

74

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**FACTORES QUE INTERACTUAN EN LA PARTICIPACIÓN DE LOS
PADRES DE FAMILIA EN LA VACUNACIÓN DEL MENOR DE
CINCO AÑOS EN LOS MÓDULOS 3 Y 8 DE CIUDAD HIDALGO,
MICHOACAN**

ELABORADO POR:

**LIMAS PRUDENCIO RUTH
ZURIAGA RAMÍREZ RODOLFO**

CON LA ASESORÍA DE:

LIC. EN ENF. EZEQUIEL CANELA NUÑEZ

2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Vo.Bo.ASESOR ACADEMICO.

LIC.EZEQUIEL CANELA NUÑEZ.

AGRADECIMIENTOS

AGRADEZCO EN PRIMER LUGAR A DIOS
POR ESTE MOMENTO DE VIDA PRESTADO.

A MIS PADRES RODOLFO E INÉS QUE SON EL PILAR EN MI VIDA, YA QUE DE ELLOS APRENDÍ LOS VALORES DE LA VIDA, QUE FUERON MI APOYO EN TODO EL TIEMPO DE MI FORMACIÓN COMO ESTUDIANTE Y HOY COMO PROFESIONISTA.

A MIS HERMANOS: GEORGINA, EDITH, ANGÉLICA, MARICELA, LUIS VICENTE, CLAUDIA QUE ME APOYARON EN TCDO LO POSIBLE PARA QUE YO TERMINARÁ ESTA EMPRESA TAN IMPORTANTE EN MI VIDA Y DE ALGUNA FORMA EN LAS SUYAS.

A MIS PROFESORES TODOS ELLOS, QUE SUPIERON MOLDEAR DE ALGUNA FORMA MI CARÁCTER, Y SUPIERON GUIARME EN EL CAMINO DEL CONOCIMIENTO Y EL APRENDIZAJE.

ESPECIALMENTE AL PROFESOR SAUL (Q.E.D. +)
YA QUE EL SEMBRÓ EN MI LA SEMILLA DE LA
COMPRENSIÓN Y EL DESEO DE SUPERACIÓN QUE
HOY EMPIEZAN A DAR FRUTOS EN MI PERSONA.

AL PROFESOR LIC. EN ENF. EZEQUIEL CANELA
POR SU APOYO INCONDICIONAL Y DESINTERESADO
EN LA ASESORIA DE ESTE TRABAJO RECEPCIONAL

A MIS AMIGOS DE PREPARATORIA: MARISOL,
TAUSER, DANIEL, HÉCTOR Y GABRIEL QUE
SIEMPRE ME ALENTARON A TERMINAR MIS
ESTUDIOS UNIVERSITARIOS.

A TI RUTH LIMAS POR EL APOYO EMOCIONAL
QUE PUSISTE EN MI VIDA PARA ALCANZAR
LOS TRIUNFOS QUE HOY SERÁN COMPARTIDOS
YA QUE EN POCO SERÁS MI ESPOSA Y ESO ES
MUY IMPORTANTE PARA AMBOS.

GRACIAS MI AMOR

DEDICO ESTE TRABAJO A:

A MIS PADRES:

Por su apoyo, esfuerzo, comprensión
y cariño que día con día y durante mi
formación me fue brindado.

MIS HERMANOS:

Que de alguna u otra forma
me brindaron su apoyo para
seguir adelante.

MIS PROFESORES:

Que me brindaron sus conocimientos
y que son la base de mi formación y
en especial al profesor Ezequiel
Canela por su tiempo y dedicación
así como su experiencia y asesoría
para llevar acabo ésta investigación.

Mis propósitos y metas fueron cumplidas.
mi esfuerzo es recompensado, tengo una
nueva arma para defenderme, la educación
es la mejor herencia que mis padres me
han dado y a Dios le doy las gracias
por brindarme la oportunidad de vivir.

CONTENIDO

PAG.

I. INTRODUCCIÓN	1
II. JUSTIFICACIÓN.....	2
III. OBJETIVOS.....	3
IV. METODOLOGIA.....	4
1. MARCO TEORICO	7
1.1. ASPECTOS DE CIUDAD HIDALGO MICHOACAN.....	8
1.1.1.SERVICIOS PÚBLICOS	9
1.1.2.HÁBITOS Y COSTUMBRES.....	10
1.1.3.ORGANIZACIÓN SOCIAL.....	11
1.1.4. ESTRUCTURA POLÍTICA.....	11
1.1.5.PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL	12
1.1.6.DEFUNCIÓNES POR GRUPO DE EDAD	12
1.1.7.ESTADÍSTICAS DE NATALIDAD	13
1.1.8.ESTADÍSTICAS DE MORTALIDAD.....	13
1.2. PROGRAMA ESTRATEGIA EXTENSION DE COBERTURA	14
1.2.1.ANTECEDENTES.....	14
1.2.2.DEFINICIÓN.....	14
1.2.3.CARACTERÍSTICAS.....	15
1.3. INMUNIDAD.....	17
1.3.1.PASIVA	17
1.3.2.ACTIVA.....	18
1.3.3.HUMORAL.....	18
1.3.4.CELULAR	18
1.3.5.ESPECÍFICA	18
1.4. ANTECEDENTES DE LAS VACUNAS	19
1.4.1.HISTORIA Y DESARROLLO DE LAS VACUNAS	19

1.4.2. VACUNA CONTRA LA POLIOMIELITIS	19
1.4.2.1. HISTORIA DE LA VACUNA CONTRA LA POLIOMIELITIS	19
1.4.2.2. ETIOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA.....	20
1.4.2.3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	21
1.4.2.4. COMPLICACIONES	22
1.4.2.5. PREVENCIÓN	23
1.4.3. VACUNA CONTRA LA DIFTERIA	25
1.4.3.1. HISTORIA DE LA VACUNA CONTRA LA DIFTERIA	25
1.4.3.2. ETIOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA.....	25
1.4.3.3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	26
1.4.3.4. COMPLICACIONES	27
1.4.3.5. PREVENCIÓN	27
1.4.4. VACUNA CONTRA LA TOS FERINA.....	27
1.4.4.1. HISTORIA DE LA VACUNA CONTRA LA TOS FERINA	27
1.4.4.2. ETIOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA.....	28
1.4.4.3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	29
1.4.4.4. COMPLICACIONES	29
1.4.4.5. PREVENCIÓN	29
1.4.5. VACUNA CONTRA EL TÉTANOS.....	29
1.4.5.1. HISTORIA DE LA VACUNA CONTRA EL TÉTANOS	29
1.4.5.2. ETIOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA.....	30
1.4.5.3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	30
1.4.5.4. COMPLICACIONES	30
1.4.5.5. PREVENCIÓN	31
1.4.6. VACUNA CONTRA LA TUBERCULOSIS	31

1.4.6.1.HISTORIA DE LA VACUNA CONTRA LA TUBERCULOSIS	32
1.4.6.2.ETIOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA.....	32
1.4.6.3.MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	33
1.4.6.4.COMPLICACIONES	33
1.4.6.5.PREVENCIÓN	33
1.4.7.VACUNA CONTRA EL SARAMPIÓN	34
1.4.7.1.HISTORIA DE LA VACUNA CONTRA EL SARAMPIÓN.....	34
1.4.7.2.ETIOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA.....	34
1.4.7.3.MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	35
1.4.7.4.COMPLICACIONES	35
1.4.7.5.PREVENCIÓN	36
1.4.8. ESQUEMA BÁSICO DE VACUNACIÓN	37
1.5. LA FAMILIA	38
1.5.1.ROL DE LOS PADRES	38
1.5.2.PATERNIDAD RESPONSABLE.....	39
1.5.3.PARTICIPACIÓN ACTIVA Y PASIVA.....	39
2. RESULTADOS	40
3. CONCLUSIONES	111
4. ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN	116
5. ANEXOS.....	119
6. BIBLIOGRAFÍA.....	122

INDICE DE CUADROS

Nº DE CUADRO	TITULO	PAG.
1	Conocimiento de los padres de familia con respecto a la palabra vacuna.	43
2	Funciones atribuidas a las vacunas por parte de los padres de familia, en relación con el esquema de vacunación de sus hijos.	45
3	Grado de conocimiento de los padres de familia sobre el número de vacunas que se aplican a los niños en un esquema básico de vacunación.	48
4	Conocimiento de los padres de familia sobre las vías de administración de las vacunas que se aplican a los niños en un esquema básico de vacunación.	51
5	Conocimiento de los padres de familia del número de veces que deben ser aplicadas las vacunas a los niños menores de 5 años en un esquema básico de vacunación	53
6	Conocimiento de los padres de familia sobre los intervalos que deben guardarse entre la aplicación de una y otra dosis de las vacunas en un esquema básico de vacunación	55
7	Opiniones de los padres de familia sobre las reacciones postvacunales que se presentan con mayor frecuencia en los niños menores de 5 años	58
8	Importancia que representa para los padres de familia la aplicación de las vacunas en los niños menores de 5 años	60

INDICE DE CUADROS

Nº DE CUADRO	TITULO	PAG.
14	Conocimiento del personal de salud encargado de la vacunación por los padres de familia y su relación con la situación del esquema de vacunación de los menores de 5 años.	81
14 A	Motivos que los padres de familia mencionaron en relación al conocimiento del personal de salud encargado de la vacunación y la relación con la situación del esquema de vacunación de los niños menores de 5 años.	82
15	Confianza existente hacia el personal de salud y la influencia que determina que los padres de familia vacunen adecuadamente a los niños menores de 5 años y su relación con su esquema de vacunación	85
15 A	Motivos por los que el personal de salud inspira confianza a los padres de familia de los niños menores de 5 años y su relación con su esquema de vacunación.	86
16	El cumplimiento de los compromisos adquiridos por el personal de salud hacia las comunidades como determinante para que los padres vacunen a sus hijos.	89
16 A	Motivos que los padres de familia mencionaron en relación al cumplimiento de los compromisos adquiridos por parte del personal de salud.	90

INDICE DE CUADROS

Nº DE CUADRO	TITULO	PAG.
9	Fuentes de información de los padres de familia sobre las vacunas y su relación con el esquema de vacunación de sus hijos menores de 5 años.	63
10	Decisiones de los padres para vacunar a sus hijos cuando están enfermos y su relación con la situación del esquema de vacunación de sus hijos.	66
10 A	Motivos por los cuales los padres si o no permiten vacunar a sus hijos cuando éstos se encuentran enfermos de tos y catarro.	67
11	Efectos colaterales de las vacunas como limitante para el cumplimiento del esquema de vacunación del menor de 5 años.	70
11 A	Motivos por lo cuales los padres no inmunizan a los menores de 5 años y su relación con el esquema de vacunación.	71
12	Creencias de los padres de familia con respecto a las vacunas como causantes de enfermedades a los niños menores de 5 años y su relación con su esquema de vacunación.	74
12 A	Motivos por los que los padres de familia relacionan enfermedades con vacunas de los menores de 5 años y su relación con el esquema de vacunación.	75
13	Puntos de vista de los padres sobre la instancia responsable de la vacunación de los menores de 5 años y su relación con el esquema de vacunación.	78

INDICE DE CUADROS

Nº DE CUADRO	TITULO	PAG.
17	Adecuada disposición de vacunas en número y cantidad óptima por parte del personal de salud y su relación con el esquema de vacunación de los menores de 5 años.	93
17 A	Motivos que dieron los padres de familia en relación a la disposición de vacuna	94
18	Tipo de trato que reciben los padres de familia por parte del personal de salud que acude a vacunar a los niños menores de 5 años y su relación con su esquema de vacunación	97
18 A	Motivos que dieron los padres de familia en relación al tipo de trato que reciben por parte del personal de salud	98
19	Opiniones de los padres de familia sobre la oportunidad en la que el personal de salud avisa de la fecha próxima de vacunación de sus hijos y su relación con el esquema de vacunación de los niños menores de 5 años.	101
19 A	Motivos que los padres de familia mencionaron sobre la oportunidad con que el personal de salud avisa de la fecha próxima de vacunación.	102
20	Opinión de los padres de familia sobre la frecuencia de organización de reuniones informativas por el personal de salud y su relación con el estado de vacunación de los menores de 5 años.	105

INDICE DE CUADROS

Nº DE CUADRO	TITULO	PAG.
20 A	Motivos que los padres de familia mencionaron sobre la frecuencia de organización de reuniones informativas por el personal de salud.	106
21	Orientación que por parte del personal de salud reciben los padres de familia acerca de las reacciones postvacunales y su repercusión en el estado de vacunación del menor de 5 años.	109
21 A	Motivos que los padres de familia mencionaron sobre la orientación que por parte del personal de salud reciben acerca de las reacciones postvacunales.	110

I. INTRODUCCIÓN

La vacunación es una de las actividades primordiales que se realizan en el servicio social dentro de la Estrategia Extensión de Cobertura, pero al cumplirse de manera deficiente esto despertó el interés por realizar una investigación en la cual se muestre la participación de los padres de familia y el personal de enfermería..

Aquí se pueden encontrar aspectos generales de Ciudad Hidalgo, así como de las comunidades, su crecimiento demográfico, aspectos de prestación de servicios como son: atención a la salud por parte del personal de enfermería de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia en coordinación con el Gobierno del estado dentro de la Estrategia de Extensión de Cobertura, la familia y sus características y lo más relevante en cuanto a vacunación universal.

De igual manera se encuentran en forma desglosada los resultados obtenidos en la investigación, la participación del personal de salud, de los padres de familia, las alternativas que pueden ser aplicadas para un mejor aprovechamiento de los recursos tanto humanos como materiales que pudieran dar como resultado una vacunación más eficiente y una responsabilidad compartida entre los padres y el personal de salud, todo esto en beneficio de la población infantil de éste municipio y así acortar el rezago existente en programas prioritarios como es la Vacunación Universal.

II. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se realiza porque a pesar de que se llevan a cabo las campañas de vacunación permanentes, se ha observado que la vacunación en Ciudad Hidalgo Michoacán aún no alcanza de manera importante los objetivos trazados en torno a vacunación universal en el niño menor de cinco años a pesar de implementar técnicas de barrido y puestos fijos de vacunación, las metas que se pretenden lograr no se cubren satisfactoriamente.

Tratando de enmarcar los factores que afectan ésta actividad se pretende realizar un estudio dentro de 18 comunidades pertenecientes al municipio de Ciudad Hidalgo para mostrar los factores más recurrentes que se detecten en dicha actividad y analizarlos para proponer alternativas que favorezcan la vacunación en beneficio de los menores de cinco años que aquí viven.

Siendo uno de los puntos importantes en la Estrategia Extensión de Cobertura la atención la menor de cinco años; el personal de enfermería es el directamente responsable de esta actividad como otras muchas se desarrollan adecuadamente por lo que encontrando rezago en la vacunación es necesario encontrar nuevas fórmulas para la optimización de recursos y el mejor aprovechamiento del personal de salud para alcanzar las metas que se trazan.

III. OBJETIVOS

- Identificar los conocimientos de los padres de familia sobre las vacunas.
- Analizar las creencias de los padres de familia sobre los efectos que causan los biológicos.
- Analizar la influencia del personal de salud sobre los padres de familia para llevar acabo la vacunación del menor de cinco años.

IV. METODOLOGIA

La investigación que se realizará es de tipo descriptivo, por el número de veces que se tomará la información es transversal; y por el tiempo de obtención de datos es retrospectiva en los módulos 3 y 8 de Ciudad Hidalgo, Michoacán.

Para la integración del marco teórico, se obtendrá la información de libros, folletos, ésta se recolectará en fichas de trabajo.

UNIVERSO

Tomando en cuenta que el total de la población menor de cinco años es de 1700 niños, se seleccionará un muestra del 10% de cada comunidad; cada niño se tomará al azar.

UNIDADES DE OBSERVACIÓN

Criterios de inclusión. Niños menores de cinco años con esquema de vacunación incompleto y sus respectivos padres.

Se tomará en cuenta un niño por familia.

Criterios de exclusión. Padres de familia con niños menores de cinco años con esquema de vacunación completo.

Criterios de eliminación. Niños y padres de familia que emigran de las comunidades.

Niños mayores de cinco años con esquema de vacunación incompleto.

MÉTODO Y TÉCNICA

Para recabar la información de las comunidades, se utilizará un cuestionario, que se aplicará por la técnica de entrevista a los padres seleccionados para el estudio; el procesamiento de la información se hará a través de técnicas de paloteo, presentándose los resultados en cuadros, el análisis se hará por confrontación del marco teórico, la información captada y la observación del fenómeno hecha por los investigadores.

ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

ESPACIO

18 comunidades del municipio de Ciudad Hidalgo Michoacán, del programa Estrategia Extensión de Cobertura en los módulos 3 y 8 .

Comunidades del módulo 3

Alta Huerta

Chaparro

Huaniqueo

Mata de Pinos

El Salitre

San Lucas Huarirapeo

Peñuelas

Comunidades del módulo 8

Cruz de Caminos

El Porvenir

Fraccionamiento de San Jerónimo

Colonia Lázaro Cárdenas

La Frontera

San José Magallanes

Puerto de Cuitareo

Rancho el Solache

San Francisco Epunguio

San Nicolas Tarimoro

San Vicente Chico

RECURSOS

Humanos 2 investigadores

Materiales Bibliográficos, cuestionarios, lápices, plumas, hojas, máquina de escribir, cintas para máquina, computadora.

Financieros La presente investigación será costeadada por los investigadores.

1. MARCO TEORICO

1.1. ASPECTOS DE CIUDAD HIDALGO MICHOACAN

El municipio de Ciudad Hidalgo, se encuentra ubicado en la porción noreste del estado de Michoacán, dentro del cuadrante geográfico que forman los 19° 48' de latitud norte así como los 100° 55' de longitud oeste del meridiano de Greenwich. La cabecera municipal es de Ciudad Hidalgo y la altura de la población alcanza los 2 140 metros sobre el nivel del mar.

LIMITES: El municipio actualmente se limita al oriente con los municipios de Irimbo, Tuxpan y Jungapeo, al sur con los de Tuzantla y Tiquicheo, al poniente con los de Tzitzio, Charo, Indaparapeo, Querendaro, al norte con los de Zinapécuaro y Maravatio.

SUPERFICIE: Con una extensión de 106 306 kilómetros cuadrados la municipalidad de Hidalgo ocupa el 1.5% de la superficie total del estado y es el número 18 en cuanto a extensión territorial, contando en su estructura con: 1 ciudad, 9 pueblos, 1 hacienda, 3 colonias, 17 ejidos, 171 ranchos, 75 rancherías y 1 comunidad.

Es verdaderamente difícil hacer una revisión completa del rubro de la actividad económica de esta comunidad, al analizarla de manera desglosada la industria en todas sus variaciones como la privada, la cooperativa, la familiar, la estatal y la manual.

Es importante la rama de la producción de materiales para la construcción, las actividades agrícolas se basan principalmente en la producción del cultivo de productos como el maíz, jitomate, cebolla, chiles, habas, camote, papas, col., zanahoria, etc. ¹¹

¹¹ Marin Peña Gema. Estudio de comunidad. Pag. 50

El potencial económico de la región está sustentado en la explotación de la industria maderera, así como sus derivados.

En cuanto al ingreso familiar de Ciudad Hidalgo podemos decir que por lo general los individuos que solventan el gasto familiar son el padre y la madre, por lo común en una porción del 50% cada uno, aunque cabe mencionar que en las familias numerosas y donde los padres son de mayor edad, los hijos representan la fuente de ingreso familiar más importante.

En Ciudad Hidalgo no hay carencias en cuanto a la materia prima, pero si padece en gran disparidad en lo que respecta a los precios convirtiendo a la localidad en una zona de carestía notable sin que esos se justifique. Los productos alimenticios se obtienen de los mercados locales donde son llevados a diferentes partes del municipio. Por otra parte se ha de citar que un gran porcentaje de la población lleva una dieta a base de frijol, tortilla, verdura y en ciertas ocasiones carne, por lo que dentro de los hábitos se identifica la realización de dos comidas al día, aunque en la mayoría de las veces de calidad aceptable y ni siquiera en un horario regular dadas las condiciones del tipo laboral.

En Ciudad Hidalgo se cuenta con el servicio de una biblioteca pública, que brinda una extensa variedad de libros de consulta, lo mismo que periódicos y revistas de prestigio y calidad.

1.1.1 SERVICIOS PÚBLICOS: Es por demás reconocer que este aspecto tan importante dentro de cualquier localidad se encuentre tan descuidado por parte de las autoridades municipales. Sin embargo se trata de satisfacer las necesidades mínimas de la población como se cita en la siguiente consideración:

1 jardín central (Hemiciclo a Hidalgo)

2 mercados

1 tianguis ambulante

1 rastro

1 departamento de policia

1 departamento de tránsito

1 carcel municipal

2 panteones municipales

1.1.2 HÁBITOS Y COSTUMBRES: La religión que domina principalmente en Ciudad Hidalgo es la católica donde se festeja al patrón de la cabecera que es San José, también cabe mencionar que se realizan fiestas de las diferentes capillas existentes. ⁽²⁾

Las principales fechas civiles y religiosas que se celebran en la localidad son las siguientes:

19 de marzo fiesta de San José

Feria del dulce y la conserva (marzo y abril)

Semana Santa

Día de la santa cruz

8 de mayo

15 y 16 de septiembre

Fiesta de todos santos

20 de noviembre

Día de la virgen de Guadalupe

Casi todas de carácter religioso, en las celebraciones civiles se acostumbra la conmemoración con desfile en donde participan todas las dependencias educativas de tipo oficial.

²: MARIN IBIDEM. Pag. 62

1.1.3 ORGANIZACIÓN SOCIAL: Dentro de las agrupaciones sociales con las que se cuenta están: el club rotario, club de leones, delegación de la cruz roja y el club 20-30. En cuanto a las agrupaciones de trabajadores están:

- Comité regional campesino
- Unión de pequeños propietarios
- Unión de pequeños transportes materialistas
- Sindicato de trabajadores para la carga y descarga de productos
- Sindicato de trabajadores de la industria belicera
- Sindicato único de los limpiadores de calzado
- Unión de tableros
- Cámara Nacional de comercio
- Sindicato de la filarmónica
- Sindicato de meseros

1.1.4 ESTRUCTURA POLÍTICA: El sistema administrativo del ayuntamiento está integrado por:

- Presidente municipal
- Secretario
- Tesorero
- Síndico
- Regidores

Los cuales se encargan de administrar y dirigir los diferentes departamentos de la Presidencia Municipal. El gabinete presidencial se encuentra integrado por elementos afiliados al PAN. ⁽³⁾

³ MARIN IBIDEN. Pag. 59

1.1.5 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL

Causa	Total	Tasa (1)
Afecciones originadas en el período perinatal	695	514.8
Anomalías congénitas	222	164.4
Neumonía e influenza	167	123.7
Enfermedades infecciosas intestinales	132	97.8
Deficiencias de la nutrición	63	46.7
Otras causas	346	256.3
(1) Tasa por cien mil nacidos vivos registrados.		

Fuente: INEGI, SSA/ DGEL, 1998

1.1.6 DEFUNCIONES POR GRUPO DE EDAD

TOTAL	Menor de 1	1 a 4	5 a 14	15 a 24	25 a 34	35 a 44
5,280	1,421	353	390	971	977	1,168

Fuente: INEGI, SSA/ DGEL, 1998

1.1.7 ESTADÍSTICAS DE NATALIDAD

Nacidos vivos registrados por sexo y tasas de natalidad y fecundidad en el estado de Michoacán en 1997.

total	hombres	mujeres	tasa de natalidad	fecundidad
127,726	63,999	63,724	32.7 (1)	66.3 (2)
(1) por mil habitantes				
(2) por mil mujeres de 15-49 años (mujeres en edad fértil)				

Fuente: INEGI, SSA/DGEI, 1998

1.1.8 ESTADÍSTICAS DE MORTALIDAD

Mortalidad general por sexo en Michoacán de 1997

total	tasa (1)	hombres	mujeres	No especificado
18,656	4.8	10,528	8,122	6

(1) Tasa por mil habitantes

Fuente: INEGI, SSA/DGEI, 1998

1.2. PROGRAMA DE ESTRATEGIA EXTENSIÓN DE COBERTURA

1.2.1 ANTECEDENTES: Una de las metas convenidas en la Reunión Internacional de Alma-Ata en 1978, ha sido la de garantizar “ para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000, un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva” mediante la atención primaria a la salud.

Como respuesta a esta reunión internacional, en nuestro país se han realizado esfuerzos crecientes para llevar servicios de salud a la población más desprotegida. Actualmente existen 154,016 localidades rurales de las cuales 13,465 son entre 500 y 2,500 habitantes y 140, 551 son menores de 500, la dispersión es tan elevada que en el 98.3% de las localidades habita el 28.7% de la población total del país.

Para atender a esta población, la Secretaría de Salud ha venido implementando acciones de salud en el área rural y con base en la experiencia del Programa de Salud Rural que nace a partir del Programa Nacional de Salud en 1985, se retomó la responsabilidad de ofrecer servicios de salud a la población a través de la Estrategia de Extensión de Cobertura, que consiste en un conjunto de servicios básicos de atención primaria a la salud que son proporcionados a las comunidades rurales menores de 2,500 habitantes, en donde no existen servicios formales de salud. Los servicios de Estrategia de Extensión de Cobertura son otorgado a través de una persona voluntaria, elegida por la propia comunidad a quien se le denomina “Auxiliar de Salud”.

1.2.2 DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA EXTENSIÓN DE COBERTURA: La EEC es un conjunto de servicios de atención primaria a la salud diseñada

para coadyuvar a la satisfacción de las necesidades básicas de los habitantes en las comunidades rurales dispersas.⁴¹

La prestación de servicios se realiza por una persona de la misma comunidad a quien se le denomina Auxiliar de Salud, y se encuentra vinculada a los servicios formales de atención médica mediante la supervisión por parte de la Enfermera, que la visita por lo menos dos veces en un mes para proporcionarle apoyo técnico.

1.2.3. CARACTERÍSTICAS: La EEC forma parte de la infraestructura de la SSA, en el nivel Jurisdiccional y constituye el componente comunitario de atención para la salud de la población abierta, el personal depende de : 1. Jefe Jurisdiccional el cual se vincula a través de: 2. Coordinadores Médicos Jurisdiccionales formando el enlace entre los servicios institucionales de atención médica y el componente comunitario, el cual maneja módulos de atención comunitaria, cada módulo integrado en promedio por 10 comunidades rurales dispersas y quedan a cargo de 3. La Enfermera Supervisora de Auxiliares de Salud (SAS) que tiene la responsabilidad de supervisar, capacitar y asesorar a 4. La Auxiliar de Salud (AS) quien en la comunidad se encarga de ésta.

La AS y SAS anualmente efectúan el recuento de los habitantes de la localidad y su agrupación por edad, sexo, grado de escolaridad, número de familias y embarazadas. Dicha tarea ha sido determinante para la integración del Censo Nominal del Programa de Vacunación Universal, en el que se registran las mujeres en edad fértil y menores de 5 años para facilitar la cobertura en la vacunación.

⁴¹ SECRETARIA DE SALUD. Dirección General de Planificación Familiar. Estrategia Extensión de Cobertura. Pag. 2

Para todo esto se requiere que las AS se reúnan para que sean capacitadas y se les de a conocer las acciones que ellas esperan en apoyo a la vacunación universal, dotarlas de formatos para que el reporte del recién nacido aparezca en las unidades de salud, instruir las para que induzcan a los padres de familia lleven a sus hijos a inmunizar y reciban su cartilla y así mismo sean captados en el Censo Nominal; además las AS se deben capacitar para que pueden dar primeros auxilios a la comunidad.

Las actividades que se realizan en la EEC son las siguientes: Inmunizaciones, nutrición adecuada, lactancia materna, planificación familiar, prevención de enfermedades diarreicas, control de infecciones respiratorias agudas. ⁽⁵⁾

Una de las principales actividades que realiza la AS es la de inmunización y para que ésta se efectúe el Consejo Nacional de Vacunación le ha encomendado las siguientes tareas: captar a los menores de 5 años, reportarlos a través del Censo Nominal, procurar que todos los niños obtengan la cartilla de vacunación, vacunar a los recién nacidos, verificar que los menores de 5 años completen su esquema básico de vacunación.

⁵⁾ SECRETARIA DE SALUD IBIDEM Pag. 3

1.3. INMUNIDAD

La inmunidad es la capacidad del cuerpo para identificar y crear resistencia ante los microorganismos y/o sustancias tóxicas que penetran en el organismo produciendo anticuerpos o defensas específicas para evitar la enfermedad.

Los seres vivos están constantemente amenazados por innumerables microorganismos que les pueden producir enfermedades infecciosas. El individuo presenta una serie de mecanismos de defensa contra las infecciones, que pueden ser de dos tipos:

a) De índole universal, es decir, empleados indiscriminadamente para cualquier tipo de sustancia extraña; existen siempre este o no este amenazado el individuo. Los más importantes son la piel, que es inaccesible a la entrada de virus y bacterias, los vellos que rodean las aberturas del cuerpo, y las secreciones tales como el sebo cutáneo, el líquido lacrimal y la saliva. ⁽⁶⁾

b) Defensas inmunológicas o inmunodefensas cuando han sido superadas las de índole universal entran en funcionamiento las defensas específicas para combatir la enfermedad. El hombre no es inmune desde un principio a gran cantidad de enfermedades, pero puede volverse inmune a lo largo de su vida.

1.3.1 INMUNIDAD PASIVA. Esta es provocada artificialmente. Si una persona padece el tétanos se le inyecta suero antitetánico, que posee sustancias que neutralizarán al agente productor de la enfermedad.

⁶ BACH Jean Francois. Inmunología. Pag. 15

1.3.2 INMUNIDAD ACTIVA. Esta se consigue cuando el organismo supera por sí mismo la infección, ya sea de una forma natural o bien, por medio de una vacuna. El principio en que se basa la vacuna es introducir en el organismo sano una dosis baja en bacilos a los que se les ha rebajado fuertemente su peligrosidad o toxicidad. Tal infección no llega a desarrollar los síntomas de la enfermedad. El cuerpo elabora él mismo el antisuero y acaba con gran facilidad con la infección. ⁽⁷⁾

1.3.3 INMUNIDAD HUMORAL. Mediada por moléculas con especificidad para el antígeno, los anticuerpos producidos a distancia de su sitio de acción. La inmunidad humoral se transmite fácilmente por el suero y más difícilmente por las células.

1.3.4 INMUNIDAD CELULAR. Esta se refiere a la operación coordinada de linfocitos T y macrófagos en la erradicación de microorganismos que suelen resistir a la destrucción mediante fagocitos a través del complemento. La inmunidad celular también tiene importancia en la destrucción de células extrañas que se reproducen en el huésped o de células neoplásicas; por lo general se requieren varias semanas para que se establezca inmunidad celular en infecciones primarias. ⁽⁸⁾

1.3.5 INMUNIDAD ESPECIFICA. Se refiere a la capacidad del huésped para identificar determinantes únicos sobre proteínas o polisacáridos y para producir ya sea anticuerpos o una respuesta celular contra los mismos. ⁽⁹⁾

⁽⁷⁾ FULGINIT, Vicent A. Inmunizaciones en la práctica médica. Pag. 1

⁽⁸⁾ WYNGAARDEN James B. Tratado de medicina interna. Pag. 1695

⁽⁹⁾ WYNGAARDEN IBIDEM. Pag. 1695

1.4. ANTECEDENTES DE LAS VACUNAS

1.4.1 HISTORIA Y DESARROLLO DE LAS VACUNAS. Desde los inicios de la historia del hombre, ha tratado de prevenir los embates de la naturaleza, mucho antes que se apreciara la característica infecciosa de las enfermedades, las observaciones empíricas llevaron a los hombres de ciencia a establecer una relación causa-efecto entre una enfermedad y los productos anormales que se producían en la persona afectada habiéndose desarrollado un concepto primitivo de la transmisibilidad. ⁽¹⁰⁾

Los primeros intentos científicos para prevenir la enfermedad natural se presentaron a consecuencia de los experimentos de Pasteur con enfermedades en animales. Koch descubrió la inmunidad mediada por células durante la búsqueda de una vacuna para prevenir la tuberculosis.

1.4.2 VACUNA CONTRA LA POLIOMIELITIS

1.4.2.1 HISTORIA DE LA VACUNA CONTRA LA POLIOMIELITIS. Aún cuando la poliomielitis probablemente ha sido un problema infeccioso desde la antigüedad, no se reconoció en toda amplitud hasta finales del siglo XIX, cuando se descubrieron las primeras epidemias graves en Europa. La vacuna de virus inactivo inició su aplicación en el año de 1955.

Los serotipos de los poliovirus tipos 1, 2 y 3 producen todos un espectro similar de manifestaciones clínicas que van desde infección asintomática hasta enfermedad parálitica manifiesta. La piedra angular de la

¹⁰ FULGINIT IBIDEM. Pag. 1

poliomielitis paralítica, que se desarrolla aproximadamente en 1 a 2% de todas las infecciones, en la parálisis asimétrica y flácida de las extremidades, con o sin parálisis bulbares. Estas características son casi siempre únicas para las infecciones por poliovirus, sin embargo, otras infecciones por enterovirus, especialmente Coxsackievirus A7 y enterovirus 71, han sido considerados como causas importantes de este síndrome.

Se transmite particularmente por las vías fecal-bucal en medio subóptimo de higiene, pero también puede haber diseminación por contacto o aerosol. Debido a que el empleo diseminado de las vacunas de poliovirus comenzó en 1955, a habido una reducción importante en los casos de paralíticos.

Los virus aún están diseminados, especialmente en países subdesarrollados, y la desaparición casi total del poliovirus salvaje, No se debe considerar como confiable. Experiencias recientes en países en desarrollo han demostrado ampliamente la facilidad con que los virus se pueden reintroducir en grupos no inmunizados, con brotes graves resultantes de la enfermedad. En 1978 se encontró que únicamente 60% de los niños de 1 a 4 años tenían el esquema completo de inmunización primaria con vacunas de poliovirus. ⁽¹¹⁾

La poliomielitis llamada parálisis infantil, es una enfermedad infecciosa aguda que penetra al cuerpo por la nariz o la boca y afecta las extremidades, principalmente las piernas, causando parálisis flácida, invalidez y hasta la muerte.

¹¹ FULGINIT IBIDEM. Pag. 144-166

1.4.2.2 ETIOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA. Es causada por el virus de la poliomielitis del que existen tres tipos I, II y III. Esta enfermedad ataca principalmente a los niños menores de 5 años. Se adquiere por contacto con un enfermo o portador, generalmente por las gotas de saliva que este arroja al hablar, toser o estornudar. Los poliovirus aparecen y son diseminados a través de las secreciones nasofaríngeas desde cinco a catorce días antes de la aparición de los síntomas de la enfermedad. También puede adquirirse por medio del excremento dos semanas después de iniciado el padecimiento, esto se da por contaminación de agua y alimentos.

El periodo de incubación de poliovirus es de 5-35 días, aunque por lo común es de 7-14 días. El periodo de contagio del virus está en la garganta alrededor de 3-7 días y en las heces de 3-6 semanas. El periodo de mayor efectividad es el de los primeros 5 días después del comienzo de los síntomas.

1.4.2.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS. En la mayoría de los casos, la infección por poliovirus pasa inadvertida como tal o es identificada con episodios infecciosos de poca monta, sin consecuencia o secuelas clínicas importantes y, desde luego, sin parálisis. Es característico de la poliomielitis que, presente manifestaciones clínicas menores consistentes en: fiebre, cefalea, malestar general, coriza y faringitis muy benignas con duración de 24-74 horas, que desaparecen por completo durante varios días, sea cual sea la evolución, Después de un periodo de 34 días, reaparecen las manifestaciones clínicas iniciales, sólo que con mayor intensidad, y se distinguen dos fases: la preparalítica o meningítica y la paralítica.

Fase preparalítica o meningítica. De manera imprevista el paciente aqueja cefalea, fiebre mayor de 38° C, náusea y vómito, dolores musculares por espasmos especialmente en el cuello y la espalda. A la exploración se encuentra fascies de gran aprehensión, dolor en masa muscular que se acentúan al efectuar maniobras como hiperflexión de los tobillos, separación de los muslos o elevación activa de los brazos.

Fase paralítica. En los casos en que la enfermedad progresa más allá de la fase meningítica, se instalan parálisis flácidas asimétricas con hiporreflexia o arreflexia osteotendinosa que alcanzan el acme en un lapso de 48-72 horas. Coincide su aparición con la desaparición de los signos meníngeos y persisten en muchas ocasiones los espasmos musculares. La extensión de la parálisis se localiza en músculos inervados por los segmentos cervical y lumbar de la médula. La afectación muscular puede variar desde paresia moderada hasta paraplejía completa, con las variantes de cuadriplejía, diplejía, monoplejía, parálisis de un músculo o de un fascículo muscular aislado. En general los miembros inferiores son más afectados que los superiores.

1.4.2.4 COMPLICACIONES. Esta enfermedad puede llegar a causar la muerte del niño en forma inmediata por parálisis de los músculos respiratorios (intercostales, diafragma, pared anterior del abdomen). Cuando la parálisis respiratoria se prolonga y el paciente es confinado a un respirador por tiempo prolongado, se reduce la masa muscular reduce el lecho vascular periférico y aumenta la resistencia periférica con el consiguiente mantenimiento de hipertensión de hasta 180-200 mmhg.

Es común que días después de aparecer las parálisis, el paciente esté afebril; cuando la hipertermia se prolonga y se mantiene elevada se trata

de un signo de mal pronóstico por apuntar lesión neuronal de los centros temborreguladores del hipotálamo.

El estreñimiento es común en la mayoría de los pacientes durante la fase paralítica inicial; en casos graves se llega al ileo paralítico.

Las complicaciones más importantes a largo plazo son las resultantes de la atrofia muscular, y en los niños, la interferencia en el crecimiento y el desarrollo de los miembros o sectores afectados que dan lugar a deformaciones, acortamientos, posiciones viciosas y reducción en la capacidad de trabajo en por lo menos un 75% de los enfermos, 7% de los enfermos no podrán ser capaces de valerse por sí mismos.

1.4.2.5 PREVENCIÓN. Vacuna de virus inactivo: dada su naturaleza no replicativa, se requieren por lo menos 3 dosis administradas por vías intramuscular con un mes de intervalo y de refuerzos periódicos un año después y en los niños antes del ingreso a la escuela. Contiene los tres tipos virales. La eficacia es del 82-93% en los niños que recibieron tres dosis y del 86-98% en los que recibieron cuatro dosis. Con todo y ser espectacular los resultados obtenidos con esta vacuna existen algunos inconvenientes como son: 1) son necesarias 3-4 dosis intramusculares, 2) el desarrollo de la inmunidad requiere de varios meses, 3) no existe inmunidad secretoria faríngea o intestinal por lo que no hay posibilidad de interrumpir el ciclo de transmisión de los virus silvestres, 4) cerca del 20% de los casos de poliomielitis paralítica con cobertura nacional, habían recibido 3 dosis de vacuna tipo Salk, 5) la vacuna con virus inactivados no es eficaz para detener un brote epidémico.

Vacuna de virus atenuados. La vacuna tipo Sabin consiste en virus atenuados que deben conservarse en refrigeración y que administrados

por vía oral son capaces de colonizar el tubo digestivo, producir inmunidad secretoria y anticuerpos humorales que semejan la enfermedad natural. Su aplicación a escala nacional ha logrado reducir hasta más de 100 veces la poliomielitis parálitica con respecto a las tasas iniciales. Las acciones de salud que han permitido tales logros consisten en: 1) administrar 3 dosis de vacuna trivalente a partir de los 2 meses de vida, con intervalos de 2 meses entre la primera y segunda dosis, de 8 meses entre la 2 y tercera dosis y un refuerzo antes de ingresar a la escuela. 2) cubrir por lo menos a 80% de la población en riesgo y preferencia de un 90%. 3) redoblar esfuerzos en los sectores de la población económicamente débiles. 4) realizar en el menor tiempo posible la campaña de inmunización sin ninguna interrupción. 5) administrar refuerzos adicionales en los niños vacunados durante el verano, 6) evitar la administración de vacuna con virus atenuados a personas inmunodeficientes o inmunosuprimidas, 7) en México se aplican dos tipos de vacuna la presentación Belga que se usa para los días nacionales de vacunación y la presentación es de un frasco gotero con tapa de 25 dosis de 2 gotas cada una el color de esta vacuna varía del ámbar al rosa. La vacuna Sabin Mexicana viene en un frasco transparente con gotero separado, con capacidad de 25 dosis de 4 gotas cada uno. El color varía del rosa mexicano al rojo gránate, 8) el esquema de vacunación ha sufrido modificaciones y actualmente se aplican una dosis al nacer y tres dosis posteriores con intervalos de 2 meses cada una iniciando a los 2 meses de vida y refuerzos posteriores en campañas masivas de vacunación. ⁽¹²⁾

¹²⁾ KUMATE Rodríguez J. Manual de infectología. Pág. 281-295

1.4.3 VACUNA CONTRA LA DIFTERIA

1.4.3.1 HISTORIA DE LA VACUNA CONTRA LA DIFTERIA. Desde el siglo IV a.C. la enfermedad causada por la *Corynebacterium diphtheriae* a sido reconocida como una de las infecciones más temibles para el hombre. Aún en la actualidad constituye un peligro grave y crea problemas difíciles en el manejo y el control epidemiológico.

1.4.3.2 ETIOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA. La obstrucción mecánica de las vías respiratorias, los síndromes de choque toxémico y la miocarditis tóxica son causas principales de mortalidad. Los factores de riesgo más importantes incluyen las capacidades de toxicidad de la cepa de bacterias infectantes, el estado inmunitario del huésped y el sitio de afección primaria, los pacientes con difteria nasofaríngea tienen una mayor propensión a fallecer que aquellos que tienen infecciones nasales o cutáneas. La gravedad potencial de este problema se encuentra enmarcado por el hecho que la tasa de mortalidad anual de la difteria nasofaríngea ha permanecido constante en aproximadamente 10.0% durante el periodo comprendido de 1910-1970, ha pesar de la aparición de antibióticos y la sofisticación incrementada del tratamiento, además durante la década de los 70s. un resurgimiento en la frecuencia de las infecciones comunicadas, particularmente. Estas observaciones hacen pensar que se puede lograr una disminución en los casos, así como un pronóstico mejorado únicamente con la inmunización adecuada y un diagnóstico clínico temprano. ⁽¹³⁾

La difteria es una enfermedad infecciosa aguda de las amígdalas, faringe, nariz y la piel. Es causada por la toxina del *Corynebacterium Diphtheriae*

¹³ FULGINIT IBIDEM. Pag. 82

que entra al cuerpo por la nariz, la boca o una herida en la piel y afecta principalmente a los niños menores de 5 años que no están vacunados.

Se adquiere por contacto de un enfermo o portador y algunas veces por objetos infectados, por las secreciones de las personas enfermas. Las secreciones nasofaríngeas, las secreciones óticas y las cutáneas o de las mucosas son infectantes; se considera que el hogar o la escuela son los lugares adecuados para la transmisión.

El período de incubación va desde el momento que la bacteria entra al cuerpo hasta que aparecen los primeros síntomas de la enfermedad, generalmente es de 2-6 días. El período de contagio es aquel durante el cual el enfermo puede transmitir la enfermedad y puede durar de 2-4 semanas después de la aparición de los síntomas.

1.4.3.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS. En general la difteria se inicia de manera muy insidiosa; resulta difícil precisar el principio de la enfermedad. La localización más frecuente es la amigdalofaríngea, más del 80% de los casos; la tercera parte se inicia en las amígdalas pero se extiende a otras partes, la nariz, la laringe o la traquea, las localizaciones aisladas en la nariz, o la laringe son excepcionales menos del 5%.

En todos los casos las membranas se encuentran sobre un fondo inflamatorio muy intenso, los bordes de la pseudomembrana son sangrantes a menudo y el proceso necrótico genera mal olor. Los pacientes se encuentran postrados, pálidos con facies tóxica. El infarto ganglionar del cuello es un signo de gravedad que ensombrece el pronóstico; adopta en ocasiones tamaños que le han valido los nombres de "cuello de toro o proconsular".

1.4.3.4 COMPLICACIONES. Las complicaciones son de dos tipos cardiovasculares y neurológicas, en las vasculares se puede mencionar un estado de choque que es casi siempre consecuencia de una miocarditis grave o de lesiones de órganos como las glándulas suprarrenales o el endotelio vascular; en ocasiones el endotelio vascular aparece en ausencia de miocarditis, casi siempre en los primeros 10 días de enfermedad y se acompaña de hemorragias en la piel, dolor abdominal y vómito. Las neurológicas adoptan la forma de parálisis, ocurren después de los 30 días. El orden de aparición es de: palatina, ocular faríngea, laríngea de los músculos respiratorios y periféricos. Las más frecuentes son la palatina y faríngea; el paciente no puede pronunciar sonidos labiales, los líquidos no son deglutidos adecuadamente y pueden escurrir por la nariz. La afección de los nervios respiratorios pueden poner en peligro la vida y las parálisis periféricas ocurren en la 7 o 10 semana. ⁽¹⁴⁾

1.4.3.5 PREVENCIÓN. La prevención se enmarcara en conjunto con el tétanos y la tosferina.

1.4.4 VACUNA CONTRA LA TOSFERINA

1.4.4.1 HISTORIA DE LA VACUNA CONTRA LA TOSFERINA. La tosferina es causada por la infección con Bordatella Pertussis, un bacilo pequeño, inmóvil, gramnegativo, fue descrito por primera vez en 1906 y se caracteriza por una evolución clínica bifásica seguida por un período de convalecencia. La enfermedad afecta a todas las poblaciones del mundo; la frecuencia precisa, gravedad y complicaciones difieren de un lugar a otro. La enfermedad más grave se presenta en los lactantes ya que el

¹⁴⁾ KUMATE IBIDEM. Pag. 211-222

10% de todos los casos y el 75% de todas las muertes relacionadas con esta enfermedad, se presentan en el primer año de vida. En algunos lugares, la tosferina aparece en lactantes muy pequeños que carecen de protección transplacentaria. ⁽¹⁵⁾

1.4.4.2 ETIOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA. La enfermedad es causada por una bacteria llamada *Bordetella Pertussis*. La enfermedad se presenta casi exclusivamente en la infancia. La frecuencia aumenta desde los primeros meses de vida conforme la edad avanza. En medios mal saneados se observa un mayor número de casos a edades tempranas. Tanto la morbilidad y la mortalidad son mayores en el sexo femenino.

La fuente de infección la constituyen las secreciones respiratorias de las personas infectadas, los adultos jóvenes son frecuentemente los reservorios. El mecanismo de transmisión es el contacto directo. El período de contagiosidad, es principalmente durante la etapa catarral y el principio de la paroxística, durante un máximo de 6 semanas. El tiempo de incubación es de 5-21 días.

1.4.4.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS. El curso de la enfermedad es muy variable en promedio dura de 6-8 semanas. Se acostumbra a describirla dividiéndola en tres períodos: catarral, paroxístico y de convalecencia.

Período catarral. El padecimiento se inicia con rinorrea, estornudos, lagrimeo, fiebre poco elevada, y tos seca. Los primeros desaparecen en pocos días, en tanto que la última va progresando en frecuencia e intensidad hasta que en una o dos semanas se torna paroxística.

¹⁵⁾ FULGINIT IBEIDEM. Pag. 94

Período paroxístico. Se caracteriza por los accesos de tosferina de 10 o más (golpes de tos), espasmódica, cianosante, en ocasiones emetizante, con protrusión de la lengua que termina con un estridor laríngeo espiratorio prolongado, el cual recuerda el canto del gallo y le ha valido el nombre de tos coqueluchoide. Después del acceso hay sudación, lasitud y somnolencia. El número diario de accesos varía con la gravedad llegando hasta 40 o más. Son de predominio nocturno y pueden ser desencadenados por diversos estímulos. Aumenta en intensidad y frecuencia durante 1-2 semanas para luego declinar en 1-2 semanas más. Pueden encontrarse edema facial y petequias en los párpados.

Período de convalecencia. En este, los accesos de tos ya no son coqueluchoides ni espasmódicos o paroxísticos y disminuyen en frecuencia hasta desaparecer en 2 semanas.

1.4.4.4 COMPLICACIONES. La más frecuente es la neumonía y también se ha observado bronquiectasia, atelectasia, efisema y activación de tuberculosis. La encefalopatía, manifestada fundamentalmente por convulsiones, es la complicación más grave, ya que puede causar la muerte y dejar secuelas neurológicas.⁽¹⁶⁾

1.4.4.5 PREVENCIÓN. Se enmarcara conjuntamente con tétanos.

1.4.5 VACUNA CONTRA EL TÉTANOS

1.4.5.1. HISTORIA DE LA VACUNA CONTRA EL TÉTANOS. El tétanos es una enfermedad infecciosa producida por las exotoxinas de *Clostridium Tetani*, bacteria anaerobia que se encuentra en el intestino de muchos

⁽¹⁶⁾ KUMATE IBIDEM Pag. 201-208

animales y que puede proliferar o permanecer largo tiempo en el suelo, no confiere inmunidad, no tiene intermediarios y no es contagiosa. Se asocia casi siempre a heridas contaminadas y puede ser totalmente eliminada por inmunización activa.

1.4.5.2. ETIOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA. El tétanos requiere la contaminación con las esporas o las formas vegetativas. El sitio de la infección se localiza a cualquier nivel. Heridas de cualquier tipo contaminadas. Algunas profesiones son especialmente susceptibles a dichas infecciones, como los jardineros, trabajadores de establos, caballerangos, agricultores. El período de incubación varía entre 3 días y 3 semanas, pero por lo general es de 8 días.

1.4.5.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS. Las dos manifestaciones del tétanos son los espasmos musculares, la rigidez se presenta primero en los maseteros, sigue en los músculos abdominales y en los canales vertebrales, principalmente en los extensores. Los espasmos musculares muestran fluctuaciones y varían según la severidad del cuadro clínico; afectan sobre todo los músculos faciales y produce la risa sardónica; en caso de generalizarse llevan al desarrollo de convulsiones. Los espasmos son dolorosos y son provocados por los estímulos externos que pueden ser ruidos, luz, manipulación del enfermo, aplicación de inyecciones, o introducción de sondas nasofaríngeas para retirar secreciones. Hay dificultad para orinar o defecar y se requieren sondeos vesicales y enemas evacuantes.

1.4.5.4 COMPLICACIONES. Taquicardia, arritmias, hipertensión seguida de hipotensión, palidez, sudoración, además de fiebre elevada. el cuadro clínico puede llegar al estado de choque.

En casos graves puede ocasionar la muerte por paro respiratorio para el recién nacido es una enfermedad mortal; primero deja de mamar y presenta la risa sardónica, después contracciones musculares y rigidez de todo el cuerpo. El estado general del niño se va agravando hasta llegar, en la mayoría de los casos a la muerte. ⁽¹⁷⁾

1.4.5.5 PREVENCIÓN. La vacuna preparada con Bordatella pertussis antigénicamente activa en su fase 1 en combinación con toxina de corynebacterium diphteriae y clostridium tetani, dan origen a la vacuna triple o DPT. Este biológico se presenta, la mayoría de las veces, en frascos de cristal transparente con tapón de hule y sello de aluminio y su contenido líquido es de 5 ml. que equivale a 10 dosis, su color varía de café claro a blanco perla. Para proteger al niño se necesitan 3 dosis la primera a los 3 meses, la segunda a los 4 meses y la tercera a los 6 meses; además son necesarias 2 revacunaciones una a los 2 años y la otra a los 4 años, cada dosis es de 0.5 ml (1/2 cc). Si no se acude con puntualidad y periodicidad a la siguiente dosis y ha pasado entre la 1a. y 2a. dosis más de 6 meses o entre la 2a. y 3a. dosis más de un año se debe iniciar nuevamente el esquema. La vía de aplicación es intramuscular profunda. ⁽¹⁸⁾

1.4.6 VACUNA CONTRA LA TUBERCULOSIS

1.4.6.1 HISTORIA DE LA VACUNA CONTRA LA TUBERCULOSIS. La tuberculosis es causada por lo general por la infección del aparato respiratorio, por Mycobacterium tuberculosis. En el pasado antes de la pasteurización y el control de la tuberculosis bobina, la enfermedad se

⁽¹⁷⁾ KUMATE. IBIDEM. Pag. 268-278

⁽¹⁸⁾ PROGRAMA Nacional de Inmunizaciones. El manual del vacunador. Pag. 19-21

adquiriría a través de la ingestión de leche infectada. Para la gran mayoría de aquellos infectados, la primera infección es asintomática y únicamente da por resultado la conversión de la prueba cutánea de la tuberculina de negativa a positiva.

La enfermedad respiratoria tuberculosa baja puede seguir a la infección primaria; la diseminación del microorganismo es rara y más frecuente, da por resultado enfermedad biliar o meningitis. Estas formas graves de tuberculosis suelen afectar con más frecuencia a los lactantes, personas de edad avanzada y aquellos desnutridos o con laguna otra enfermedad debilitante, las formas más frecuentes de tuberculosis que se observan en la actualidad son secundarios a reactivación o reinfección endógena.

1.4.6.2 ETIOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA. Esta enfermedad entra al cuerpo por la nariz o la boca, la enfermedad afecta a los niños, ya que puede ocasionar infección en las meninges y causar la muerte, se adquiere por diferentes vías, en contacto con personas enfermas que al estornudar, toser o escupir expulsan el bacilo contaminado al aire y al ser inhalado por una persona sana esta se contagia. Algunas veces se puede contagiar la persona por tomar leche cruda de vaca tuberculosa. La enfermedad predomina en países pobres, mal saneados y con desnutrición prevalente. Es muy infecciosa y puede causar enfermedad en gente de todas las edades, razas y niveles socioeconómicos. La declinación en mortalidad y morbilidad de esta enfermedad obedece a un incremento en la capacidad de diagnóstico oportuno, procedimientos de salud pública para prevención y control de contactos, introducción de leche pasteurizada y vacunación infantil con BCG.

El período de incubación de la tuberculosis es de 4-12 semanas, desde el momento de la infección hasta los primeros síntomas. El período de

contagio está presente desde que comienzan los síntomas y hasta que el enfermo es tratado y deja de expulsar bacilos.

1.4.6.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS. Es asintomática en la mayoría de los casos, o bien, la sintomatología es muy pobre y se puede confundir con una infección de las vías respiratorias superiores. Cuando hay síntomas, se presenta fiebre de predominio vespertino de 1-2 semanas de duración asociada a signos de infección de vías respiratorias superiores, anorexia. En los casos avanzados pueden encontrarse neumonía, bronquitis, derrame pleural y atelectasia.

1.4.6.4 COMPLICACIONES. En casos muy graves el enfermo comienza a escupir sangre, tiene dificultades para respirar y puede llegar a morir.

1.4.6.5 PREVENCIÓN. La mejor manera de prevenir la tuberculosis es vacunar a los niños con la vacuna BCG, lo antes posible a partir del nacimiento. La vacuna de la BCG es un biológico preparado con bacilos vivos atenuados, fue desarrollada por Calmette y Guerin, la vacunación puede evitar la diseminación de infección tuberculosa, de modo que su aplicación en los lactantes disminuye la frecuencia de las formas graves como la miliar y la meningoencefalitis. Se recomienda su aplicación intradérmica, en la región deltoidea. Es una vacuna con pocos efectos secundarios y complicaciones ocasionales que incluyen: úlceras en el sitio de aplicación, abscesos subcutáneos y cicatrices queloides. Esta contraindicada en enfermos VIH positivos o con SIDA. ⁽¹⁹⁾

Su presentación es liofilizado, es decir en polvo, en un frasco ampula de color ámbar, acompañado con otra ampolleta de disolvente, la mayoría

⁽¹⁹⁾ KUMATE IBIDEM Pag. 226-244

de las veces con 10 dosis. La vacuna ya reconstituida, es decir mezclada es de color transparente. La dosis que se aplica 0.01 cc. ⁽²⁰⁾

1.4.7 VACUNA CONTRA EL SARAMPIÓN

1.4.7.1 HISTORIA DE LA VACUNA CONTRA EL SARAMPIÓN. El sarampión es una virosis humana, para la que haya susceptibilidad universal, altamente contagiosa, transmisible por las vías respiratorias y sin reservorios. Se considera erróneamente como una enfermedad benigna y afecta a toda la economía, es autolimitado, de corta duración, produce una erupción característica y confiere inmunidad permanente. En la actualidad los médicos ven tan pocos casos de sarampión que tienen muy poco contacto con las manifestaciones o los daños que causa esta enfermedad.

1.4.7.2 ETIOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA. El sarampión es causado por un tipo único de paramixovirus. El agente es un virus de RNA con una cubierta de lípidos donde se proyectan las partículas de hemaglutinina. El sarampión es muy contagioso; basta el contacto de pocos minutos para contraer la enfermedad, muy probablemente por gotas de flügge procedentes de las secreciones nasofaríngeas de los enfermos al hablar, toser o estornudar. El grupo que inicia un brote de sarampión es el de preescolares asistentes a una guardería o jardín de niños en donde contraen la enfermedad y la llevan al núcleo familiar donde infectan a los hermanos menores.

²⁰ PROGRAMA NACIONAL DE VACUNACIÓN IBIDEN Pag. 50-51

El período de incubación es de 10-12 días donde el contacto con el virus hasta los primeros síntomas, el período de contagio es de 4 días antes de que aparezcan las manchas, hasta unos 4 días después.

1.4.7.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS. La evolución clínica del sarampión se divide en dos etapas: preeruptiva y eruptiva. Fase preeruptiva inicia con una fase denominada prodrómica y aparece fiebre elevada; malestar general, catarro oculonasal y tos seca. En 50% - 80% de los casos se encuentran las manchas de Koplik que consiste en pequeños puntos blancos de 1-2 mm rodeados de eritema en la cara interna de las mejillas a la altura del 2º molar, suelen desaparecer al 3er. día de haber brotado. Otras dos formas de exantema son: 1) los puntos rojos en la faringe que luego se confunden con la congestión faríngea, 2) los puntos blancos o grisáceos de 1 mm de diámetro sobre las amígdalas.

Fase eruptiva. El exantema en forma de elementos maculoeritematosos aparecen atrás de los pabellones auriculares, se extiende a la frente y cara para continuar en el tronco y seguir en dirección céfalocaudal hasta las extremidades inferiores. Las manchas se borran con la presión y en muchas ocasiones tienden a ser confluentes. La erupción palidece al tercer día y cambia a color pardusco al cuarto día, en esta fase ya no se borra la presión y tiende a descamar finamente. La fiebre tiende a disminuir 2-3 días después de brotado el exantema, al igual que la postración y el malestar general; pasado este lapso sobreviene una mejoría general, es frecuente que aparezca diarrea moderada y que la tos persista por una semana.

1.4.7.4 COMPLICACIONES. La otitis y la laringitis aparecen antes de que termine la erupción; son más frecuentes en los niños menores de 4 años

y en ellos la persistencia de la fiebre más allá del tercer día de erupción debe alertar respecto a la complicación ótica. Las complicaciones más temidas son las encefalitis; el cuadro clínico se inicia 1-8 días después del exantema. Siempre hay trastornos de conciencia que pueden llegar al coma o al delirio; convulsiones y trastornos psíquicos en casi la mitad de los episodios alteraciones motoras. ⁽²¹⁾

1.4.7.5 PREVENCIÓN. Esta enfermedad se previene vacunando al niño con vacuna antisarampionosa a los 9 meses de edad. La vacuna es un biológico preparado con virus atenuados. Se recomienda una segunda dosis de vacuna a los 5 años de edad sea cual sea la aplicación de la primera dosis. Su presentación es liofilizado, es decir en polvo en un frasco ampula de color ámbar, acompañado con otra ampolleta de disolvente, la mayoría de las veces con 10 dosis y la vacuna ya reconstituida es de color rosa o amarillo claro. Se aplica por vía subcutánea en la región deltoidea del brazo izquierdo. ⁽²²⁾

⁽²¹⁾ KUMATE IBIDEM Pag. 387-398

⁽²²⁾ PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES IBIDEN. Pag. 61-62

1.4.8 ESQUEMA BÁSICO DE VACUNACIÓN

En el Esquema Básico de Vacunación se identifica el tipo de vacuna y la enfermedad que previene, la dosis del esquema de vacunación, la edad en que se debe aplicar y la fecha de vacunación.

ESQUEMA BÁSICO DE VACUNACIÓN

VACUNA	Nº DE DOSIS	EDAD DE PRIMERA DOSIS	INTERVALO ENTRE DOSIS
BCG	1	RECIÉN NACIDO*	
D.P.T.	3	2 MESES	2 MESES **
SABIN	3	2 MESES	2 MESES **
ANTISARAMPIÓN	2	9 MESES	5 AÑOS

* Si al niño no se le aplica esta vacuna al nacer, se le deberá administrar en el primer contacto con los servicios de salud.

** Si el niño no acude a su siguiente dosis con puntualidad y han pasado entre la 1a. y 2a. dosis 6 meses o entre la 2a. y 3a. dosis más de un año se deberá reiniciar esquema. ⁽²³⁾

²³⁾ PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES IBIDEM. Pag. 10

1.5. LA FAMILIA

Una de las características fundamentales del ser humano es el hecho de vivir en sociedad; el hombre para satisfacer sus necesidades biopsicosociales requiere siempre participar y moverse dentro de diferentes grupos en su vida diaria.

La familia considerada como núcleo primario y fundamental para proveer a la satisfacción de las necesidades básicas del hombre y sobre todo de los hijos. ⁽²⁴⁾

La familia extensa esta formada ya sea por los padres y un hijo o por todos o algunos de los hijos y sus esposas que trabajan y viven juntos formando una unidad al mismo tiempo doméstica y económica.

La familia nuclear esta constituida por los cónyuges y los hijos inmaduros. Los hijos no tienen poder ni autoridad, ni prestigio en la sociedad global aparte de sus padres. Los hijos jóvenes no pueden tener un estilo de vida con dependencia de los padres.

La familia indivisa se refiere a la coresidencia en la misma vivienda de personas relacionadas linealmente del mismo sexo y bajo la autoridad de una sola cabeza. ⁽²⁵⁾

1.5.1 EL ROL DE LOS PADRES. Los padres de familia deben cumplir con las siguientes expectativas biopsíquicas y sociales de cada uno de sus hijos. a) satisfacer las necesidades físicas (alimento, vestido y salud), b) cubrir las necesidades afectivas, c) fortalecer la personalidad y d) formar

⁽²⁴⁾ SÁNCHEZ Ascona Jorge. Familia y sociedad. Pag. 40-41

⁽²⁵⁾ HARRIS C.C. Familia y sociedad industrial. Pag. 68,97

los roles sexuales, e) prepararlos para el mejor desempeño de los papeles sociales, f) estimular actitudes de aprendizaje y apoyo de la creatividad de la iniciativa individual.

1.5.2 PATERNIDAD RESPONSABLE. La paternidad y maternidad son actos eminentemente culturales y que tener hijos debe ser fruto de una profunda meditación, de un conocimiento real y de una absoluta responsabilidad. Es necesario que los hijos sean amados que vengan a un hogar donde el papel que van a desarrollar haya sido valorado con toda objetividad, pero que no lleguen a un hogar como fruto de prejuicios y convencionalismos sociales.

1.5.3 PARTICIPACIÓN ACTIVA Y PASIVA. Educar a los padres y futuros padres, que los hijos al nacer encuentren el hogar que los espere con gusto, en el que los padres han buscado la paternidad como un acto consciente y responsable fruto de su propia madurez. ⁽²⁶⁾

Los padres son en la familia los formadores de la personalidad, carácter, idiosincrasia en sus hijos, son los que inculcan valores, así como poder de decisión, pero no siempre son tan apegados al vínculo familiar y más bien son vistos como la parte represiva en la misma, aquella que tiene autoridad sobre todas las cosas, y que no se puede desafiar.

²⁶ SANCHEZ IBIDEM. Pag. 29-40

2. RESULTADOS

2. RESULTADOS

Esta investigación tiene como finalidad mostrar los principales problemas a los que se enfrenta el personal de salud al realizar actividades encaminadas a la vacunación de los menores de cinco años en comunidades que no cuentan con servicios de salud.

Conociendo la problemática existente dentro de las comunidades se realizó un recorrido en donde se obtuvo información directamente de los padres de familia con niños menores de cinco años por medio de una cédula de entrevista en donde se marcaban las principales causas que limitan la participación de los padres en forma activa y desinteresada dentro de las actividades encaminadas a la vacunación.

Los menores de cinco años con esquema de vacunación completo fue un criterio de exclusión que se maneja; en esta investigación se hace mención a niños con esquema de vacunación completo pero a éstos se les completo su esquema cuando se realizaron las entrevistas a los padres.

Con respecto al conocimiento del concepto de la palabra vacuna, los padres de familia mencionaron lo siguiente:

El 45.29% de los entrevistados tenían hijos con esquema de vacunación completo de estos, el 18.8% no contestaron a la pregunta, el 17.6% no saben que es una vacuna, y tres rubros de 2.94% cada uno que indicaron que era un medicamento. Por número de casos siguen los niños no vacunados con 32.35% de los cuales el 11.76% no sabían que era una vacuna, el 11.17% no contestaron a la pregunta 3.52% indicaron que es un medicamento y dos rubros de 2.94% mencionaron que es una inyección o gotas, y es una prevención para las

enfermedades. En tercer lugar se encuentran los niños a los que les faltan 2 ó 3 vacunas con 13.5% de estos el 7.64% no contestaron a la pregunta, 4.11% no saben que es una vacuna. Con 6.47% se encontraban los niños con antisarampión incompleto en donde el 3.52% no saben que es una vacuna y 2.35% no contestaron a la pregunta y por último el 2.35% eran niños con DPT incompleto en donde el 1.17% no saben que es una vacuna.

Como se sabe el principio en que se basan las vacunas es introducir en el organismo sano una dosis de agentes microbianos o sus toxinas a las que se les ha rebajado fuertemente su patogenicidad o toxicidad y de esta forma el organismo elabora anticuerpos para su protección. Lo que se pudo observar en los entrevistados es que muchos contestaban sin meditar la respuesta y en su gran mayoría respondían no saber o simplemente no daban respuesta a la pregunta sin que se observen diferencias marcadas entre los que sí vacunan a sus hijos y quienes lo hacían parcialmente o simplemente no les habían aplicado un biológico. Sin ser obligación de la gente conocer los conceptos relacionados con las vacunas es importante que los tengan presentes o mínimamente conozcan la importancia de los mismos.

(Ver cuadro 1 de la pag. __43__)

CUADRO 1

Conocimiento de los padres de familia con respecto a la palabra vacuna

	Es una inyección o gotas		Es una prevención para las enfermedades		Es un medicamento		No sabe		No contesta		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Esquema completo	5	2.94	5	2.94	5	2.94	30	17.6	32	18.8	77	45.29
No vacunados	5	2.94	5	2.94	6	3.52	20	11.76	19	11.17	55	32.35
Faltan 2 ó 3 vacunas	0	0	1	0.58	2	1.17	7	4.11	13	7.64	23	13.5
A S Incompleto	0	0	1	0.58	0	0	6	3.52	4	2.35	11	6.47
DPT Incompleto	0	0	0	0	1	0.58	2	1.17	1	0.58	2	4.35
Total	10	5.35	12	7	14	8.23	65	38.23	69	40.5	170	*100

Fuente: Cédulas de entrevista aplicadas a padres de familia de los módulos 3 y 8 de Ciudad Hidalgo Michoacán de Junio a Julio de 1998

* Se agregó una décima para redondear al 100%

Con respecto a las funciones que se atribuyen a las vacunas por parte de los padres de familia en relación con el esquema de vacunación de sus hijos.

Del 45.29% que contaban con esquema de vacunación completo, el 17.6% mencionó que las vacunas previenen las enfermedades, el 11.7% dijo que las vacunas sirven para que no se enfermen los niños, el 10.0% opinó que protegen a los niños y el 5.8% no sabe la función de las vacunas. Por el número de casos sigue el 32.35% que eran niños no vacunados de estos el 12.9% informó que las vacunas son para prevenir enfermedades, el 7.0% opinaron que sirven para que los niños no se enfermen y el 6.4% señaló que las vacunas sirven para proteger a los niños y el 5.8% no supo sus funciones. Le siguen en orden de frecuencia el 13.5% que son niños a los que les faltan 2 ó 3 vacunas, donde el 10.5% opinó que las vacunas previenen las enfermedades y dos rubros de 1.17% mencionaron que son para proteger a los niños y no supieron contestar para que sirven. Le siguen el 6.47% que son niños con antisarampión incompleto de estos el 3.52% indicaron que las vacunas sirven para prevenir enfermedades y el 1.7% dijo que las vacunas son para que los niños no se enfermen. Y por último el 2.35% que son niños con DPT incompleto de los cuales el 1.17% manifestó que las vacunas ayudan a prevenir enfermedades.

Como se sabe las vacunas sirven para crear inmunidad y proteger al organismo contra enfermedades. En general la mayoría de los padres entrevistados tenían una idea aproximada de las funciones de las vacunas.

(Ver cuadro 2 de la pag. 45)

CUADRO 2

Funciones atribuidas a las vacunas por parte de los padres de familia, en relación con el esquema de vacunación de sus hijos

	Para que no se enfermen		Para protegerlos		Para prevenir enfermedades		No sabe		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Esquema completo	20	11.7	17	10	30	17.6	10	5.8	77	45.29
No vacunados	12	7	11	6.4	22	12.9	10	5.8	55	32.35
Faltan 2 ó 3 vacunas	1	0.58	2	1.17	18	10.5	2	1.17	23	13.5
A S Incompleto	3	1.7	2	1.17	6	3.52	0	0	11	6.47
DPT Incompleto	0	0	1	0.58	3	1.7	0	0	4	2.35
Total	36	21.17	33	19.4	79	46.4	22	12.9	170	*100

Fuente: Cédulas de entrevista aplicadas a padres de familia de los módulos 3 y 8 de Ciudad Hidalgo, Michoacán de Junio a Julio de 1998

* Se agregó una décima para redondear al 100%

En cuanto al grado de conocimiento de los padres de familia sobre el número de vacunas que se aplican a los niños en un esquema básico de vacunación los resultados fueron:

Del 45.29% de padres que tenían niños con esquema de vacunación completo, el 19.4% no supo cuantas vacunas se le aplican a los niños, el 10.5% contestó acertadamente al mencionar que son cuatro vacunas las que se aplican a los niños, el 7.64% informó que son 3 vacunas, el 4.7% opinó que son 2 vacunas las que se le aplican a los niños. El segundo grupo que corresponde a los niños no vacunados representa un 3.35% del total de estos, el 14.11% no supo cuantas vacunas se le aplican a los niños en un esquema de vacunación, el 7.0% opinó que son 4 vacunas, el 4.11% informó que son 2 vacunas y dos rubros de 2.52% donde manifestaron que se aplican 3 y 1 vacunas a los niños. El tercer grupo por orden de frecuencia y que forman el 13.5% y esta integrado por los niños que les faltaban 2 ó 3 vacunas, la muestra de ellos, el 6.47% no supo cuantas vacunas se le aplican a los niños en un esquema de vacunación, el 2.94% dijo que son 3 las vacunas que se aplican a los niños y el 1.76% opinó que son 4. La cuarta categoría por número de casos son los niños con esquema incompleto de antisarampión con un total de 6.47% en donde el 4.11% no supo cuantas vacunas se le aplican a los niños, el 1.76% informó que son 4 vacunas las que se le aplican a los niños. Le siguen en orden de frecuencia el 2.35% que eran niños con DPT incompleto donde el 1.17% no supo cuantas vacunas se le aplican a los niños.

El Programa Nacional de Inmunizaciones hasta el año de 1997, menciona que el esquema básico de vacunación esta compuesto por 4 vacunas que son BCG (antituberculosa), DPT (que protege contra la difteria, tosferina y tétanos) Sabin (antipoliomielítica) y AS (antisarampionosa).

La incorporación de nuevas vacunas por el Sistema Nacional de Salud en el año de 1999 requirió efectuar modificaciones:

- Entre los cambios destacan la eliminación de la segunda dosis de BCG a partir de 1998, ya que estudios realizados comprobaron que ésta no confiere mayor protección en la prevención de la tuberculosis meningea y en otras formas graves o diseminadas de tuberculosis a la obtenida con la primera dosis.
- También se incluyo la vacuna triple viral, que protege contra sarampión, rubéola y parotiditis, en sustitución de vacuna antisarampión. La primera dosis se aplica al año y la segunda a los 6 años.
- Para aprovechar las ventajas de las vacunas múltiples, a partir de 1999 se aplicará la vacuna pentavalente (DPT + HB + Hib), la cual confiere protección contra difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B e infecciones invasivas por *Haemophilus influenzae*. Se aplica en 3 dosis a los 2, 4 y 6 meses.

(Ver cuadro 3 de la pag. 48)

La descripción de lo anterior se encuentra en el Manual de Procedimientos Técnicos. Actualización 1998. Capítulo 1. CONAVA.

CUADRO 3

Grado de conocimientos de los padres de familia sobre el número de vacunas que se aplican a los niños en un esquema básico de vacunación

	Una vacuna		Dos vacunas		Tres vacunas		Cuatro vacunas		No sabe		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Esquema completo	5	2.94	8	4.7	13	7.64	18	10.5	33	19.4	77	45.29
No vacunados	6	3.52	7	4.11	6	3.52	12	7	24	14.11	55	32.35
Faltan 2 ó 3 vacunas	1	0.58	3	1.76	5	2.94	3	1.76	11	6.47	23	13.5
A S. Incompleto	0	0	0	0	1	0.58	3	1.76	7	4.11	11	6.47
DPT. Incompleto	0	0	1	0.58	0	0	1	0.58	2	1.17	4	2.35
Total	12	7	19	11.17	25	14.7	37	21.76	77	45.29	170	*100

Fuente: Cédulas de entrevista aplicadas a padres de familia de los módulos 3 y 8 de Ciudad Hidalgo Michoacán de Junio a Julio de 1998

* Se agregó una décima para redondear al 100%

Otro de los aspectos que se investigó es el grado de conocimiento de los padres de familia sobre las vías de administración de las vacunas que se aplican a los niños en un esquema básico de vacunación.

Al respecto se detectó que de los niños con esquema de vacunación completo (45.29%), el 30.58% mencionó que las vías de administración era pompi, brazo y boca, el 7.0% sólo indicó 2 vías de administración que son pompi y brazo, el 4.11% no supo que contestar y el 3.52% informó 2 vías que eran boca y brazo. Le siguen en orden de frecuencia con 32.35% los niños no vacunados de estos el 15.8% indicó que existen 3 vías de administración que son pompi, brazo y boca, el 7.0% indicó que existen 2 vías de administración que son la pompi y el brazo, el 5.4% no supo que contestar y el 2.94% opinó que existen 2 vías de administración que son la boca y el brazo. En tanto a los niños que les faltaban 2 ó 3 vacunas que representan un 13.5% del total de la muestra, el 12.9% indicaron que existen 3 vías de administración que son el brazo, la pompi y la boca. Por su parte los padres de los niños con antisarampión incompleto que corresponden al 6.47%, el 4.7% señalaron 3 vías de administración que son pompi, brazo y boca y el 1.7% mencionó 2 vías que son pompi y brazo; el 2.35% del total del grupo de estudio que eran niños con DPT incompleto, donde el 1.7% informó que existen 3 vías de administración la pompi, el brazo y la boca.

El Programa Nacional de Inmunizaciones menciona que las vías de administración de las vacunas son 4, para la antituberculosa (BCG) la vía de aplicación es intradérmica en la región deltoidea del brazo derecho, la antisarampión (AS) subcutánea en la región deltoidea del brazo izquierdo, la triple (DPT) intramuscular en el glúteo y la antipoliomielítica (SABIN) vía oral. Lo que se pudo observar es que los

padres solamente recuerdan 3 vías de aplicación de las vacunas, esto no indica que este mal su respuesta pues 2 de las vacunas se aplican en el brazo de la misma forma vale la pena distinguir que ellos usan el término pompi para referirse al glúteo.

(Ver cuadro 4 de la pag. 51)

CUADRO 4

Conocimiento de los padres de familia sobre las vías de administración de las vacunas que se aplican a los niños en un esquema básico de vacunación

	Boca y brazo		Boca, pompi, brazo		Pompi y brazo		No sabe		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Esquema completo	6	3.52	52	30.58	12	7	7	4.11	77	45.29
No vacunados	5	2.94	27	15.8	12	7	11	6.4	55	32.35
Faltan 2 ó 3 vacunas	0	0	22	12.9	1	0.58	0	0	23	13.5
A.S. Incompleto	0	0	8	4.7	3	1.7	0	0	11	6.47
DPT Incompleto	0	0	3	1.7	1	0.58	0	0	4	2.35
Total	11	6.4	112	65.8	29	17	18	10.5	170	*100

Fuente: Cédulas de entrevista aplicadas a padres de familia de los módulos 3 y 8 de Ciudad Hidalgo, Michoacán de Junio a Julio de 1998

* Se agregó una décima para redondear al 100%

Conocimiento de los padres de familia del número de veces que deben ser aplicadas las vacunas a los niños menores de 5 años en un esquema básico de vacunación.

De los niños con esquema de vacunación completo con un total de 45.29%, de los cuales el 17.0% dieron una respuesta incorrecta en relación al número de veces que se aplica cada vacuna, el 15.8% no respondió a la pregunta y el 12.35% respondió correctamente al número de veces que se aplica cada vacuna. Por número de casos siguen los niños no vacunados con un 32.35% en donde el 12.9% no contestó a la pregunta, el 11.76% respondió incorrectamente y el 7.64% contestó acertadamente. Siguen en orden de frecuencia los niños a los que le hace falta 2 ó 3 vacunas con un 13.5% donde el 7.0% no respondió, el 4.7% dio una respuesta incorrecta y el 1.7% acertó en su respuesta. A continuación encontramos los niños con antisarampión incompleto con un 6.47%, de estos el 2.94% no contestó a la pregunta y 2 rubros de 1.7% en uno se dio respuesta correcta y en el otro una respuesta incorrecta. El último lugar lo ocupan los niños con DPT incompleto con 2.35% donde el el 1.7% respondió incorrectamente.

Según el Programa Nacional de Inmunizaciones el número de veces que se debe aplicar cada vacuna en un esquema básico de vacunación es de: Sabin 3 dosis, DPT 3 dosis, AS 1 dosis y BCG 1 dosis. Lo que se observó en los padres de familia es que no presta atención al número de dosis de cada vacuna que se le aplica a su hijo.

(Ver cuadro 5 de la pag. 53)

CUADRO 5

Conocimiento de los padres de familia del número de veces que deben ser aplicadas las vacunas a los niños menores de 5 años en un esquema básico de vacunación

	Respuesta correcta		Respuesta Incorrecta		No contesto		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Esquema completo	21	12.35	29	17	27	15.8	77	45.29
No vacunados	13	7.64	20	11.76	22	12.9	55	32.35
Faltan 2 ó 3 vacunas	3	1.7	8	4.7	12	7	23	13.5
A.S. Incompleto	3	1.7	3	1.7	5	2.94	11	6.47
DPT Incompleto	0	0	3	1.7	1	0.58	4	2.35
Total	40	23.5	63	37	67	39.41	170	*100

Fuente: Cédulas de entrevista aplicadas a padres de familia de los módulos 3 y 8 de Ciudad Hidalgo, Michoacán de Junio a Julio de 1998

* Se agregó una décima para redondear al 100%

Conocimiento de los padres de familia sobre los intervalos que deben guardarse entre la aplicación de una y otra dosis de las vacunas del esquema básico de vacunación.

De los entrevistados el 45.29% sus hijos contaban con esquema de vacunación completo, dentro de estos el 25.2% no contestó a la pregunta, el 17.6% contestó incorrectamente y solamente el 2.35% respondió correctamente. Continuamos con el 32.35% que eran niños no vacunados, donde el 17.0% no contestó, el 14.7% dio respuesta incorrecta. Siguen los niños a los que les faltan 2 ó 3 vacunas con un 13.5%, de estos 9.4% respondió incorrectamente y el 3.52% no contestó a la pregunta. Continúan los niños con Antisarampión incompleto con 6.47% de los cuales el 5.8% respondieron incorrectamente. Y por último siguen los niños con DPT incompleto con 2.35% donde todos respondieron de forma incorrecta.

Según el Programa Nacional de Inmunizaciones los períodos que deben guardarse entre una dosis y otra son: Sabin la primera dosis a los 2 meses, la 2a. dosis a los 4 meses y la 3a. dosis a los 6 meses. La BCG consta de una dosis que se aplica al nacer o al primer contacto con los servicios de salud; La AS es de 1 dosis y se aplica a los 9 meses de edad, y la DPT se aplican 3 dosis al igual que la Sabin a los 2, 4 y 6 meses de edad.

La situación encontrada es que en la mayoría de los padres de familia no respetan los períodos de vacunación entre dosis y el personal de salud debe insistir mucho al grado que se debe visitar más de dos veces a los padres de familia para que dejen vacunar a sus hijos cuando le corresponde.

(Ver cuadro 6 de la pag. 55)

CUADRO 6

Conocimiento de los padres de familia sobre los intervalos que deben guardarse entre la aplicación de una y otra dosis de las vacunas del esquema básico de vacunación

	Respuesta correcta		Respuesta Incorrecta		No contesto		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Esquema completo	4	2.35	30	17.6	43	25.2	77	45.29
No vacunados	1	0.58	25	14.7	29	17	55	32.35
Faltan 2 ó 3 vacunas	1	0.58	16	9.4	6	3.52	23	13.5
A.S. Incompleto	0	0	10	5.8	1	0.58	11	6.47
DPT Incompleto	0	0	4	2.35	0	0	4	2.35
Total	6	3.52	85	50	79	46.47	170	*100

Fuente: Cédulas de entrevista aplicadas a padres de familia de los módulos 3 y 8 de Ciudad Hidalgo, Michoacán de Junio a Julio de 1998

* Se agregó una décima para redondear al 100%

Opiniones de los padres de familia sobre las reacciones postvacunales que se presentan con mayor frecuencia en los niños menores de 5 años.

De los entrevistados el 45.29% tenían niños con esquema de vacunación completo, de los cuales el 16.4% mencionó que solamente se presenta calentura en sus hijos, el 14.7% opinaron que se presenta calentura y los niños se ponen llorones, el 10.3% dijeron que en sus hijos se presenta molestia al caminar y les da calentura y solamente el 3.5% informó que no observan alguna molestia en sus hijos. Por el número de casos encontrados el 32.35% que eran niños no vacunados dentro de estos observamos 3 rubros de 9.4% de los cuales manifestaron que los menores presentaban calentura, llanto y molestia al caminar esto fue observado por los padres en hijos anteriores, el 4.11% no refirió molestia alguna. A continuación se encuentran los niños a los que les faltan 2 ó 3 vacunas con un 13.5%, en donde el 9.4% manifestó que solo se presentó calentura en sus hijos, el 2.35% indicaron que se presenta molestia al caminar y temperatura y el 1.17% restante no refirió molestia alguna. Posteriormente siguen los niños con antíesarampión incompleto con el 6.47% entre los cuales el 3.52% mencionó que sus niños presentan calentura y están llorones, el 2.35% informó que solamente se presenta calentura. En el último sitio encontramos los niños con DPT incompleto con un 2.35% de los cuales manifestaron que los menores sólo manifiestan calentura y se ponen llorones.

Lo que señala el manual del vacunador como reacciones postvacunales en la vacuna DPT es: dolor, inflamación y enrojecimiento en el sitio de la inyección, malestar general y fiebre ligera que dura de 1-2 días. Mientras que en la BCG las reacciones son que en el sitio de la aplicación aparece una mancha roja que se convierte en un nódulo pequeño, en el nódulo se forma una ulcera que entre la 4 y 9 semana será una costra dejando

una cicatriz permanente, no se debe tocar el sitio de la aplicación. En la vacuna AS las reacciones se presentan del 4 al 12 día y puede presentarse fiebre moderada y a veces manchas rosadas parecidas a las que se presentan en la enfermedad, pero en menor número.

Lo que se pudo observar en los padres entrevistados es que siempre relacionan las vacunas con calentura y molestia y en muchas ocasiones los padres no permiten vacunar a sus hijo.

(Ver cuadro 7 de la pag. 58)

CUADRO 7

Opiniones de los padres de familia sobre las reacciones postvacunales que se presentan con mayor frecuencia en los niños menores de 5 años

	Calentura		Llorones calentura		Calentura y molestias al caminar		Sin molestia		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Esquema completo	28	16.4	25	14.7	18	10.5	6	3.5	77	45.29
No vacunados	16	9.4	16	9.4	16	9.4	7	4.11	55	32.35
Faltan 2 ó 3 vacunas	16	9.4	1	0.58	4	2.35	2	1.17	23	13.5
A.S. Incompleto	4	2.35	6	3.52	1	0.58	0	0	11	6.47
DPT Incompleto	2	1.17	2	1.17	0	0	0	0	4	2.35
Total	66	38.8	50	29.4	39	22.9	15	8.8	170	*100

Fuente: Cédulas de entrevista aplicadas a padres de familia de los módulos 3 y 8 de Ciudad Hidalgo, Michoacán de Junio a Julio de 1998

* Se agregó una décima para redondear al 100%

En relación a la importancia que representa para los padres de familia la aplicación de las vacunas en los niños menores de 5 años.

De los padres entrevistados 45.29% tenían hijos con esquema de vacunación completo de los cuales el 17.0% mencionó que las vacunas son importantes porque protegen a los niños, el 16.4% indicó que las vacunas son para que no se enfermen, el 8.2% no respondió a la pregunta y el 3.5% informó que las vacunas sirven para que los niños no vacunados con un 32.35%, dentro de estos el 12.3% informó que tiene trascendencia mayor porque sirven para que los niños no se enfermen, el 10.0% opinó que son útiles para protegerlos, el 5.8% no contestó a la pregunta y el 4.11% dijeron que son para que los niños estén sanos. En cuanto a los niños que les faltaban 2 ó 3 vacunas que representan un 13.5% de la muestra total, el 5.8% mencionó que las vacunas se utilizan para que los niños no se enfermen, el 4.7% opinó que las vacunas protegen a los niños, el 1.7% no contestó y el 1.17% refirió que las vacunas ayudan a que los niños estén sanos. Por el número de casos se encuentran los niños con antisarampión incompleto con 6.47% de los cuales el 3.5% dijo que las vacunas permiten que los niños no se enfermen y el 2.94% indicaron que las vacunas protegen a los niños. Al final encontramos a los niños con DPT incompleto con 2.35% que cuentan con 2 rubros de 1.17% en donde mencionaron que las vacunas tienen como finalidad proteger a los niños y de la misma forma para que no se enfermen.

Kumatte menciona que las vacunas son importantes porque protegen contra enfermedades peligrosas. Un niño que no está vacunado tiene más probabilidades de enfermarse, quedar incapacitado o morir. La vacunación es una medida urgente y un niño debe estar vacunado al cumplir un año de edad. Los niños enfermos pueden vacunarse sin riesgo alguno.

(Ver cuadro 8 de la pag. 60)

CUADRO 8

Importancia que representa para los padres de familia la aplicación de las vacunas en los niños menores de 5 años

	Para que no se enferme		Para protegerlos		Para que estén sanos		No contesto		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Esquema completo	28	16.4	29	17	6	3.5	14	8.2	77	45.29
No vacunados	21	12.3	17	10	7	4.11	10	5.8	55	32.35
Faltan 2 ó 3 vacunas	10	5.8	8	4.7	2	1.17	3	1.7	23	13.5
A.S. Incompleto	6	3.5	5	2.94	0	0	0	0	11	6.47
DPT Incompleto	2	1.17	2	1.17	0	0	0	0	4	2.35
Total	67	39.4	61	35.8	15	8.8	27	15.8	170	*100

Fuente: Cédulas de entrevista aplicadas a padres de familia de los módulos 3 y 8 de Ciudad Hidalgo, Michoacán de Junio a Julio de 1998

* Se agregó una décima para redondear al 100%

En cuanto a las fuentes de información de los padres de familia sobre las vacunas y su relación con el esquema de vacunación de sus hijos menores de 5 años.

Del 45.29% tenían niños con esquema de vacunación completo, el 15.8% no tenían información, el 14.1% mencionó que el personal de salud le transmite información sobre las vacunas, el 9.4% comentó que los datos que tienen sobre las vacunas las adquirieron por experiencia propia, el 5.8% indicó que la obtuvo por los medios de comunicación. Siguiendo en orden de frecuencia con los niños no vacunados que son 32.35% de estos, el 12.9% refirió que la información la ha obtenido por parte del personal de salud, el 7.64% señaló que la información la obtuvo por los medios de comunicación, el 7.0% adquirió la información por experiencia propia con hijos anteriores y el 4.7% no tiene información. Siguiendo con el análisis se encuentran los niños a los que les faltan 2 ó 3 vacunas con 13.5% de estos el 4.11% manifestó que la información que tiene se la proporcionó el personal de salud, el 3.5% manifestó no tener información y 2 rubros de 2.9% indicaron que la información que tiene se la proporcionó el personal de salud, el 3.5% manifestó no tener información y 2 rubros de 2.9% indicaron que la información que tienen la recibieron por los medios de comunicación por experiencia propia respectivamente. Le siguen en orden de frecuencia los niños con antisarampión incompleto con 6.47% de los cuales el 3.5% coincidieron que la información que tiene le fue enseñada por el personal de salud, el 1.7% mencionó que no cuentan con información y el 1.17% señaló que la información la aprendió por experiencia propia y en último lugar se encuentran los niños con DPT incompleta con 2.35% de los cuales el 1.17% informó que la experiencia con hijos anteriores les dejó dicho aprendizaje.

México ha avanzado en su capacidad de comunicarse con sus ciudadanos a través de medios modernos de comunicación masiva. Estos, gozan de autoridad que les confiere poder y por ende, responsabilidad en la promoción y cuidado de la salud.

Los medios pueden transmitir información hasta la región más aislada. Sensibilizar la conciencia pública, promover la participación social y apoyar la capacitación en favor de la salud.

Radio. Puede hacer llegar simultáneamente a millones de escuchas, incluso público analfabeto, mensajes trascendentes, con idioma sencillo, en varias lenguas y con bajo costo de producción.

Televisión. Puede, con mayor eficacia que cualquier otro, difundir mensajes, imágenes y símbolos con sonido y generar actitudes favorables a la salud. El costo de su producción puede limitar su uso.

Gráficos. Periódicos, revistas, volantes, folletos y carteles son fuentes de información muy duraderos de ahí su gran utilidad como medios de información.

Equipos, comités y agentes de salud. Todo médico, enfermera, trabajador o voluntario de la salud debería ser un educador experto en transformar conocimientos vitales sobre salud en consejos comprensibles y aplicables para personas comunes. En fin cada mexicano puede convertirse en un comunicador para la salud.

(Ver cuadro 9 de la pag. 63)

CUADRO 9

Fuentes de información de los padres de familia sobre las vacunas y su relación con el esquema de vacunación de sus hijos menores de 5 años

	Personal de salud %		Medios de comunicación %		Por experiencia propia %		No tiene información %		Total %	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Esquema completo	24	14.1	10	5.8	16	9.4	27	15.8	77	45.29
No vacunados	22	12.9	13	7.64	12	7	8	4.7	55	32.35
Faltan 2 ó 3 vacunas	7	4.11	5	2.94	5	2.94	6	3.5	23	13.5
A.S. Incompleto	6	3.5	0	0	2	1.17	3	1.7	11	6.47
DPT Incompleto	1	0.58	0	0	2	1.17	1	0.58	4	2.35
Total	60	35.29	28	16.47	21	12.35	45	26.47	170	*100

Fuente: Cédulas de entrevista aplicadas a padres de familia de los módulos 3 y 8 de Ciudad Hidalgo, Michoacán de Junio a Julio de 1998

* Se agregó una décima para redondear al 100%

En cuanto a la decisión de los padres para vacunar sus hijos cuando están enfermos y su relación con la situación del esquema de vacunación de sus hijos, se detectó que del total de los padres entrevistados, el 45.29% sus niños tenían su esquema de vacunación completo de ellos, el 25.2% refirió que no los deja vacunar si están enfermos, y el 20% comentaron que aún si presentaban tos y catarro si los vacunaban. Por número de casos le siguen los niños no vacunados con un 32.35% de los cuales el 22.3% externaron que si tuvieran que vacunar no permitirían vacunar a sus hijos si estos tuvieran tos y catarro y el 9.4% si aceptaba vacunar a sus hijos aún enfermos. Otro aspecto analizado fueron los niños a los que les faltaban 2 ó 3 vacunas con un 13.5% de éstos el 7% si dejaban vacunar a sus hijos aún cuando estuvieran enfermos de tos y gripa y el 6.47% no permitía vacunarlos le siguen en orden de frecuencia los niños con antisarampión incompleto con el 6.47% de ellos el 3.5% si vacunaba a sus hijos aún cuando estuvieran enfermos y el 2.49% no los vacunaba. Y por último se encuentran los niños con DPT incompleto con 2.35% donde el 1.7% eran padres que no vacunaban a sus hijos.

(Ver cuadro 10 de la pag. 66)

De los motivos por los cuales los padres si o no permitían vacunar a sus hijos cuando estos se encontraban enfermos de tos y catarro mencionaron lo siguiente: Del 45.29% tenían hijos con esquema de vacunación completo de estos el 22.3% mencionó que sus hijos se ponen más enfermos, otro 11.7% externo que por que sus hijos necesitaban las vacunas y un 11.17% no contestó. Le siguen por número de casos los niños no vacunados con un 32.35% de estos el 14.7% informó que los niños se ponían más enfermos esto lo notaron con sus anteriores hijos. y 2 rubros de 8.8% donde informaron que necesitaban

las vacunas y no respondieron respectivamente. En seguida se encuentran los niños a los que les faltaban 2 ó 3 vacunas con 13.5% de los cuales el 5.8% no dio una respuesta, el 4.7% informó que se ponen más enfermos y el 2.94% mencionó que los menores se ponen más enfermos, el 2.35% no contestó y el 1.17% restante indicó que los niños las necesitan. y en último lugar se encuentran los niños con DPT incompleto con un 2.35% de los cuales el 1.17% informó que los niños se ponen más enfermos.

Kumate menciona que un niño enfermo se puede vacunar sin riesgo alguno. Uno de los principales motivos por el que los padres no llevan a vacunar a sus hijos es porque tienen fiebre, tos, catarro, diarrea o cualquier otra infección de menor importancia, el día que le toca recibir la vacuna; también es posible que el personal de salud deje de vacunar a los niños ligeramente enfermos o afectados de desnutrición, esto es un error. Actualmente se sabe que puede vacunarse sin riesgo a cualquier niño que presente alguna enfermedad menor o desnutrición y son precisamente estos niños quienes requieren mayor protección.

(Ver cuadro 10 A de la pag. 67)

CUADRO 10

Decisiones de los padres para vacunar a sus hijos cuando están enfermos y su relación con la situación del esquema de vacunación de sus hijos

	SI		NO		Total	
	F	%	F	%	F	%
Esquema completo	34	20	43	25.2	77	45.29
No vacunados	16	9.4	39	22.3	55	32.35
Faltan 2 ó 3 vacunas	12	7	11	6.47	23	13.5
A.S. Incompleto	6	3.5	5	2.94	11	6.47
DPT Incompleto	1	0.58	3	1.7	4	2.35
Total	69	40.5	101	59.41	170	*100

Fuente: Cédulas de entrevista aplicadas a padres de familia de los módulos 3 y 8 de Ciudad Hidalgo, Michoacán de Junio a Julio de 1998

* Se agregó una décima para redondear al 100%

CUADRO 10 A

Motivos por los cuales los padres permiten o no vacunar a sus hijos cuando éstos se encuentran enfermos de tos y catarro

	Porque lo necesitan		Se ponen más enfermos		No contesto		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Esquema completo	20	11.7	38	22.3	19	11.17	77	45.29
No vacunados	15	8.8	25	14.7	15	8.8	55	32.35
Faltan 2 ó 3 vacunas	5	2.94	8	4.7	10	5.8	23	13.5
A.S. Incompleto	2	1.17	5	2.94	4	2.35	11	6.47
DPT Incompleto	1	0.58	3	1.7	0	0	4	2.35
Total	43	25.2	79	46.4	48	28.2	170	*100

Fuente: Cédulas de entrevista aplicadas a padres de familia de los módulos 3 y 8 de Ciudad Hidalgo, Michoacán de Junio a Julio de 1998

* Se agregó una décima para redondear al 100%

Efectos colaterales de las vacunas como limitante para el cumplimiento del esquema de vacunación y su relación con la situación real de éste en el menor de 5 años.

De los entrevistados el 45.29% tenían hijos cuyo esquema de vacunación estaba completo, de los cuales el 28.8% no dejaba inmunizar a sus hijos con agrado, el 16.4% si accedía a vacunarlos. Por el número de casos siguen los no vacunados con un 32.35% de ellos el 25.8% no permitía vacunar a sus hijos y el 6.47% si dieron su consentimiento para vacunar a sus hijos mayores. El siguiente puesto lo ocupan los niños a los que les faltan 2 ó 3 vacunas con 13.5% del total de la muestra, el 7.0% no permitían vacunarlos y 6.47% si autorizaban vacunarlos. Siguiendo en orden de frecuencia los niños con antisarampión incompleto con 6.47% donde el 4.1% se negaba vacunar a los niños, mientras que el 2.3% si aceptaban que se vacunara a sus hijos. Y por último siguen los niños con DPT incompleto con 2.35% donde los padres no vacunaban a sus hijos.

(Ver cuadro 11 de la pag. 70)

De los motivos por los cuales los padres no inmunizan a los menores de 5 años se mencionó lo siguiente. De los padres entrevistados el 45.29% sus hijos contestaban con su esquema de vacunación completo donde el 29.4% no dio información sobre alguna causa, el 10.0% indicó que se les pasa la molestia y les hace bien, mientras que el 5.8% informó que les hace daño. Por el número de casos siguen los no vacunados con un 32.35% de los cuales el 14.7% no manifestaron alguna causa, el 11.7% refiere que se les pasa la molestia y les hace bien, por otro lado el 6.47% mencionó que les hace daño. En orden de frecuencia siguen los niños a los que les faltan 2 ó 3 vacunas con un total de 13.5% de estos el

10.0% no contestó a la pregunta, el 2.35% indicó que se les pasa la molestia y les hace bien y tan sólo el 1.17% refiere que la vacuna les hace daño. El siguiente puesto es ocupado por los niños con antisarampión incompleto con un 6.47% de los cuales el 5.8% no contestó. Y por último siguen los niños con DPT incompleto con 2.35% de esto el 1.7% no contestaron.

Es posible que después de la aplicación de la vacuna DPT el niño llore, tenga fiebre o presente una pequeña ulceración, estas son reacciones normales y se debe informar a los padres que el niño debe recibir todas sus vacunas y que si el problema de malestar persiste por más de 3 días el niño debe ser llevado al médico.

(Ver cuadro 11 A de la pag. 71)

CUADRO 11

Efectos colaterales de las vacunas como limitante para el cumplimiento del esquema de vacunación del menor de 5 años

	SI		NO		Total	
	F	%	F	%	F	%
Esquema completo	28	16.4	49	28.8	77	45.29
No vacunados	11	6.47	44	25.8	55	32.35
Faltan 2 ó 3 vacunas	11	6.47	12	7	23	13.5
A.S. Incompleto	4	2.35	7	4.1	11	6.47
DPT Incompleto	0	0	4	2.35	4	2.35
Total	54	31.76	116	68.2	170	*100

Fuente: Cédulas de entrevista aplicadas a padres de familia de los módulos 3 y 8 de Ciudad Hidalgo, Michoacán de Junio a Julio de 1998

* Se agregó una décima para redondear al 100%

CUADRO 11 A

Motivos por los cuales los padres no inmunizan a los menores de 5 años y su relación con el esquema de vacunación

	Les hace daño		Se les pasa la molestia y les hace bien		No contesto		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Esquema completo	10	5.8	17	10	50	29.4	77	45.29
No vacunados	11	6.4	19	11.17	25	14.7	55	32.35
Faltan 2 ó 3 vacunas	2	1.17	4	2.35	17	10	23	13.5
A.S. Incompleto	0	0	1	0.58	10	5.8	11	6.47
DPT Incompleto	0	0	1	0.58	3	1.7	4	2.35
Total	23	13.5	42	24.7	105	61.7	170	*100

Fuente: Cédulas de entrevista aplicadas a padres de familia de los módulos 3 y 8 de Ciudad Hidalgo, Michoacán de Junio a Julio de 1998

* Se agregó una décima para redondear al 100%

Creencias de los padres de familia con respecto a las vacunas como causantes de enfermedades a los niños menores de 5 años y su relación con el esquema de vacunación de sus hijos. De las personas que fueron entrevistadas 45.29% tenían niños con esquema de vacunación completa de estos el 37.6% no creen que las vacunas causen enfermedades, el 7.6% piensan que si causan enfermedades. Por número de casos siguen los no vacunados con un 32.35% los cuales no conocen casos en los que las vacunas causen enfermedades. Siguen en orden de frecuencia los niños a los que les faltan 2 ó 3 vacunas con 13.5% de esto el 12.13% indicaron que las vacunas no causan enfermedades y el 1.17% opinaron que las vacunas si causan enfermedades. Sucesivamente se encuentran los niños con antisarampión incompleto con 6.47% que manifestaron que las vacunas no causan enfermedades. Por último siguen las de DPT incompleto con 2.35% que informaron que las vacunas no causan enfermedades.

(Ver cuadro 12 de la pag. 74)

De los motivos por los que los padres de familia relacionan enfermedades con vacunación manifestaron lo siguiente, del mismo 45.29% que representan los niños con esquema de vacunación completo, de esto el 24.7% contestó que porque previenen las enfermedades, mientras que el 20.5% no respondió. Siguiendo en orden de frecuencia con los niños no vacunados con 32.35% de los cuales el 16.4% no contestó y el 15.8% manifestó que las vacunas previenen las enfermedades. El siguiente sitio es ocupado por los niños que les faltan 2 ó 3 vacunas con 13.5% de estos el 7.6% no contestó, el 5.8% indicó que previenen las enfermedades. Por el número de casos siguen los niños con antisarampión incompleto con 6.47% de los cuales 4.7% no contesto el porque mientras que el 1.7% informó que se previenen las

enfermedades. Finalmente encontramos a los niños con DPT incompleto con 2.35% en donde existen 2 rubros de 1.17% que indicaron que previenen las enfermedades y no contestaron al porque respectivamente.

CONAVA menciona que en México el último caso de poliomielitis se registro en octubre de 1990 y actualmente no hay evidencia de la circulación de este virus. Debido al intercambio comercial y turístico con países de otros continentes en que el padecimiento aún es endémico, el riesgo de su reintroducción esta presente. La difteria es una enfermedad que esta eliminada. El último caso se registro en octubre de 1991 pero no hay evidencia de que el agente causal este erradicado por lo que existe el riesgo de nuevas epidemias. La tos ferina en 1997 se registraron 47 casos con diagnóstico confirmado por laboratorio. Y se puede decir que el padecimiento esta controlado. En 1996 se registraron los 2 últimos casos de sarampión confirmados por laboratorio. La tuberculosis meníngea considerada como la forma más grave de tuberculosis, está en franco descenso. En 1990 se registraron 102 casos en menores de 5 años y en 1997 sólo 33.

(Ver cuadro 12 A de la pag. 75)

CUADRO 12

Creencias de los padres de familia con respecto a las vacunas como causantes de enfermedades a los niños menores de 5 años y su relación con su esquema de vacunación

	SI		NO		Total	
	F	%	F	%	F	%
Esquema completo	13	7.6	64	37.6	77	45.29
No vacunados	0	0	55	32.35	55	32.35
Faltan 2 ó 3 vacunas	2	1.17	21	12.13	23	13.5
A.S. Incompleto	0	0	11	6.47	11	6.47
DPT Incompleto	0	0	4	2.35	4	2.35
Total	15	8.8	155	91.1	170	*100

Fuente: Cédulas de entrevista aplicadas a padres de familia de los módulos 3 y 8 de Ciudad Hidalgo, Michoacán de Junio a Julio de 1998

* Se agregó una décima para redondear al 100%

CUADRO 12A

Motivos por los que los padres de familia relacionan enfermedades con vacunas de los menores de 5 años y su relación con el esquema de vacunación

	Previene enfermedades		No contesto porque		Total	
	F	%	F	%	F	%
Esquema completo	42	24.7	35	20.5	77	45.29
No vacunados	27	15.8	28	16.4	55	32.35
Faltan 2 ó 3 vacunas	10	5.8	13	7.6	23	13.5
A.S. Incompleto	3	1.7	8	4.7	11	6.47
DPT Incompleto	2	1.17	2	1.17	4	2.35
Total	84	49.4	86	50.5	170	*100

Fuente: Cédulas de entrevista aplicadas a padres de familia de los módulos 3 y 8 de Ciudad Hidalgo, Michoacán de Junio a Julio de 1998

* Se agregó una décima para redondear al 100%

Puntos de vista de los padres sobre la instancia responsable de la vacunación de los menores de 5 años y su relación con el esquema de vacunación.

Se entrevistaron padres de familia cuyos hijos contaban con esquema de vacunación completo con 45.29% del total de la muestra, de estos el 28.8% opinaron que la obligación de vacunar a sus hijos es de los padres de familia, el 7.6% indicó que la responsabilidad es del personal de salud, el 4.7% no contestó a la pregunta y el 4.1% restante informó que la responsabilidad es del gobierno. El segundo lugar lo ocupan los niños no vacunados con 32.35% de los cuales el 14.7% dijo que la responsabilidad es de los padres de familia, el 7.6% no contestó, el 7.0% dijo que la responsabilidad es del personal de salud y el 2.9% mencionó que la responsabilidad es del gobierno. El tercer lugar lo ocupan los niños a los que les faltan 2 ó 3 vacunas con un 13.5%, de estos el 7.6% mencionó que los padres de familia son los responsables, y el 4.7% restante opinó que la responsabilidad de que los niños estén vacunados es del personal de salud. El cuarto lugar lo ocupan los niños con antisarampión incompleto con 6.47% en donde el 4.17% refirió que la obligación es de los padres de familia el vacunar a sus hijos y 2 rubros de 1.17% cada uno en donde informaron que el personal de salud es el responsable y no contestaron a la pregunta respectivamente. Y el quinto puesto lo ocupan los niños con DPT incompleto con 2.35% donde el 1.17% contestó que la obligación es de los padres de familia.

Los niños pueden estar protegidos contra enfermedades peligrosas mediante una serie de vacunas, y en México a pesar de contar con este servicio y de disponer de recursos humanos y materiales en forma suficiente muchos niños no son vacunados en forma completa.

Los padres de familia deben de cumplir con las siguientes expectativas biopsíquicas y sociales en cada uno de sus hijos. a) satisfacer las necesidades físicas (alimento, vestido y salud), b) cubrir las necesidades afectivas, c) fortalecer la personalidad, d) formar los roles sexuales, e) prepararlos para el mejor desempeño de los papeles sociales, f) estimular actitudes de aprendizaje y apoyo de la creatividad de la iniciativa individual.

(Ver cuadro 13 de la pag. 78)

CUADRO 13

Puntos de vista de los padres sobre la instancia responsable de la vacunación de los menores de 5 años y su relación con el esquema de vacunación

	Personal de Salud		Padres de Familia		Gobierno		No contesto		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Esquema completo	13	7.6	49	28.8	7	4.1	8	4.7	77	45.29
No vacunados	12	7	25	14.7	5	2.9	13	7.6	55	32.35
Faltan 2 ó 3 vacunas	8	4.7	13	7.6	1	0.58	1	0.58	23	13.5
A.S. Incompleto	2	1.17	7	4.1	0	0	2	1.17	11	6.47
DPT Incompleto	1	0.58	2	1.17	1	0.58	0	0	4	2.35
Total	36	21.17	96	56.4	14	8.2	24	14.11	170	*100

Fuente: Cédulas de entrevista aplicadas a padres de familia de los módulos 3 y 8 de Ciudad Hidalgo, Michoacán de Junio a Julio de 1998

* Se agregó una décima para redondear al 100%

Conocimiento del personal de salud encargado de la vacunación por los padres de familia y su relación con la situación del esquema de vacunación de los menores de 5 años.

Se recabo información entre los padres de familia en donde el 45.29% tenían niños que contaban con su esquema de vacunación completo, de los cuales el 33.5% coincidieron que sí reconocen al personal de salud y el 11.7% no distinguen al personal de salud. El siguiente sitio es ocupado por los niños no vacunados con 32.35%, de estos el 24.1% si conocen al personal de salud, el 8.2% no identifica al personal de salud. Por número de casos le siguen los niños a los que les faltan 2 ó 3 vacunas con un 13.5%, de estos el 11.7% si conoce la personal de salud mientras que el 1.7% no ubica al personal de salud. Sucesivamente se encuentra a los niños con antisarampión incompleto con 6.47% de los cuales el 4.7% sí identifica al personal de salud y el 1.7% restante no conoce al personal de salud. Al final se analizó a los niños con DPT incompleto con 2.35% donde el 1.7% si conoce al personal de salud.

(Ver cuadro 14 de la pag. 81)

De los motivos que los padres mencionaron fueron los siguientes: de los niños con esquema de vacunación completo con un total de 45.29% el 25.8% no contestó, el 12.9% opinaron que conocen al personal de salud porque trabaja en la comunidad, mientras que el 6.47% dijeron no saber quienes son. Por orden de frecuencia le siguen los no vacunados con 32.35%, de estos el 17.6% no contestó, el 8.8% informó que el personal de salud asiste a la comunidad y el 5.8% no logra identificarlos porque no sabe quienes son. Por el número de casos siguen los niños a los que les faltan 2 ó 3 vacunas con un 13.5%, de estos el 6.47% no respondió, el 5.8% opinó que el personal de salud acude a su comodidad y el

1.17% no sabe quienes son. El siguiente sitio es ocupado por los niños con antisarampión incompleto con 6.47% donde 3.57% no contestaron y el 1.7% indicó que el personal de salud trabaja en la comunidad y el 1.17% no sabe quienes son. Y por último se encuentran los niños con DPT incompleto con 2.35% en donde se encontraron 2 rubros de 1.17% cada uno en donde mencionaron que trabajan en la comunidad y no contestaron a la pregunta.

La Secretaria de Salud menciona que en la Estrategia Extensión de Cobertura la prestación de los servicios se realiza por una persona voluntaria de la misma comunidad a quién se le denomina auxiliar de salud (AS) quien se encuentra vinculada a los servicios formales de atención médica mediante la supervisión y asesoría que realiza el personal de enfermería con función de supervisor de auxiliares de salud (SAS) quién visita periódicamente a las localidades y de su labor depende en gran medida del éxito de los programas de salud incorporados a la estrategia extensión de cobertura.

(Ver cuadro 14 A de la pag. 82)

CUADRO 14

Conocimiento del personal de salud encargado de la vacunación por los padres de familia y su relación con la situación del esquema de vacunación de los menores de 5 años

	SÍ		NO		Total	
	F	%	F	%	F	%
Esquema completo	57	33.5	20	11.7	77	45.29
No vacunados	41	29.1	14	8.2	55	32.35
Faltan 2 ó 3 vacunas	20	11.7	3	1.7	23	13.5
A.S. Incompleto	8	4.7	3	1.7	11	6.47
DPT Incompleto	3	1.7	1	0.58	4	2.35
Total	129	75.8	41	24.1	170	*100

Fuente: Cédulas de entrevista aplicadas a padres de familia de los módulos 3 y 8 de Ciudad Hidalgo, Michoacán de Junio a Julio de 1998

* Se agregó una décima para redondear al 100%

CUADRO 14 A

Motivos que los padres de familia mencionaron en relación al conocimiento del personal de salud encargado de la vacunación y la relación con la situación del esquema de vacunación de los menores de 5 años

	No sabe quienes son		Trabajan en la comunidad		No contesto		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Esquema completo	11	6.4	22	12.9	44	25.8	77	45.29
No vacunados	10	5.8	15	8.8	30	17.6	55	32.35
Faltan 2 ó 3 vacunas	2	1.17	10	5.8	11	6.47	23	13.5
A.S. Incompleto	2	1.17	3	1.7	6	3.57	11	6.47
DPT Incompleto	0	0	2	1.17	2	1.17	4	2.35
Total	25	14.7	52	30.5	93	54.7	170	*100

Fuente: Cédulas de entrevista aplicadas a padres de familia de los módulos 3 y 8 de Ciudad Hidalgo, Michoacán de Junio a Julio de 1998

* Se agregó una décima para redondear al 100%

Con respecto a la confianza que existe hacia el personal de salud y la influencia que determina que los padres de familia vacunen adecuadamente a los niños menores de 5 años y su relación con su esquema de vacunación.

El 45.29% eran niños con esquema de vacunación completo, de esto el 40.5% coincidieron en que si existe confianza hacia el personal de salud, mientras que el 4.7% dijo que existe desconfianza. Le siguen en orden de frecuencia los no vacunados con 32.35%, de los cuales 31.7% mencionó que si existe confianza hacia el personal de salud. Siguen los niños a los que les faltan 2 ó 3 vacunas con 13.4% de estos el 12.3% menciona que si existe confianza y el 1.17% opinó lo contrario. Subsecuentemente se encuentran los niños con antisarampión incompleto con 6.47% mismo que opinaron tener confianza en el personal de salud. Al final se encuentran los niños con DPT incompleto con 2.35% que si confían en el personal de salud.

(Ver cuadro 15 de la pag. 85)

De los motivos por los que el personal de salud inspira confianza a los padres de familia, estos opinaron lo siguiente: del 45.29% que eran niños con esquema de vacunación completo, de estos el 34.1% no dio motivos, el 10.5% opinó que si los conoce y por lo mismo le dan confianza. El segundo lugar es ocupado por los no vacunados con un 32.35%, de los cuales el 22.3% no contestó a la pregunta mientras que el 9.4% refirió que porque los conoce le dan seguridad por si después decidiera vacunar a sus hijo. En tercer lugar se encuentran los niños a los que les faltan 2 ó 3 vacunas con 13.5%, de estos el 8.2% no contestó y el 4.7% opinó que porque los conoce le dan confianza. Siguen en orden de frecuencia los de antisarampión incompleto con

6.47%, de estos el 5.8% no contestó. Y por último siguen los de DPT incompleto con 2.35% de los cuales el 1.7% no contestó.

La auxiliar de salud es una persona integrante de la misma comunidad y es la representante de la base de la estructura operativa de la estrategia extensión de cobertura, es seleccionada y propuesta por la propia comunidad, generalmente es una reunión convocada por el comité de salud. La supervisora de auxiliares de salud es personal de enfermería que ha demostrado experiencia en el área rural comunitaria, este es un elemento de enlace entre las comunidades rurales y la estructura formal de servicios de salud.

Estos elementos (AS, SAS) forman un equipo de trabajo bien aceptado por la comunidad por ello la mayoría de la gente de la comunidad confía en ellos y los pocos que no confían son por diferencias de interés personal.

(Ver cuadro 15 A de la pag. 86)

CUADRO 15

Confianza existente hacia el personal de salud y la influencia que determina que los padres de familia vacunen adecuadamente a los niños menores de 5 años y su relación con su esquema de vacunación

	SI		NO		Total	
	F	%	F	%	F	%
Esquema completo	69	40.5	8	4.7	77	45.29
No vacunados	54	31.7	1	0.58	55	32.35
Faltan 2 ó 3 vacunas	21	12.3	2	1.17	23	13.5
A.S. Incompleto	11	6.47	0	0	11	6.47
DPT Incompleto	4	2.35	0	0	4	2.35
Total	159	93.5	11	6.47	170	*100

Fuente: Cédulas de entrevista aplicadas a padres de familia de los módulos 3 y 8 de Ciudad Hidalgo, Michoacán de Junio a Julio de 1998

* Se agregó una décima para redondear al 100%

CUADRO 15 A

Motivos por los que el personal de salud inspira confianza a los padres de familia de los niños menores de 5 años y su relación con su esquema de vacunación

	No los conoce		Si los conoce		No contesto		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Esquema completo	1	0.58	18	10.5	58	34.1	77	45.29
No vacunados	1	0.58	16	9.4	38	22.3	55	32.35
Faltan 2 ó 3 vacunas	1	0.58	8	4.7	14	8.2	23	13.5
A.S. Incompleto	0	0	1	0.58	10	5.8	11	6.47
DPT Incompleto	0	0	1	0.58	3	1.7	4	2.35
Total	3	1.7	44	25.88	123	72.35	170	*100

Fuente: Cédulas de entrevista aplicadas a padres de familia de los módulos 3 y 8 de Ciudad Hidalgo, Michoacán de Junio a Julio de 1998

* Se agregó una décima para redondear al 100%

Con respecto al cumplimiento de los compromisos adquiridos por el personal de salud hacia las comunidades como determinante para que los padres vacunen a sus hijos se observó lo siguiente:

De los niños con esquema de vacunación completo que representa un 45.29% del total de la muestra de estudio, el 33.5% coincidieron que si respetan los compromisos y el 11.76% refirió que no respetan los compromisos. Le siguen en orden de frecuencia los no vacunados con 32.35% de los cuales el 24.7% opinaron que son puntuales en sus compromisos, mientras que el 7.64% opinaron que no tienen seriedad. Por el número de casos siguen los que le faltan 2 ó 3 vacunas con un 13.5% de estos, el 11.17% indicaron que si cumple el personal de salud y el 2.35% dijeron que no son responsables con sus compromisos. El siguiente turno lo ocupan los niños con antisarampión incompleto con 6.47% de los cuales, el 5.88% indicaron que el personal de salud si respeta los compromisos adquiridos. Le siguen los de DPT incompleto con 2.35% donde informaron que el personal de salud si cumple con sus compromisos.

(Ver cuadro 16 de la pag. 89)

De los motivos que los padres mencionaron en relación al cumplimiento de los compromisos adquiridos por parte del personal de salud. Del 45.29% que tenían niños con esquema de vacunación completo, el 31.17% no respondió al porque, el 10.0% opinó que el personal aveces falla y no cumple con sus compromisos y sólo el 4.11% dijo que porque vienen hasta su casa. Le siguen los no vacunados con 32.35% de los cuales el 18.8% no mencionó un porque, el 7.0% dijeron que a veces fallan y el 6.47% dijo que vienen a su casa aunque ellos no vacunen a sus hijos. Por orden consecutivo siguen los niños a los que les faltan 2 ó

3 vacunas con un 13.5% de esto el 9.4% opinaron que asisten a su casa, el 2.35% no dio un porque y el 1.7% menciono que aveces fallan. El 6.47% siguiente eran niños con antisarampión incompleto de los cuales el 4.7% no dio un porque y el 1.17% dijo que porque vienen a su casa. Y en último lugar se encuentran los niños con DPT incompleto con 2.35% en donde el 1.7% no dio un porque.

La supervisora de auxiliares de salud tiene la responsabilidad de visitar cada comunidad dos veces al mes como mínimo, para revisar el adecuado funcionamiento de los servicios que son prestados a la comunidad, de asesorar a las auxiliares de salud, resolver problemas o dudas, proveerles los materiales necesarios y recabar información de los menores de 5 años y del resto de la comunidad siendo una de las actividades principales la vacunación por parte de la supervisora de auxiliares de salud.

En las visitas que se realizan mensualmente a las comunidades generalmente una de ellas es dedicada a la vacunación de los menores de 5 años.

(Ver cuadro 16 A de la pag. 90)

CUADRO 16

El cumplimiento de los compromisos adquiridos por el personal de salud hacia las comunidades como determinante para que los padres vacunen a sus hijos

	SÍ		NO		Total	
	F	%	F	%	F	%
Esquema completo	57	33.5	20	11.76	77	45.29
No vacunados	42	24.7	13	7.64	55	32.35
Faltan 2 ó 3 vacunas	19	1.17	4	2.35	23	13.5
A.S. Incompleto	10	5.8	1	0.58	11	6.47
DPT Incompleto	4	2.35	0	0	4	2.35
Total	132	77.64	38	22.35	170	*100

Fuente: Cédulas de entrevista aplicadas a padres de familia de los módulos 3 y 8 de Ciudad Hidalgo, Michoacán de Junio a Julio de 1998

* Se agregó una décima para redondear al 100%

CUADRO 16 A

Motivos que los padres de familia mencionaron en relación al cumplimiento de los compromisos adquiridos por parte del personal de salud.

	A veces fallan		Vienen a la casa		No dijo porque		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Esquema completo	17	10	7	4.11	53	31.17	77	45.29
No vacunados	12	7	11	6.47	32	18.8	55	32.35
Faltan 2 ó 3 vacunas	3	1.7	16	9.4	4	2.35	23	13.5
A.S. Incompleto	1	0.58	2	1.17	8	4.7	11	6.47
DPT Incompleto	0	0	1	0.58	3	1.7	4	2.35
Total	33	19.4	37	21.76	100	58.8	170	*100

Fuente: Cédulas de entrevista aplicadas a padres de familia de los módulos 3 y 8 de Ciudad Hidalgo, Michoacán de Junio a Julio de 1998

* Se agregó una décima para redondear al 100%

Con respecto a la adecuada disposición de vacuna en número y cantidad óptima por parte del personal de salud y su repercusión en el esquema de vacunación de los menores de 5 años, los padres contestaron de la siguiente manera:

El 45.29% tenían niños con esquema de vacunación completo, de los cuales el 28.2% dijo que sí hay disposición de vacuna y el 17.0% mencionó que no hay disposición adecuada de vacuna. Le siguen en orden de frecuencia los no vacunados con un 32.35% de los cuales, el 24.1% opinó que sí hay disposición de vacuna, mientras que el 8.2% restante mencionó lo contrario. El siguiente espacio es ocupado por los menores a los que les faltan 2 ó 3 vacunas con 13.5% de estos, el 7.6% indicó que sí existe disposición adecuada de recursos y el 5.8% manifestó lo opuesto. Le siguen en orden de frecuencia los de antisarampión incompleto con 6.47% donde el 4.11% dijo que sí cuentan con vacuna y el 2.35% opinaron que no cuentan con suficiente vacuna. Al final se encuentran los niños con DPT incompleto con 2.35% con 2 rubros de 1.17% que mencionaron que sí hay disposición de recursos y el otro rubro indicó lo contrario.

(Ver cuadro 17 de la pag. 93)

De los motivos que dieron los padres de familia en relación a la disposición de vacuna, de las entrevistas realizadas el 45.29% eran niños con esquema de vacunación completo, de los cuales 24.7% no contestaron al porque, el 12.3% mencionó que les falta DPT, el 8.2% dijo que no cuentan con todas las vacunas. Por el número de casos siguen los no vacunados con 32.35% de los cuales el 18,2% no contestó porque, el 7.6% refirió que ha observado que al personal de salud le falta DPT, el 6.47% dice que ha visto que no traen todas la vacunas. Le

siguen en orden de frecuencia los niños a los que les faltan 2 ó 3 vacunas con 13.5% de los cuales el 9.4% no contestó porque, el 3.5% indicó que no siempre llevan todas las vacunas. Le siguen los menores con antisarampión incompleto con 6.47% donde el 4.7% no contestó al porque y el 1.7% indicó que les hace falta DPT. Y por último siguen los niños con DPT incompleto con 2.35% con 2 rubros de 1.17% que no contestaron al porque y mencionaron que no traen todas las vacunas.

Es importante señalar que la Secretaría de Salud para proveer de servicios de atención primaria a la Estrategia Extensión de Cobertura ha hecho un esfuerzo político, financiero y organizativo de tal magnitud que se cuenta a la fecha con un total de 306 coordinadores médicos jurisdiccionales, 1236 enfermeras supervisoras de auxiliares de salud y 13 552 auxiliares de salud, el médico coordinador jurisdiccional es el principal soporte de acción y es el encargado directo de proveer los recursos materiales en forma de vacuna suficiente a las supervisoras de auxiliares de salud que son el vehículo que provee directamente a las comunidades.

Existen ocasiones que el material en forma de vacuna no se provee oportunamente o de manera suficiente, especialmente la vacuna DPT y no se puede vacunar con eficacia a los niños sobre todo en refuerzos en las campañas de vacunación.

(Ver cuadro 17 A de la pag. 94)

CUADRO 17

Adecuada disposición de vacunas en número y cantidad óptima por parte del personal de salud y su relación con el esquema de vacunación de los menores de 5 años

	SI		NO		Total	
	F	%	F	%	F	%
Esquema completo	48	28.2	29	17	77	45.29
No vacunados	41	24.1	14	8.2	55	32.35
Faltan 2 ó 3 vacunas	13	7.6	10	5.8	23	13.5
A.S. Incompleto	7	4.11	4	2.35	11	6.47
DPT Incompleto	2	1.17	2	1.17	4	2.35
Total	111	65.2	59	34.7	170	*100

Fuente: Cédulas de entrevista aplicadas a padres de familia de los módulos 3 y 8 de Ciudad Hidalgo, Michoacán de Junio a Julio de 1998

* Se agregó una décima para redondear al 100%

CUADRO 17 A

Motivos que dieron los padres de familia en relación a la disposición de vacuna

	No traen todas las vacunas		Falta triple		No contesto porque		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Esquema completo	14	8.2	21	12.3	42	24.7	77	45.29
No vacunados	11	6.47	13	7.6	31	18.2	55	32.35
Faltan 2 ó 3 vacunas	6	3.5	1	0.58	16	9.4	23	13.5
A.S. Incompleto	1	0.58	3	1.7	8	4.7	11	6.47
DPT Incompleto	2	1.17	0	0	2	1.17	4	2.35
Total	34	20	37	21.7	99	58.2	170	*100

Fuente: Cédulas de entrevista aplicadas a padres de familia de los módulos 3 y 8 de Ciudad Hidalgo, Michoacán de Junio a Julio de 1998

* Se agregó una décima para redondear al 100%

En relación al tipo de trato que reciben los padres de familia por parte del personal de salud que acude a vacunar a los niños menores de 5 años y su relación con su esquema de vacunación.

El 100.0% de los entrevistados mencionó, que el personal de salud es amable.

(Ver cuadro 18 de la pag. 97)

De las opiniones que dieron los padres de familia son las siguientes 45.29% tenían niños con esquema de vacunación completo donde el 37.0 no dio un porque a la pregunta y el 8.2% indicó que trataban bien a los niños. En orden de frecuencia siguen los no vacunados con 32.35% de los cuales el 26.4% no dio un porque y el 5.8% refirió que ha visto que son amistosos con los niños. El siguiente espacio lo ocupan los niños a los que les faltan 2 ó 3 vacunas de los cuales, el 11.1% no dio un porque a la pregunta, el 2.35% informaron que porque tratan bien a los niños. Le siguen los de antisarampión incompleto con 6.47% donde el 4.7% no dio un porque a la pregunta y el 1.7% mencionaron que dan buen trato a los niños. Y por último siguen los de DPT incompleto con 2.35% de los cuales el 1.7% no dio un porque a la pregunta.

El personal de salud que trabaja dentro de las comunidades (auxiliares de salud, supervisoras de auxiliares de salud y médicos coordinadores jurisdiccionales) deben mostrar para todas las personas un trato de calidad y calidez en la prestación de servicios que se otorgan a toda la comunidad, estos deben ser con prioridad a los grupos más necesitados y al mismo tiempo en un marco de dignidad y trato humano.

En muchas de las personas entrevistadas se notó que no proporcionaban información real de esta pregunta, por lo que de dar información real pensaban que se les restringiría su atención de salud para su familia.

(Ver cuadro 18 A de la pag. 98)

CUADRO 18

Tipo de trato que reciben los padres de familia por parte del personal de salud que acude a vacunar a los niños menores de 5 años y su relación con su esquema de vacunación

	SI		NO		Total	
	F	%	F	%	F	%
Esquema completo	77	45.29	0	0	77	45.29
No vacunados	55	32.35	0	0	55	32.35
Faltan 2 ó 3 vacunas	23	13.5	0	0	23	13.5
A.S. Incompleto	11	6.47	0	0	11	6.47
DPT Incompleto	4	2.35	0	0	4	2.35
Total	170	100	0	0	170	*100

Fuente: Cédulas de entrevista aplicadas a padres de familia de los módulos 3 y 8 de Ciudad Hidalgo, Michoacán de Junio a Julio de 1998

* Se agregó una décima para redondear al 100%

CUADRO 18 A

Motivos que dieron los padres de familia en relación al tipo de trato que reciben por parte del personal de salud

	Tratan bien a los niños		No contesto		Total	
	F	%	F	%	F	%
Esquema completo	14	8.2	63	37	77	45.29
No vacunados	10	5.8	45	26.4	55	32.35
Faltan 2 ó 3 vacunas	4	2.35	19	11.1	23	13.5
A.S. Incompleto	3	1.7	8	4.7	11	6.47
DPT Incompleto	1	0.58	3	1.7	4	2.35
Total	32	18.8	138	81.1	170	*100

Fuente: Cédulas de entrevista aplicadas a padres de familia de los módulos 3 y 8 de Ciudad Hidalgo, Michoacán de Junio a Julio de 1998

* Se agregó una décima para redondear al 100%

Opinión de los padres sobre la oportunidad en la que el personal avisa de la fecha de próxima vacunación de sus hijos y su relación con el esquema de vacunación de los niños menores de 5 años.

De los entrevistados solamente el 6.47% de niños con esquema de vacunación completo opinaron que el personal de salud no informa de manera oportuna las fechas posteriores de vacunación:

(Ver cuadro 19 de la pag. 101)

De los porqués que los padres de familia indicaron con relación a la pregunta. Del 100% de los entrevistados el 45.29% eran niños con esquema de vacunación completo, de los cuales 30.5% no dio un porque a la pregunta, mientras que el 14.7% mencionaron que siempre lo anotan en la cartilla. Le siguen en orden de frecuencia los no vacunados con 32.35% de estos, el 24.1% no dio un porque a la pregunta, mientras que el 8.2% le han comentado que el personal de salud anota en la cartilla de vacunación. Por número de casos siguen los niños a los que les faltan 2 ó 3 vacunas con 13.5% de los cuales el 7.6% no dio un porque a la pregunta mientras que el 5.8% coincidió en que siempre lo anotan en la cartilla. El siguiente puesto es para los niños con antiserampión incompleto con 6.47% de estos, el 4.1% no dio un porque a la pregunta y el 2.35% informó que siempre lo anotan en la cartilla. Y por último están los niños con DPT incompleto con 2.35% de los cuales el 1.7% no dio un porque a la pregunta.

La supervisoras de auxiliares de salud cuando acuden a la localidad con motivo de vacunar esta obligado a informar a todos los padres las razones por las cuales sus hijos deben estar vacunados, cuantas veces deben llevarlos a vacunar, cuando y donde pueden hacerlo,

generalmente el medio idóneo que adopta el personal de salud es anotar en la cartilla de vacunación la fecha próxima en que debe ser llevado a vacunar el menor. El problema más relevante en relación a esta pregunta fue que muchos padres no tienen cartillas de vacunación porque las pierden o no se les proporciona, el personal de salud no tiene para reponer cartillas y anotan la fecha próxima en pedazos de papel y estos son extraviados con mucha facilidad y esto agrava la situación del rezago existente.

(Ver cuadro 19 A de la pag. 102)

CUADRO 19

Opiniones de los padres de familia sobre la oportunidad en la que el personal de salud avisa de la fecha de próxima vacunación de sus hijos y su relación con el esquema de vacunación de los niños menores de 5 años

	SI		NO		Total	
	F	%	F	%	F	%
Esquema completo	66	38.8	11	6.47	77	45.29
No vacunados	55	32.35	0	0	55	32.35
Faltan 2 ó 3 vacunas	23	13.5	0	0	23	13.5
A.S. Incompleto	11	6.47	0	0	11	6.47
DPT Incompleto	4	2.35	0	0	4	2.35
Total	159	93.5	11	6.47	170	*100

Fuente: Cédulas de entrevista aplicadas a padres de familia de los módulos 3 y 8 de Ciudad Hidalgo, Michoacán de Junio a Julio de 1998

* Se agregó una décima para redondear al 100%

CUADRO 19 A

Motivos que los padres mencionaron sobre la oportunidad con que el personal de salud avisa de la fecha próxima de vacunación

	Lo anotian en la cartilla		No contesto		Total	
	F	%	F	%	F	%
Esquema completo	25	14.7	52	30.5	77	45.29
No vacunados	14	8.2	41	24.1	55	32.35
Faltan 2 ó 3 vacunas	10	5.8	13	7.6	23	13.5
A.S. Incompleto	4	2.35	7	4.1	11	6.47
DPT Incompleto	1	0.58	3	1.7	4	2.35
Total	54	31.76	116	68.2	170	*100

Fuente: Cédulas de entrevista aplicadas a padres de familia de los módulos 3 y 8 de Ciudad Hidalgo, Michoacán de Junio a Julio de 1998

* Se agregó una décima para redondear al 100%

Opinión de los padres sobre la frecuencia de organización de reuniones informativas por el personal de salud y su relación con el estado de vacunación de los menores de 5 años.

De los entrevistados 45.29% tenían niños con esquema de vacunación completo, de los cuales 30.5% coincidieron que no se realizan pláticas y el 14.7% opinó que si se realizan pláticas. El segundo lugar lo ocupan los niños no vacunados con 32.35% de los cuales el 21.7% informó que no se realizan reuniones y el 10.5% dijo que si se organizan pláticas. El tercer lugar es ocupado por los niños a los que les faltan 2 ó 3 vacunas con 13.5% de los cuales el 12.9% opinó que no se realizan pláticas y el 1.17% dijo que si se realizan reuniones. En último lugar se encuentran los niños con DPT incompleto con 2.35% de los cuales, el 1.17 refirió que no se realizan reuniones.

(Ver cuadro 20 de la pag. 105)

En cuanto a los porqués manifestados por los padres se encontró lo siguiente: el 45.29% tenían niños con esquema de vacunación completo de estos, el 43.5% no dio un porque a la pregunta y el 1.7% no recordó la fecha de la última reunión. Le siguen en orden de frecuencia los no vacunados con 32.35% que no dieron un porque a la pregunta. Por número de casos le siguen los niños a los que les faltan 2 ó 3 vacunas con 12.5% que no dieron un porque a la pregunta. Siguiendo en orden de frecuencia los de antisarampión incompleto con 6.47% de los cuales, el 5.8% no dio un porque a la pregunta y por último siguen los de DPT incompleto con 2.35% que no dieron un porque a la pregunta.

La atención general incluye sesiones educativas en la comunidad para promocionar y fomentar aspectos de salud como son: saneamiento

básico, letrización y potabilización; así como promoción para acciones sociales para mejorar sus condiciones de salud y la auxiliar debe realizar entrevistas, visitas domiciliarias y sesiones educativas con temas referentes al cuidado de la salud, entre ellos la vacunación. Lo observado es que cuando se convoca a sesiones educativas la gente no asiste, puesto que en muchos programas han vuelto a las personas interesadas y la población no acude a reuniones de carácter educativo o informativo si no se le hacen regalos como pueden ser dinero, medicamentos, leche o despensas que se ofrecen en otros programas.

(Ver cuadro 20 A de la pag. 106)

CUADRO 20

Opiniones de los padres sobre la frecuencia de organización de reuniones informativas por el personal de salud y su relación con el estado de vacunación de los menores de 5 años

	SI		NO		Total	
	F	%	F	%	F	%
Esquema completo	25	14.7	52	30.5	77	45.29
No vacunados	18	10.5	37	21.7	55	32.35
Faltan 2 ó 3 vacunas	1	0.58	22	12.9	23	13.5
A.S. Incompleto	2	1.17	9	5.2	11	6.47
DPT Incompleto	1	0.58	3	1.7	4	2.35
Total	47	27.6	123	72.3	170	*100

Fuente: Cédulas de entrevista aplicadas a padres de familia de los módulos 3 y 8 de Ciudad Hidalgo, Michoacán de Junio a Julio de 1998

* Se agregó una décima para redondear al 100%

CUADRO 20 A

Motivos que los padres de familia mencionaron sobre la frecuencia de organización de reuniones informativas por el personal de salud

	Lo anotán en la cartilla		No contestó		Total	
	F	%	F	%	F	%
Esquema completo	3	1.7	74	43.5	77	45.29
No vacunados	0	0	55	32.35	55	32.35
Faltan 2 ó 3 vacunas	0	0	23	13.5	23	13.5
A.S. Incompleto	1	0.58	10	5.8	11	6.47
DPT Incompleto	0	0	4	2.35	4	2.35
Total	4	2.35	166	97.6	170	*100

Fuente: Cédulas de entrevista aplicadas a padres de familia de los módulos 3 y 8 de Ciudad Hidalgo, Michoacán de Junio a Julio de 1998

* Se agregó una décima para redondear al 100%

Con respecto a la orientación que por parte del personal de salud reciben los padres de familia acerca de las reacciones postvacunales y su repercusión en el estado de vacunación del menor de 5 años.

El 54.29% tenía niños que contaban con su esquema de vacunación completo de los cuales 36.4% coincidieron que si reciben orientación, mientras que el 8.8% informó que no reciben este servicio. Le siguen en orden de frecuencia los niños no vacunados con 32.35% de estos, el 25.8% señalaron que si reciben orientación y el 6.47% contesto que no reciben orientación. Por número de caso le siguen los niños a los que les faltan 2 ó 3 vacunas con 13.5% donde el 12.9% indicó que si reciben orientación. Siguiendo en orden de frecuencia con los niños de antisarampión incompleto con 6.47% que indicaron que si reciben orientación. Y por último continúan los niños con DPT incompleto con 2.35% los cuales indicaron que si reciben orientación.

(Ver cuadro 21 de la pag. 109)

En cuanto al porque de la pregunta, los padres indicaron lo siguiente. De los niños con esquema de vacunación completo con 45.29% de los cuales el 28.2% no dieron un porque a la pregunta, mientras que el 17% manifestaron que la orientación que recibe es que deben dar gotas y un baño después de vacunar le siguen los no vacunados por el número de casos con un 32.35% donde el 25.2% no dieron un porque a la pregunta y el 7% informaron que con sus anteriores hijos si recibían información. Le siguen en orden de frecuencia los niños a los que les faltan 2 ó 3 vacunas con 13.55 de estos, el 8.2% afirmo que reciben orientación y 5.2% no dieron un porque a la pregunta. Por número de casos siguen los niños con antisarampión incompleto con 6.47% de los cuales, el 4.7% no dio un porque a la pregunta y el 1.7% señalaron que la orientación

que reciben es de dar gotas y baño después de ser vacunados. Y por último siguen los niños con DPT incompleto con 2.35% de los cuales el 1.7% no dieron un por que a la pregunta.

El Manual del Vacunador manifiesta las recomendaciones postvacunales más usuales en la vacuna DPT que son:

No aplicar fomentos, ni bolsas de agua caliente en el sitio de la aplicación, no dar masaje en el sitio de aplicación, darle un baño al niño cuando éste presente fiebre y no exponerlo a cambios bruscos de temperatura, explica que las molestias desaparecen entre el 2 y 3 día posterior a la aplicación de la vacuna y caso de persistir, acudir al médico.

Las recomendaciones para la vacuna BCG son:

Explicar que en el sitio de la aplicación aparecerá una mancha roja que se convertirá en un nódulo pequeño. En éste se formará una úlcera que, entre la 4 y 9 semana se hará una costra dejando una cicatriz permanente. No se debe tocar el sitio de la aplicación excepto para su limpieza, la cuál se hará lavando suavemente con agua y jabón. Es importante indicar que no debe aplicarse sustancias ni medicamentos sobre la región vacunada.

Las recomendaciones para la vacuna de AS son:

Es importante mencionar a la madre o familiar que puede aparecer un poco de fiebre, misma que disminuye aplicando, sobre la cabeza o brazos trapos húmedos, o bien dándole unas gotas contra la fiebre. Explicar además, que si aparece salpullido, no aplicar nada sobre la piel.

(Ver cuadro 21 A de la pag. 110)

CUADRO 21

Orientación que por parte del personal de salud reciben los padres de familia acerca de las reacciones postvacunales y su repercusión en el estado de vacunación del menor de 5 años

	SI		NO		Total	
	F	%	F	%	F	%
Esquema completo	62	36.4	15	8.8	77	45.29
No vacunados	44	25.8	11	6.47	55	32.35
Faltan 2 ó 3 vacunas	22	12.9	1	0.58	23	13.5
A.S. Incompleto	11	6.47	0	0	11	6.47
DPT Incompleto	4	2.35	0	0	4	2.35
Total	143	84.1	27	15.8	170	*100

Fuente: Cédulas de entrevista aplicadas a padres de familia de los módulos 3 y 8 de Ciudad Hidalgo, Michoacán de Junio a Julio de 1998

* Se agregó una décima para redondear al 100%

CUADRO 21 A

Motivos que los padres de familia mencionaron sobre la orientación que por parte del personal de salud reciben acerca de la reacciones postvacunales

	Gotas y Baño		No dijeron porque		Total	
	F	%	F	%	F	%
Esquema completo	29	17	48	28.2	77	45.29
No vacunados	12	7	43	25.2	55	32.35
Faltan 2 ó 3 vacunas	14	8.2	9	5.2	23	13.5
A.S. Incompleto	3	1.7	8	4.7	11	6.47
DPT Incompleto	1	0.58	3	1.7	4	2.35
Total	59	34.7	111	65.2	170	*100

Fuente: Cédulas de entrevista aplicadas a padres de familia de los módulos 3 y 8 de Ciudad Hidalgo, Michoacán de Junio a Julio de 1998

* Se agregó una décima para redondear al 100%

3. CONCLUSIONES

3. CONCLUSIONES

El presente estudio se realizó porque durante el año de servicio social, al desarrollar las actividades que marca el programa Estrategia Extensión de Cobertura, un aspecto de prestación de servicio comprendía la atención integral al menor de cinco años con énfasis en el programa de vacunación universal. Se observó que al inicio en Julio de 1997 existía un gran rezago en cuanto a aspectos de vacunación en menores de 5 años, en todas las comunidades de los módulos asignados, esto se debía entre otras cosas; a la falta de interés, así como la poca participación de los padres de familia, lo que dificultaba el cumplimiento de las metas de vacunación ya que es difícil realizar la inmunización de los menores casa por casa; porque existen comunidades concentradas en un pequeño territorio y otras son sumamente dispersas o cuentan con un número muy grande de menores que requieren ser vacunados.

Para cumplir con las campañas de vacunación, en teoría se tenía programada una semana, pero en la realidad se abarcaba hasta en 3 semanas, ya que visitar 18 comunidades en una semana era casi imposible, porque al realizar esta tarea se cuenta con poco personal, 18 auxiliares de salud, 1 por comunidad y 4 supervisores para las 18 comunidades.

Si a lo anterior se agrega que gran esfuerzo y desgaste físico del personal de salud, es desperdiciado porque en ocasiones al realizar visitas a las casas más apartadas de las comunidades los padres no se encuentran o simplemente se niegan a vacunar a su hijos, justificándose al decir que las vacunas les producen enfermedades, esto causa desaliento porque el personal se da cuenta que los esfuerzos no se valoran en realidad.

El personal que acude a realizar la vacunación es insuficiente para el número de menores que se visitan por comunidad, ya que ésta actividad se realiza sólo por la auxiliar de salud, como apoyo humano en la comunidad y por un supervisor (a) como apoyo técnico y otra de las limitantes es que en ocasiones el centro de salud no provee de material necesario (vacuna, hielo, jeringas), en forma suficiente y de manera oportuna, de la misma forma no se brinda apoyo de transportación ni material promocional en forma de carteles mismos que en ocasiones llegan cuando las campañas ya terminaron o son insuficientes para hacer promoción oportuna.

Los padres de familia muestran apatía por participar activamente en la vacunación de sus hijos y se justifican diciendo que es obligación del personal de salud o del estado que los niños se encuentren vacunados y nos preguntamos quién es en realidad el responsable, de los anterior las conclusiones a las que se llegaron son:

Es una población infantil de aproximadamente 1700 menores de 5 años se tomó al azar una muestra del 10.0%, es decir, 170 niños, de los cuales 77 se encontraron con su esquema de vacunación completo y 93 tenían retraso en el cumplimiento de las inmunizaciones.

En cuanto a las razones más relevantes para este retraso se encontraron: Que los padres desconocen que es una vacuna, que si bien no es su obligación conocer su significado es importante ya que éstas protegen a los menores contra enfermedades graves, en cuanto al número de vacunas que componen el cuadro básico, así como sus funciones, vías de administración, número de dosis mínimas necesarias y períodos en tiempo de aplicación de cada una de las dosis, se mostró un grado de desconocimiento elevado de éstos aspectos.

Los padres de familia hicieron referencia de las molestias más frecuentes que presentan los menores después de ser vacunados, mencionando 3 aspectos generales que son: calentura, llanto y molestia al caminar, haciendo referencia que es de gran importancia que sus hijos estén vacunados ya que afirmaron que las vacunas los protegen, se encuentran más sanos y no se enferman frecuentemente. Del mismo modo, los padres de familia dijeron que la influencia del personal de salud ha reforzado su información con respecto a la vacunación universal, este tipo de información ayuda a que los padres reduzcan su rechazo a las vacunas por considerarlas perjudiciales a la salud de sus hijos, y a que los padres de familia se dieron cuenta que éstas en lugar de causarles daño son necesarias para la salud de los niños.

Ahora los padres de familia ya no delegan tanto la responsabilidad de la vacunación de los menores de 5 años pero aún existe un gran número de padres que piensan que la responsabilidad es del personal de salud. En su mayoría, los habitantes de las comunidades reconocen plenamente la personal que brinda servicios de salud en su localidad, desde la auxiliar de salud hasta el supervisor de auxiliares, por lo mismo los padres de familia les tienen confianza y permiten que estos lleven acabo sus actividades de atención a los menores reduciendo las limitantes que en otros tiempos existían.

En relación al personal de salud podemos mencionar que en su gran mayoría los compromisos que adquieren con las comunidades se cumplen en forma oportuna ya que dicho personal asiste a las comunidades con regularidad, pero existen aspectos fuera de control por parte del personal de salud, como lo son los recursos materiales que no son provistos en forma oportuna por los servicios de salud del estado y en ocasiones fragmenta la adecuada realización de actividades como la

vacunación de una manera oportuna. Los recursos con los que se cuenta son utilizados de una manera oportuna y dando prioridad a todos aquellos niños que cuentan con mayor rezago en sus vacunas, de igual forma se utilizan mecanismos ya establecidos como lo es la cartilla de vacunación para informar fechas próximas de vacunación.

Toda información relacionada con aspectos de vacunación se realiza en forma individualizada al asistir a vacunar a los niños casa por casa, momento que es aprovechado para esta finalidad ya que los padres de familia han perdido interés por acudir a reuniones en donde se traten aspectos relacionados a la salud sí en éstas no reciben algún beneficio personal que en algunos otros programas se manifiestan como dotaciones de leche, despensas, etc.

La participación del personal de salud juega un papel importante en la orientación que del cuidado a los menores se debe proporcionar en relación a las reacciones postvacunales que con medidas sencillas disminuyen el malestar en los niños.

Por esto es indispensable que los padres se involucren de una forma activa para que tanto ellos como sus familias disfruten de los beneficios que la Secretaría de Salud les ofrece de una manera gratuita hasta la puerta de su comunidad.

4. ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

4. ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

PARA:

La Jurisdicción Sanitaria

- Dotar de recursos suficientes al Centro de Salud de manera oportuna (vacunas y material de promoción) antes de que inicien las campañas de vacunación y durante las mismas.
- Dotar de suficientes cartillas de vacunación a las Supervisoras de Auxiliares de Salud para que sean distribuidas a las madres con hijos que no cuenten con ella.

Al personal de enfermería

- Dar mayor capacitación en aspectos como la vacunación y atención al menor de cinco años.
- Realizar concientización mediante visitas casa por casa a las familias con menores no vacunados o renuentes, con la finalidad de dar mayor información sobre la vacunación y reducir el número de menores no vacunados.
- Capacitar en forma constante a las auxiliares de salud para que en campañas de vacunación o en visitas programadas, no sean sólo personal de apoyo, sino que se conviertan en apoyo técnico y así compartir labores.
- Con apoyo de los comités de salud hacer del conocimiento de los padres de familia que la salud de sus hijos solamente es responsabilidad de ellos.

A los padres de Familia

- Insistir a los padres de familia que deben asistir a reuniones programadas en donde se traten temas relacionados con el cuidado de la salud personal y familiar, así como aspectos relacionados a la vacunación, sin ofrecer beneficios adicionales que el aprendizaje.
- Hacer participés a los padres de las diferentes comunidades en la formación de comités de salud que sean funcionales y en el que los encargados de dichos comités, sean responsables y se comprometan con los habitantes de su misma comunidad.
- Que los comités de salud realicen promoción en aspectos relacionados con la vacunación, ya que éstos se encuentran la mayor parte del día dentro de las comunidades.

5. ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CONOCIMIENTO DE LOS PADRES EN VACUNACIÓN

OBJETIVO: Recabar información veraz acerca del conocimiento que tienen los padres de familia con hijos menores de cinco años sobre la vacunación.

INSTRUCTIVO: Lea cuidadosamente las preguntas y conteste lo que se le indica, de acuerdo a sus conocimientos.

1. ¿ Qué es una vacuna ?

2. ¿ Para qué sirven las vacunas que se aplican a los niños ?

3. ¿ Cuántas vacunas conoce que se aplican a los niños ?

4. ¿ Cómo se aplican estas vacunas ? (vía de administración)

5. ¿ Cuántas veces se aplica cada vacuna ?

6. ¿ Cada qué tiempo se aplica cada vacuna ?

7. ¿ Cuáles son las molestia más frecuentes que se presentan en sus hijos después de vacunarlos ?

8. ¿ Qué importancia tiene para usted que su hijo esté vacunado?

- 9.- ¿ La información que posee sobre las vacunas porque medio o persona la adquirió? _____
10. ¿ Cuándo su hijo está enfermo de tos y gripa usted prefiere que se le vacune? _____
11. ¿ La molestia que le causa la vacuna DPT la ha orillado a no vacunarlo cuando le corresponde?
SI _____ NO _____ PORQUE _____
12. ¿ Usted cree que las vacunas causen enfermedades? SI _____ NO _____
PORQUE _____
13. ¿ Quién cree que es el responsable de que su hijo este vacunado?

14. ¿ Conoce al personal de salud que trabaja en su comunidad?
SI _____ NO _____ PORQUE _____
15. ¿ El personal de salud le da confianza para que usted permita que le vacunen a su hijo?
SI _____ NO _____ PORQUE _____
16. ¿ Cuándo el personal de salud promete asistir a la localidad con vacuna, lo hace puntualmente?
SI _____ NO _____ PORQUE _____
17. ¿ Cuándo el personal de salud asiste a la localidad con motivo de vacunar, siempre trae todas las vacunas?
SI _____ NO _____ PORQUE _____
18. ¿ El personal de salud que vacuna a su hijo es amable con usted?
SI _____ NO _____ PORQUE _____
19. ¿ El personal de salud le informa con tiempo, la fecha próxima en que debe vacunar a su hijo? SI _____ NO _____ PORQUE _____
20. ¿ El personal de salud realiza reuniones frecuentes en donde se le informe sobre las vacunas? SI _____ NO _____ PORQUE _____
21. ¿ El personal de salud le indica las medidas a seguir después de vacunar a su hijo? SI _____ NO _____ PORQUE _____

6. BIBLIOGRAFÍA

- BACH Jean Francois ***Inmunología***. Edit. Limusa. 1a. edición México, D.F. 1984
- FULGINIT Vicent A. ***Inmunizaciones en la práctica médica***. Edit. Manual Moderno. México 1995. 298 pag.
- GARCÍA Ramón ***Diccionario Larousse***. Edit. Larousse. México 1990.
- HARRIS C.C. ***Familia y sociedad industrial***. Edit. Península. 1a. Edición. España 1989
- KUMATE Rodríguez Jesús. ***Manual de infectología clínica***. Edit. Méndez Editores. 14 Edición. México 1994
- KUMATE Rodríguez Jesús. ***Programa de vacunación universal***. CONAVA
- MARIN Peña Gema. ***Estudio de comunidad***. México 1997
- MÉNDEZ Ramírez Ignacio. ***El protocolo de investigación***. Edit. Trillas. México 1989
- MORA González Ma. de los Ángeles. ***Estudio de comunidad de Ciudad Hidalgo***. México 1997
- PÉREZ Hernández Rosa Ma. ***Influencia del nivel de conocimiento del personal de salud y las madres en el cumplimiento del esquema de vacunación***. México 1993

PROGRAMA Nacional de Inmunizaciones. ***El manual del vacunador.***
México 1990

QUEVAUVILLIERS. ***Diccionario de Enfermería.*** Masson. Paris 1996

ROMERO Herrera Guadalupe. ***Conocimiento y creencias que tienen los padres de las vacunas y su influencia en la vacunación de los niños.***

ROPER. ***Diccionario de Enfermería.*** Edit. Interamericana. México 1992

SÁNCHEZ Ascona Jorge. ***Familia y sociedad.*** Edit. Planeta. Segunda reimpresión 3a. edición. México 1985. 98 pag.

SECRETARÍA de Salud. DGPF. ***Estrategia Extensión de Cobertura.***
México 1993

SECRETARÍA de Salud. ***Programa nacional de salud.*** SSA. 1994

WINGAARDEN James B. ***Tratado de medicina interna.***

[www// inegi.gob.mx.](http://inegi.gob.mx)

[www// ssa.gob.mx.](http://ssa.gob.mx)