

**COBERTURA VACUNAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE
PEDIATRÍA I, II Y III DEL HOSPITAL DE NIÑOS “DR. JORGE LIZARRAGA”
MAYO- JULIO 2013.**



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA



**COBERTURA VACUNAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE
PEDIATRÍA I, II Y III DEL HOSPITAL DE NIÑOS "DR. JORGE LIZARRAGA".
MAYO- JULIO 2013.**

Autor.
Vanessa Marina Pulgar Escobar

Valencia; Octubre 2013



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA



**COBERTURA VACUNAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE
PEDIATRÍA I, II Y III DEL HOSPITAL DE NIÑOS "DR. JORGE LIZARRAGA".
MAYO- JULIO 2013.**

Autor

Vanessa Marina Pulgar Escobar

Tutor

Dra. María Alejandra Rosas

TRABAJO DE GRADO PRESENTADO ANTE LA COMISIÓN DE POSTGRADO DE LA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:
PEDIATRÍA Y PUERICULTURA



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN PUERICULTURA Y
PEDIATRÍA



VEREDICTO

Nosotros, miembros del jurado designado para la evaluación del trabajo de Grado titulado: **COBERTURA VACUNAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA I, II Y III DEL HOSPITAL DE NIÑOS “DR. JORGE LIZARRAGA”**. **MAYO- JULIO 2013**. Presentado por Vanessa Marina Pulgar Escobar; para optar al título de Especialista en Puericultura y Pediatría, estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como: _____

Nombre y Apellido

C.I.

Firma del Jurado

DEDICATORIA

A mi familia la cual me ha enseñado que el esfuerzo, la perseverancia y la humildad son la clave del éxito...por lo tanto este logro es de todos ustedes.

AGRADECIMIENTO

Principalmente **a Dios** por guiar mis pasos, iluminar mis mañanas y bendecir mis sueños.

A mi familia que cada reto que emprendo lo sienten como suyo y me dan su apoyo incondicional. Especialmente a mis padres Gustavo y María Teresa

A la **Dra. María Alejandra Rosas** por la dedicación y disposición que demostró, recibíendome con los brazos abiertos en cada momento y compartiendo sus conocimientos conmigo...todo un ejemplo a seguir.

A mis compañeros de postgrado por haber pasado de conocidos a ser familia... orgullosa de que seamos un grupo homogéneo y que me hayan motivado a ser mejor.

A la “Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera” por ser el medio físico en donde ocurre la magia para que año tras año tantos estudiantes nos convirtamos en embajadores de la salud

A los pacientes que aunque padecen enfermedades no les falta la sonrisa para alegrarnos el día...gracias por ser parte de esta investigación.

ÍNDICE GENERAL

Índice de cuadros	ix
Resumen	X
Abstrac	xi
Introducción	1
Objetivo General	4
Objetivos Específicos	4
Materiales y métodos	5
Resultados	6
Discusión	7
Conclusiones	11
Recomendaciones	12
Referencias bibliográficas	18
Anexo A	20
Anexo B	21
Anexo C	22
Anexo D	23

Índice de Cuadros

Distribución por edad y sexo de los niños hospitalizados en quienes se evaluó cobertura vacunal.	13
Distribución del estado de cobertura vacunal según esquemas del Programa Ampliado de Inmunizaciones (P.A.I) y Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría (SVPP).	14
Distribución de las diferentes vacuna del PAI, según el estado de cobertura vacunal.	15
Distribución del estado de cobertura vacunal en niños hospitalizados según graffar	16
Motivos de No colocación de vacuna según tutor legal de los niños	17



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA



COBERTURA VACUNAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA I, II Y III DEL HOSPITAL DE NIÑOS "DR. JORGE LIZARRAGA".

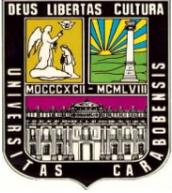
MAYO – JULIO 2013

Autora: Vanessa Pulgar

RESUMEN

La vacunación es el procedimiento médico que más ha contribuido a prevenir enfermedades a nivel mundial, estrategias de campañas masivas de vacunación han logrado disminuir las enfermedades prevenibles por éstas, pero a pesar de ello, algunas patologías aún inciden en la población. **Objetivo:** Determinar la cobertura vacunal en pacientes hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital de Niños "Dr. Jorge Lizarraga". Mayo - Julio 2013. **Materiales y Métodos:** descriptiva, transversal, no experimental. Población: 483 pacientes hospitalizados de Mayo a Julio del 2013. La muestra incluyó a 72 niños (14,9% de la población) de los cuales se obtuvo la cartilla de inmunizaciones. Criterios de exclusión: patología que condicionara inmunodeficiencia. **Resultados:** predominó el sexo femenino 56,9%, correspondiendo al grupo por edad, los lactantes formaron la mayoría de la muestra en un 70,9%. El 76,4% presentó un esquema completo, pero en menos de la mitad, 47,5% fue acorde a la edad. BCG y OPV tuvieron cobertura vacunal mayor (97,2% y 91,7% respectivamente), seguida de la vacuna anti-influenza 79,2%. **Conclusiones** El sexo femenino predominó en un 56%. Se evidencia mejor cobertura con el esquema PAI que con el esquema SVPP el cual no logró abarcar ni la mitad de la población inmunizada por el PAI. La principal causa de no colocación de vacunas fue la falta de información.

Palabras clave: cobertura vacunal, pediatría, cartilla de vacunación.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA

**VACCINATION COVERAGE IN INPATIENT PEDIATRIC SERVICE I, II AND III.
HOSPITAL DE NIÑOS "DR. JORGE LIZARRAGA" MAYO – JULIO 2013**

Autora: Vanessa Pulgar

ABSTRACT

Vaccination is a medical procedure that has helped to prevent diseases worldwide. Strategies have created mass vaccination campaigns, decreasing these preventable diseases, but despite this, some diseases still affect the child population. **Objective:** To determine the vaccination coverage in patients hospitalized in the pediatric ward of the Children's Hospital "Dr. Jorge Lizarraga". May-July 2013. **Materials and Methods:** A descriptive, transversal, non-experimental, prospective. Population consisted of 483 patients hospitalized from May to July of 2013. The sample constituted 72 children who received immunizations. Exclusion criteria: immunodeficiency disease that made conditional. **Results:** the female was the predominance 56.9%, and infants (70.9%). 76.4% had a complete outline, but in less than half (47.5%) was age-appropriate. BCG and OPV vaccination coverage had increased (97.2% and 91.7% respectively), followed by anti-influenza vaccine (79.2%). **Conclusions:** The female predominance in 56%. The best evidence EPI coverage scheme with the scheme which I fail SVPP cover even half of the population immunized by EPI. The main cause of non-placement of vaccines was the lack of information.

Keywords: vaccine coverage, pediatrics, immunization record.

INTRODUCCIÓN

La vacunación es el procedimiento médico que más ha contribuido a prevenir enfermedades a nivel mundial. La importante disminución de la incidencia de algunas infecciones, como la viruela, difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis y en los últimos años también la enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae tipo b* y *Neisseriameningitidis* es una prueba evidente de la efectividad de las vacunas. ⁽¹⁾

La Organización Mundial de la Salud estableció, a nivel mundial en 1974 y en las Américas en 1977 el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) el cual consiste en aplicación de la vacuna BCG, difteria, tosferina, tétanos, y sarampión, a niños menores de 5 años de edad.⁽²⁾ En 1999 se establece el PAI de segunda generación, que incluye vacuna antihepatitis B, *H. influenzae* tipo b, rubeola y paperas teniendo como propósito fundamental reducir las muertes y los casos de enfermedades que pueden ser prevenibles; señalando además, que forma parte de la atención primaria en salud y corresponde al primer nivel de atención en el renglón de protección específica, motivo por el cual todo niño debe beneficiarse de este programa.⁽²⁾

La introducción de la vacuna neumocócica conjugada actualmente disponible a los esquemas nacionales de inmunización tendría un impacto considerable en la enfermedad neumocócica y la mortalidad infantil, por lo que en el 2006 la OMS y la OPS sugirieron incluirla en el PAI, sin embargo actualmente solo 2 países en Latinoamérica no la han incorporado, siendo Venezuela uno de ellos.⁽²⁾

Los lineamientos para que la educación de la población, referente a la información y a la promoción de la vacunación sea adecuada recaen sobre el equipo de salud (médicos, enfermeras, voluntarios y autoridades sanitarias), para crear el impacto necesario en la comunidad, generando la inmunización oportuna y llegando a todos y cada uno de los hogares.⁽³⁾

Las vacunas se recomiendan para los miembros del grupo por edad más expuesto a presentar la enfermedad, incluso antes de llegar a la edad de mayor riesgo, en quienes se ha demostrado eficacia, capacidad inmunógena y seguridad, requiriendo

un número específico para cada una para estimular una respuesta de anticuerpos adecuada y persistente.⁽⁴⁾

Es importante cumplir adecuadamente el esquema propuesto a edad e intervalos específico en cada vacuna, sin utilizar calendarios acelerados ni retraso en la administración, cumpliendo así un Esquema Completo Acorde a Edad (ECAE); el hecho que existan variaciones entre los intervalos y las edades ideales para la colocación de las diferentes dosis y/o refuerzo podrían llevar a Esquemas Completos No Acordes a la Edad (ECNAE) o Esquemas Incompletos para la Edad (EIE). En estos 2 últimos casos no se protegería al niño en su máximo período de riesgo para sufrir la enfermedad.⁽⁴⁾

Sin embargo en situación de vacunación con retraso se debe aprovechar todas las oportunidades para vacunar al niño y en estos casos se estaría implementando un esquema completo más no acorde a edad ideal de administración (ECNAE).⁽³⁾

Es evidente que los métodos de salud en las comunidades han avanzado mucho en la mejora de la administración de vacunas a los niños que entran a la escuela preescolar; según la OMS para el año 2011 la cobertura general fue superior al 95% en los EE.UU Así mismo, en España se han alcanzado y mantenido coberturas vacunales elevadas en los últimos 13 años en vista de que para lograr niveles de inmunización óptimos, las coberturas deben alcanzar el 90% o más, necesario para disminuir la población susceptible y prevenir la aparición de enfermedades.⁽⁵⁾

Latinoamérica ha sido líder a nivel mundial en la eliminación o reducción de enfermedades prevenibles por vacunación; la región fue la primera en erradicar la viruela en 1971 y en eliminar la poliomielitis en 1991. El último caso endémico de sarampión se reportó en 2002 y el último caso endémico de rubéola en 2009.⁽³⁾

Además de contar con el esquema que ofrece el P.A.I también existe el esquema ideal para el niño, niña y adolescente venezolano, ajustada a la realidad epidemiológica del país, planteado por la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría (SVPP), sumando vacunas como anti-neumocócica, anti-meningocócica,

anti-varicela y anti-hepatitis A, el cual sería un esquema ideal para la población con riesgo de sufrir enfermedades.⁽⁶⁾

Esto hace que en nuestro país existan dos realidades vacunales: la de aquellos niños que tienen acceso a inmunizarse en centros privados, quienes tendrán un esquema ideal a nuestra realidad y aquellos que se vacunen en los centros del estado que quedan desprotegidos ante ciertas enfermedades, ya que vacunas conjugadas contra el neumococo, entre otras, son administradas desde hace varios años en la práctica privada y que se espera sean incluidas para el beneficio de todo niño, niña y adolescente venezolano.⁽⁵⁾

Otras, como son la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) están en espera por licencia para su administración, esta vacuna pueden prevenir la mayoría de los casos de cáncer de cuello uterino, vaginal, de vulva; así como las verrugas genitales y anales, en los dos sexos, si se administra antes de la exposición al virus.⁽⁷⁾

En Venezuela según UNICEF se tienen muy bajas coberturas vacunales, no llegando al porcentaje ideal de cobertura en algunas vacunas, como lo son la DPT en menores de un año la cual cerró el 2011 con cobertura del 64,6%. Es importante además, indagar el por qué aunque en el país se cuenta con incontables programas informativos sobre el presente tema, este porcentaje no ha aumentado.⁽⁸⁾

Existen pocos trabajos que se dedican a estudiar este problema en Venezuela, por lo tanto se justifica realizar esta investigación. Además se deben buscar las medidas para mejorar la situación que se está viviendo, educando a los familiares sobre como retomar el esquema que se había quedado incompleto.⁽⁷⁾

Teniendo como base firme de esta investigación trabajos realizados previamente, se demostró que desde años atrás se están estudiando propuestas de programas educativos para el conocimiento de la importancia de la vacunación, como en el año 2008, en Venezuela Edo. Anzoátegui se planteó un “Programa educativo para la formación de actitudes preventivas ante el incumplimiento y retraso de la aplicación del esquema nacional de inmunización”; notando que los niveles de inmunización en Venezuela no son óptimos y que entre los factores que contribuyen a

disminuir las coberturas se encuentra las influencias de creencias de la familia venezolana.⁽⁸⁾

Lo antes expuesto coincide con Parra M y col., año 2010, quien investigó los “Factores de riesgo para esquemas de vacunación incompletos en niños de 6 a 60 meses”, resultando como principal factor además de falsas creencias, el desconocimiento de los padres con respecto a la importancia de la vacunación.⁽⁹⁾

En el año 2010 Boscan, M y cols¹¹ en el trabajo realizado en el Hospital de niños “Dr. Jorge Lizarra” sobre “Actitud de las madres en el cumplimiento del calendario de vacunación de niños menores de 6 años”, donde se concluyó que un 56,6% había presentado retraso en la colocación de las vacunas a sus hijos, se creó la motivación de evidenciar si dicho resultados y sus posibles causas persisten en el presente año, para crear así estrategias dirigidas a corregir dicho fenómeno⁽¹⁰⁾, por lo que se plantea:

Objetivo General:

Determinar la cobertura vacunal en los pacientes hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital de Niños “Dr. Jorge Lizarraga” de Valencia, Venezuela, durante el período de Mayo a Julio del 2013.

Objetivos específicos:

1. Determinar las características epidemiológicas de los pacientes, como sexo y edad (comprendida entre los 2 meses y los 14 años)
2. Describir su cobertura vacunal de acuerdo a: ECAE, ECNAE y EIE, relacionándola con los esquemas implementados en el PAI y en la SVPP
3. Valorar el estado de cobertura de las diferentes vacunas en base a ECAE, ECNAE, y EIE.
4. Relacionar la cobertura vacunal según la estructura social jerárquica utilizando la escala de graffar familiar
5. Determinar las posibles causas de fallo de cobertura vacunal de los pacientes con esquemas incompletos y no acordes a edad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de Investigación

La investigación es descriptiva, transversal, no experimental.

La población estuvo constituida por todos los pacientes hospitalizados en los servicios de Pediatría I, II y III del hospital de niños "Dr. Jorge Lizarraga", durante los meses de Mayo a Julio del 2013 con un total de 483 niños en los tres servicios. La muestra quedó constituida solo por aquellos niños de quienes se obtuvo la cartilla de inmunizaciones durante el período que permaneció hospitalizado con un total de 72 pacientes.

Criterios de exclusión: que presentaran alguna patología que condicionara inmunodeficiencia, ya que podría conllevar a esquemas de inmunizaciones diferentes, según la condición del niño.

Durante el período de estudio, el investigador acudió diariamente, de lunes a viernes, en horario matutino, para entrevistar a los representantes de los pacientes hospitalizados en los servicios en estudio. Se solicitó al tutor legal la cartilla de inmunizaciones del niño, en caso de no tenerla al momento del primer contacto, generando visitas sucesivas hasta obtenerla.

Se utilizó una ficha de recolección de datos elaborada por el investigador, la cual, previo al consentimiento informado del representante legal, se vació la información obtenida directamente de la revisión de la cartilla vacunalobteniendo datos como edad, sexo, servicio de hospitalización, fechas de colocación de cada vacuna, y causas en caso de no colocación o esquema incompleto o no acorde a edad por medio del interrogatorio.

Los datos obtenidos fueron procesados con el programa SPSS versión 17.0 para Windows. El cálculo de la incidencia se expresó en porcentaje, donde el 100% estuvo constituido por los 72 pacientes de los cuales se obtuvo la cartilla de vacunación, los resultados fueron expresados en cuadros de distribución de frecuencia absoluta y relativa (porcentajes)

RESULTADOS

Durante el período en estudio Mayo – Julio 2013, se ingresaron un total de 483 pacientes en los servicios de Pediatría I, II y III, sin embargo se logró obtener la cartilla de vacunación solo en 72 niños, lo que representó el 14,9% del total de ingresos.

Los niños evaluados estuvieron representados por un franco predominio del sexo femenino 56,9%, siendo el grupo de edad los lactantes 70,9% en mayor rango, lactantes menores un 41,7% y los mayores un 29,2%. (Cuadro 1).

Al evaluar el estado de cobertura vacunal, comparando los esquemas implementados, PAI vs el programa de la SVPP se puede apreciar: El 76,4% del total de niños presentó un esquema completo según el PAI, de ellos menos de la mitad 47,2% fue acorde a la edad; por otro lado, solo el 31,9% del total de niños, presentó un esquema completo, al evaluarlos según el esquema ideal propuesto por la SVPP, y de estos 20,8% fue acorde para la edad. (Cuadro 2).

Al discriminar por las diferentes vacunas y según el esquema propuesto por el PAI, se apreció que la BCG y OPV fueron las que tuvieron una cobertura vacunal mayor (97,2% y 91,7% respectivamente), seguida de la vacuna anti-influenza 87,5%, DTP, AntiHi tipo B y Antihepatitis B con 76,4% cada una. Todas las demás vacunas tuvieron menos del 76,4% de cobertura (Cuadro 3).

El 81,9% de los niños pertenecieron al graffar IV-V (Cuadro 4) y de ellos el 91,7% tenían un esquema completo (83,3% ECAE y 8,3% ECNAE), a diferencia de los niños pertenecientes al graffar III, en los cuales el 23% presentó un EIE, 30,8% tuvo un ECNAE y un 46,2% tuvo ECAE (Cuadro 4).

Al indagar sobre los motivos por los cuales no se colocaron las inmunizaciones o se colocaron a destiempo, la principal razón aducidas por los representantes, en generalmente madres, en un 35,15% es que no recibieron información adecuada y oportuna. Otro factor importante fue la presencia de enfermedad leve y olvido 29,8% y 21,1% respectivamente (cuadro 5)

DISCUSIÓN

Las inmunizaciones representan, después del agua potable, el medio más eficaz de prevenir las enfermedades infecciosas, siendo uno de los logros más destacados de la salud pública en la pediatría. De allí la importancia de conocer la aplicación de las mismas en nuestra comunidad, ya que las vacunaciones sistemáticas en las edades de mayor riesgo disminuirá extraordinariamente⁽¹¹⁾.

De un total de 483 pacientes ingresados solo se tuvo acceso al 14,9% de las cartillas vacunales, lo cual representa una gran limitante para este estudio, ya que era decisión directa de las madres el entregar o no dicho documento, no existiendo una política clara y precisa en los distintos servicios de hospitalización, sobre la obligatoriedad de dicho documento al momento de la hospitalización y antes de su egreso, lo cual podría denotar poco interés por parte del personal médico sobre el hecho de captar inmunizaciones incompletas y de esa manera disminuir las oportunidades perdidas para completar el esquema de vacunación en estos niños.⁽¹³⁾

En el estudio realizado en la misma institución, por Boscan y cols en el año 2012 reportaron que el 78,9% de las madres llevaba consigo la cartilla o tarjeta de vacunación de sus hijos cuando acuden a una consulta pediátrica, lo que contrasta con el presente trabajo; igual apreciación se observa en el estudio sobre: Factores de riesgo para esquemas de vacunación incompletos, realizado en el Instituto Nacional de Pediatría de México en el año 2003, el cual reportó que solo el 2,9% de las madres no presentaron la cartilla de vacunación.^(10 – 12)

Pareciera, según estos resultados, que le dan una connotación diferente al asistir a la hospitalización, tal vez por la creencia social que mientras el niño esté enfermo no debe recibir ninguna inmunización.¹² Además impresiona que los médicos en las salas de hospitalización, o al ingresar el paciente han perdido el interés de solicitar a los representantes el documento de vacunación del niño como requisito indispensable para el egreso del paciente.^(12 – 13)

En el estudio, predominó el sexo femenino, al igual que lo reportado por Callo D y colaboradores, en un estudio realizado en el Hospital de Niños “Dr. Ovidio Aliaga Uria” de la ciudad de la Paz, Bolivia sobre Esquemas Incompletos en niños hospitalizados³. En lo referente a la edad el 70,9% se concentró en lactantes menores, lo que difiere con Macias M y cols en el trabajo realizado en Méjico donde esta población apenas representaba menos del 30% de la muestra estudiada. (cuadro1).⁽¹³⁻¹⁴⁾

Es evidente que existen dos realidades en lo referente a las enfermedades inmunoprevenibles con vacunas, existiendo en nuestra sociedad un grupo de niños beneficiados porque sus padres pueden costear las vacunas no incluidas en el PAI, pero que han demostrado alta efectividad e impacto en prevenir enfermedades en nuestros niños y que son incluidas como obligatorias por la SVPP, solo un 31,9% de la población evaluada contaba con estas inmunizaciones (anti-neumocócica. Anti-hepatitis A y anti-varicela). (Cuadro 2).⁽¹⁵⁾,

El 76,4% de los niños presentó un esquema completo según el PAI, pero solo un 47,2% lo presentó completo y acorde a su edad (ECAE) y el 29,1% aún cuando fue completo, no fue acorde a su edad, ya que algunas dosis o vacunas no se aplicaron en la edad ideal, lo que genera un mayor riesgo de sufrir estas enfermedades, lo cual es similar a lo reportado por Macías M y cols¹³ en el año 2003, quienes reportaron valores discretamente mayores a los aquí presentados, refiriendo un 82,2% de cobertura vacunal completa, con un 59,5% de ellas completas y acorde a la edad. A diferencia de lo encontrado por Callo D y cols con un porcentaje elevado de niños que no tenían el esquema completo de vacunación recomendado por el PAI de ese país.⁽³⁻¹¹⁾

Como lo reportado en múltiples publicaciones, la vacuna BCG es en mucho la que tiene una mayor cobertura, probablemente porque se trata de una vacuna que se coloca en una población cautiva (al momento de nacer y antes de egresar del hospital), al igual que la VPO, la cual muy probablemente inculque menos temor por parte de las madres a colocársela a sus hijos, ya que al ser una vacuna oral denota menos dolor y puede dar la falsa sensación de seguridad, aunado a esto, es una vacuna que se coloca en todas las campañas de vacunación, sin importar el número de dosis que

tenga el niño o si tiene o no cartilla de vacunación para verificación de la misma, es una vacuna altamente económica, la cual muy difícilmente falte en los Centros de Vacunación. ⁽³⁾

La tercera vacuna con mejor cobertura fue la anti influenza 79,2%, muy probablemente por el temor aun latente de la pandemia de H1N1 en el 2009 y los brotes sucesivos⁽¹⁰⁾

Por otro lado las vacunas contra DTPc, anti Hi tipo b y anti Hepatitis B, presentan una cobertura similar (51,4% con ECAE y 25% con ECNAE), esto debido a que ya desde hace más de 5 años estas vacunas se colocan en forma de vacuna conjugada pentavalente, lo cual facilita el cumplimiento del esquema⁽³⁾

Los resultados obtenidos en el presente estudio sobre las coberturas vacunales son similares a los procesados por Callo D y col, quienes reportan una cobertura del 80% para la primera dosis de pentavalente, 70% para la segunda y 58% para la tercera dosis, presentando en global un 40% de EIE, similares a los que informa ENDSA 2003, que reporta una disminución de la cobertura a partir de la primera dosis. Se apreció EIE entre el 30 y 33% para las vacunas Trivalente viral y Anti amarílica, valor inferior a lo reportado por Callo D y col, donde el 44% no cumplió con dicha inmunizaciones.^(10 – 11)

Muy al contrario de lo esperado, fueron los pacientes pertenecientes al graffarIV y V quienes presentaron mejores esquemas de inmunizaciones, tal vez debido a que el graffar de III son muchas las madres quienes trabajan fuera del hogar, delegando la responsabilidad de inmunizar a otras personas o acudiendo al facultativo principalmente cuando el niño se encuentra enfermo.⁽¹³⁾

Al indagar sobre las causas de una colocación inadecuada de las inmunizaciones es importante destacar que el 75,5% de las causas referidas por las madres en responsabilidad directa del equipo de salud (no recibió información, se difiere por enfermedad leve o fallas en el ambulatorio) , lo cual también es reportado por Juhasz J y col; en un estudio realizado en el año 2008 en una comunidad del Estado Anzoátegui, donde el primer motivo para la no colocación de la vacuna fue la

falta de información y de apoyo gubernamental, el segundo motivo la enfermedad leve (gripe) y el tercer motivo fue el olvido de vacunar. ^(8 – 10- 11- 12)

Otros estudios como el de Boscán M y col reportaron igualmente el desconocimiento y el creer que una enfermedad leve es motivo para dejar de vacunar. Igualmente Macías M y col en su estudio en Méjico, manifiesta que un 31% de los padres presentaban falsas contraindicaciones para vacunar, llama la atención que en este estudio el 39% de las madres adujo que ningún personal de salud preguntó acerca del esquema de inmunizaciones, lo que coincide con los resultados de este trabajo, lo que anterior pone de manifiesto la importancia que juega el equipo y sistema de salud en garantizar una adecuada cobertura vacunal. ^(9 – 10 – 11- 12 - 14)

CONCLUSIONES

La población principal y que más predominó en este estudio estuvo conformada por los lactantes, los cuales comprenden el grupo por edad más susceptible a contraer enfermedades.

El sexo femenino predominó en los pacientes estudiados conformando un 56% de la población.

Se evidencia mejor cobertura con el esquema PAI, encontrando que casi el 80% de la población está vacunada, sin embargo solo el 36% acorde a la edad en que deben inmunizarse, por el contrario si se compara con el esquema recomendado por la SVPP, este no logró abarcar ni la mitad de la población inmunizada por el PAI.

Son las vacunas de BCG y OPV las que se mantienen con excelente cobertura seguida por la vacuna antiinfluenza.

Los niños de menor edad presentaron mejor y más completo esquema de inmunización; sin embargo las oportunidades perdidas se presentan en todos los niveles de atención.

La principal causa de no colocación de vacunas en tiempo adecuado fue según los representantes legales la falta de información (con un 35%), seguido de no colocación por enfermedad leve.

RECOMENDACIONES

En general, la falta de organización de entes médicos y gubernamentales, la falta de información y los factores familiares y socioeconómicos se reflejan en los resultados obtenidos en la investigación; por lo que se propone realizar programas educativos, no solo a la población en general, sino también al personal de salud, enfermería, estudiantes de medicina y médicos en general que promuevan la actualización en materia de inmunizaciones para mejorar las actitudes preventivas en los padres y en la comunidad, educándolos especialmente en cuanto a las contraindicaciones erróneas y resaltando los beneficios de la inmunización

En caso del personal de salud se recomienda a los médicos a habilitar estrategias para no solo inmunizar al mayor número posible de niños sino también para recuperar aquellos pacientes que presenten esquemas de vacunación desactualizados, aprovechando todo encuentro clínico para evaluarlos y completar el esquema ideal para su edad. Durante la consulta se deberá hacer hincapié a los padres de la importancia de llevar la cartilla de vacunación al acudir tanto al control de niño sano como a un centro de salud o emergencia.

Desarrollar una propuesta para que vacunas tales como antineumococo, antivariola, antihepatitis A, antiVPH, formen parte del programa ampliado de inmunizaciones y así estén disponibles a un mayor número de personal que probablemente por desinformación o por fallo económico no pueden disfrutar de sus beneficios.

Solicitar la cartilla de vacunación a los niños que acudan por consulta o que deben ser hospitalizados como requisito indispensable para su egreso del hospital.

Por último exhortar a las autoridades de garantizar la oferta de vacunas a la población para que en cada rincón del país no se quede ningún niño sin reclamar este derecho.

Cuadro 1

Distribución por edad y sexo de los niños hospitalizados en quienes se evaluó cobertura vacunal.

CARACTERISTICA EPIDEMIOLOGICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEXO		
MASCULINO	31	43,1
FEMENINO	41	56,9
TOTAL	72	100
EDAD		
2m - <12m	30	41,7
12m - < 24m	21	29,2
2 ^a - < 6 ^a	13	18,0
6 ^a - < 10 ^a	6	8,3
10 ^a - < 14 ^a	2	2,8
TOTAL	72	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Cuadro 2

Distribución del estado de cobertura vacunal según esquemas del Programa Ampliado de Inmunizaciones (P.A.I) y Sociedad Venezolana de Pediatría y Puericultura (SVPP).

	PAI		SVPP	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
ECAE	34	47,2	15	20,8
ECNAE	21	29,2	8	11,1
EIE	17	23,6	49	68
TOTAL	72	100	72	100

ECAE: Esquema Completo Acorde a Edad

ECNAE: Esquema Completo No Acorde a Edad

EIE: Esquemas Incompleto para la Edad

Fuente: Ficha de recolección de datos

Cuadro 3

Distribución de las diferentes vacuna del PAI, según el estado de cobertura vacunal.

Esquema	ECAE		ECNAE		EIE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BCG	70	97,2	0	0	2	2,8	72	100
VPO	60	83,4	6	8,3	6	8,3	72	100
DTPc	37	51,4	18	25	17	23,6	72	100
Anti <i>H</i>tipo b	37	51,4	18	25	17	23,6	72	100
Anti Hep. B	37	51,4	18	25	17	23,6	72	100
Trivalente viral	25	59,5	4	9,5	13	31,0	42*	100
Anti Amarílica	20	47,6	8	19,0	14	33,4	42*	100
Anti Rotavirus	50	69,4	0	0	22	30,6	72	100
Anti Influenza	56	77,8	7	9,7	9	12,5	72	100

ECAE: Esquema Completo Acorde a Edad

ECNAE: Esquema Completo No Acorde a Edad

EIE: Esquemas Incompleto para la Edad

*En base al total de niños mayores de 1 año, quienes podían recibir la vacuna.

Fuente: Ficha de recolección de datos

Cuadro 4

Distribución del estado de cobertura vacunal en niños hospitalizados según graffar.

Esquema Estratificación	ECAE		ECNAE		EIE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Graffar I a III	6	46,2	4	30,8	3	23,0	13	100
Graffar IV a V	28	83,4	17	8,3	14	8,3	59	100

ECNAE: Esquema Completo No Acorde a Edad

EIE: Esquemas Incompleto para la Edad

Fuente: Ficha de recolección de datos

Cuadro 5

Motivos de No colocación de vacuna según tutor legal de los niños.

CAUSAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Falla en ambulatorio	6	10,5
Enfermedad leve	17	29,8
Enfermedad severa	2	3,5
Olvido	12	21
No recibió información	20	35
TOTAL	57	100

FUENTE: ficha de recolección de datos

ANEXOS

ANEXO A

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NOMBRE:

SERVICIO:

EDAD:

SEXO:

GRAFFAR:

PROCEDENCIA:

	1 dosis	2 dosis	3 dosis		Refuerzo	
BCG						
Antipolio						
DPT						
Hib						
Hepatitis B						
Rotavirus						
Triple Viral						
Neumococo						
Anti Influenzae						
Fiebre Amarilla						
Hepatitis A						
Varicela						

CAUSAS DE NO COLOCACIÓN

- 1) Fallas en el ambulatorio
- 2) Por enfermedad Leve
 Moderada
 Grave
- 3) Olvido
- 4) No recibió información
- 5) Falsas creencias
- 6) Otros

COMPLETA

INCOMPLETA ACORDE A EDAD

INCOMPLETA NO ACORDE A EDAD

ANEXO B

CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOSPITAL DE NIÑOS DR. JORGE LIZARRAGA

SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN ÁREA PEDIÁTRICA.

FECHA	DIA	MES	ANO
-------	-----	-----	-----

Yo, _____

Mayor de edad, identificado con C.I. _____ autorizo al Dr.(a) Vanessa Marina Pulgar Escobar, CI 17399896 con profesión Medico, para la realización de toma de datos mediante ficha de recolección obtenida de los pacientes que se mantienen hospitalizados en los servicios de Pediatría I, II y III del Hospital de niños “Dr. Jorge Lizarraga” Teniendo en cuenta que he sido informado claramente que la información obtenida será utilizada para la realización de la tesis de grado para optar al título de especialista en Pediatría y Puericultura titulada: Cobertura vacunal en pacientes hospitalizados en el servicio de Pediatría I, II y III del Hospital de niños “Dr. Jorge Lizarraga” Mayo – Julio 2013

Al firmar este documento reconozco que he leído o que me ha sido leído o explicado y que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas, y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas de forma satisfactoria, doy mi consentimiento y firmo a continuación.

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE _____

PARENTESCO _____ CI _____

FIRMA DEL TESTIGO _____

NOMBRE DEL TESTIGO _____ CI _____

ANEXO C

CARTILLA DE VACUNACIÓN SVPP

ESQUEMA DE INMUNIZACIONES PARA NIÑOS Y NIÑAS EN VENEZUELA 2010 - 2011
 Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría
 Sociedad Venezolana de Infectología
 Sociedad Venezolana de Salud Pública

Vacuna	Edad	Rn	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	15 meses	18 meses	24 meses	4-6 años	7-9 años	
Anti Tuberculosis (1)	BCG	BCG										
Anti Hepatitis B (2)	HB	HB	HB	HB		HB						
Anti Poliomielitis (3)		VPI - VPO	VPI - VPO	VPI - VPO		VPI - VPO			VPI - VPO			
Anti Difteria, Tétanos y Pertusis (4)		DTPa DTP	DTPa DTP	DTPa DTP		DTPa DTP			DTPa DTP		DT/TT DT/TT	
Anti <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (5)		Hib	Hib	Hib		Hib			Hib			
Anti Rotavirus (6)		RV1 RV5	RV1 RV5	RV5								
Anti <i>Streptococcus pneumoniae</i> (7)		VCN	VCN	VCN		VCN			VCN			
Anti Influenza (8)				Anti Influenza								
Anti Sarampión, Rubéola y Parotiditis (9)						SRP				SRP		
Anti Fiebre amarilla (10)						FA	FA					
Anti Hepatitis A (11)						HA		HA		HA		
Anti Varicela (12)						Varicela				Varicela		
Anti Meningococo (13)									Anti Meningococo no conjugada ALTO RIESGO			
Anti <i>Streptococcus pneumoniae</i> 23V (14)									Anti Neumococo 23V ALTO RIESGO			
Virus Papiloma Humano (15)												

 Edad y/o rango de edad para administrar esquema básico
 Edad y/o rango de edad para administrar refuerzos
 Edad y/o rango de edad para administrar esquema básico de no tenerlo
 En espera de autorización del MPPSPS

ANEXO D

ESQUEMA DE VACUNACIÓN PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN

(P.A.I)

CARTELA NACIONAL DE VACUNACION		CUMPL		
NOMBRE		Mujer		
NOMBRE		Nombre		
VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSE	EDAD	FECHA DE VACUNACIÓN
BGG	TUBERCULOSIS	UNICA	26 meses	
ANTIHEPATITIS B	HEPATITIS B	PRIMERA	26 meses	
		SEGUNDA	2 meses	
		TERCERA	6 meses	
PENTAVALENTE ADYUVADA (DTPa+VPM+Hb)	DIFTERIA, TETANOS, TOS FERVAZ, POLIO (PARVAVIRUS, ROTAVIRUS Y COXSACKIEVIRUS)	PRIMERA	2 meses	
		SEGUNDA	4 meses	
		TERCERA	6 meses	
		CUARTA	18 meses	
DPT	DIFTERIA, TETANOS, TOS FERVAZ	REFUERZO	4 años	
ROTAVIRUS	GASTROENTERITIS CAUSADA POR ROTAVIRUS	PRIMERA	2 meses	
		SEGUNDA	4 meses	
NEUMOCOCCO CONJUGADA 7 VALORES	INFECCIONES POR NEUMOCOCCO	PRIMERA	2 meses	
		SEGUNDA	4 meses	
		TERCERA	1 año	
ANTIINFLUENZA	INFLUENZA	PRIMERA	60 años o mayor o 65 años o mayor en personas con enfermedades crónicas	
		SEGUNDA	60 años o mayor o 65 años o mayor en personas con enfermedades crónicas	
		RE VACUNACION ANUAL	60 años o mayor o 65 años o mayor en personas con enfermedades crónicas	
TRIPLE VIVAL DTP	DIFTERIA, TETANOS Y POLIO	PRIMERA	1 año	
		SEGUNDA	4 años	
Td	TETANOS Y DIFTERIA	REFUERZO	4 años o mayor o 11 años	
SABIN	POLIOMIELITIS	ADICIONALES		
OPV	OPV (POLIO)	ADICIONALES		
ANTIHEPATITIS B (OPV)	HEPATITIS B	PRIMERA	4 años o mayor o 11 años	
		SEGUNDA	4 años o mayor o 11 años	
OTRAS VACUNAS				

REFERENCIAS

1. Cruz M, Crespo M, Brines J, Jiménez R, Molina J, Moraga-Liop F. Manual de Pediatría. 2da ed. Madrid, ERGON 2008 p. 215
2. Correa J, Gómez J, Posada R. Vacunación. Salgado H Fundamentos de Pediatría Tomo I Generalidades y neonatología 3ra ed. Medellín. Corporación para investigaciones biológicas 2007 p 267
3. Callo D, Camacho I, Campohermoso L, Esquema completo de vacunación en niños hospitalizados. Bolivia Scielo, 2012.
4. Castillo de Febres O, Carrizo J. Manual de Vacunas Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. Venezuela. Panamericana
5. Castillo de Febres O, Carrizo J, Izaguirre J, Betancourt A, Narvaez R, Martin A. Esquema de inmunizaciones para niños, niñas y adolescente en Venezuela, recomendaciones para 2012 – 2013 Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. Venezuela
6. Pickering L, Baker C, Kimberlin D, Long S. Red Book Enfermedades Infecciosas de Pediatría Informe del comite de enfermedades infecciosas de la American Academy of Pediatrics. 28 Ed. 2011 p32.2013
7. González Saldaña N, Torales A, Saltigeral P, Mascareñas C, Infectología clínica pediátrica. 8va ed. México, Mc Graw Gill 2011 p. 1216
8. Constitución de la república bolivariana de Venezuela. Publicada en Gaceta Oficial Extraordinaria N° 5.453. Caracas, viernes 24 de marzo de 2000
9. Logisticssupporttoimmunizationservices, 2012. Tomado el 20 de Agosto de 2012 disponible en http://www.who.int/immunization_delivery avalado por OMS.
10. Ceballos A, Moreno R Generalidades en vacunas, 2012. Tomado el 03 de Septiembre de 2012 disponible en

http://www.sap.org.ar/staticfiles/educacion/consensos/act_vac/convacu1.htm. Sociedad Argentina de Pediatría.

11. Academia Biomédica Digital, Abril-junio 2012 nº 50 disponible en: www.vitae.ucv.ve. Sociedad Argentina de Pediatría.

12. Boscan M, Salinas B, Trestini L, Tomat M. Actitud de las madres en el cumplimiento del calendario de vacunación de niños menores de 6 años. Venezuela, Salus online Abril 2012 p 33

13. Juhász K., Judit. Propuesta de un programa educativo para la formación de actitudes preventivas ante el incumplimiento y retraso de la aplicación del esquema nacional de inmunización. Comunidad "Santa Eduvigis". Puerto La Cruz. Anzoátegui. Universidad de Oriente. 2008

14. Macias M, Jarquin G, Rodriguez MA. Factores de riesgo para esquemas de vacunación incompletos en niños de 6 a 60 meses. México, Revista de Enfermedades infecciosas en pediatría Octubre – Diciembre 2008 Vol XXII num 86.