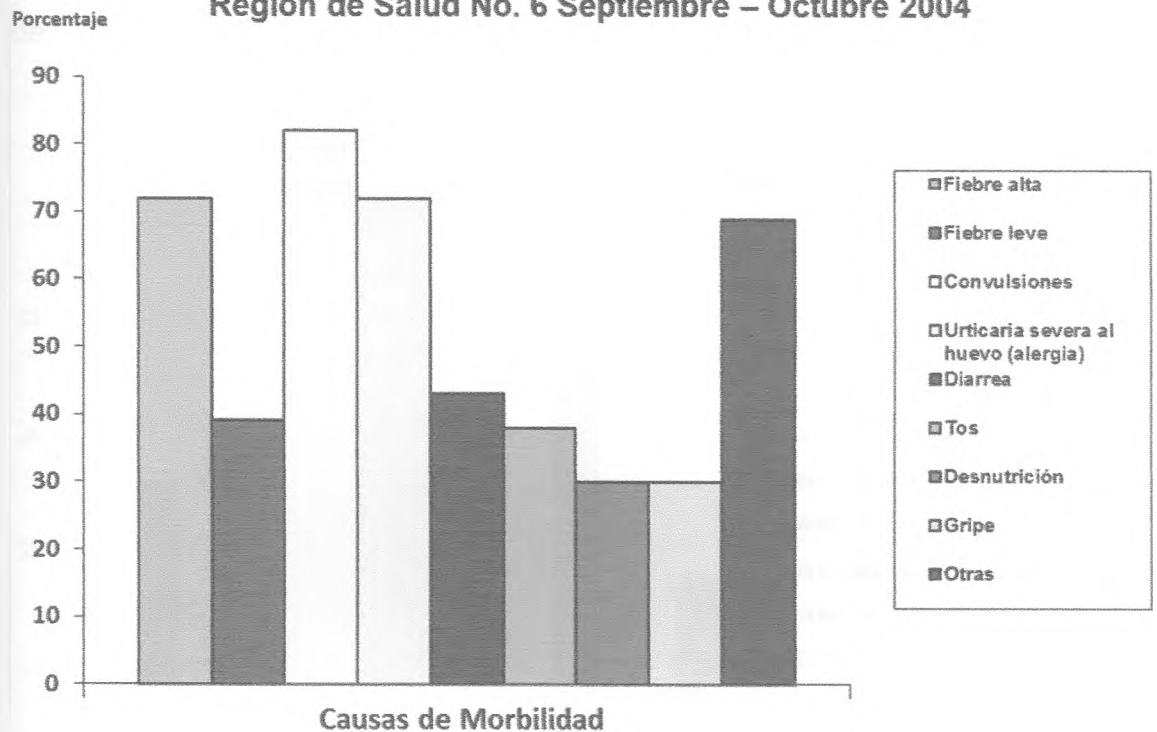
**Gráfico No. 5 Enfermedad del niño (a) con dosis de vacuna pendiente en los últimos meses
Región de Salud No. 6, Sept - Oct 2004**



Fuente: Instrumento dirigido a las madres y/o responsables del niño / niña con dosis pendiente de vacuna. Región de Salud Nº 6. Año 2004

Entre las causas de morbilidad para no vacunar al niño, promedio de 75% de las entrevistadas manifestaron fiebre alta, convulsiones y urticaria severa al huevo; entre otras enfermedades por las cuales creen no deben vacunar al niño mencionaron en promedio de 38% tos, diarreas, gripe y fiebre. Aproximadamente un (4%) no supo que responder.

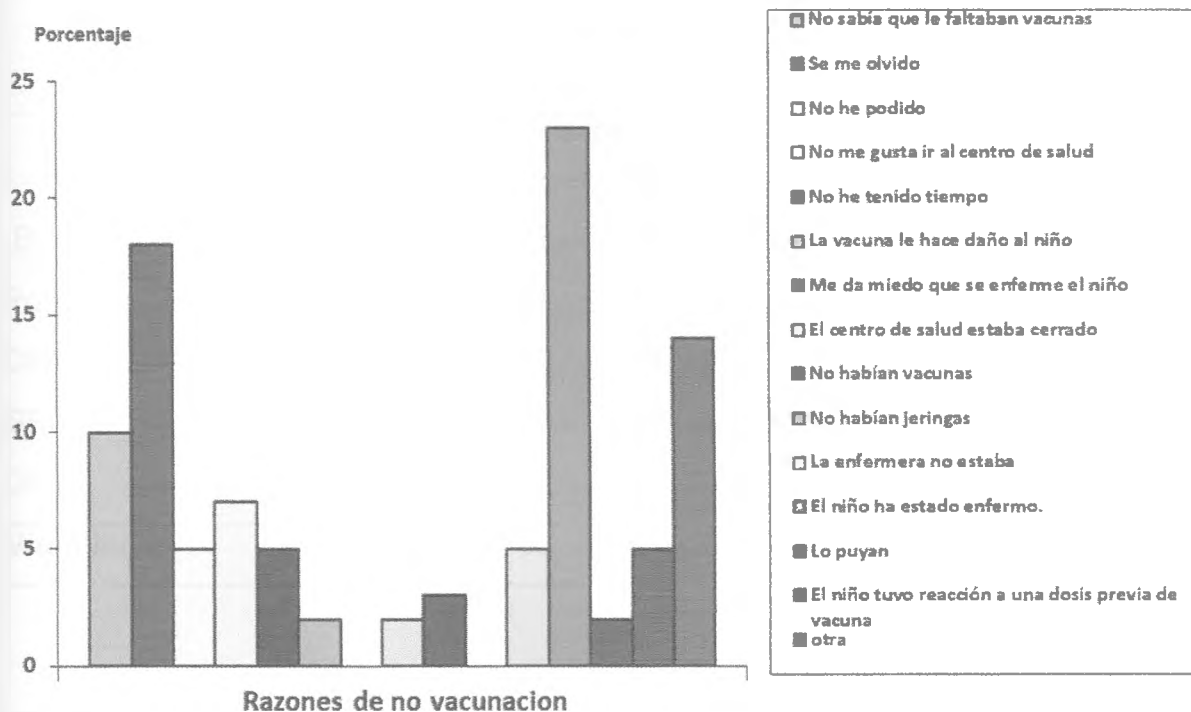
**Gráfico No. 6. Causas de morbilidad para No Vacunación al menor de dos años con dosis de vacuna pendiente.
Región de Salud No. 6 Septiembre – Octubre 2004**



Las razones por la que el niño no había sido vacunado, en mayor porcentaje fue “el niño ha estado enfermo” (23%), “se me olvidó” (18%) y “no sabía que le faltaban vacunas” (10%).

Entre otras razones por las que no había sido vacunado el niño mencionaron: el niño estaba con calentura, la cita estaba mala, la madre no le da importancia (en este caso era una persona cuidadora del niño), la partera no la refirió para la BCG, no consiguió medio de transporte, no había consulta, no se abrió frasco de vacuna ese día.

Gráfico No. 7 Razones brindadas por la madre, por las cuales el niño (a) no ha recibido las dosis de vacuna pendientes. Región de Salud No. 6, Septiembre – Octubre 2,004



De las 60 madres entrevistadas un promedio de 26, interpretaron muy bien en un carné limpio, el esquema nacional de vacunación y mencionaron las vacunas: BCG, Polio, DPT, HB, Hib, SRP, el resto no fueron mencionadas, aun teniendo el carné en la mano. Al interpretar el número de veces que se debe aplicar cada vacuna al niño, solamente un 44% de las madres respondieron correctamente, y en cuanto a la edad de aplicación de cada vacuna el 21% sabe cuántas dosis de vacuna tiene normado el esquema; referente al sitio de aplicación 21% respondió correctamente en que parte del cuerpo se aplica la vacuna.

**Tabla No.10 Interpretación del carné de vacunación por las madres de niños niñas con dosis pendiente de vacuna según ítems del carné.
Región de Salud No. 6 Septiembre – Octubre 2004**

Vacuna	Vacunas que se le aplican al niño		Cuantas veces se debe aplicar al niño la vacuna		A qué edad se aplica la primer dosis		Lugar donde se aplica	
	Sabe		Sabe		Sabe		Sabe	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
BGC	53	47	23	77	22	78	25	75
Polio	55	45	27	73	25	75	18	82
DPT, HepB, Hib	47	53	22	78	25	75	28	72
SRP	53	47	20	80	28	72	18	82
DPT	12	88	12	88	15	85	17	83
Vitamina "A"	33	67	35	65	7	55	NA	NA

Un 60% de las madres lee en el carné el nombre de las vacunas, el porcentaje más alto fue en la BCG y la Polio (74%), Pentavalente y SRP con un 65%. Un 27% identifica cuantas veces han vacunado al niño con cada una de las vacunas, el porcentaje más alto fué BCG (52%), y el más bajo DPT (4%). El 14% si sabe cuántas dosis de cada vacuna le hacen falta a su niño, el porcentaje más alto según vacuna es la SRP (20%) y el más bajo es DPT (9%). 17% identificaron cuando es la cita para la próxima vacuna, el porcentaje más alto es la Polio (25%) y el más bajo DPT y BCG ambos 13%.

Tabla No. 11 Lectura del carné de vacunación, por la Madre del menor de dos años, con dosis pendiente de vacuna. Región de Salud No. 6 Septiembre – Octubre 2004

¿Me puede decir cuáles son las vacunas que aparecen en este carné? No leerle	¿Sabe cuáles vacunas que aparecen en este carné?		¿Sabe cuántas veces le han puesto la...?		¿Sabe cuántas vacunas le faltan de...?		¿Sabe cuándo es la cita para la próxima vacuna?			
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	No Sabe	
Vacuna										
BCG	74	26	52	48	15	85	13	85	2	
Polio	74	26	35	65	19	81	25	73	2	
Pentavalente.	65	35	35	65	17	83	20	78	2	
SRP	65	35	28	72	20	80	15	83	2	
DPT	54	46	9	91	9	91	13	87		
Otra	31	69	4	96	7	93	15	77	8	
Promedio	60.5	39.5	27	73	14	86	17	80	3	

Es más alto el conocimiento sobre las tres dosis de Sabin con un 32%, seguido de 23% de la Pentavalente, 27% de la BCG y en más bajo porcentaje la dosis única de SRP que observó un 18%.

**Tabla No. 12 Conocimiento de las madres sobre número de dosis de vacuna que necesita el niño para estar protegido contra la enfermedad.
Región de Salud No. 6, Septiembre - octubre 2004**

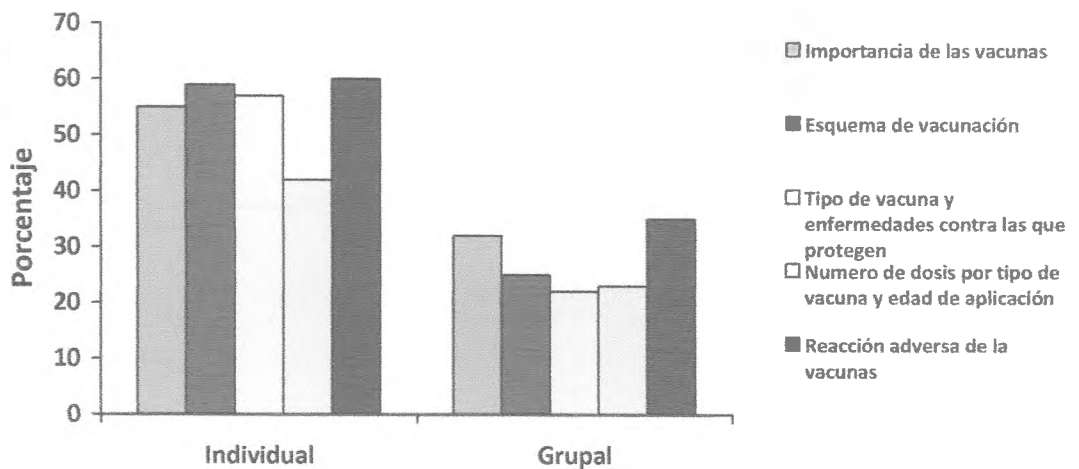
Vacuna	No	%
Sabin	19	32
Pentavalente	14	23
SRP	11	18
BCG	16	27
Total	60	100

6.3. Datos sobre Información, Educación y Comunicación en PAI

Según las madres entrevistadas el proceso de Información, Educación y Comunicación IEC en un 55% lo recibieron de forma individual (cara a cara) y un 27% dijo que lo recibió en forma grupal (charlas en salas de espera), y el resto no recibió información.

Los temas más frecuente fueron las reacciones adversas, el esquema de vacunación e importancia de las vacunas

**Grafico No. 8 Temas educativos e Información brindada a las madres durante el proceso de vacunación.
Región de Salud No. 6 Septiembre – Octubre 2004**



Entre las acciones educativas que identifican las madres, que realiza el personal de salud en la comunidad, sobre las vacunas están en orden descendente: desfiles 33%, ferias educativas 30%, ninguna actividad educativa 20%, 10% mencionó otras y un 7% mencionaron los concursos.

Tabla No. 13. Actividades Educativas sobre las vacunas, que realiza el personal de salud en la Comunidad, según las madres

Región de Salud No. 6, Septiembre – Octubre 2004

Actividades en la comunidad	Frecuencia	Porcentaje
Ferias educativas	18	30
Concursos	4	7
Desfiles	20	33
Otros	6	10
Ninguno	12	20
Total	60	100

Según referencia de las 60 madres entrevistadas, el material educativo más observado en los establecimientos y comunidades son los murales 88%, los afiches 78%, y los menos observados son boletines y pancartas con 37% y 23% ambos. Cada una de las madres mencionó en promedio 2.4 materiales educativos observados

Tabla No. 14. Tipo de material educativo observado por las madres, en los centros de salud y comunidad.

Región de Salud No. 6, Septiembre – Octubre 2004

Material educativo	Frecuencia	Porcentaje
Afiches	47	78
Murales	53	88
Boletines	22	37
Pancartas	14	23
Otros	5	9
Ninguno	4	7
Total	145	

Del total de entrevistadas un promedio de 26% habían recibido material educativo sobre vacunación, en mayor porcentaje trifolios de la vacuna Pentavalente (33%) y luego bifolios de BCG, Polio y Sarampión en un 30%.

Tabla No. 15. Tipo de material educativo entregado a las madres en los centros de salud y comunidad. Región de Salud No. 6, Sept – Octubre 2004

Material Educativo	Frecuencia	Porcentaje
Calendario de vacunación pequeños	6	10
Bifolios sobre las vacunas BCG, Polio, Sarampión,	18	30
Trifolio sobre la Pentavalente	20	33
Ningún material	16	27
Total	60	100

Se observó que el 77% de las entrevistadas respondió que los padres deben ser los responsables de que el niño adquiera el esquema completo de vacunación, un 3% el personal de salud y un 20% respectivamente.

Tabla No. 16. Opinión sobre quien es la persona responsable de que el niño menor de dos años tenga esquema de vacuna completo. Región de Salud No. 6 Septiembre – Octubre 2004

Quien es responsable	Frecuencia	Porcentaje
Los padres y/o encargados	46	77
Personal de salud	2	3
Ambos	12	20
Total	60	100

Un 2% de las madres ha participado en reuniones de análisis sobre situación de las coberturas de vacunación.

Tabla No. 17. Participación de las entrevistadas en reuniones de análisis de situación de vacunas con el personal institucional Región de Salud No. 6, Septiembre – Octubre 2004

Ha participado	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	3
No	55	92
No sabe	3	5
Total	60	100

Las razones mencionadas de no vacunación con dosis pendiente de Sabin es coincidente para todas las vacunas, en mayor porcentaje fueron descuido 25%, gripe y tos 13%, vive lejos y falta de vacuna 12% cada una; el niño se enferma y fiebre alta 8% cada una. Es importante mencionar que la Sabin no tiene ninguna contraindicación.

**Tabla No. 18. Razones para no vacunar al menor de dos años con dosis pendiente de vacuna Sabin
Región de Salud No 6 Septiembre – Octubre 2004**

Razones para no aplicar vacuna Sabin	Frecuencia	Porcentaje
Fiebre alta	2	8
Gripe, tos	3	13
Diarrea	1	4
Falta de vacunas	3	12
Otra: logística	1	4
El niño se enferma con las vacunas	2	8
Perdida del carne	1	4
No sabía que había que vacunar	1	4
Vive lejos	3	12
Desnutrición	1	4
Descuido	6	25
Total	24	100

6.4. Del Personal Institucional

Se observó que un 29% de los carné de vacunación, no tenían anotada la fecha de próxima cita, la vacuna con mayor frecuencia de falta de anotación de cita es la DPT con 73%; seguido de la BCG y SRP con 37% y 23% respectivamente. Un promedio de 38% de los niños ya no necesitan cita de alguna vacuna.

**Tabla No. 19. Registro de citas en el carné, según tipo de vacuna
Región de Salud No. 6 Septiembre – Octubre 2004**

Vacunas	Fecha de cita anotada en el carné de vacuna					
	Si	%	No	%	Ya no la necesita	%
BCG	12	19	22	37	26	43
Polio	24	40	4	7	32	53
Pentavalente	24	40	2	3	34	57
SRP	24	40	14	23	22	37
DPT	16	27	44	73		
Total	100	33	86	29	114	38

Los resultados reflejan que el 47% de las citas anotadas en el carné son adecuadas según el esquema de vacunación, un 9% de las citas no son adecuadas, con mayor problema en las vacunas BCG y DPT; el 35% de los niños ya no necesita cita; a un 9% de niños no se le anotó cita en el carné, teniendo dosis de vacuna pendiente la vacuna SRP con 24% tiene el porcentaje más alto.

**Tabla No. 20. Calidad del Registro de las citas en el carné, según tipo de vacuna e intervalos de Esquema de Vacunación
Región de Salud No. 6 Septiembre – Octubre 2004**

Vacunas	Adecuado		Inadecuado		No necesita		Sin Cita	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
BCG	30	50	7	12	13	22	10	16
Polio	33	55	4	7	22	36	1	2
Pentavalente	33	55	4	7	22	36	1	2
SRP	27	45	6	10	13	22	14	24
DPT	19	32	7	12	34	56		
Total	142	47	28	9	104	35	26	9

Se encontró que el porcentaje más alto en coincidencia entre el carné de vacuna y Listado de Vigilancia Integral de Vacunación Infantil (LINVI) fue en la fecha de aplicación con 83%, seguido del número de dosis aplicadas con 81%, y el aspecto que menos coincidió fue la fecha de citas con 58%.

**Tabla No. 21. Coincidencias entre el carné de vacunación del menor de dos años con dosis pendiente y los LINVI
Región de Salud No 6 Septiembre – Octubre 2004**

Aspectos	Coincidencias			
	Si	%	No	%
Número de dosis	49	82	11	18
Fecha de aplicación	50	83	10	17
Fechas de citas	35	58	25	42
Total	134	74	46	26

6.5. Revisión del Expediente Clínico

Se observó que solo un 28% (17) habían asistido a consulta, de los cuales el 15% los atendió la Auxiliar de Enfermería y al restante 13% lo atendió el médico. De los 60 niños investigados el 72% (43) no demandó atención médica.

**Tabla No. 23 Recurso que atendió al niño con dosis pendiente de vacuna en su última visita al centro de salud.
Región de Salud No. 6, Septiembre - Octubre 2004**

Recurso	Frecuencia	Porcentaje
Medico	8	13
Enfermera	0	0
Auxiliar de Enfermería	9	15
No demandó atención	43	72
Total	60	100

De los 17 niños que demandaron consulta en los últimos dos meses el 88% fue por enfermedad y el 12% por vacuna, ninguno por control de Crecimiento y Desarrollo.

**Tabla No. 24 Causa de consulta del niño con dosis pendiente de vacuna, en su última visita al centro de salud.
Región de Salud No. 6, Septiembre - Octubre 2004**

Causa de la Consulta	Frecuencia	Porcentaje
Por Enfermedad	15	88
Por vacuna	2	12
Por Crecimiento y Desarrollo		
Total	17	100

De los 17 niños que demandaron consulta en los últimos dos meses el 88% fue por enfermedad y el 12% por vacuna, ninguno por control de Crecimiento y Desarrollo.

Tabla No. 25 Causa de consulta del niño con dosis pendiente de vacuna, en su última visita al centro de salud. Región de Salud No. 6, Septiembre - Octubre 2004

Causa de la Consulta	Frecuencia	Porcentaje
Por Enfermedad	15	88
Por vacuna	2	12
Por Crecimiento y Desarrollo	0	0
Total	17	100

El 100% de los niños que asistieron a consulta estaban afebriles.

Tabla No. 26 Registro de temperatura del niño con dosis pendiente de vacuna, en su última visita al centro de salud. Región de Salud No. 6, Septiembre - Octubre 2004

Temperatura del niño registrada Expediente	Frecuencia	Porcentaje
36°C	2	12
37°C	14	82
No registro	1	6
Total	17	100

De los 17 niños que consultaron en algún Centro de Salud solo el 47% tenían anotaciones en el expediente y de estos únicamente el 62.5% tenían registros anotados sobre dosis de vacuna aplicadas.

Tabla No. 27 Anotaciones en expediente clínico del menor de dos años con OPV, que demando consulta en el centro de salud Región de Salud No. 6 Septiembre - Octubre 2004

Anotaciones en expediente	Frecuencia	Porcentaje
Acude por cuadro respiratorio agudo y fiebre alta,	1	12.5
Hoja de evolución con registros sobre dosis aplicadas de vacunas	5	62.5
Lesiones interdigitales en el pie y resto del cuerpo	1	12.5
No demanda atención medica en el centro de salud, acude a la privada	1	12.5
Total	8	100

Durante el año de estudio la Región Sanitaria No. 6 observó coberturas de vacunación que oscilan entre 87% y 91% en Sabin, Pentavalente, BCG y SRP, las cuales no son homogéneas entre municipios, establecimientos de Salud, Localidades.

De los 26 municipios que conformaban la red de servicios el 73% (19) están en prioridad 1 por coberturas inferiores al 95%.

En Inmunobiológico Pentavalente de los 19 municipios que estaban en riesgo el 21% (4) observan coberturas entre 50 – 79% y el 79% (15) observan coberturas que oscilan entre 80 – 94%.

La relación entre las oportunidades perdidas de vacunación con las falsas contraindicaciones como ser la tos, desnutrición, gripe, diarrea, urticaria resultó ser estadísticamente significativa; a excepción de la fiebre leve que las madres no la consideran como contraindicación.

**Tabla No. 28 Falsas contraindicaciones para no vacunar al niño.
Región de Salud No. 6 Septiembre – Octubre 2004**

Falsas contraindicaciones	No.	%	Chi cuadrado	gl	Probabilidad
Tos	23	38	4.5704	4	0.3343
Gripe	18	30	5.0432	4	0.2829
Diarrea	26	43	6.5348	4	0.1628
Convulsiones	48	80	0.7923	4	0.9395
Urticaria	43	72	5.4284	4	0.2461
Fiebre leve	22	37	0.6265	2	0.7311
Fiebre alta	43	72	6.4823	4	0.1659

Se encontró en la investigación que el carné adolecía de la fecha de la cita razón por la cual el niño no estaba vacunado, lo cual se constituye en factor de riesgo para evitar las oportunidades perdidas de vacunación.

**Tabla No. 29 Vacunas perdidas. Región de Salud No. 6
Septiembre – Octubre 2004**

Vacuna	No	%	Chi cuadrado	gl	Probabilidad
BCG	7	12	3.9315	2	0.1401
Polio	2	3	47.1188	2	0.0000
Pentavalente	2	3	45.1844	4	0.0000
SRP	14	23	6.5437	4	0.1621

La prueba Chi – cuadrado muestra que existe relación estrecha o dependencia entre la variable de oportunidades perdidas de vacunación y el registro inadecuado o el no registro de las citas en el carné de vacunación.

**Tabla No. 30 Aplicación de vacunas con intervalos de vacuna inadecuados o sin registro de cita en el carne. Región de Salud No. 6
Septiembre – Octubre 2004**

Vacuna		No.	%	Chi cuadrado	gl	Probabilidad
BCG	Inadecuado	7	12	24.1277	6	0.0005
	Sin cita	10	17			
Pentavalente	Inadecuado	4	7	57.0463	6	0.0000
	Sin cita	1	2	57.0463	6	0.0000
SRP	Inadecuado	6	10	64.0652	6	0.0000
	Sin cita	14	23			
DPT	Inadecuado	7	12	38.0705	2	0.0000
	Sin cita	0				

Interesados en conocer en qué medida el tipo de establecimiento tiene relación con las oportunidades perdidas de vacunación, se cruzaron los datos procedentes de estos dos campos, los resultados muestran que existe relación significativa entre las dos variables Chi - cuadrado 10.0887 y la probabilidad de relación entre estas variables para $p < 0.0390$. Siendo el nivel CESAMO el que presenta mayor riesgo de oportunidades perdidas de vacunación.

Tabla No. 31 Oportunidades perdidas de vacunación según tipo de establecimiento. Región de Salud No. 6 Septiembre – Octubre 2004

Vacuna		No.	%	Chi cuadrado	gl	Probabilidad
Pentavalente	CESAR	18	30	10.0887	4	0.0390
	CESAMO	41	68			
	Hospital	1	2			

ANÁLISIS DE RESULTADOS

En materia de Salud Pública, en Honduras a pesar de todo el marco legal en la Constitución de la República, Código Sanitario, Decreto ley No. 792 de obligatoriedad de la tarjeta de vacunación, Código de la Niñez y la Adolescencia, y Decreto número 223-98 Ley para la adquisición de vacunas, los cuales señalan la inmunización de manera obligatoria como parte de programas preventivos, todavía revisten una clara dificultad en el proceso de garantía, se toma en cuenta las dificultades (barreras de acceso) para tener un vínculo eficaz entre las políticas públicas, los servicios de salud y los usuarios, lo cual refleja una deficiencia administrativa que redundará en las cifras de cuadros incompletos de vacunación como los que se han expuesto aquí.

6.6. Estado vacunal del niño menor de dos años

El estado vacunal de los menores de dos años según las encuestas de monitoreo rápido de cobertura, observó un 10% de oportunidades perdidas de vacunación, lo cual demuestra que existen ciertas deficiencias en el desarrollo de acciones de vacunación extramuros, contrasta con la costumbre adoptada por cierto grupo de población que espera a que el personal de salud llegue hasta sus hogares a ofertar la vacuna y no demandan oportunamente el servicio en las unidades de Salud, además la población refiere la limitante de US cerradas por falta de recurso.

El 90% de los menores de dos años encuestados (1,034) tienen el esquema de vacunación completo para su edad, el restante tiene alguna dosis de vacuna pendiente lo que se constituye en oportunidad perdida de vacunación. El 80% de los menores de dos años encuestados en el Monitoreo Rápido de Coberturas fueron captados oportunamente y vacunados en forma adecuada, considerando fecha de inicio de la vacunación, intervalo entre dosis y la edad de captación; el restante 20% completó esquema de vacunación siendo menor de dos años, pero en forma irregular con mayor espaciamiento entre dosis.

La situación del estado vacunal de los menores de dos años según municipios muestra que el de mayor riesgo por la cantidad de niños captados, relacionado con los menores de dos años con dosis pendientes según el MRC es el municipio de Olanchito, con una tasa de 23%, le siguen en orden descendente: Jutiapa 19%, Arizona 13%, La Ceiba 10%, Tocoa 8%, Balfate y Esparta 7%, Tela 8% y Sava 5%.

6.7. Monitoreo Rápido de Coberturas (MRC)

En el Monitoreo Rápido de Coberturas (MRC) se visitaron 19 Unidades de Salud y dentro de estos 46 barrios / localidades, distribuidos en 9 municipios. Se intentó obtener el total de viviendas visitadas, lo cual se dificultó porque algunos de los encuestadores omitieron el realizar este control durante el

monitoreo, los encuestadores que si realizaron la actividad fueron los de Arizona, La Ceiba, Jutiapa y Balfate.

Se encontró una razón a nivel regional, por cada 4 viviendas visitadas se encuentra un menor de dos años. Analizando este indicador por municipios superan el promedio regional los municipios de La Ceiba y Jutiapa, (por cada 6 viviendas, un menor de dos años) contrastando estos municipios en que el primero es urbano y el segundo rural y cada uno en su ubicación tiene alta densidad poblacional en el grupo menor de un año.

En el resto de municipios el indicador encontrado es un menor de dos años por cada dos viviendas y son los municipios más pequeños. Del total de viviendas visitadas un 17% estaban cerradas, (no se encontraba nadie en ese momento o andaba trabajando) lo cual limitó conocer el estado vacunal de los niños que habitaban esas viviendas.

Estos resultados del monitoreo coinciden con las coberturas administrativas del PAI en la Región Sanitaria No. 6 durante la vacunación sostenida en los municipios mencionados, a excepción de dos: Balfate y Esparta que en las coberturas administrativas son los de mayor riesgo por coberturas que oscilan entre 68% y 70%.

La vacunación sostenida, consiste en aplicación de todos los Inmunobiologicos durante todos los días hábiles del año y resulta ser la estrategia utilizada más

comúnmente a nivel intramuros y extramuros, la cual se lleva a cabo por demanda espontánea y/o búsqueda activa.

Se realizó un monitoreo de los menores de cinco años en las localidades visitadas para establecer cuántos de ellos habían recibido dosis adicional en la última Jornada Nacional de Vacunación de ese año, observando una cobertura de 95% del total de niños monitoreados; lo cual está dentro de la cobertura ideal esperada y concuerda con las coberturas evaluadas durante la Jornada Nacional de Vacunación.

6.8. Oportunidades Perdidas de Vacunación

Dentro de los determinantes que más influyen para el no cumplimiento de esquemas de vacunación se encuentra el nivel de atención; donde los usuarios del nivel CESAMO presentan mayor porcentaje de incumplimiento con un 68%, seguido del nivel CESAR con 30% y 2% nivel hospitalario, lo cual contrasta con la ubicación geográfica de estos dos primeros niveles ubicados en zona rural.

Los niños procedentes de zona rural representan en 70% las oportunidades perdidas de vacunación, lo cual pudiera ser un determinante en las barreras de acceso al cuadro completo de vacunación como objetivo del PAI, inciden las dificultades de acceso geográfico, económico al no poder pagar un medio de transporte; por la distancia acceden poco o tienen mayores inconvenientes para acudir a las citas de vacunación. El sexo con más dosis pendiente de

vacuna por pérdida de oportunidades de vacunación es el femenino; se presenta una relación de 1.1 del sexo femenino respecto al masculino.

Hay menor pérdida de porcentaje de dosis aplicadas por oportunidades de vacunación en los primeros 4 meses de vida del niño en ambos sexos, los cuales aún son rescatables dentro de la cobertura del menor de un año. El grupo de edad con mayor incumplimiento en esquemas de vacunación está representado por los niños mayores de 15 - 23 meses, lo cual se refleja en la cobertura en los refuerzos de Sabin y DPT que se aplican a los 18 meses, estos niños, al no ser vacunados se convierten en susceptibles para la ocurrencia de enfermedad prevenible por vacuna.

Las vacunas con más número de dosis pendientes fueron el primer refuerzo de DPT, le siguen en orden descendente Sabin, Pentavalente y SRP y la que tiene menos dosis pendientes es la BCG, la cual debe ser aplicada en el primer mes de vida, 9 niños que aún no reciben esta dosis única y de ellos 4 ya cumplieron el año y no recibieron su dosis respectiva.

Los resultados observados en las encuestas de MRC, reflejan un mayor porcentaje de Oportunidades Perdidas de Vacunación de un 10% en la vacuna DPT-HepB-Hib (Pentavalente), interpretando que de cada 100 niños que inician su esquema de vacunación con primeras dosis hay 10 que aún no completan esquema con terceras dosis en forma oportuna siendo menores de un año, los

cuales son niños que son captados tardíamente, que emigran o que mueren antes de cumplir el año.

Similar situación se observa con los Inmunobiológico Sabin, SRP y BCG; relacionado con la simultaneidad de las vacunas ya que para dar tres dosis de la vacuna anti poliomielítica (Sabin), tres de DPT-HepB-Hib (Pentavalente), una de SRP y una de BCG solo se necesitan cuatro contactos entre el servicio de salud y el niño a proteger.

6.9. Comportamientos críticos de la madre y/o responsable

En el 88% de los hogares, la madre es la persona responsable de llevar al niño para que sea vacunado, 10% es otro familiar de los cuales el 50% son abuelas y el 33% tía. La decisión principalmente está bajo la responsabilidad de la madre, por lo que el abordaje de esta componente deberá trabajarse con este miembro de la familia.

En relación a la ocupación y escolaridad de la madre y /o responsable del cuidado del niño, el 89% trabaja en oficios domésticos en el hogar; 78% saben leer y escribir, lo que demuestra que el nivel de escolaridad de la familia también cuenta como un factor e influye en la predisposición para cumplir el esquema de vacunación del niño.

En situaciones de escasa escolaridad, aunque reconocen la importancia y beneficio que brinda concretamente la vacunación como medida de prevención de enfermedad, no cumple a cabalidad con la acción de llevar al niño a vacunar.

El 70% de las madres y/o responsables de niño, proceden del área rural, y en mayoría se desplaza caminando al establecimiento de salud, 25% tarda 10 minutos, un 19% camina entre 60 – 90 minutos lo cual podría ser una barrera de accesibilidad, considerando la distancia o falta de presupuesto para el pago de medio de transporte. Todas las entrevistadas conocían en términos generales las vacunas, sin embargo, esta información contrasta fuertemente con el relativo bajo nivel de conocimiento específico de las mismas, valorada a partir de la mención espontánea de cada vacuna.

El 100% de las madres y/o responsables de niños con dosis pendiente de vacuna respondieron que si reconocen la importancia de la vacunación; pero un grupo grande en relación al porqué, dieron respuestas vagas no convincentes y, por este escaso conocimiento, son personas que no muestran interés en que sus hijos se beneficien con la vacunación y por tanto hay incumplimiento del esquema, lo cual lo convierte en grupo de alto riesgo, considerando además los estilos de vida que carecen de adecuadas condiciones de alimentación e higiene.

No obstante un 78% de las madres y/o responsable del niño sabe leer y escribir, teniendo un carne nacional de vacunación en su mano se observó un alto grado de dificultad para interpretación o lectura de la tarjeta de vacunación, mencionaron las vacunas BCG, Sabin, Pentavalente, SRP, DPT; el resto de vacunas como ser: Anti Hepatitis B, Toxoide Tetánico Diftérico (Td), dosis adicional de Sabin, dosis adicional de SR, no las mencionaron lo anterior se traduce en falta de información y motivación.

En relación al número de dosis a aplicar según tipo de vacuna interpretando el Carné Nacional de Vacunación, un promedio de 22% respondió correctamente cuantas dosis se aplican de Sabin, Pentavalente, BCG, y SRP, lo que refleja una vez más la falta de motivación para el conocimiento del manejo adecuado de la tarjeta de inmunización de sus hijos. En cuanto a la edad de aplicación de la primera dosis en promedio el 25% respondió correctamente en relación a las mismas cuatro vacunas mencionadas anteriormente. Sobre el lugar donde se aplica y 22% conoce el sitio de aplicación de la vacuna.

Según los resultados obtenidos, las madres manifiestan conocer el carné de vacunación o tarjeta de vacunas donde se registran tipos de vacuna, dosis, fechas, citas etc., algunas los cuidan muy bien hasta lo laminan cuando ya lo completó el niño, otras al contrario lo tienen descuidado, roto, sucio, manchado Hay un alto grado de desinformación o de desconocimiento acerca de las vacunas, dosis, edad de inicio de su aplicación, objetivo principal de las

inmunizaciones y sus contraindicaciones; menos del 25% de las madres conocen las vacunas recomendadas o exactamente contra qué enfermedades están protegiendo a sus hijos.

Se observó que el 88% de las madres desconocen importantes vacunas que se han estado aplicando como la DPT; el suplemento de Vitamina "A" incorporada a la tarjeta de vacunación no fue mencionada, la cual proporciona protección al niño frente a enfermedades de gran importancia en la salud pública.

Es importante señalar que el esquema de vacunación sigue una secuencia cronológica de vacunas que se administran sistemáticamente a toda la población infantil; estos esquemas no son estáticos, sino que se van modificando en función de la disponibilidad de nuevas vacunas y de la evolución de la situación epidemiológica de las diferentes enfermedades prevenibles mediante vacunación.

Lo antes planteado debe ser motivo de reflexión e intervención por el personal de salud, para que las madres sepan por qué, para qué y contra qué se están vacunando sus hijos. Otro factor importante es la pérdida del carné que implica el desconocimiento de la próxima fecha de vacunación, el cual incide como factor importante en la incumplimiento a las citas de vacunas.

6.10. Carné o Tarjeta de vacunación

Un importante resultado de este estudio es que muchas madres, incluyendo las analfabetas, no pudieron entender la información esencial de la tarjeta. Ellas no pudieron usar la tarjeta como punto de referencia, esta información indica fuertemente la necesidad de simplificar la tarjeta, usar mas figuras en esta, enseñar a las madres como interpretarla y no depender solamente de la tarjeta para esta información clave.

Se exploró conocimientos, percepciones e interpretación de la propia tarjeta de vacuna de cada niño por la madre y/o responsable, se observó lo siguiente: hay dificultad promedio de 40% para leer el nombre de las vacunas, Polio y BCG dificultad de 36%; Pentavalente y SRP 35%; estos resultados coinciden con un estudio sobre el programa Ampliado de Inmunizaciones en la Republica Dominicana en Diciembre 2001 y Enero 2002

La madre para determinar cuántas veces el niño ha recibido dosis de determinada vacuna observó dificultad un promedio de 73%, hay menos problema con la BCG posiblemente por ser dosis única, y mayor dificultad con el refuerzo de la DPT en un 96%; de lo anterior deriva que no puede determinar cuántas dosis de vacuna le hacen falta al niño, el porcentaje más acertado fue de la SRP 20% por ser dosis única y el más bajo el refuerzo de la DPT con 9%.

Similar situación ocurre con identificación de cita para próxima dosis de vacuna la dificultad es de 83%, específicamente para la vacuna anti polio dificultad es de 75% y para DPT y BCG de 87%.

En general estos resultados indican que esta situación es consecuencia de dificultades de comunicación, interpretaciones de las madres, a quien se le entrega la tarjeta de vacuna del niño con las anotaciones correspondientes al proceso de vacunación pero no se le informa sobre cómo interpretar lo anotado y lo relacionado a nombre de vacunas, enfermedad contra las cuales protege, número de dosis, y/o seguimiento de la vacunación.

Se informa a la madre que tiene cita de dosis pendiente en tal fecha, pero no se le explica que lo anotado con lápiz grafito son las fechas de dosis pendientes. La tarjeta tiene estructurado en su formato el nombre, número de dosis a aplicar según tipo de vacuna.

Un dato importante del estudio es que a pesar de que más del 75% de las madres saben leer y escribir, en promedio más de la mitad no pudieron interpretar información esencial en el carné pues no se toman el tiempo de leer y lo interpretarlo. El no tener el carné por perdida es otra barrera identificada para las OPV, pues la madre sabe que no la tiene y no demanda la vacuna.

Estos resultados indican las falencias del proceso de educación sobre el carné de vacunación y la necesidad de enseñar a la madre como interpretarlo; por lo

cual este es otro factor importante a considerar por el personal de salud para mejorar el componente de información, educación y comunicación dirigido a la utilidad e importancia de los carné de vacunación.

Fisterra.com en el componente de Atención Primaria en la red, menciona que el registro personal de las vacunas recibidas es imprescindible para garantizar la continuidad de los calendarios de vacunación. La mayoría de los adultos no tienen una idea precisa de los antecedentes de vacunación de sus hijos, es imprescindible tener la prueba documental de que tiene puesta una vacuna, si hay dudas es mejor considerarlo como no vacunado.

6.11. Falsas Contraindicaciones

Un porcentaje importante está representado por aquellas madres que no acudieron a vacunar a s Un porcentaje importante de falsas contraindicaciones está representado por aquellas madres que no acudieron a vacunar a su hijo por presentar éste una enfermedad, reportando la mayoría como causa de no inmunización cuadros catarrales.

Relacionado con hallazgos referidos en la Revista Pediátrica de Atención Primaria Vol. VII Suplemento a, 2005 sobre oportunidades perdidas de vacunación, corresponde entre las contraindicaciones por morbilidad mencionadas por las madres y / o responsables de niño, según orden descendente están convulsiones 82%, fiebre alta y urticaria severa al huevo

72%, diarrea 43%, tos 38%, fiebre leve, desnutrición y gripe 30% cada una. Estas son enfermedades intercurrentes leves o sin febrícula y no son contraindicación para vacunar un niño, por lo demás sano, que se presente en la consulta con una infección menor. La vacunación en estas condiciones no prolongará los síntomas ni modificara los efectos adversos o la respuesta inmunitaria.

6.12. Comportamientos críticos del personal de salud

Entre las razones de no vacunación para las diferentes vacunas, más frecuente se mencionó descuido. Entre las principales contraindicaciones están gripe, tos y fiebre las cuales no son motivos para retrasar la vacunación; el niño se enferma con las vacunas; la pérdida del carné, diarrea, no sabía que le faltaban vacunas, vive lejos, antecedentes de enfermedad; el niño ha estado enfermo, el niño está débil para recibir vacuna, no me gusta ir al centro de salud, todas ellas son barreras que reflejan el bajo estímulo de estas madres para vacunar a su hijo aunado a la falta de conocimientos, de recursos económicos, logística, reflejando el bajo estímulo de estas madres para vacunar a su hijo aunado a la falta de conocimientos

Entre otras causas de no vacunación, se mencionaron factores relacionados con el personal de salud entre ellas: no había consulta, no alcanzó cupo, personal insuficiente para atender la demanda, no se abría frasco de vacuna

ese día (BCG), la cita estaba mala, fue tres veces y no lo vacunaron porque procedía de otra Unidad de Salud (en Colón), a veces el personal de salud no está.

Lo anterior coincide con los resultados de un estudio sobre el Programa Ampliado de Inmunizaciones realizado en la República Dominicana, aprovechando la introducción de la vacuna Pentavalente. Actualmente algunas de estas situaciones han sido solventadas, mediante capacitación sobre las normas actualizadas del PAI, en relación a política de frascos abiertos y no rechazo de niños independientemente cual sea la unidad de salud de procedencia.

Los problemas de Unidades de Salud cerradas persiste por la existencia en la red de un 69% de establecimientos tipo CESAR, los cuales cuentan con una Auxiliar de Enfermería y cuando ella sale de vacaciones, esta de permiso, incapacidad o asiste a reuniones de trabajo; entonces la Unidad de Salud se cierra.

El carné de vacunas de los niños con dosis pendiente, si tenían registrada la fecha de cita, resultó que un promedio de 28% aun teniendo alguna dosis de vacuna pendiente, no tenía fecha de cita; las vacunas con mayor problema de falta de cita fueron: DPT con un 75%, BCG un 37% y la SRP 24%.

Se observó además el intervalo de las citas encontrando que un 10% no eran adecuadas según el esquema de vacunación, las vacunas con mayor problema son: BCG y DPT 12% ambas, SRP 10%; Polio y Pentavalente 7% cada una.

6.13. Listados de Vigilancia Integral del Niño y Morbilidad

El proceso de registro de los niños vacunados en el LINVI consiste en actualizar como en base de datos las fechas de aplicación de los diferentes Inmunobiológico con las citas respectivas, lo cual facilita realizar aproximaciones sobre el número de niños en cada subgrupo de edad, y establecer cuál es la situación del estado vacunal de niños por localidad; tomar decisiones atinentes y oportunas para intervenir localidades o barrios en riesgo por bajas coberturas o presencia de brotes; permitiendo además el montaje de estrategias operacionales más apropiados al programarse las actividades de vacunación mediante la Entrega de Paquete de Servicios Básicos (EPBS)

La calidad en el registro de los niños con dosis pendiente en los Listados de Vigilancia Integral (LINVI), observó un 100% en todos los inmunobiologicos, con excepción en BCG donde el subregistro fue de un 39%, esta vacuna aproximadamente un 70% de las dosis se aplican al recién nacido en los hospitales en las primeras 24 horas de nacido, y la misma debe ser actualizada cuando el niño llega por la primera dosis de Sabin y Pentavalente.

Del total de niños, con dosis pendiente 28% (17) habían asistido a consulta al establecimiento de salud en el último mes, de los cuales el 13% fué atendido por el médico y el resto por la Auxiliar de Enfermería. De los 17 niños el 62.5% tenía anotaciones sobre estado de vacunación; el 94% estaban afebriles y las causas de consulta fueron problemas respiratorios y problemas de piel.

De los resultados anteriores se observa claramente que ninguno de los niños tenía contraindicaciones para ser vacunado y fue una oportunidad perdida para su vacunación.

6.14. Control de Crecimiento y Desarrollo

En el monitoreo rápido de coberturas (MRC) se observó que 85% de los menores de dos años encuestados, no recibió el beneficio de control de su crecimiento y desarrollo y monitoreo del estado vacunal, lo cual es una pérdida de oportunidad de ser vacunado oportunamente y recibir estimulación temprana.

6.15. Información, Educación y Comunicación (IEC)

Hacia el año 2000, el Programa de Acción de la CIPD-EI Cairo propone líneas de trabajo en educación en población, considerando una estrategia de IEC que implica la conjunción de acciones respecto a relaciones interpersonales, el uso de los medios de comunicación y la ambientación socio comunitaria, tanto a

nivel de la educación formal como la no formal, los cuales deberán estar siempre debidamente articulados.

La estrategia de IEC se convierte así también en un eficaz instrumento de apoyo para la acción programática de las líneas prioritarias del PAI, como ser la promoción de la salud del menor de cinco años. Uno de los grupos prioritarios, beneficiarios de la educación en población, es sin duda el de madres y/o responsables de niños. Entre los temas educativos que desarrolla el personal de salud respecto a IEC, identificados por la madre, el más frecuente es sobre reacciones adversas de las vacunas 35%, seguido de importancia de las vacunas 32%, y en promedio 23% sobre esquema de vacunación, número de dosis y tipo de vacuna y enfermedades contra las que protegen, predominando el abordaje en forma individual.

Entre otras actividades de IEC identificadas por las madres que realiza el personal de salud están: Desfiles 25%, ferias educativas 22%, otras actividades 10% y concursos 7%. Relacionado con el material educativo que ellas observan en establecimientos de salud o comunidad en mayor porcentaje son los murales 88%, afiches 78%; los boletines y pancartas 37% y 23% respectivamente.

Entre el material educativo recibido por las madres están los trífolios de la Pentavalente 33%, Bifolios sobre la BCG, Polio y Sarampión 30% y calendarios de vacunación de bolsillo 10%, siendo estos porcentajes bajos, considerando

que a todo menor de un año que inicia su esquema de vacunación se le entrega un Bifolios o trifolio de Sabin, Pentavalente y BCG, de lo que resulta hay un promedio de 76% de no entrega de estos materiales a las madres. Es de hacer notar que de acuerdo a los resultados, aunque las madres reciban material educativo un alto porcentaje no lo lee, muchas veces se lo dan al niño para que juegue con él o en sus casas lo dejan en cualquier lugar sin dar el uso debido.

6.16. Como incrementar las acciones de vacunación según las madres

La prevención requiere de métodos ordenados de trabajo, los cuales conllevan a satisfacer las necesidades de las madres en la comunidad. De allí que es necesario y fundamental que la población conozca los aspectos más importantes sobre la prevención de enfermedades mediante inmunización, para formar barreras de protección contra las mismas.

La percepción de las madres sobre el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), está referida a las respuestas dadas por ellas sobre cómo mejorar en la comunidad la vacunación de sus hijos. Resulta evidente la importancia de planificar acciones educativas permanentes para abordar medidas de prevención de la salud en la comunidad

De las entrevistadas 77% reconocen que los padres y/o encargados son los responsables de llevar al niño a vacunar, 3% que es el personal de salud y un

20% ambos, todavía no se apropian de su responsabilidad en cumplir este derecho del niño.

Todas las madres entrevistadas opinaron que es importante vacunar al niño; luego en la pregunta abierta ¿por qué cree que es importante vacunar al niño?; la mayoría respondió *“para prevenir muchas enfermedades”*. Otras contestaron: *“necesitan las vacunas para las enfermedades aunque se pongan malitos”*, *“para registrarlo”*, *“por cualquier enfermedad”*, *“por tanta enfermedad que les pega”*, *“porque el niño que no se vacuna cuesta que lo atiendan en el hospital”*, *“se manejan alentados”*, *“por la salud de ellos”*, *“así no les pega las enfermedades que les da a los niños”*, *“para que estén sanos”*.

En relación a como las madres pueden colaborar con el personal institucional para incrementar las coberturas de vacunación en sus comunidades, respondieron lo siguiente: *“Que ellas debían acudir a las citas de vacuna”*, *“cooperar con el centro de salud”*, *“cooperar los padres de familia con los niños”*, *“hay que reunimos para demostrar que nos importan las vacunas”*, *“los padres tienen que ser responsables y asistir a la cita de la vacuna”*, *“las madres deben revisar sus citas y llevar los niños a vacunar”*, *“las madres pongan atención y revisen las fechas de vacunación”*, *“que las madres estén más pendientes”*, *“que las madres lleven el control de la tarjeta de vacuna”*, *“visitando el centro de salud”*.

En otras respuestas las acciones que plantearon fueron actividades para ejecución por el personal de salud:

“concientizar más a la población para que asistan a los centros de salud”, “buscar los niños casa a casa”, “deben dar más charlas educativas”, “educarnos más sobre las enfermedades”, “el personal de salud visite más la comunidad”, “hacer campañas de vacunación.”, “informándoles a las madres sobre el esquema de vacunación”, “invitando a reuniones de mujeres en el centro de salud”, “que lleguen las enfermeras a las casas a vacunar”, “realizar reuniones educativas sobre la importancia de las vacunas a las madres en grupo”, “reunir a las madres y explicar en grupo el contenido del carnet”, “vacunando de casa en casa porque hay personas que no pueden ir al centro de salud”, “vacunando más seguido”, “vigilar que la madre lleve sus hijos a vacunar”, “viniendo a vacunar a la aldea o al barrio”, “visitando la comunidad y avisando a los niños de la escuela.

7. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación, se realizan las siguientes conclusiones:

- 7.1. Se comprueba la hipótesis de que a mayor número de comportamientos críticos de las madres y/o responsables de niños, mayor número de oportunidades perdidas del menor de dos años en los municipios de riesgo reincidentes de la Región Sanitaria No. 6. Los comportamientos críticos comprobados son 22% de las madres no sabe leer y escribir, 70% viven en zona rural lejanas del centro de salud, 89% trabaja en oficios domésticos en el hogar, 74% no saben interpretar el carné de vacunación, 56% no conoce el número de dosis por tipo de vacuna, 79% desconoce la edad de aplicación oportuna de cada vacuna, 38% manejan falsas contraindicaciones, 23% no demanda vacuna por enfermedad del niño.
- 7.2. El estado vacunal de los menores de dos años del estudio es de 90%, de lo cual deriva que el porcentaje de niños pendientes por diferentes razones de oportunidades perdidas de vacunación (OPV) fue 10%, las vacunas con más oportunidades perdidas fueron el refuerzo de DPT, tercera dosis Sabin y Pentavalente y la que tiene menos es la BCG, siendo una de las vacunas que se aplica al recién nacido con el que se

inicia el esquema de inmunización, las edades asociadas fueron la de 4 - 6 meses y la de 18 – 23 meses.

7.3. Los determinantes de accesibilidad geográfica y económica se constituyen en otra barrera materna, ya que según nivel de atención, el mayor porcentaje de esquemas incompletos se encontró en el CESAMO, le sigue el CESAR y luego los Hospitales, asociado a que los dos primeros están ubicados en área rural de donde proceden la mayoría de madres; la ubicación de la vivienda se encuentra en zonas muy distantes; tienen dificultades económicas y caminan 60 hasta 90 minutos para acceder a los servicios de vacunación.

7.4. La baja escolaridad fue una de las determinantes sociales identificada en las madres acerca de las oportunidades perdidas de vacunación, las limitaciones en la interpretación del carné de vacunación, encontrando un 40% que no pudo leerlo, un 73% no identifico cuántas dosis le habían aplicado al niño, 86% no supo cuántas vacunas le hacían falta, 80% no sabía la fecha de la próxima vacuna, 25% no había vacunado al niño por descuido, la mayoría no se ocupó de leerlo, para darle el uso esperado para cumplir con su objetivo principal, lo cual es registrar, educar y recordar a la madre para iniciar hasta completar el esquema de vacunación del niño.

- 7.5. El motivo más frecuente de Oportunidades Pérdidas de Vacunación, fue la “enfermedad del niño” refiriéndose a la gripe, tos, diarrea, febrícula; de esta manera se demuestra cómo las creencias de la familia determinan la participación de la población en la prevención de enfermedades prevenibles por vacunas, condicionando la decisión de iniciar o completar el esquema de vacunación del menor de dos años, siempre que no haya presencia de problemas de salud del niño.
- 7.6. Las madres tenían poco interés de cumplir oportunamente con el esquema de vacunación y por ende con las citas aduciendo olvido involuntario, desconocimiento de falta de dosis de vacunas en el niño; demuestra que estas tienen poca o ninguna percepción del riesgo de que sus hijos puedan desarrollar o morir por alguna enfermedad prevenible por vacuna.
- 7.7. Existe una debilidad institucional en proceso de vacunación por recursos humanos insuficientes, horarios cerrados, resistencia a abrir un frasco de vacuna por una sola dosis, no identifican y/o no preguntan sobre el esquema de vacunación de los niños cuando demandan consulta, pocos recursos institucionales exigen a la madre presentar el carné de vacunación cuando demandan cupo para consulta de morbilidad.

- 7.8. El personal institucional incurren en algunas situaciones de sub registro de información, en carné de vacunación, incongruencias en Carné de vacunas vrs LINVI, escasas anotaciones en el expediente, falta de seguimiento a la vacunación. Se identifican factores como la falta de comunicación e información sobre la tarjeta de vacunación, lo cual incide en su escasa interpretación.
- 7.9. En relación al personal de salud, las madres demandan mayor presencia de estos en la comunidad, plantean se busque los niños casa a casa, brindar más sesiones educativas, hacer más conciencia a los padres de familia, que las enfermeras visiten las casas, vigilar que la madre lleve a sus hijos a vacunar; se ha llegado a fomentar el paternalismo vacunando los niños en el hogar, pues se ha observado que en los puestos fijos de vacunación las madres muy poco están llegando, esperan que se les vaya a vacunar en la casa, lo cual se dificulta considerando que el recurso humano es insuficiente.
- 7.10. El esfuerzo realizado por el programa de vacunación tiene un importante reto a fin de que las acciones implementadas redunden en la salud de la población, y ello deberá estar dirigido fundamentalmente a desarrollar en el personal de salud un mayor conocimiento, el fomento de una actitud propositiva y activa ante la vacunación, identificando e implementando estrategias a fin de lograr mayores coberturas de vacunación.

8. RECOMENDACIONES

- 8.1. Es importante asegurar que la población sea capaz de actuar de forma tal que mejore sus conocimientos y actitudes en relación a su salud, comprendan sus intereses por la circunstancia y acontecimientos que influyen sobre ella, favorecen su participación, significa ayudarla a tomar el control en la prevención de enfermedades mediante inmunización a través de diferentes intervenciones informativas y educativas en temas de autocuidado de la salud, que los lleve a asumir su corresponsabilidad.

- 8.2. Es necesario desarrollar un proceso de sensibilización del personal institucional para fortalecer la monitoria evaluación y supervisión continua al personal involucrado, lo que más se evidencia en los resultado es la actitud del personal, establecer mecanismo de rendición y petición de cuentas.

- 8.3. Fortalecer la participación comunitaria, haciéndolo extensible a todos los municipios y divulgándolo a través de los medios de comunicación, mediante diseño de programa educativo dirigido a las madres para la formación de actitudes preventivas tomando en cuenta los motivos de no vacunación planteados por ellas.

- 8.4. La Secretaria de Salud deberá desarrollar un proceso sistemático de promoción de la salud con el propósito de fortalecer la vacunación de rutina para el aprovechamiento de todas las oportunidades de vacunación en todo contacto del niño con el establecimiento de salud, reducir barreras administrativas para la inmunización: tiempo de espera; horarios abiertos de atención; proporcionar vacunación en lugares donde previamente no se hacía, evaluación clínica previa del niño, información y educación a la población.
- 8.5. A nivel de los establecimientos de salud de la región sanitaria No.6 se deben mejorar los registros del estado vacunal de los niños en los diferentes instrumentos de registro; carnet, listados en lo relacionado a fecha de aplicación, cita para la próxima vacuna, así como realizar estudios epidemiológicos periódicos de Oportunidades perdidas de vacunación, en centros asistenciales y difundir sus resultados.
- 8.6. La Secretaria de Salud deberá realizar supervisión del proceso de vacunación, que permita identificar las practicas del personal de salud relacionadas con la IEC que se le brinda a la población demandante de los servicios de vacunación que permita asegurar una mejora en los canales de comunicación con la población, proporcionando con toda claridad y exactitud la información clave y completa sobre todo el proceso

de la vacunación, considerando las observaciones brindadas por las madres.

- 8.7. Promover el concepto de prevención frente a las enfermedades inmunoprevenibles, a la edad adecuada, disminuyendo así el tiempo en situación de riesgo de los niños con esquemas atrasados de vacunación, de tal manera que las madres y/o responsables de menores de cinco años conozcan el esquema de vacunación, los beneficios de la enfermedad que protege cada vacuna, el número de dosis, fechas de citas, efectos secundarios, falsas creencias, escasas contraindicaciones, además de cómo se debe interpretar el carné de vacunación.
- 8.8. Desarrollar el cambio de comportamiento y actitudes del personal de salud para que la vacunación sea activa y no pasiva mejorando la comunicación entre profesionales de salud y la comunidad, aplicando encuestas de satisfacción para el servicio de vacunación, análisis periódico de las mismas y retroalimentación, visitas domiciliarias; educación, evaluación y administración de las vacunas necesarias; incluyendo recordatorios vía teléfono, avisos de pared con nombre del niño, entre otros.
- 8.9. La prevención y promoción del autocuidado y estilos de vida saludable les permitirá descubrir las consecuencias que podría tener en la salud del niño, el no vacunarlo oportunamente. De esta manera, se lograrán disminuir las oportunidades perdidas de vacunación y genera la toma de

conciencia en las familias, convirtiendo a las madres en agentes de educación y concientización de la comunidad.

8.10. Es importante que las escuelas formadoras desarrollen procesos de promoción, prevención y atención con apoyo del personal docente y en formación técnico y profesional de enfermería, para fortalecer la educación a padres y/o responsables en las salas de espera de los servicios de vacunación y la comunidad, sobre esquema de Vacunación, importancia de las vacunas, efectos secundarios, contraindicaciones erróneas para erradicar las falsas creencias y resaltar los beneficios de la inmunización; utilizando recursos audiovisuales y recursos escritos como carteles, Bifolios, trifolios diseñados por el programa y otras innovaciones del personal de salud.

8.11. El personal de las SESAL deberá generar estrategias para incentivar y actualizar de forma constante la educación sobre el uso de las tarjetas de vacunación, la interpretación y cuidado del carné de vacunas

8.12. Disminución de las distancias y accesibilidad a las clínicas de vacunación, mediante las entregas de paquete de servicios básicos de Salud (EPSBS) a localidades postergadas, para iniciar y/o completar esquemas de vacunación, siempre y cuando se asocien con buenas estrategias de información y comunicación, las cuales sensibilicen a los padres y/o

responsables frente a la importancia de tener esquemas completos de los niños menores de 5 años.

- 8.13. Desarrollar gestiones para solicitar el incremento del presupuesto, con énfasis en la asignación financiera para gastos de viaje a las comunidades prioritarias y apoyar el trabajo de los equipos de Atención primaria en salud para realización de Entrega de Paquete de Servicios Básicos.
- 8.14. Fortalecer y consolidar los puestos fijos de vacunación en las comunidades, con participación activa de todos los profesionales de salud, incorporando a los docentes y escolares buscando siempre a los niños a vacunar, involucrando todo el equipo local en las actividades de vacunación extramuros.
- 8.15. La planificación, producción y edición de los mensajes deben realizarse de forma tal que permitan superar algunos conocimientos erróneos y contribuir a vencer las barreras hacia la vacunación, en población vulnerable de zona rural considerando mensajes sencillos y apropiados acordes a los hallazgos y sus necesidades.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. //:1. htm. (09 de Mayo de 2003). (Vacunacion en Niños) Recuperado el 05 de Septiembre de 2004, de //:1. htm.
2. Ajjan, N. (1991). Las Vacunaciones. Institut Pasteur Merieux. Francia.
3. Atkinson, W. J., & Furphy, L. (2000). Epidemiology and Prevention of Vaccine - Preventable Disease. Sexta Edicion.
4. Bronfman, M. (2000). Como se vive, se muere. Familia, Redes Sociales y Muerte Infantil. Cuernavaca, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
5. Durkheim, E. (1970). Las Reglas del Metodo Sociologico. Epinal, Francia: La Pleyade, Bs As.
6. Honduras, S. d. (2000- 2001). Manual de Normas y Procedimientos del PAI. En S. d. Salud, Manual de Normas y Procedimientos del PAI (págs. 19-21). Tegucigalpa.
7. Honduras, S. d. (2011). Normas y Procedimientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Tegucigalpa.
8. OMS. (1991). Identify Missed Opportunities. Washington, USA.
9. OMS, U. (1997). Vacunas e inmunizaciones; Situacion Mundial. En U. OMS, Vacunas e inmunizaciones; Situacion Mundial. Ginebra, Suiza.
10. OPS. Guia Practica para la Erradicacion de la Poliomieltis, Cuaderno Tecnico No. 40. Tegucigalpa: Segunda Edicion.
11. OPS. (1998). La Salud en las Americas. Publicacion Cientifica No. 569, Volumen I .
12. OPS. (1999). Natural Network for Inmunization. 20-21.
13. OPS. Public Health. En OPS, Public Health (págs. 4-5 Volumen 2, No. 4). Seattle & King County, Snohomish Health District, Washington.
14. OPS, O. R. La Erradicacion del Sarampion, Guia Practica, Cuaderno Tecnico No. 41.

15. Salud, S. d. (1995). Plan de Información Educación y Comunicación IEC del PAI. Tegucigalpa, Honduras.
16. Secretaría de Salud, S. U. (1995). Análisis de Situación de la Infancia, Mujer y Juventud. Tegucigalpa, Honduras.
17. Oportunidades Pérdidas de Vacunación. Participación del personal de salud, Dres. María I. Federicci, Cristina I. Gatica, Gonzalo Nalda, Cecilia G. Pannocchia, Laura F. Racioppi, y María L. Senosiain 1999.
18. Secretaría de Salud. Honduras. Dirección de Riesgos Poblacionales. Departamento Salud Materno Infantil. Hallazgos de evaluación Intermedia del PAI Y Plan Nacional de Intervenciones Según Componentes 2001.
19. Ministerio de Salud Pública. División de Salud Materno Infantil, Depto. Atención al Niño. Programa Ampliado de Inmunizaciones. Aprovechemos todas las oportunidades de vacunación. Manual de Capacitación. OPS/OMS. UNICEF. Fundación Rotaria Internacional. 1991.
20. Secretaría de Salud Pública. Honduras. División de Epidemiología. Programa Ampliado de Inmunizaciones. Unidad de Ciencia y Tecnología. Estudio sobre Oportunidades Perdidas en Vacunación. Agosto 1988
21. Secretaría de Coordinación, Planificación y Presupuesto (SECPLAN). UNICEF. Honduras. Análisis de Situación de la Infancia, Mujer y Juventud 1995.
22. Secretaría de Salud. Región de Salud No. 6. Evaluación PAI 2001 – 2002.

23. OPS – Boletín Informativo. "Las Américas: Cinco años libre de poliomielitis" Proteja a sus hijos vacunándolos. Agosto 1996.
24. Progresos en la Eliminación del Sarampión, Informe de la Reunión Copatrocinada por PAHO/CDC/OMS, Atlanta, Georgia, EE.UU.
25. Oportunidades Perdidas de Vacunación, Javier Diez Domingo, 1er. Congreso de la AEV, Nov. 2001.
26. Boletín Epidemiológico PAI Enero 2000
27. Humiston, Sharon G., M.D, MPH and Good, Cynthia. Vaccinating your Child: Questions -- and Answers for the Concerned Parent. Peachtree Publisher, LTD., Atlanta, GA 2000.
28. Revista Pediatría de Atención Primaria, Vol. VII, Suplemento 4, 2005
29. OPS Curso de gerencia para el manejo efectivo del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI capítulo Q OPV.
30. Sansano, MI, Ubeda; Oportunidades Perdidas de Vacunación, 2005
31. Gloria Villareal Amaris, Edalcy Month Arrieta, Oportunidades Perdidas de Atención en Salud en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Sucre, Sincelejo, Colombia 2003.

32. Gloria Villareal Amaris, E. M. (2003). *Oportunidades Perdidas de Atencion en Salud en Instituciones Prestadoras de SeRvicios de Salud*. Secretaria de Salud. Sucre, Sincelejo: Investigacion.
33. Honduras, S. d. (2012). *Modelo Nacional de Salud*. Tegucigalpa, Honduras: Hibueras.

11. ANEXOS

**Mapa 1. Municipios reincidentes con coberturas de vacunación inferiores al 95%, objeto de estudio en investigación de Oportunidades Perdidas de
Región de Salud No. 6
Enero – Diciembre 2004**



Mapa 2
Municipios con coberturas inferiores al 95% en Inmunobiológico
Región de Salud N° 6
Enero - Diciembre 2004



Cob. < 95%



Cob. > 95%

Fuente: Estadística Regional 2004

Tabla No. 29

Municipios en riesgo por cobertura de Vacunacion inferior al 95% , en menores de dos años según rangos y Areas de Salud Region Sanitaria No. 6, Año 2004

Areas de Salud	Municipio	Rangos de Coberturas Inmunobiologicos								
		Sabin			Pentavalente			SRP		
		Menor de 50%	50-79%	80-94%	Menor de 50%	50-79%	80-94%	Menor de 50%	50-79%	80-94%
I	La Ceiba			X			X			
	El Porvenir			X						
	La Masica			X			X			
	San Francisco			X			X			
	Jutiapa			X			X			
	Balfate		X			X				X
II	Tela			X						
	Esparta			X			X			
	Arizona			X		X				
	Morazan		X			X				X
III	Jocon			X			X			
	Arenal			X			X		X	
IV	Tocoa			X			X			
	Sava			X						
IV	Trujillo			X			X			X
	Bonito Oriental		X			X				X
	Santa fe		X			X		X		
	Santa Rosa de Aguan			X						X
VI	Útila			X			X			X
	Jose Santos Guardiola			X			X			
Total			4	15		5	11		2	6
%			21	79		31	69		25	75

Fuente: Estadística Regional PAI

**Cuadro No. 1 Analisis de Monitoreo Rapido de Coberturas de Vacunacion
de la poblacion menor de dos años en
Region Sanitaria No. 6
Septiembre - Octubre 2004**

Municipios	Unidad de saLUD	Localidad	Numero de Viviendas			Menores de dos años	Menores de dos años con Esquema completo	Menores de dos años con dosis pendiente	Niños vacunados oportunamente	
			Encuestas	Cerradas	Total					
TELA	Triunfo de la Cruz	Barrio El Tigre				27	25	2	25	
	Triunfo de la Cruz	Extremo Este				28	28	0	22	
	Triunfo de la Cruz	Boquete				68	67	1	48	
	Triunfo de la Cruz	Barrio El Centro				27	25	2	20	
	San Juan Tela	San Juan Tela				4	3	1	3	
	Puerto Arturo	Puerto Arturo				9	8	1	7	
	Puerto Arturo	La Esperanza				19	17	2	14	
	Puerto Arturo	Colonia Ruth Garcia				35	28	7	26	
	Hospital Tela	Barrio Lempira				23	23	0	19	
	Hospital Tela	Barrio Lempira				30	30	0	22	
	Sub Total					270	254	16	206	
Arizona	Arizona					27	26	1	21	
	Jilamo Nuevo	Jilamo Viejo				2	1	1	1	
	Jilamo Nuevo	Jilamito Viejo				6	4	2	2	
	Kilometro 17	San Fco. de Saco	188	11	199	36	29	7	21	
		Planes de Hicaque kilometro 17				18	16	2	11	
	Sub Total			188	11	199	117	102	15	79
La Ceiba	Yaruca	El Paraiso				11	10	1		
	Yaruca	San Antonio	96	33	129	19	18	1	11	
	Yaruca	Rio Viejo	112	28	140	14	11	3	5	
	Sambo Creek	Granadita	51	12	63	13	12	1	13	
		Corinto	66	19	85	10	9	1	10	
	Sub Total			325	92	417	67	60	7	39
Tocoa	Hospital Tocoa	10 Barrios				217	202	15	176	
	Lerida	Chiripa				33	28	5	24	
		Sub total					250	230	20	200
Sava	Sava	Achiote				53	50	3	45	
		Sub total					53	50	3	45
Jutiapa	Los Olanchitos	Las Manas	58	11	69	25	19	6	6	
	Descombros	Aniceto	15		15	4	3	1	1	
	Descombros	Aldea Nueva	42	4	46	6	5	1	3	
	Descombros	Ilamapa	144	24	168	25	19	6	20	
	Descombros	Descombros	91	17	108	12	12	0	12	
	Sub total			350	56	406	72	58	14	42
Balfate	Rio Esteban	Bambu				7	7	0	1	
	Rio Esteban	Rio Esteban	73	11	84	59	55	4	45	
	Rio Esteban	Rio Coco	62	29	91	24	23	1	14	
	Rio Esteban	Balfate	58	18	76	17	14	3	10	
	Sub total			193	58	251	107	99	8	70
Esparta	Esparta	Guadalupe				9	9	0	4	
		San Jose				18	17	1	15	
		Verdun				6	5	1	4	
		Agua Caliente				9	8	1	7	
	Sub total					42	39	3	30	
Olanchitos	Trojas	Nombre de Jesus				36	28	8	28	
	La Hicaca	Agua Caliente				4	3	1	3	
	San Jose	Colonia Buenos Aires				16	12	4	2	
		Sub Total					56	43	13	33
GRAN - TOTAL			1056	217	1273	1034	935	99	744	

DATOS DE LA PERSONA ENTREVISTADA, O QUE LLEVA AL NIÑO/NIÑA AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.

14.- ¿Qué parentesco tiene usted con el niño?

Madre padre Otro familiar especifique _____

Otro, no familiar especifique _____

15.- A qué se dedica Usted en la actualidad?

Oficios domésticos Profesional
Ganadero Jornalero Comerciante
Obrero Agricultor Otros

Especifique _____

16.- ¿Cuánto tiempo tarda en llegar de su casa al establecimiento de salud, por el medio usual? Minutos _____ ¿Cómo se desplaza? _____

17.- **Encuestador (a):** Marque con una "X" quien es la persona que cuida al niño:

Madre pase a la pregunta No. 19

Otra persona continúe

18.- Porque al niño / niña no lo cuida la mamá?

Está enferma

Está ocupada

Está trabajando

Está de viaje

No vive con el niño

La madre murió

Otros: (Especifique) _____

19.- Cree Usted que es importante vacunar a los niños?

- Sí continúe con la pregunta N° 20
 No pase a la pregunta No. 21
 No sabe pase a la pregunta No. 21

20.- ¿ Por qué cree que es importante vacunar a los niños?

21.- Con un carné vacío, déselo a la madre para que lo LEA o interprete y llene Ud. el siguiente cuadro con lo que ella lea o responda:

¿Me puede decir cuáles son las vacunas que le ponen al niño? No leerle, marcar lo que ella lea			¿Sabe cuántas veces se debe poner al niño menor de dos años la vacuna de _____ ?	SABE?		EDAD	SABE?		¿Dígame, donde se aplica la vacuna _____	
	SI	NO		NUMERO	SI		NO	SI		NO
BGC										
Polio										
PENTAVAL ENTE (DPT, HB, HIB)										
SRP										
DPT										
Vitamina A										

22.- ¿Cree Usted que se debe vacunar al niño cuando tiene?

SÍ	NO
----	----

Fiebre alta-----

Fiebre leve-----

Convulsiones-----

Urticaria severa al huevo (alergia)-----

Diarrea-----

Tos-----

Desnutrición-----

Gripe-----

Otras -----

Especifique _____

23.- Tiene Usted el carné de vacunación del niño/niña

SI

Continúe

NO

Pase a la pregunta No. 70

24.- Sabe Usted leer y escribir sin problemas?

SI

Continúe

NO

Pase a la pregunta No. 70

25.- Llene el siguiente cuadro, utilice el carné propio del niño (a)

	Me puede decir cuáles son las vacunas que aparecen en este carnet? No leerle		Sabe cuántas veces le han puesto la...?		Sabe cuántas vacunas le faltan de ...?		Sabe cuándo es la cita para la próxima vacuna?	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
BCG								
Polio								
Pentavalente.								
SRP								
DPT								
Otra								

26.- ¿Cuándo ha visitado el Centro de Salud/Hospital, le pidieron el carné de vacunación?

¿Cuándo la apuntaron?

SI

NO

¿Cuándo la atendió la enfermera?

¿Cuándo la atendió el doctor?

27.- ¿Por qué razón, el niño (a) no ha recibido las dosis de vacuna que tiene pendientes?

	SI	NO	
No sabía que le faltaban vacunas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se me olvido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
No he podido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
No me gusta ir al centro de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Por qué? _____
No he tenido tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La vacuna le hace daño al niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Qué daño le hace? _____
Me da miedo que se enferme el niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
El centro de salud estaba cerrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
No había vacunas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
No había jeringas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La enfermera no estaba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
El niño ha estado enfermo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Qué tenía el niño? _____
El niño tuvo una reacción severa a una dosis previa de DPT / Pentavalente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (especifique) _____			

28.- ¿Cuántas dosis de las siguientes vacunas deben aplicarse al niño para que este completamente protegido

	NUMERO DE VECES	SI SABE	NO SABE
SABIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PENTAVALENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SRP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS SOBRE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACION EN PAI

29.- Durante el proceso de vacunación del niño y niña, en **forma personal o individual** le han hablado, educado y comunicado algo a usted sobre.

	SI	NO
Importancia de las vacunas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esquema de vacunación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo de vacuna y enfermedades contra las que protege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Numero de dosis por tipo de vacuna y edad de aplicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reacción adversa de la vacuna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30.- Ha recibido información, educación y comunicación en **forma grupal** en el servicio de salud sobre:

	SÍ	NO
Importancia de las vacunas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esquema de vacunación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo de vacuna y enfermedades contra las que protege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Numero de dosis por tipo de vacuna y edad de aplicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reacción adversa de la vacuna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31.- ¿ Cuáles de las siguientes acciones educativas sobre las vacunas, realiza el personal de salud en la comunidad?

	SI	NO
Ferias educativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concursos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desfiles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ninguno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32.- ¿Ha observado en el centro de salud y/o en la comunidad, material educativo relacionado a las vacunas?

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Afiches

Murales

Boletines

Pancartas

Otros

¿Cuáles? _____

Ninguno

33.- Ha recibido del personal de salud, material educativo tales como:

SI NO

Calendario de vacunación pequeños.

Bifolio sobre la vacuna, BCG, Polio, Sarampión, Pentavalente.

Trifolio sobre la vacuna Pentavalente

34.- ¿Cómo cree Usted que se pueden incrementar las acciones de vacunación a nivel de la comunidad

35 ¿Quién es el responsable de que los menores de dos años, estén vacunados con su esquema completo? Los padres cargados ersonal de Sa

Ambos

36.- Ha participado alguna vez en reuniones para analizar la situación de las vacunas en la localidad?

Sí No No sabe

REVISION DE LA SITUACION VACUNAL

37. Encuestador /a: Usando el carnet del niño llene con las fechas de vacunación, dosis, refuerzo, fecha de cita, pérdida de vacuna y razón de la pérdida de la oportunidad de vacunación; para esto último utilice los códigos que aparecen abajo del cuadro.

NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA: _____ NOMBRE DE LA MADRE _____

Edad del Niño: _____

VACUNA	RECIEN NACIDO	1ERA DOSIS	2DA DOSIS	3ERA DOSIS	REFUERZOS	TOTAL DOSIS	CITA	VACUNAS PERDIDAS	PORQUE RAZON
BGC		____/____/____ día mes año			____/____/____ día mes año	_____	____/____/____ día mes año	Sí No ____	____
POLIO		____/____/____ día mes año	____/____/____ día mes año	____/____/____ día mes año	____/____/____ dic mes año	_____	____/____/____ día mes año	Sí No ____	____
Pentavalente (DPT+Hb+Hib)		____/____/____ día mes año	____/____/____ día mes año	____/____/____ día mes año		_____	____/____/____ día mes año	Sí No ____	____
SRP		____/____/____ día mes año				_____	____/____/____ dic mes año	Sí No ____	____
DPT		____/____/____ día mes año	____/____/____ día mes año	____/____/____ día mes año	____/____/____ día mes año	_____	____/____/____ día mes año	Sí No ____	____

Para llenar **PORQUE RAZON** lea los códigos abajo señalados y anote el que corresponde a la respuesta obtenida. Si hay mas de una razón, anote las mas importante.

Enfermedad actual	Política /logística	Familiar	Antecedentes
01 fiebre leve	08 enfermedad / médico no determino	13 las vacunas no son importantes	22 convulsiones
02 fiebre alta	necesidad de inmunización	14 El niño se enferma con las	23 reacciones a
03 gripe, tos	09 falta de vacunas	vacunas.	las dosis previas.
04 diarrea	10 falta de cupo y		24 con otro hijo
	tiempo p/vacunar	15 La espera por las vacunas	tuvo mala
05 vómitos	11 niño acompañante q/no demandó	quitan mucho tiempo	experiencia
06 desnutrición	consulta	16 Perdida del Carnet	25 otra _____
07 otra _____	12 otra _____	17 el niño está muy débil para	especifique
especifique	especifique	recibir la vacuna	
		18 no sabía que había que vacunar	
		19 vive lejos	
		20 descuido	
		21 otra _____	especifique

38. **Encuestador /a:** Termine la entrevista y agradezca al entrevistado/a. No se olvide de revisar las preguntas comprendidas de la 120 a la 140 con los datos de vacunación del niño que anotó en el cuadro.

Revise en la tarjeta de vacunación del niño y vea si esta anotada la cita de la próxima vacuna.

	Si	No	Ya no la necesita
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pentavalente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SRP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DPT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39.- **Encuestador /a:** Revise en la tarjeta del niño y vea si el tiempo de cita está acorde con los parámetros establecidos

	Adecuado	Inadecuado	No necesita	Sin
cita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pentavalente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SRP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DPT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PERSONAL DE SALUD Y DATOS DEL SISTEMA DE INFORMACION

40.- **Encuestador/a:** Proceda a revisar si hay existencia del listado de vacunación en el establecimiento:

Si Continúe

No Pase a la pregunta No. 41

41.- Proceda a anotar los datos del niño, que aparecen en el listado de vacunación (fechas de dosis aplicadas).

VACUNA	RECIEN NACIDO	1ERA	2DA	3ERA	REF
BCG		___/___/___ día mes año			
POLIO	___/___/___ día mes año	___/___/___ día mes año	___/___/___ día mes año	___/___/___ día mes año	
Pentavalente		___/___/___ día mes año	___/___/___ día mes año	___/___/___ día mes año	
SRP	___/___/___ día mes año				
DPT		___/___/___ día mes año	___/___/___ día mes año	___/___/___ día mes año	___/___/___ día mes año

42.- Proceda a anotar las fechas de las citas que aparecen en el listado de vacunación de este año.

	1ERA	2DA	3ERA	REFUERZO
BCG	___/___/___ día mes año			___/___/___ día mes año
POLIO	___/___/___ día mes año	___/___/___ día mes año	___/___/___ día mes año	___/___/___ día mes año
Pentavalente	___/___/___ día mes año	___/___/___ día mes año	___/___/___ día mes año	
SRP	___/___/___ día mes año			___/___/___ día mes año
DPT				___/___/___ día mes año

43.- **Encuestador/a:** Proceda a comparar los datos de vacunación del niño anotado en el cuadro de la pregunta N° 37 y los registros en el listado de vacuna (LINVI) del establecimiento de salud (Cuadro N° 41 y 42) y determine si **hay coincidencia** en lo siguiente:

No. de dosis Sí No

Fecha de aplicación

Fechas de citas

Encuestador /a: Solicite al personal de salud le muestre el expediente del niño y anote la razón de la última visita al centro de salud:

44.- *¿Quién la (o) atendió?*

Medico

Enfermera Profesional

Auxiliar de Enfermería

45.- *¿Cuál es la causa de consulta?*

Por enfermedad. Qué enfermedad? _____

Por vacuna Pase a la 47

Por Control Crecimiento y Desarrollo Termine.

46.- Que temperatura aparece anotada? _____ °C

47.- Aparece alguna nota sobre vacuna?

Si Continúe

No Termine.

48.- Quien lo atendió?

Medico

Enfermera

A/E

49.- Escriba lo que aparece anotado:
