



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 31 IZTAPALAPA

“PRINCIPALES BARRERAS ASOCIADAS EN LOS MEDICOS FAMILIARES PARA LA REALIZACION DE VACUNACION A LA POBLACION EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION”.

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA: LORENA DEGOLLADO CORONA

RESIDENTE DE TERCER GRADO DE MEDICINA FAMILIAR

México, D.F. agosto 2014

DR. ENRIQUE ROJANO LASTRA. 98382490 EPIDEMIOLOGO UMF 8

DIRECTOR DE TESIS

DR. JESÚS MAURICIO FLORES MURGA. 98382465MF.GERONTOLOGO UMF31



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AUTORIZACIONES:

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 31

DR. JUAN GILBERTO ALVAREZ DE LA O

MEDICO FAMILIAR

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31"IZTAPALAPA"

DRA. LETICIA RAMÍREZ BAUTISTA

COORDINADORA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD. DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No. 31"IZTAPALAPA"

DRA.TERESA ALVARADO GUTIÉRREZ

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NUM 31 "IZTAPALAPA"

CONTENIDO

1.-RESUMEN.....	4
2.-INTRODUCCION.....	5
3.- ANTECEDENTES.....	6
4.- MARCO TEORICO CONCEPTUAL.....	9
5.- JUSTIFICACION.....	14
6.-OBJETIVOS.....	16
6.1 Objetivo General	
6.2 Objetivos Específicos	
7.-METODOLOGIA.....	18
7.1 Tipo de Estudio	
7.2 Población	
7.3.1 Recolección de la Información	
7.3.2 Criterios de inclusión y exclusión	
7.3.3 Definición y Operacionalización de variables	
7.3.4 Ventajas y desventajas del estudio.	
7.3.5 Análisis de la información.	
7.3.6 Aspectos éticos del estudio.	
7.3.7 Cronograma	
8.- RESULTADOS	26
9.-CONCLUSIONES.....	52
10.- RECOMENDACIONES.....	53
11.- LIMITACIONES.....	54
12.-REFERENCIAS.....	55
13.-GLOSARIO.....	57
14.- ANEXO.....	58

RESUMEN

La historia de la vacunación en México se remonta al siglo XVIII, desde las grandes expediciones de personajes como Francisco Balmis, Ignacio Bartolache y José Antonio Alzate para enfrentarse a las epidemias como la de la viruela en nuestro país, hasta los primeros decretos presidenciales para la aplicación obligatoria de la vacuna contra esa enfermedad en 1926.

En 1973, se organiza la vacunación masiva mediante el Programa Nacional de Inmunizaciones, en el que ya se establece la aplicación obligatoria de cuatro vacunas esenciales: antipoliomielítica, DPT, BCG y antisarampión, además del toxoide tetánico.

En apoyo a este programa, desde 1980 se organizan jornadas intensivas de vacunación con características y denominación diversa pero con objetivos similares: primero fueron las Fases Intensivas de Vacunación, después los Días Nacionales de Vacunación, después se nombraron Semanas Nacionales de Vacunación y finalmente las Semanas Nacionales de Salud. Cinco años más tarde, se publicó el decreto en el que se establece con carácter obligatorio la Cartilla Nacional de Vacunación.

En un esfuerzo por integrar a todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud e implantar un programa con objetivos, metas y estrategias iguales para todas las instituciones, en 1991 se creó el Programa de Vacunación Universal.

La evolución de las vacunas en México ha estado a la par del propio desarrollo que en este campo ha experimentado el mundo entero, por lo que nuestro país es reconocido a nivel continental por ser pionero en avances logrados en la materia, así como por alcanzar coberturas de vacunación muy altas.

La vacunación es una actividad de relevancia extrema no sólo en salud pública, sino en la práctica clínica cotidiana, esta actividad preventiva requiere del conocimiento del programa de vacunación, de las indicaciones, contraindicaciones y de los eventos adversos temporalmente asociados a la vacunación. El costo de atención de estas enfermedades representa una pesada carga económica para los pacientes, para sus familias y para las instituciones de salud.

Objetivo: Identificar las barreras y limitantes que propician la toma de decisiones inadecuadas en la práctica médica y oportunidades perdidas de vacunación de los médicos familiares en la unidad de medicina familiar número 31.

Metodología: Estudio transversal descriptivo, que se efectuará por censo de la población de médicos familiares del IMSS de la Delegación Sur UMF31 del Distrito Federal, mediante aplicación de una encuesta. Tamaño del Universo muestral N=46 médicos familiares de UMF31 turno matutino y vespertino.

Resultados: Se logró la participación de 59 (médicos familiares, con una tasa de no respuesta de 22.03%(13 Participantes), 77.96%(46 Participantes) de los entrevistados, todos los participantes eran médicos familiares. De los médicos entrevistados 50% (23 participantes) y 23 hombres, En aspecto del turno laboral, laboraban en el turno matutino 52.2%(24 Participantes) y 47.8%, en turno vespertino (22 Participantes), respecto al tiempo de laborar para el IMSS, < 10 años 41.3% (19 Participantes) tenían 10 años o más de trabajar en el IMSS, 58 %(27 Participantes)

Palabras clave: Vacunación, inmunización, México, programa nacional, historia, salud, prevención

INTRODUCCION

Las vacunas, desde su descubrimiento, desarrollo y perfeccionamiento, han sido una parte importante de arsenal profiláctico y terapéutico de las ciencias médicas, para el combate de las enfermedades transmisibles,(1) proporcionado un enorme bienestar a la Humanidad en los siglos XIX y XX.

Existen datos contundentes sobre el éxito de las campañas de vacunación y su impacto, sobre la salud de las poblaciones infantiles en el mundo. En general los programas han desarrollado una gran capacidad para inducir la aceptación de las vacunas por parte de la población.

Sin embargo históricamente se conocen distintos casos en los que las poblaciones han rechazado la oferta de vacunas o limitado su participación en los programas de vacunación. La aplicación y el desarrollo de los programas de vacunación universal y con énfasis en nuestro país, han permitido que se identifiquen y cuantifiquen a lo largo de su implantación, problemas comunes, tanto de la organización como en la prestación de las acciones de inmunización dirigidas a todos los grupos poblacionales en las diversas Instituciones que componen nuestro Sistema Nacional de Salud, en sus diversos niveles de atención, (Clínicas y Unidades de Primer Nivel, Hospitales Generales y Regionales de Zona y aun en los Centros Médicos Nacionales e Institutos Nacionales de Salud), por medio de las evaluaciones Periódicas de los Programas de Inmunizaciones. (2)

Debido a que la vacunación ha sido considerada por la Organización Mundial de la Salud como una de las estrategias más costo efectivas en salud pública, se requiere mantener la aceptación de los programas de vacunación tanto en la población receptora de este servicio, como entre los prestadores de servicios de salud, los médicos presentan innumerables contactos de salud con la población, que deben aprovecharse para iniciar o actualizar esquemas de vacunación, es por ello que surgió la inquietud por analizar aquellas barreras cognitivas o de actitud que impiden la prestación de este servicio a los derechohabientes del IMSS.

ANTECEDENTES:

Las Enfermedades Transmisibles, son un grave problema de Salud a nivel mundial, afectando principalmente a los países en vías de desarrollo, con efectos adversos en el bienestar social, constituyendo una pesada carga económica para el individuo su familia y los servicios de Salud, a pesar de los esfuerzos que en materia de Salud Pública se han desarrollado algunas de las estrategias preventivas presentan diferentes grados de incumplimiento por el personal y los servicio de salud, o no son aceptados plenamente por la población

En 1974, la Organización Mundial de la Salud (OMS), aprobó el establecimiento del programa ampliado de inmunizaciones (PAI), teniendo como objetivo reducir la morbilidad y la mortalidad de las enfermedades prevenibles por vacunación en la niñez de nuestro planeta.(3)

El programa de vacunación en menores de 5 años, se rige por el cumplimiento de indicadores internacionales y nacionales de vigilancia epidemiológica y de cobertura de vacunación. En el contexto nacional, se cuenta con sistemas de información automatizados de vigilancia y de cobertura de vacunación, los cuales permiten monitorear los indicadores de vigilancia y de cobertura de vacunación.

Lema de la semana de vacunación de las Américas 2013, “Vacunación: una responsabilidad compartida”. Destaca la importancia de que gobiernos, trabajadores de salud y familia hagan su parte para apoyar la inmunización. Lanzada en el año 2003, la Semana de Vacunación en las Américas (SVA) es una iniciativa anual continental, respaldada por el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Desde el año 2003 al 2012 año, como resultado de las actividades realizadas bajo el marco de la SVA, más de 411, millones de personas de diferentes edades han sido vacunadas contra una amplia variedad de enfermedades. (4)

El éxito de la SVA también ha sido servido como ejemplo para otras regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la implementación de sus propias Semanas de Vacunación. Debido a esta expansión, el 2012 también marcó el hito de la primera celebración de la Semana Mundial de Inmunización (SMI), lo cual fue respaldada por una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud (4)

El programa de vacunación, establece que debe tenerse una cobertura por tipo de biológico del esquema de vacunación, superior o igual al 95%, y una cobertura de esquema completo para la edad, superior o igual al 90% . A diferencia de la vacunación en niños, la de adultos no ha establecido este cumplimiento de indicadores, por lo que el monitoreo regular de las intervenciones de vacunación en adultos y especialmente en adultos mayores podría presentar variaciones importantes, al no establecerse indicadores estandarizados de evaluación.

Gracias a la vacunación se ha logrado erradicar la viruela, y se ha interrumpido la transmisión endémica del sarampión, manteniéndose bajo control las enfermedades prevenibles por vacunación (EPV), en el país. Se tiene bajo virtual eliminación también al tétanos neonatal y a la difteria, sin embargo se presentan aun casos de otras EPV como la influenza en niños y en adultos mayores, la meningitis y neumonía por *Haemophilus influenzae del tipo b*, y pneumococo, en menores de 2 años principalmente, y casos de tétanos especialmente en adultos mayores, estos grupos, por formar parte de los blancos de las intervenciones de vacunación, debieran estar protegidos contra estos padecimientos.

La reticencia para vacunar o para permitir ser vacunado, proviene tanto del personal de los servicios de salud, como de los usuarios del programa de vacunación. De esta manera, la información no actualizada, o distorsionada, o la persistencia de mitos y tabúes en la población, podrían dificultar alcanzar niveles adecuados de vacunación y protección en los diferentes grupos de edad de la población.

La identificación y medición de los obstáculos para la vacunación, permitiría establecer propuestas de solución, para disminuir el peso negativo de tales obstáculos en las posibilidades de prevención mediante vacunación.

Los estudios de prevalencia, aunque no determinan causalidad, permiten conocer la magnitud de un fenómeno y orientan en la asociación de algunos factores en ciertas conductas en el personal de Salud, haciendo necesario prestar mayor atención en la actuación de los médicos y enfermeras (5) y su contacto con los derechohabientes.

La falta de apoyo económico y logístico a las unidades de salud, que atienden a la población derechohabiente, contribuye sustancialmente a la presencia de oportunidades perdidas de vacunación.

La realización de investigaciones sobre la percepción de contraindicaciones falsas o verdaderas para la vacunación por los médicos y enfermeras ayuda a la identificación de barreras cognitivas,(6) que el programa debe evaluar para llevar a cabo medidas correctivas, para ello conviene evaluar también la disposición del personal de salud para la promoción, verificación y realización de actividades de vacunación en la población blanco y susceptible.

Resulta claro que en algunos países en desarrollo ciertos factores sociales y culturales están directamente vinculados con coberturas bajas de vacunación en la población. Elementos culturales y socioeconómicos, como la pobreza y el analfabetismo constituyen factores que pudiesen ser determinantes en la no vacunación de la población. Diversos estudios documentan la experiencia internacional para medir las oportunidades perdidas de vacunación y las barreras que percibe el personal de salud para la realización de la vacunación a la población. *Moguel Parra y Col. (1991)*(7) realizaron un estudio para medir los factores que influyen en la inmunización de los niños en la consulta externa de un hospital pediátrico, donde revelan que existía una importante falta de conocimiento con respecto a la edad de aplicación de las vacunas y del esquema de vacunación.

Federicci y Cols (1997)(8) llevaron a cabo un estudio para medir la participación del personal de salud y su percepción de oportunidades perdidas de vacunación, donde los resultados reflejaban que el personal de salud atribuía al paciente las causas de no vacunación y que muchas de las contraindicaciones percibidas por el personal de salud no eran reales. **Sonja y Cols (1993)(9)** encontraron que las falsas contraindicaciones percibidas por el personal de salud para aplicar la vacuna contra el sarampión eran la causa principal de oportunidades perdidas de vacunación. Por otra parte, **Loevinsohn y Col (1992)(10)** estudiaron 12 centros de salud en Sudan, donde se observó que las oportunidades perdidas de vacunación, se relacionaban con la lejanía al consultorio del área de inmunizaciones, observándose que la accesibilidad a esta área abatía en más de un 55% las oportunidades perdidas de vacunación, en comparación con las personas que vivían lejos de las unidades médicas.

Farizo y Col (1992)(11) evaluaron los registros de consulta de un hospital pediátrico, encontrando que más del 30% de las oportunidades perdidas de vacunación, se debían a falsas contraindicaciones percibidas por el personal de salud. **William W y Col. 1998(12)** al comparar los costos ocasionados por enfermedades como Influenza estacional, y hepatitis B, concluyeron que era necesaria la implementación de mejores programas de difusión de inmunizaciones y capacitación al personal de salud, relacionando lo antes mencionado como la causa de oportunidades perdidas de vacunación.

Niurapam y col 1992(13) realizaron un estudio en la India, en clínicas de 1er nivel donde se observó que las oportunidades perdidas de vacunación, se debían a la falta de información de los familiares que acompañaban a los pacientes, y a las falsas contraindicaciones del personal de salud, así como la falta de un adecuado escrutinio para localizar a los pacientes elegibles para la vacunación. **Kenneth M y Col. 1992(14)** observaron que una mejor instrucción de los esquemas y edades de vacunación al personal de salud, reducía considerablemente las oportunidades perdidas de vacunación. **Rodewald Lance y Col. 1993(15)** encontraron que las unidades de primer nivel previa realización de adecuadas campañas de vacunación, eran un factor de éxito en la realización de inmunizaciones en edades pediátricas en comparación con las actividades de vacunación llevadas a cabo en salas de urgencias y hospitales de segundo nivel. En este sentido, **Wood y Col. 1993(16)** refieren que un adecuado programa de difusión entre los familiares de los pacientes que acudían a consulta reducía al mínimo las oportunidades perdidas de vacunación.

Aunque en México, a excepción del estudio de Moguer y cols, no existe información suficiente sobre el tipo de barreras que impiden o bloquean las actividades de vacunación en los trabajadores de salud, Díaz Ortega y cols. documentaron en 1992, resultados de una encuesta realizada en 1991 en 73 unidades de salud de primer nivel en la ciudad de México. Los investigadores refieren que el 62% de las causas de las oportunidades perdidas, fueron atribuibles al personal de salud, 19% a los familiares y el 19% restante a problemas logísticos. Meneses Reyes C.D. y Díaz Ortega J.L. en 1996 (Datos no publicados) informaron de resultados de encuestas realizadas en 506 unidades de primer y segundo niveles del Sector Salud, en 26 entidades federativas. En estas indagaciones de campo, se encontró que 81% de las causas de oportunidades perdidas de vacunación eran atribuibles al personal de salud, 8.7% a familiares y 7.6% a problemas logísticos.

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

Las Barreras para la Vacunación se definen como el conjunto de factores condicionantes (sociales, culturales, económicos, psicológico-volitivos y de conocimiento) que influyen en el personal de salud (médicos, enfermeras y otros prestadores de servicios de salud) o en los usuarios potenciales de los servicios de inmunización, para no llevar a cabo la vacunación en la población elegible. (17)

En los estudios sobre barreras o de oportunidades perdidas de vacunación, previamente comentados, se han destacado los siguientes factores que podrían fungir como barreras propiciatorias de oportunidades perdidas de vacunación en la población blanco.

BARRERAS ATRIBUIBLES A LOS USUARIOS POTENCIALES DE LOS SERVICIOS DE VACUNACIÓN

1. Falta de información sobre vacunas y enfermedades que previenen.
2. Desconocimiento de los lugares donde se aplican
3. Lejanía de servicios de salud
4. Costo de la transportación a la unidad de salud
5. Incompatibilidad con horarios de los servicios de salud
6. Percepción de que las vacunas producen eventos clínicos adversos graves
7. Falsas contraindicaciones para la vacunación
8. Terror a las inyecciones
9. Mitos y tabúes hacia la vacunación.
10. Áreas de inmunizaciones o Medicina Preventiva, inadecuadamente ubicadas, o poco accesibles dentro de la unidad de salud.(17)

BARRERAS ATRIBUIBLES AL PERSONAL Y SERVICIOS DE SALUD

1. Falta de Capacitación.
2. Capacitación insuficiente o no actualizada.
3. Deficiente conocimiento del esquema básico y complementario: de vacunación (Dosis y edad de aplicación).
4. Falsas contraindicaciones para la vacunación.
5. Actitud: insuficiente disposición para promover la vacunación en los contactos con la población en unidades de salud y en actividades de salud extramuros
6. Deficiencia en la organización de los servicios de vacunación. Problemas logísticos: área física no apropiada para vacunar, desabasto de vacunas, cartillas, papelería de registro de dosis, etc. Red de frío no funcional. Horarios restringidos de vacunación

Con relación a nuestro objeto de estudio, es importante mencionar el concepto de **Oportunidad Pérdida de Vacunación** que es la Probabilidad de que un individuo de los grupos blanco de los programas de inmunización, elegible para al menos una dosis de vacuna al tener contacto con el personal de salud por cualquier motivo, no sea vacunado.(13,17)

Elegible para Vacunación: Define al individuo de los grupos blanco de intervención, de acuerdo a su edad, por tener esquema de vacunación incompleto, y por no presentar contraindicaciones verdaderas para la aplicación de la o las vacunas faltantes. En función de esta definición, un individuo clasificado como “elegible”, es candidato a recibir una dosis de una o más vacunas en ese contacto con los servicios de salud. (17)

Considerando las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA) y del Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA), a continuación se mencionan en dos apartados las contraindicaciones verdaderas y contraindicaciones falsas para la aplicación de biológicos inmunizantes.(18,19)

Una contraindicación es una situación en la que no debe administrarse bajo ninguna circunstancia un medicamento, en este caso una vacuna, por el elevado riesgo de que pueda tener lugar una reacción adversa grave o incluso fatal. En el caso de una precaución el riesgo de una reacción adversa es menor y se puede considerar la administración en función del posible beneficio. Las contraindicaciones pueden ser permanentes o temporales. La mayoría de las contraindicaciones son temporales. Existen muy pocas contraindicaciones permanentes de las vacunas. La única contraindicación aplicable a todas las vacunas es la existencia de una reacción alérgica grave previa a dicha vacuna o a uno de sus componentes. El adecuado conocimiento de las verdaderas contraindicaciones o precauciones ayuda a que no se produzcan oportunidades perdidas de vacunación. (20,21)

CONTRAINDICACIONES VERDADERAS PARA LA APLICACIÓN DE VACUNAS:

Vacuna BCG:

- Prematurez con peso inferior a 2000gr.
- Desnutrición avanzada.
- Lesiones dérmicas en sitio de aplicación
- SIDA e Inmunodeficiencia por enfermedad o por Tratamiento Médico (Infección asintomática por VIH no es contraindicación).
- >14 años de edad.
- Fiebre mayor de 38.5°C
- Enfermedad aguda moderada a severa.
- Enfermos de leucemia o linfomas, enfermos con tratamiento inmunosupresor (corticoesteroides, antimetabolitos, agentes alquilantes, radiaciones).

Vacuna OPV (Sabin), IPV:

- Fiebre mayor de 38.5°C
- Enfermedad grave
- Hipersensibilidad sistémica a la neomicina, polimixina o a cualquier componente de la vacuna. Sin embargo; no es contraindicación la historia de dermatitis de contacto por neomicina y polimixina.
- Diarrea
- Vómito
- Embarazo
- Lactancia

Vacuna Pentavalente de ACELULAR /DPT: DPaT+VPI+HiB

- Antecedente de daño cerebral o convulsiones sin Tratamiento.
- Encefalopatía en los 7 días posteriores a dosis previa
- SIDA (infección asintomática por VIH no es contraindicación)
- >4 años de edad
- Fiebre mayor de 38.5°C
- Enfermedad aguda moderada a severa.
- Inmunodeficiencias
- Antecedente de haber recibido inmunoglobulina, deberán esperar 3 meses para ser vacunados.
- En tratamiento inmunosupresor (Quimioterapia).

Vacuna Anti influenza:

- Alergia severa a la dosis previa de vacuna contra influenza
- Fiebre mayor o igual de 38.5°C
- Alergia al huevo
- Menores de 6 meses de edad.
- Personas que hayan presentado Síndrome de Guillain –Barré al cabo de 6 meses después de recibir una vacuna antigripal.
- Enfermedad aguda moderada o severa

Vacuna SRP y SR:

- Antecedentes de Alergia Severa (Anafilaxia) a dosis previa de vacuna.
- SIDA e Inmunosupresión por enfermedad o Tratamiento Médico, Embarazo o mujeres con planes de embarazo en el mes siguiente a la vacunación.(*)
- Encefalopatía sin tratamiento.
- Fiebre mayor de 38.5°C
- Transfusión Sanguínea o recepción de gamma globulina en 3 meses previos.
- antecedentes de reacciones anafilácticas a las proteínas del huevo, o a la neomicina.
- Leucemia: se podrá administrar sí está en remisión, y con posterioridad a tres meses de haber suspendido quimioterapia; linfoma, neoplasias o inmunodeficiencias(excepto niños portadores del VIH o con SIDA).
- Enfermedades del SNC o convulsiones sin tratamiento.
- No debe administrarse a niños que estén bajo tratamiento con corticoesteroides, o con otros medicamentos inmunosupresores o citotóxicos.
- Tuberculosis sin tratamiento.

*La SSA, ha retirado esta contraindicación

Vacuna Td:

- Antecedente de alergia severa (anafilaxia) a dosis previa de Td o TT , tras la aplicación de la primera dosis deberá sustituirse la vacuna por la inmunización pasiva con inmunoglobulina antitetánica (IGT) en caso de heridas potencialmente tetanígenas.
- Fiebre mayor de 38.5°C
- Enfermedad aguda moderada a severa

Vacuna Hepatitis B:

- Alergia severa a algún componente de la vacuna o a dosis previa
- Fiebre mayor de 38.5°C
- Enfermedad aguda moderada o severa.

CONTRAINDICACIONES FALSAS PARA LA APLICACIÓN DE VACUNAS

- Lactancia materna
- Historia familiar: Convulsiones, síndrome de muerte súbita infantil, Eventos Temporalmente Adversos a la Vacunación.
- Enfermedad leve con o sin fiebre: Diarrea o catarro común.
- Infección reciente curada o en convalecencia.
- Tratamiento con antibióticos.
- Alergias no relacionadas con las vacunas o con sus componentes.
- Alergias no anafilácticas a proteínas de huevo o a neomicina.
- Cualquier tipo de alergia en los familiares.
- Inmunodeficiencia en convivientes.
- Infección subclínica por el VIH en niños elegibles.
- Reacción local leve o fiebre a dosis previa.
- Primer trimestre o terminación de embarazo en el caso de vacuna Td.

JUSTIFICACION

Debido a que diariamente el personal de salud de las clínicas de primer nivel del IMSS establece contacto con los derechohabientes por diversos motivos, es importante identificar las barreras para la vacunación que impiden o bloquean la actitud preventiva de los médicos de las clínicas de medicina familiar, con la finalidad de instrumentar medidas correctivas que mejoren el desempeño del personal en el primer nivel de atención, en beneficio de la población de responsabilidad.

La identificación de las principales barreras para la vacunación, permitirá poner en práctica medidas correctivas, reducir las tasas de prevalencia e incidencia de las enfermedades transmisibles sobre las que actúan los biológicos. Se requiere así, evaluar el programa de inmunizaciones y diseñar instrumentos adecuados que incluyan reactivos clave para la identificación de fortalezas, debilidades y áreas de oportunidad para mejorar, el desempeño de médicos y enfermeras que laboran en las clínicas de medicina familiar.

Los resultados de este trabajo, como se describirá en la sección de conclusiones, permitieron elaborar recomendaciones técnicas para la solución de las deficiencias observadas en la UMF no 31, Incluyendo a los servicios de Medicina Preventiva, las propuestas generadas a partir de esta investigación, proporcionarán a las autoridades, de la UMF no 31, del Departamento de Atención Médica y del Departamento de Enseñanza, información relevante, para elaborar planes de acción (capacitación, supervisión, motivación profesional, etc.) y de seguimiento de las intervenciones correctivas, para superar las deficiencias encontradas.

En el área de los Recursos Financieros y Logísticos, el trabajo de tesis, permite hacer una reflexión, y replantear algunas características de la adquisición, administración, distribución y suministro vacunas en las clínicas de medicina familiar.

En el área de recursos humanos y de enseñanza, este trabajo permite, a los jefes de enseñanza focalizar su atención a las necesidades de capacitación del personal médico en la consulta externa, tanto médicos en formación, como de especialistas clínicos, en materia de medicina familiar, así como los requerimientos de difusión de los programas de inmunización y de promoción de la salud, de forma permanente entre el personal de Salud y la población derecho usuaria.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha observado que en la práctica médica dentro de la unidad de medicina familiar número 31, en el área de atención preventiva integrada (API) el registro de pacientes referidos para la realización de acciones preventivas, por los médicos familiares es bajo. Lo cual ocasiona que se desaprovechen las oportunidades en las que el paciente acude a la atención médica y que también sea enviado a tiempo para realizar las acciones preventivas y cumplir con el programa nacional de vacunación .

Dentro de los factores observados que contribuyen y son representativos al bajo envío de pacientes se ha encontrado que uno de ellos es el poco tiempo que tiene el médico para llevar a cabo estas acciones otro es la falta de capacitación y/o actualización de dichos programas.

El estudio se propuso contestar la pregunta de investigación:

1. ¿Influyen las barreras para la Vacunación de los derechohabientes en los Médicos de 1er Nivel en Unidad de Medicina Familiar No 31 en la toma de decisiones?

OBJETIVO GENERAL

- Identificar barreras para la vacunación, presentes en el personal médico Familiar en la Consulta Externa de la UMF No 31 IMSS D.F.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1.- Evaluar el nivel de conocimiento del Programa Nacional de Vacunación en médicos con respecto a los grupos blanco del programa de acuerdo a la vacuna que se trate, las dosis, vía de administración, edad de aplicación e intervalo entre las dosis.

2.-Identificar barreras limitantes para la vacunación, presentes en los médicos familiares de la Delegación Sur del IMSS (UMF31) en ambos turnos.

HIPOTESIS

Debido a que se trata de un estudio transversal observacional descriptivo, no se pretende establecer asociaciones causales, sin embargo, para guiar y facilitar la solución del problema, se postula a manera de hipótesis el siguiente enunciado:

“Las barreras para la vacunación, constituyen un obstáculo para la toma de decisiones adecuadas en la práctica médica.”

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO: Estudio transversal, observacional, descriptivo.

POBLACION Y MUESTRA DEL ESTUDIO.

Debido a que se contó con el listado completo del personal de salud (75 de médicos) de la UMF Número 31 en la Consulta Externa, se realizó una revisión y contando con un censo de la población de médicos familiares, se invitó a participar en forma voluntaria en la evaluación al 100% de la población de estos Médicos familiares de la UMF 31, en los turnos matutino y vespertino (N=75), en el tiempo de la aplicación de la encuesta 11 Médicos Familiares se encontraban de vacaciones o de licencia médica, y 5 Médicos Familiares en comisión sindical, esto hace el número final de participantes sea de 59 Médicos Familiares (N= 59) Se logró la participación de 59 (médicos familiares, con una tasa de no respuesta de 22.03% (13 Participantes), los cuales a la entrega de su cuestionario de la encuesta, realizaron la mención de no desear participar en el estudio y 77.96% (46 Participantes), respondieron la totalidad del cuestionario considerándose esta población participante del estudio .(N= 46), tomando esta cifra con nuestro universo muestral.

RECOLECCION DE LA INFORMACION

El día 14 de noviembre del 2013 se lleva acabó la recolección de la Información se realizó por medio de 1 cuestionario (Anexo 1), el cual se levantó mediante un autollenado del formulario, asistido por médico residente de medicina familiar, (UMF 31). El día de la sesión general de la unidad fue aplicado en ambos turnos y el resto se visitó ese día en su consultorio. Algunos médicos no contestaron por estar de vacaciones y no haber acudido a laborar ese día.

El cuestionario se dividió para fines descriptivos en la investigación en 5 secciones:

1.- Formación académica, puesto de trabajo, antigüedad, asistencia a cursos y sesiones académicas sobre vacunación y/o enfermedades prevenibles por vacunación.

2.- Percepción del personal médico sobre las barreras de los derechohabientes para la vacunación.

3- Barreras de Conocimientos del Personal de Salud: donde se evaluarán sus conocimientos sobre las vacunas del programa rutinario, edades en las que se aplican, vía de administración y número de dosis e intervalo de aplicación.

4.- Toma de decisiones, actitudes y prácticas del personal de salud, mediante la soluciones de casos simulados presentes en forma cotidiana en las unidades de salud.

5.-Barreras logísticas de administración y estructura del servicio de inmunizaciones.

Y se evaluará de acuerdo a la toma de decisiones médicas en cada uno de los casos simulados , además de tomar en cuenta las características sociodemográficas de cada uno de los participantes. Desarrollándolo más adelante en cuadro de datos y gráficas.

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.

Criterios de inclusión:

Médicos familiares de la unidad de medicina familiar 31 de la delegación sur (UMF31), en ambos turnos de atención. (Matutino y Vespertino), que voluntariamente acepten participar en la evaluación.

Participación informada y voluntaria.

Criterios de exclusión:

Médicos generales. Médicos residentes, médico interno pregrado. Médicos pasantes de servicio social.

Criterios de eliminación:

Llenado incompleto, incorrecto o ilegible del cuestionario

DEFINICION DE VARIABLE

Variable independiente.

- Barreras para la vacunación (se definen como el conjunto de factores condicionantes (sociales, culturales, económicos, psicológico-volitivos y de conocimiento) que influyen en médicos familiares de las unidades de medicina familiar de la delegación sur del IMSS UMF31, para no llevar a cabo la vacunación en la población.

Variable dependiente.

- Toma inadecuada de decisiones (oportunidades perdidas de vacunación) en la práctica cotidiana, a través de la solución de casos simulados.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES EN EL ESTUDIO

Variable	Definición conceptual y/o operacional	Indicador	Escala de medición	Medición y asignación de valores
Edad	Tiempo de vida de los médicos participantes	Años de vida	Cuantitativa continua	Categórica (años) 1=25 a 30 2=31 a 35 3=36 a 40 4=41 a 45 5=46 a 50 6=51 a 55 7=56 a 60 8=61 y mas
Sexo	Asignación de género por características anatómicas y biológicas.	Masculino Femenino	Nominal dicotómica	Categórica 1= Masculino 2= Femenino
Horario de Atención	Jornada o turno laboral de losmedicos	Matutino Vespertino Mixto	Cualitativa Nominal	Categórica 1=Matutino 2=Vespertino
Antigüedad en el Puesto	Tiempo en años laborado en sus UMF por los médicos participantes	Años laborados por los médicos.	Cuantitativa Continua	(años) 1=menor o igual a 10 años 2= mayor de 10 años
Numero de Aciertos obtenidos	Reactivos contestados de manera correcta por los Medico participantes en los apartados de Conocimiento y Actitudes en casos simulados.	Respuesta correcta asignada al reactivo	Cuantitativa	Discreta 1 al 10 Menor a 8 no aceptable (BARRERAS) Igual a 8 o mas aceptable (NO BARRERAS

Cursos o Temas de Vacunación o Enfermedades Prevenibles por Vacunación.	Capacitación recibida en las Clínicas acerca del Esquema de Vacunación Universal	Ha recibido cursos, temas, pláticas, capacitaciones.	Nominal Dicotomica	1= si 2= no
Actualización de Esquemas de Vacunación	Apartado en la Historia Clínica para el registro de vacunas	Identificación del apartado en la HC por el Medico Participante	Nominal Dicotomica	1= si 2= no
Causas de esquemas Incompletos de Vacunación	Situación o barrera que impide realizar vacunación acorde a su grupo etario.	Identificación de la causa acorde a la percepción del medico participante	Nominal	Categorica 1= Falta de Información de la población 2= Mitos y creencias 3=Lejanía de Unidades de Salud 4=Falta de recursos económicos. 5=Horarios incompatibles y restringidos a los usuarios.
Responsabilidad del estado de vacunación	Vigilancia de la aplicación de biológicos por gpo. Etario	Identificación de responsable del estado de vacunación	Nominal	1=Médicos 2=Dpto. de Medicina Prev. 3= Ambos 4= Población
Horarios y días de operación de Medicina preventiva	Jornada laboral del área de Inmunizaciones	Conocimiento de la jornada del área mencionada	Nominal Dicotomica	Categorica 1=Sí 2=No
Conocimiento del Esquema de vacunación (Pentavalente, Td, vacuna antineumococica)	Conocimientos de las enfermedades que previene la vacuna, dosis, vía de administración e intervalos de aplicación	1= Respuesta correcta. 2= Respuesta incorrecta.	Nominal Dicotomica	Categorica 1.-Respuesta correcta. 2.- Respuesta incorrecta
Casos Simulados para toma de decisiones en aplicación de Sabin,BCG, Penta Valente, antineumococica, Td,SR, SRP	Conocimiento de contraindicaciones	1= Respuesta correcta. 2= Respuesta incorrecta	Nominal Dicotomica	Categorica 1.-Respuesta correcta. 2.- Respuesta incorrecta

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La información del formulario aplicado, será capturó en una base de datos, y se analizó a través del programa SPSS versión 22. se utilizó también Stat Calc para la determinación de los intervalos de confianza al 95%

Análisis Univariado

VARIABLES CUANTITATIVAS: Frecuencias absolutas y relativas, e intervalo de confianza del 95%.

Aspectos éticos

Se preservó en todo momento, la confidencialidad de la información proporcionada por los médicos participantes, estableciendo para ello el llenado anónimo del cuestionario.

El presente estudio se basó en la participación informada y voluntaria de los médicos familiares de la unidad de medicina familiar 31 del IMSS, bajo estudio, no se obtuvieron muestras biológicas, ni se invadieron ámbitos de privacidad emocional de los individuos, además se garantizó el derecho de no completar el cuestionario si la persona lo considera conveniente. La compensación del sujeto en estudio se realizó por medio de la retroalimentación de la información obtenida.

Discusión y limitaciones del estudio:

Este proyecto tuvo como limitaciones el no haber podido ser aplicado a todos los médicos familiares de la unidad, además de contar con un instrumento de recolección de datos que tuvo sesgos en respuestas. Sin embargo se reconoce esta limitante lo que nos hace reflexionar que para la aplicación de este instrumento en otras unidades se tendrá que modificar antes , para evitar sesgos.

Dentro de las discusiones el personal médico no accedió a participar por falta de apatía , no querer ya participar en nada con el departamento de enseñanza , por conflictos e intereses personales de que no se les toma en cuenta en otras participaciones.

Este proyecto fue un tanto criticado por evaluar la toma de decisiones de los médicos en algunos casos clínicos simulados, sin embargo consideró que nos falta capacitación y más involucramiento e interés para participar en el programa nacional de vacunación y no solo delegar a otro departamento o servicio esta atención , pues es un programa nacional de prioridad en salud el cual nos compete a todo el equipo médico y multidisciplinario. Que en ocasiones se ve obstaculizado por no contar con el tiempo debido a la alta demanda de consulta del médico familiar y posiblemente no contar con el tiempo necesario para dedicarle a este rubro de vacunación. Con este estudio nos hace reflexionar que como profesional médico y con la responsabilidad que tenemos debemos tener iniciativa propia para actualizarnos nosotros mismos sin necesidad de esperar a que se nos invite o se programe un curso de actualización y no solo para el tema de vacunación sino para los diferentes temas, pues estamos en constante actualización médica.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA

Actividad	MAYO	JUNIO	Agost.	nov	diciembre	Enero
Elaboración del protocolo	05- 20	10-30				
Autorización por el comité local			22-08-13			
Recolección de la información				14-15		
Análisis e interpretación de los resultados					25-28	
Presentación						16

<i>Diseño conceptual :</i> 1 al 15 de junio del 2013		<i>Análisis y limpieza de bases de datos:</i> 24 al 28 de nov del 2013.
<i>Diseño de cuestionario, entrevistas:</i> 15 de junio al 20 de junio del 2013	<i>Levantamiento de la encuesta en las unidades de Medicina Familiar:</i> noviembre de 2013	
<i>Realización de Redacción del Informe Final de resultados y cuerpo de la Tesis final para la obtención del Grado:</i> diciembre 2013	<i>Entrega de Documento Final del Estudio y Presentación de Tesis ante las Autoridades</i> Enero 2014	

RESULTADOS

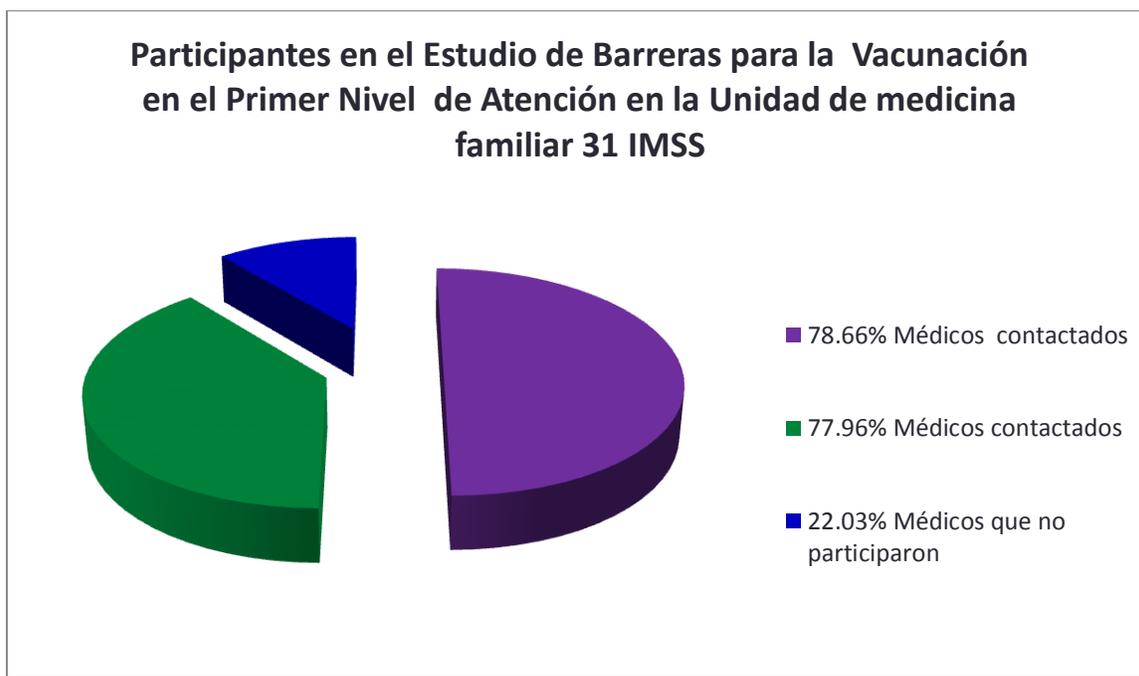
El análisis estadístico del estudio de Barreras para la vacunación en el Primer Nivel de Atención en la unidad de medicina familiar número 31, arroja la siguiente información que a continuación se enuncia.

Acorde con las **CARACTERISTICAS DE LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO**

(cuadro no 1)

Es importante hacer mención, que al inicio del estudio, el número de participantes (N= 75), era equivalente al 100% de la población de Médicos en consulta externa, este dato fue tomado del Censo Nominal de médicos en la UMF 31 y considerado para la realización y la aplicación del cuestionario que sirvió como instrumento de recolección. El día de la aplicación del cuestionario en la sesión general de la unidad de medicina familiar.

Al finalizar el cuestionario y realizar el armado de la base de datos para su análisis, fueron tomados en cuenta solo 59 participantes (N=59) (100%); 46 Participantes(77.96%) respondieron en su totalidad y de forma voluntaria el estudio y 13 Participantes (22.03%) rechazaron participar en el estudio. 18 médicos no se encontraron en la UMF 31 debido a que se encontraban de vacaciones, licencia médica por incapacidad laboral, o licencia por comisión sindical.



De acuerdo a resultados obtenidos de nuestro instrumento de recolección se encontró que de nuestros 100% de médicos en plantilla solo localizamos a un 78.66%, de los cuales aceptaron participar un 77.9% y solo un 22.03% rechazo participar en el estudio.

CUADRO No. 1 Características de los Participantes en el Estudio de Barreras para la Vacunación en el Primer Nivel de Atención en la Unidad de medicina familiar 31 IMSS.		
PARTICIPANTES	No.	%
POBLACIÓN TOTAL DE MÉDICOS *	75	100.00
MÉDICOS CONTACTADOS	59	78.66
MÉDICOS PARTICIPANTES **	46	77.96
TASA No. DE RESPUESTA	13	22.03

* Total de la Población de Médicos en consulta externa 1er Nivel en la unidad de medicina familiar número 31 IMSS

Fuente: Cédula de Entrevista de Barreras para la Vacunación en el 1er Nivel de Atención en la unidad de medicina familiar número 31 IMSS.

Las **CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES**

(Cuadro no 2)

Fueron evaluadas en el estudio; con respecto al **Sexo** de los participantes, 23 (50%) correspondieron al sexo masculino y 23(50%) al sexo femenino, observándose un equilibrio entre ambos sexos del personal médico familiar que labora en esta UMF No 31

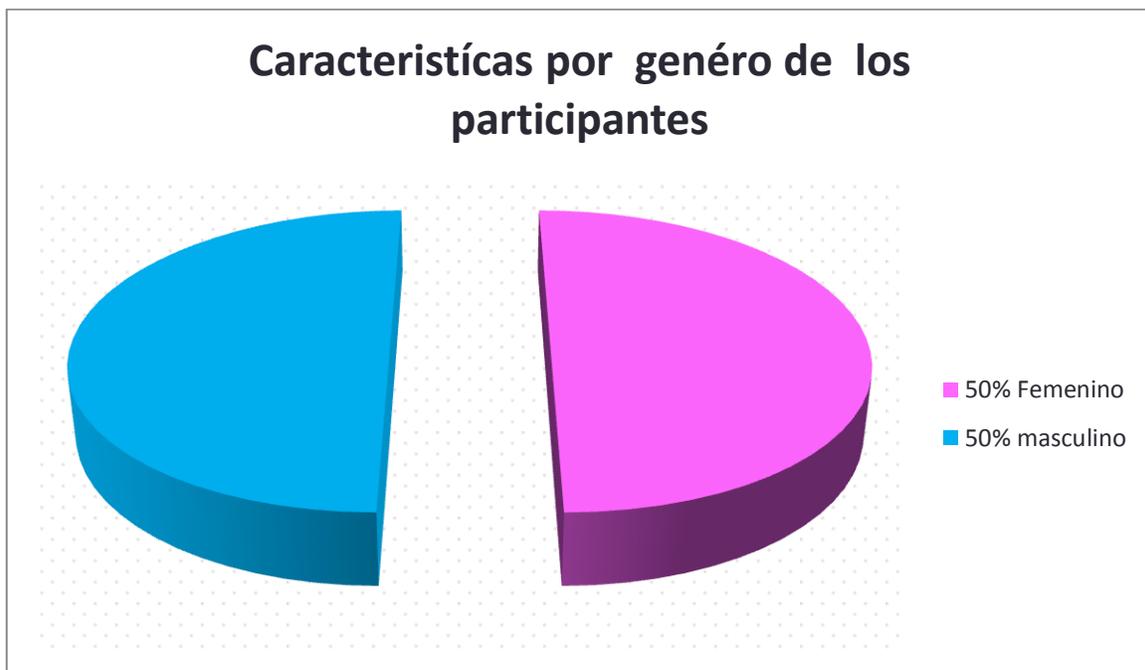
Respecto a la **Edad** de los participantes, se realizó una división en 2 grandes grupos etarios, los cuales se acomodaron en la siguiente distribución, menores o iguales a 40 años y mayores de 40 años; el análisis arrojó que 27 de ellos (58,6%) eran menores o iguales a 40 años, 19 de los participantes (41.3%) eran mayores de 40 años, esto demuestra que el mayor número de médicos en 1er nivel de atención en la unidad de medicina familiar 31 IMSS, tiene menos de 40 años de edad, al momento de la realización del estudio.

Se decidió la división de estos grupos por edad, pues es una edad, promedio dentro de los médicos familiares tomando en cuenta los años de antigüedad en el IMSS, considerando que han tenido cursos de capacitación en vacunación dentro su tiempo laboral o bien dentro de su profesión.

La **Jornada Laboral**, otra de las variables analizadas mostro que 24 participantes (52.2%) se encontraron laborando en el turno matutino, 22 participantes (47.8%) se encontraron laborando en el turno vespertino, observándose un mayor número de médicos en el turno matutino.

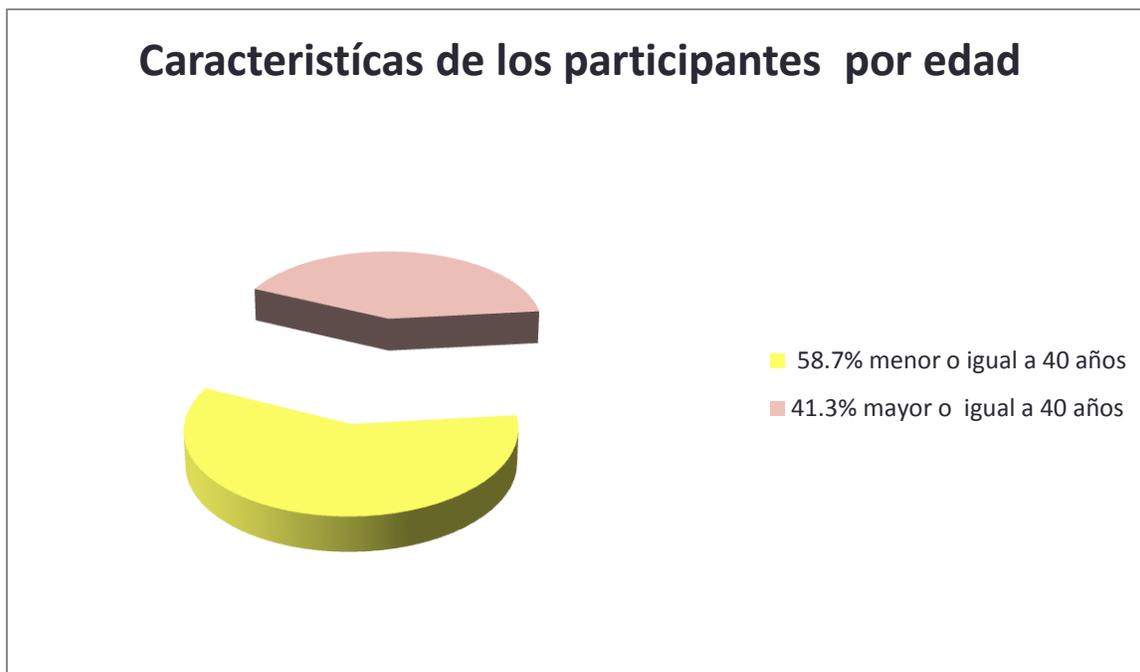
La **Antigüedad en el Puesto** fue analizada de forma que se realizaron 2 divisiones para el análisis de esta variable, menor o igual a 10 años de laborar en el Instituto y mayor de 10 años de laborar en el Instituto los resultados mostraron que 19 participantes (41.3%) tenían menos o igual de 10 años de laborar para el IMSS, 27 participantes (58.7%) tenían más de 10 años de laborar en el IMSS, lo cual indica que el mayor porcentaje de médicos en desempeño de sus labores tiene más de una década en el 1er Nivel de atención y para fines de vinculación con este estudio, han sido testigo y participe del desarrollo de estrategias de salud, particularmente en el área de inmunizaciones.

Se consideró tomar estos dos grupos a elección de esta investigación por ser un tiempo considerable en los que durante este tiempo los participantes ya tuvieron más capacitaciones y cursos de actualización sobre la vacunación , cuentan con mayor experiencia sobre su quehacer médico y toma de decisiones de acuerdo a casos clínicos que se han visto inmersos.



Fuente: Cédula de Entrevista de Barreras para la Vacunación en 1er Nivel de atención en la unidad de medicina familiar número 31 IMSS

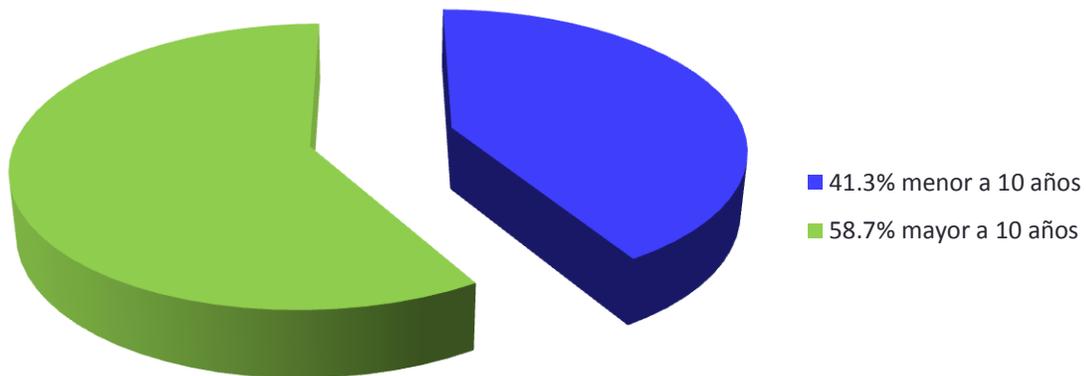
Se encontró en base al cuestionario aplicado a los médicos participantes , que por sexo fueron 50% mujeres y 50% hombres. Teniendo un equilibrio casual que se encontró en este estudio.



Fuente: Cédula de Entrevista de Barreras para la Vacunación en 1er Nivel de atención en la unidad de medicina familiar número 31 IMSS.

En base a resultados obtenidos se encontró que el 58.7% de los médicos participantes son menores de 40 años de edad, lo que tal vez nos indique que son médicos jóvenes ,y que muy probablemente tengan o hayan tenido más cursos de actualización sobre temas de vacunación.

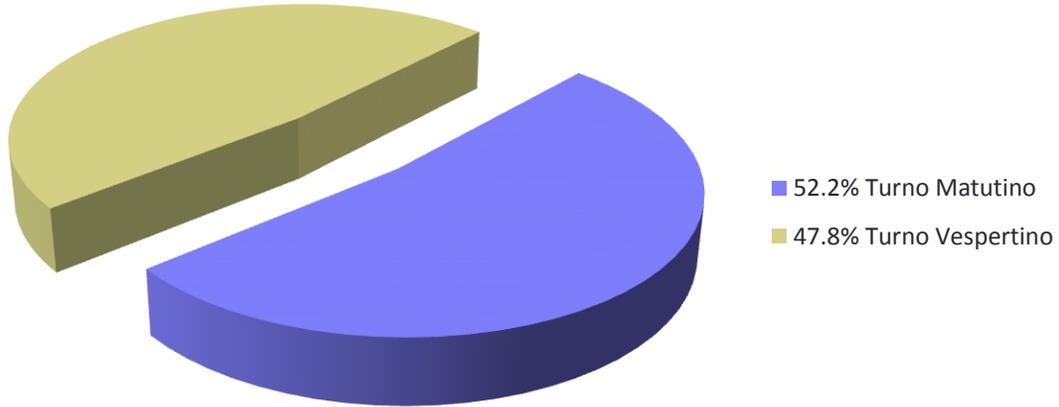
Características de los participantes por antigüedad de trabajo laboral en IMSS



Fuente: Cédula de Entrevista de Barreras para la Vacunación en 1er Nivel de atención en la unidad de medicina familiar número 31 IMSS.

Según lo observado en el resultado de los cuestionarios aplicados se encontró que un 58.7% de los médicos participantes tienen más de 10 años laborando para el IMSS, lo que tal vez pudiera reflejar que han tenido más cursos de actualización sobre la vacunación, hacia como esquemas recientes.

Características de los participantes por turno de jornada laboral en UMF 31



Fuente: Cédula de Entrevista de Barreras para la Vacunación en 1er Nivel de atención en la unidad de medicina familiar número 31 IMSS

De acuerdo a la gráfica se encuentra que existe un mayor porcentaje de médicos laborando en el turno matutino. Lo que nos puede indicar mayor probabilidades tanto de encontrar barreras.

CUADRO No. 2 Características Socio demográficas de los Participantes en el Estudio de Barreras para la Vacunación en el Primer Nivel de Atención en la unidad de medicina familiar numero 31 IMSS		
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	No.	PORCENTAJE
GENERO		
MASCULINO	23	50
FEMENINO	23	50
TOTAL	46	100.00
EDAD		
MENOR O IGUAL A 40 AÑOS	27	58.7
MAYOR A 40 AÑOS	19	41.3

TOTAL	46	100.0	
ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO			
MENOR O IGUAL A 10 AÑOS	19	41.3	
MAYOR A 10 AÑOS	27	58.7	
TOTAL	46	100.0	
JORNADA LABORAL			
MATUTINO	24	52.2	
VESPERTINO	22	47.8	
TOTAL	46	100.0	

Fuente: Cédula de Entrevista de Barreras para la Vacunación en 1er Nivel de atención en la unidad de medicina familiar número 31 IMSS.

CAPACITACION DE LOS PARTICIPANTES EN EL PROGRAMA DE VACUNACIÓN

(Cuadro no 3)

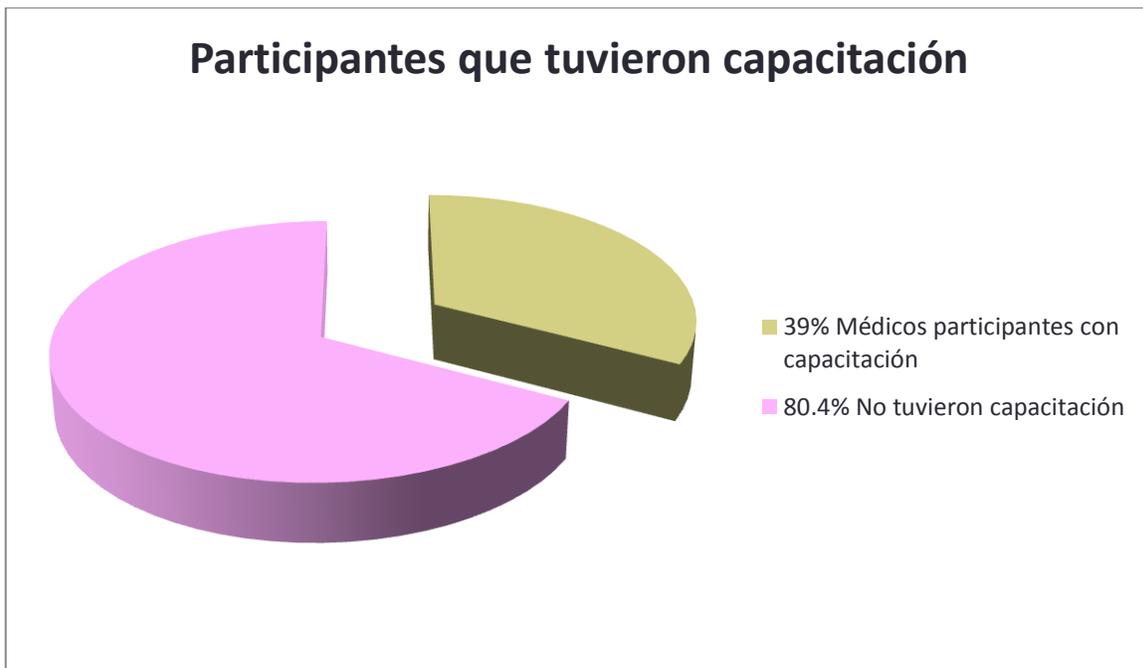
La capacitación de los participantes, fue una variable que permitió obtener información importante de cómo se realiza la enseñanza y capacitación en servicio a los médicos en primer nivel de atención.

Al interior de las Clínicas de Medicina Familiar se realiza una sesión semanal de Enseñanza, en estas sesiones, se tocan diversos tópicos de la Medicina tanto Curativa y desde luego Preventiva, a su vez a manera de capacitación, previo a las 3 Semanas Nacionales de Salud, se realiza una sesión, con reproducción en ambos turnos para el Personal en general. También, el personal tiene derecho a recibir 2 cursos de cualquier campo de la medicina con duración de 3 a 5 días al año, este curso es elegido por el asistente de manera libre.

Entre estos cursos, la unidad de medicina familiar número 31, ha organizado de forma periódica un curso de actualización en inmunizaciones, como una opción de capacitación. Una vez comentado lo anterior, todo el personal tiene la oportunidad de ponerse en contacto con al menos una sesión o un curso a lo largo del año, o acudir a ambos en el mejor de los casos. Los resultados acerca de esta variable fueron los siguientes:

Un total de 18 participantes refiere haber recibido algún curso de Vacunación (39.1%), al cual denominamos grupo 1, (18/46), en este grupo un subconjunto de 9 participantes (9/46)(19.6%) refieren además del curso, haber recibido una sesión en los últimos 12 meses sobre inmunizaciones o enfermedades prevenibles por vacunación, siendo este subconjunto el más beneficiado con las acciones de capacitación, otro subconjunto dentro de este grupo 1 (9/18)(50%) refiere haber recibido algún curso, pero no ha recibido ninguna sesión.

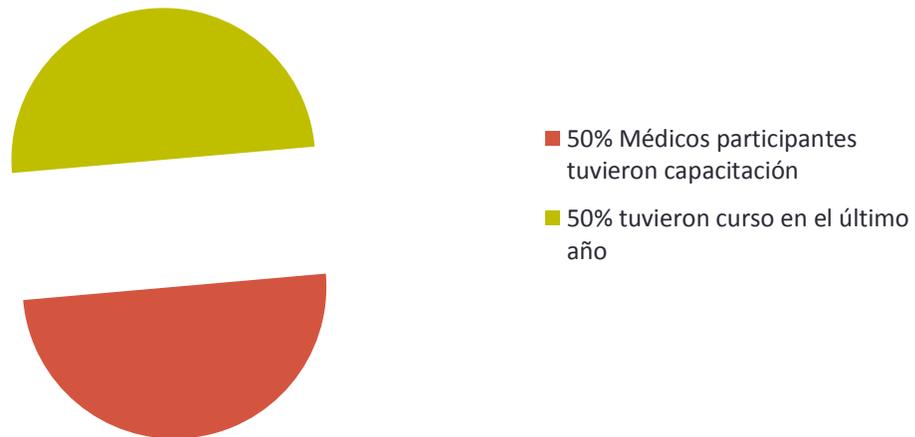
Un total de 28 participantes refiere NO haber recibido cursos de vacunación el cual denominaremos grupo 2 (28/46), dentro de este grupo, un subconjunto de 9 participantes (9/46)(19.6%), refiere no haber recibido cursos de vacunación, pero si por lo menos una sesión en los últimos 12 meses sobre inmunizaciones o enfermedades prevenibles por vacunación, otro subconjunto refiere no haber recibido cursos de vacunación, pero tampoco haber recibido en los últimos 12 meses, sesión alguna, siendo este subconjunto, el de menor posibilidad de contacto por el programa de Enseñanza, es importante mencionar que las razones de no haber recibido sesión, no fueron preguntadas, ni manifestadas por los participantes englobados en este subconjunto.



Fuente: Cedula de Entrevista de Barreras para la Vacunación en el 1er Nivel de Atención en la unidad de medicina familiar número 31 IMSS.

De acuerdo a lo anterior se observa que solo un 39% de los médicos participantes tuvieron algún tipo de capacitación sobre el tema y actualización de vacunas. Lo cual es un porcentaje bajo, y quizás nos refleje en el resultado barreras.

Participantes que tuvieron capacitación en programa de vacunación y además tuvieron curso en el último año



Fuente: Cedula de Entrevista de Barreras para la Vacunación en el 1er Nivel de Atención en la unidad de medicina familiar número 31 IMSS.

En base a resultados obtenidos solo un 50 % de los médicos que tuvieron capacitación de un 39% se encontró que de ese porcentaje solo un 50% recibió capacitación y/o algún tipo de actualización sobre temas de vacunación en el último año.

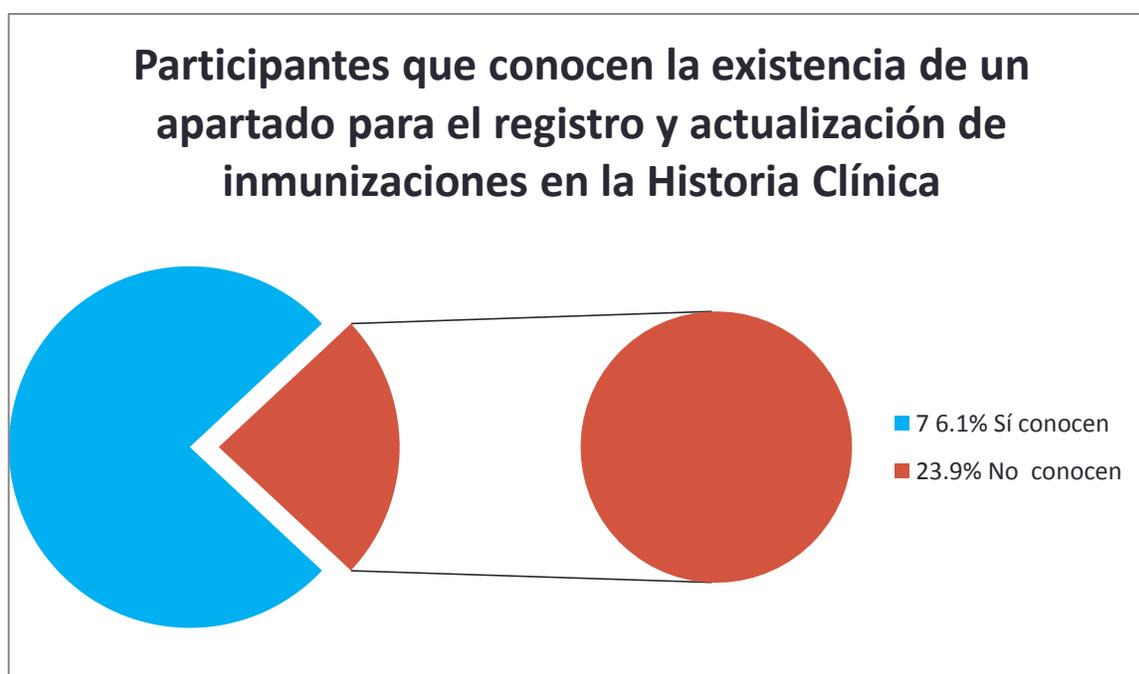
CUADRO No. 3 Capacitación de los Participantes en el Programa de Vacunación			
CAPACITACIÓN	No. N = 46	%	IC 95%
Ha recibido curso de Vacunación.	18 / 46	39.1	33.7,45.3
*Además ha acudido a sesiones sobre el tema.	9 / 18	50	44.3,56.8
*No ha acudido a sesiones sobre el tema.	37 / 46	80.4	76.4,84.5
No ha recibido cursos de Vacunación	28 / 46	60.9	54.5,65.3
*Además ha acudido a sesiones sobre el tema.	9 / 18	50	43.2,56.2
*No ha acudido a sesiones sobre el tema.	37 / 46	80.4	74.4,85.4

Fuente: Cedula de Entrevista de Barreras para la Vacunación en el 1er Nivel de Atención en la unidad de medicina familiar número 31 IMSS.

LA HISTORIA CLINICA, REGISTRO Y ACTUALIZACION DE INMUNIZACIONES

(Cuadro no 4)

En la atención de los pacientes en el 1er Nivel, el registro y actualización de inmunizaciones en la Historia Clínica, fue un punto a evaluar en el estudio. La valoración del registro se realizó bajo dos reactivos, el conocimiento de la existencia de un apartado para el registro y actualización de inmunizaciones en todo los grupos de edad, a lo cual 35 participantes (76.1%) respondieron que si identificaban este apartado para todos los grupos de edad, un número de 11 participantes, (23.9%), respondieron que no existe un apartado en la Historia Clínica para el registro de inmunizaciones, demostrando que no conocen a fondo la historia clínica electrónica, disponible en la unidad de medicina familiar número 31 IMSS.



Fuente: Cedula de Entrevista de Barreras para la Vacunación en el 1er Nivel de Atención en la unidad de medicina familiar número 31 IMSS.

De acuerdo a los resultados obtenidos se encontró que solo un 76.1% de los médicos participantes en el estudio si conocen que exista un apartado de control y registro de vacunas en la historia clínica.

CUADRO No. 4 Identifica la existencia de un apartado para registro y actualización de Inmunizaciones en la Historia Clínica			
	No. N = 46	%	IC 95%
Sí para todos los grupos de edad	35	76.1	68.5,82.3
No existe apartado en la Historia Clínica	11	23.9	18.8,28.7
TOTAL	46	100.00	

Fuente: Cédula de Entrevista de Barreras para la Vacunación en el 1er Nivel de Atención en la unidad de medicina familiar número 31 IMSS.

PERCEPCION DE LOS MEDICOS DE LOS MOTIVOS DE LA NO VACUNACION A LA POBLACION. (Cuadro no 5)

La exploración de este rubro, se realizó preguntado a los médicos participantes como percibían, los motivos de la no vacunación a la población, las preguntas se agruparon en 2 grupos, El primer grupo, **Atribuibles a la Población:** donde 29 participantes (59.1%) quedaron englobados en este grupo, a continuación se describe la composición de este; la falta de conocimientos de la población acerca de las vacunas con 16 participantes (34.8%), los mitos y creencias populares acerca de las vacunas con 12 participantes (26.1%), Falta de recursos económicos para transportación de los pacientes hacia la unidad de Medicina Familiar con 1 participante (2.2%). Esto hace evidente que los participantes atribuyen la falta de conocimiento de la población, la asistencia de los pacientes a recibir los biológicos inmunizantes que les corresponden.El segundo grupo denominado motivos **Logísticos y Administrativos** donde 17 participantes (37%) se englobaron en este grupo, a continuación se describe la composición de este; los horarios restringidos de trabajo en el Servicio de Medicina Preventiva, con 13 participantes (28.3%) y la lejanía de la Unidad de Medicina Familiar con 4 participantes (8.7%) observándose un menor porcentaje atribuido a este rubro.

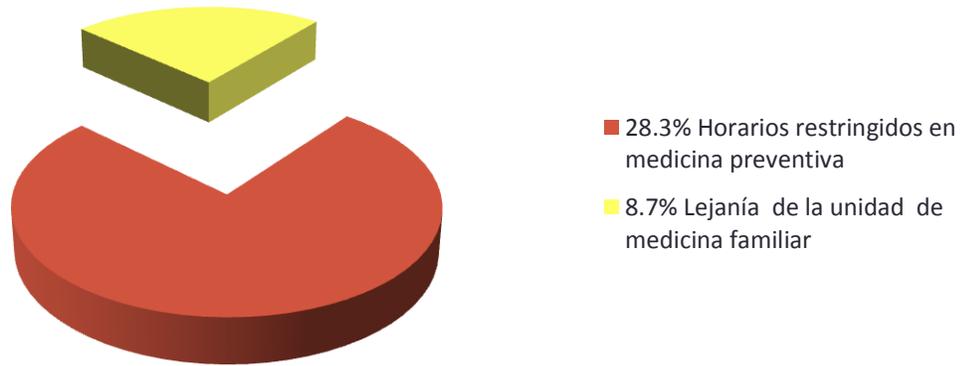
Percepción de los médicos sobre los motivos de la no vacunación a la población. ATRIBUIBLES A LA POBLACIÓN



Fuente: Cédula de Entrevista de Barreras para la Vacunación en el 1er Nivel de Atención en la unidad de medicina familiar número 31 IMSS.

Con los resultados obtenidos de los cuestionarios aplicados a nuestra población estudiada se encontró que la percepción de los médicos participantes sobre que la población de acude o reciba algún tipo de vacunación fueron que el 34.8% se lo atribuyen a la falta de conocimiento de la población sobre la vacunación, teniendo además que un 26.1% se le atribuye a mitos y creencias populares en contra de las vacunas. Y solo un 2.2% de los participantes contestó que se debe a la falta de recurso económico para su transportación a la UMF 31.

Percepción de los médicos sobre los motivos de la no vacunación a la población. LOGÍSTICOS Y ADMINISTRATIVOS.



Fuente: Cédula de Entrevista de Barreras para la Vacunación en el 1er Nivel de Atención en la unidad de medicina familiar número 31 IMSS.

En base a resultados obtenidos de los cuestionarios aplicados a nuestros participantes de acuerdo a la percepción que ellos tenían sobre los motivos de la no vacunación a la población. Se encontró que un 28.3% de nuestros participantes percibe que se debe a los horarios restringidos en el departamento de medicina preventiva. Y solo un 8.7% se lo atribuyó a la lejanía de de la unidad de medicina familiar de acuerdo a su domicilio.

CUADRO No. 5 Percepción de los médicos sobre los motivos de no vacunación a la Población.			
ATRIBUIBLES A LA POBLACIÓN	No.	%	IC 95%
Falta de conocimiento de la población acerca de las vacunas	16	34.8	26.5,39.7
Mitos y creencias populares en contra de las vacunas	12	26.1	19.8,32.6
Falta de recursos económicos para transportación de pacientes	1	2.2	1.3,3.4

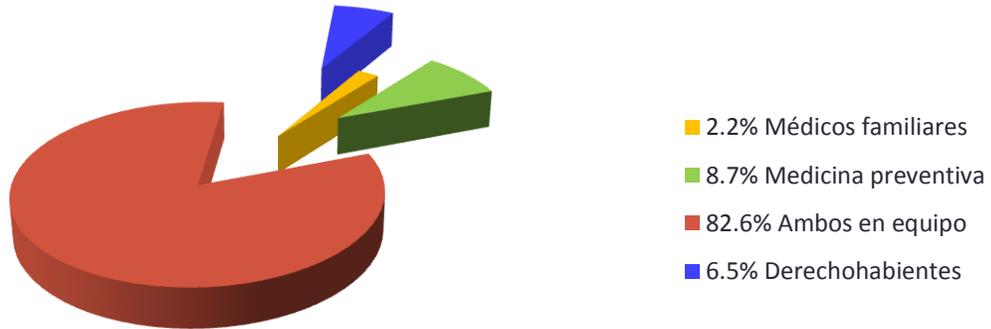
LOGÍSTICOS Y ADMINISTRATIVOS			
Horarios restringidos de trabajo en medicina preventiva	13	28.3	21.5,35.7
Lejanía de la unidad de medicina familiar	4	8.7	2,3,11.5
TOTAL	46	100.0	

Fuente: Cédula de Entrevista de Barreras para la Vacunación en el Primer Nivel de Atención de la unidad de medicina familiar número 31 IMSS.

PERCEPCION DE RESPONSABILIDAD EN LA VIGILANCIA DEL ESTADO DE VACUNACION. (Cuadro no 6)

La percepción de responsabilidad en la vigilancia del estado de vacunación, revisión y registro en cartillas, fue un punto de interés evaluado en los médicos participantes, la finalidad de este reactivo, era conocer, quien se percibía como un responsable (s) en el equipo de Salud que conforma la Unidad de Medicina Familiar; para el seguimiento y actualización de estos datos, los resultados fueron los siguientes: 1 participante (2.2%), respondieron que los responsables eran los Médicos en Consulta Externa, 4 participantes (8.7%) contestaron que el servicio de Medicina Preventiva, 38 médicos (82.6%) respondieron que Ambos trabajando en equipo (Consulta Externa y Medicina Preventiva), solo 3 participantes(6.5%) respondieron que la responsabilidad debía correr a cargo de la Población Derechohabiente

Percepción de responsabilidad en la vigilancia del estado de vacunación con la revisión y registro de cartillas de salud.



Fuente: Cédula de Entrevista de Barreras para la Vacunación en Primer Nivel de Atención en la Unidad de Medicina Familiar número 31 IMSS.

De acuerdo a los resultados obtenidos de nuestro instrumento aplicado sobre a quién le atribuían la responsabilidad de la vigilancia del estado de vacunación de cada paciente, revisando su cartilla de vacunación y registrando en ella acciones faltantes. Nuestros participantes contestaron en un 82.6% que era responsabilidad del equipo médico como del departamento de medicina preventiva este control.

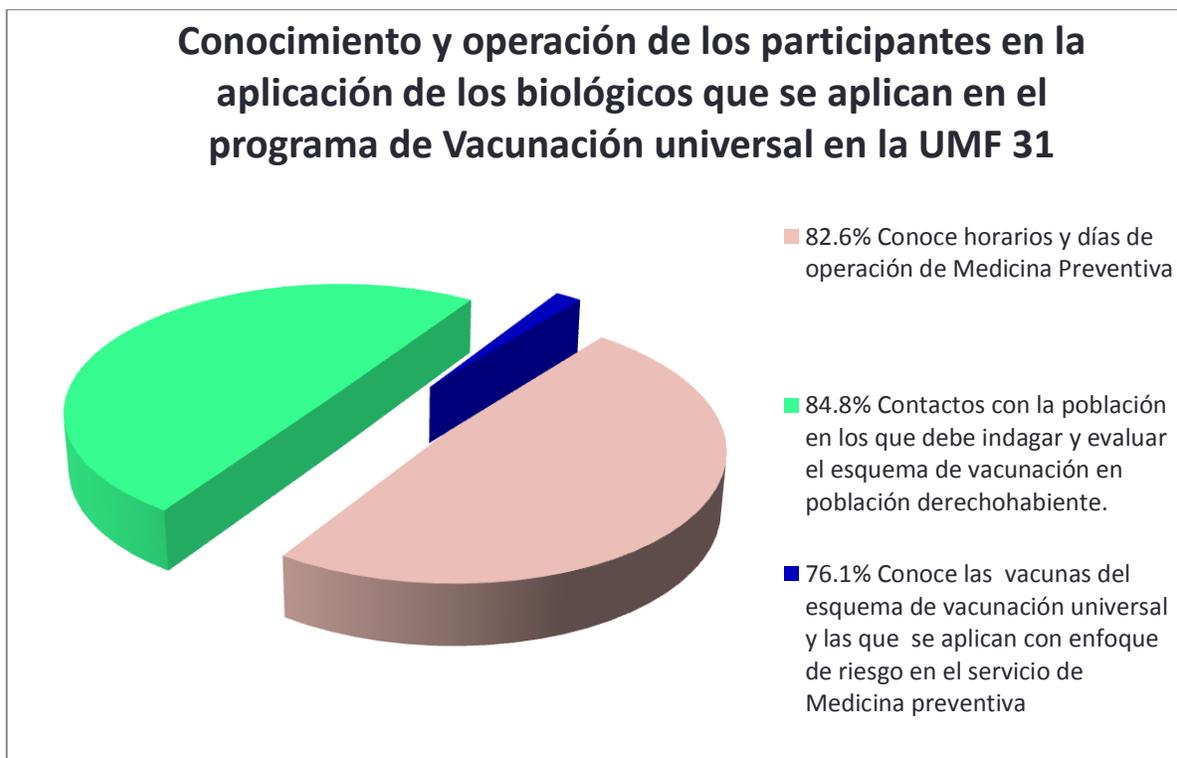
CUADRO No. 6 Percepción de Responsabilidad en la Vigilancia del Estado de Vacunación, revisión y registro en cartillas.			
PERSONAL O ÁREA RESPONSABLE	No.	%	IC 95%
Médicos Familiares	1	2.2	1.3,3,2
Servicio de Medicina Preventiva	4	8.7	2.3,13,5
Ambos trabajando en equipo	38	82.6	76.3,88.5
La población Derechohabiente	3	6.5	2.5,11.3
TOTAL	46	100.0	

Fuente: Cédula de Entrevista de Barreras para la Vacunación en Primer Nivel de Atención en la Unidad de Medicina Familiar número 31

Los Médicos participantes en el estudio, deben conocer, la forma en la que opera, el Servicio de Medicina Preventiva en su Unidad de Medicina Familiar, (**cuadro no 7**) así como las vacunas del Esquema Universal de Vacunación, dosis y vía de aplicación en los grupos etarios correspondientes a cada biológico; así como aquellos biológicos denominados con enfoque de riesgo, que se aplican y la oportunidad de vacunación en cada contacto con el paciente en su consultorio.

La evaluación de estos puntos se realizó de la siguiente manera: Al interrogar si se conocía por los participantes los horarios y días de operación del Servicio de Medicina Preventiva 38 (82.6%), respondieron de forma afirmativa.

Respecto al conocimiento y las situaciones en las que debe evaluarse, el esquema de vacunación en la Población Derechohabiente, por medio de un segmento reactivo (anexo 1 reactivo 8), donde se pedía a los médicos identificaran situaciones donde debía indagarse, los esquema de vacunación de la población, intencionadamente la respuesta correcta debía enfocarse a que todas las situaciones comentadas en ese reactivo, eran oportunidades de indagar esquemas, siendo la respuesta correcta, la que señalaba que todas las situaciones eran propicias, al preguntar de manera general si los médicos conocían los biológicos del esquema universal de Vacunación que se aplican en su Unidad de Medicina Familiar.



Fuente: Barreras para la Vacunación en el Primer Nivel de Atención en la Unidad de Medicina Familiar número 31 IMSS.

CUADRO No. 7 Conocimiento y Operación de los participantes en la aplicación de los biológicos que se aplican en el Programa de Vacunación Universal en la Unidad de Medicina Familiar 31			
VARIABLE	No. N = 46	%	IC 95%
Conoce horarios y días de operación de Medicina Preventiva.	38	82.6	75.3,89.3
Contactos con la población en los que debe indagar y evaluar el Esquema de Vacunación en la población Derechohabiente. **	39 (+)	84.8	77.1,91.3
Conoce las vacunas del Esquema de Vacunación Universal y las que se aplican con enfoque de riesgo en el Servicio de Medicina Preventiva	35	76.1	68.7,81.5

(+) Participantes con Respuesta Correcta

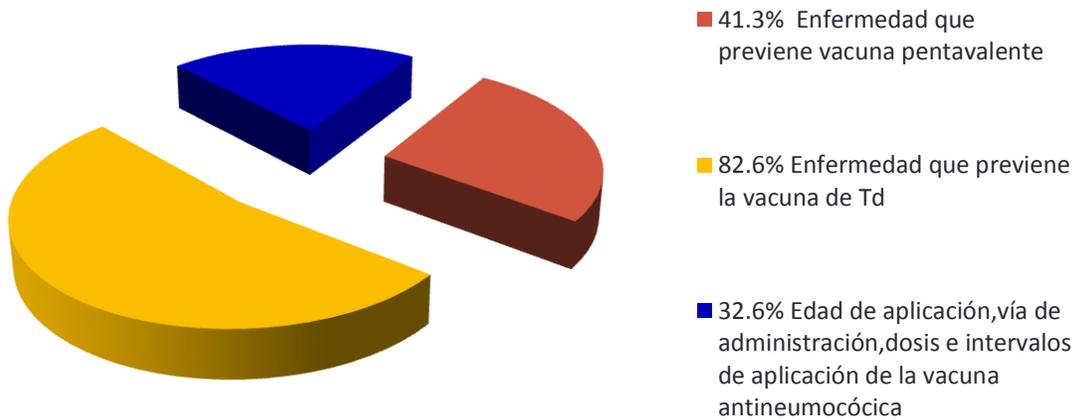
** Se exploró en que situaciones debe evaluarse el esquema universal de vacunación

Fuente: Barreras para la Vacunación en el Primer Nivel de Atención en la Unidad de Medicina Familiar número 31 IMSS.

EVALUACION DEL CONOCIMIENTO DE LOS PARTICIPANTES SOBRE EL ESQUEMA DE VACUNACION UNIVERSAL Y ENFERMEDADES QUE PREVIENE CADA VACUNA. (Cuadro no 8)

El conocimiento de los biológicos, fue evaluado por medio de 4 reactivos, (anexo 1, reactivos 9 al 12) los cuales, contemplaban, el conocimiento acerca de las enfermedades que previenen al ser aplicadas, dosis, intervalos y vías de aplicación. Los reactivos tenían solo una respuesta correcta que englobaba, todos los puntos antes evaluados, las respuestas correctas y sus porcentajes fueron los siguientes: Enfermedades que previene la Vacuna Pentavalente; se obtuvo un total de 19 participantes con un 41.3%, acerca de las Enfermedades que previene la vacuna Td; 38 participantes (82.6%). La edad de aplicación, vía de administración, dosis e intervalos de aplicación de la vacuna antineumococica en adultos; 15 participantes con un (32.6%).

Conocimientos de los participantes sobre el esquema de vacunación universal y enfermedades que previene cada vacuna



Fuente: Barreras para la Vacunación en Primer Nivel de Atención en la Unidad de Medicina Familiar número 31 IMSS.

CUADRO No. 8 Conocimientos de los participantes sobre el Esquema de Vacunación Universal y enfermedades que previene cada vacuna.			
VARIABLE	No. N = 46	%	IC 95%
Enfermedades que previene la vacuna pentavalente.	19 *	41.3	34.7,51.5
Enfermedades que previene la vacuna Td	38 *	82.6	75.6,90.4
Edad de aplicación, vía de administración, dosis e intervalos de aplicación de la vacuna antineumocócica en adultos.	15 *	32.6	24.4,39.8

* Participantes con Respuesta Correcta

Fuente: Barreras para la Vacunación en Primer Nivel de Atención en la Unidad de Medicina Familiar número 31 IMSS.

LA TOMA DE DECISIONES EN LA PRACTICA MEDICA COTIDIANA, (Cuadro no 9)

pudo ser evaluada por medio de un apartado de 6 reactivos, (anexo 1, reactivos 13 al 18) que a manera de casos simulados, permito en conjunción con el conocimiento del esquema de vacunación y las enfermedades que previene cada vacuna (anexo 1, reactivos 9 al 18), establecer la calificación menor de 8 reactivos para determinar que existían Barreras para la Vacunación.

Una vez comentado lo anterior, a continuación se describen los resultados caso por caso y se comenta a su vez el problema a evaluar para su comprensión:

Caso no 1.- Lactante masculino 2 meses de edad, obtenido por parto eutócico, en hospital, pesa 3,200g es hijo de madre portadora de VIH y la prueba serológica realizada al niño, muestra anticuerpos contra el VIH. No recibió ninguna vacuna antes de salir del Hospital. ¿Qué vacunas debería recibir este niño el día de hoy que cumple 2 meses, acude a consulta de valoración de control, sin evidencia clínica de enfermedad? El problema a evaluar en este caso simulado consistía en identificar la presencia de falsas contraindicaciones y la determinación de permitir que este niño recibiera o no los biológicos correspondientes a su edad, 17 participantes (37%), respondieron de manera adecuada al planteamiento.

Caso no 2.- Lactante Femenina de 3 meses de edad, sin antecedentes de vacunación previa, la madre pregunta a Ud., si la niña puede ser vacunada, ya que desde el día anterior ha evacuado “un poquito suelto”, la niña está contenta, acepta bien el pecho materno, no presenta fontanela deprimida, ni otros signos de deshidratación.

¿Qué respondería a la madre? La respuesta correcta en este caso estribaba en identificar la presencia de falsas contraindicaciones, vacunar o no y el biológico que debía aplicarse, 25 participantes (54.3%) respondieron de forma adecuada al caso clínico.

Caso no 3.- En este reactivo un cuestionamiento se planteó a manera de caso clínico, el enunciado se leyó de la siguiente manera en el cuestionario

¿Mencione el esquema de vacunación que le indicaría a un adulto mayor de 75 años de edad?

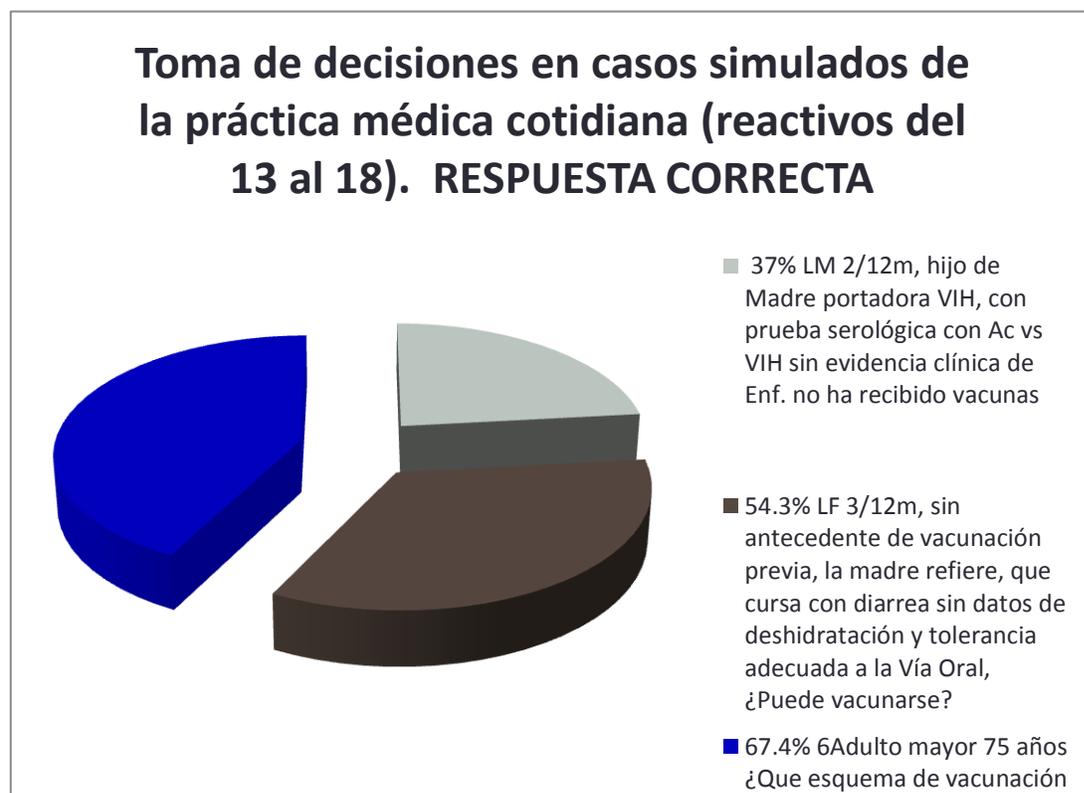
La respuesta correcta comprendía las habilidades para identificar que biológicos se podrían aplicar para este paciente, aquí un total de 31 participantes (67.4%) tomaron una decisión adecuada.

Caso no 5.- Lactante masculino 15 meses de edad, el cual no ha recibido dosis previa de vacuna Sabin, y acude a recibir su primera dosis de vacuna SRP, en la unidad, existen todas las vacunas, excepto SRP, y el director, le asegura que al día siguiente, le dotará la vacuna faltante, usted tiene que decidir entre estas 3 posibilidades, en este reactivo, además de identificar la posibilidad de vacunar o no al paciente, se evaluó, el conocimiento y aplicación clínica del concepto de interferencia mediada por interferón, aquí 25 participantes (54.3%) respondieron adecuadamente.

Caso no 6.- Femenino de 28 años de edad, la cual labora en el Aeropuerto en atención a los pasajeros, acude a solicitar vacuna SR.

¿Cuáles serían las indicaciones de aplicación y que recomendaciones proporcionaría a la paciente?

En este caso clínico, se evaluó una adecuada decisión de vacunar o no a la paciente además del conocimiento de las contraindicaciones para llevarlo a cabo un total de 41 participantes (89.1%) respondieron de manera adecuada al cuestionamiento.



Fuente: Barreras para la Vacunación en Primer Nivel de Atención en la Unidad de Medicina Familiar número 31 IMSS.

CUADRO No. 9

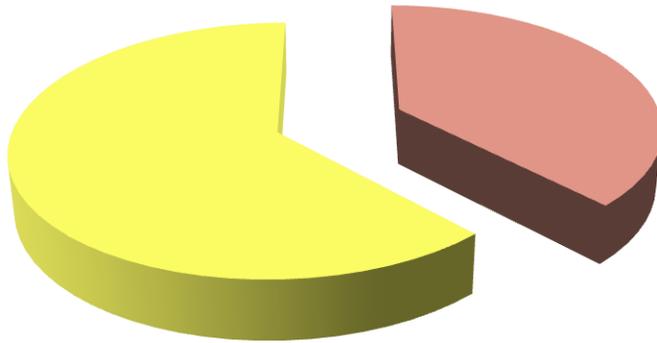
Toma de decisiones en casos simulados de la practica medica cotidiana

CASOS SIMULADOS	PROBLEMA A EVALUAR	No. DE PARTICIPANTES CON RESPUESTA CORRECTA			No. DE PARTICIPANTES CON RESPUESTA INCORRECTA		
		N = 46	%	IC 95%	N =46	%	IC 95%
LM 2/12m, hijo de Madre portadora VIH, con prueba serológica con Ac vs VIH sin evidencia clínica de Enf. no ha recibido vacunas	Presencia de falsas contraindicaciones Vacunar o No y Biológico (s) a Aplicar	17	37	30.2,45.4	29	63	57.4,72.3
LF 3/12m, sin antecedente de vacunación previa, la madre refiere, que cursa con diarrea sin datos de deshidratación y tolerancia adecuada a la Vía Oral, ¿Puede vacunarse?	Presencia de falsas contraindicaciones Vacunar o No y Biológicos (s) a Aplicar	25	54.3	49.4,62.7	21	45.7	37.5,52.4
Adulto mayor 75 años ¿Que esquema de vacunación recomendaría aplicar?	Indicaciones de vacunación universal Vacunar o No y Biológico a Aplicar	31	67.4	59.2,73.5	15	32.6	24.4,39.3

Fuente: Barreras para la Vacunación en Primer Nivel de Atención en la Unidad de Medicina Familiar número 31 IMSS.

Toma de decisiones en casos simulados de la práctica médica (reactivos del 13 al 18)

RESPUESTAS CORRECTAS



- 54.3% LM 15meses, sin dosis previa de Sabin, acude por 1era dosis SRP, pero esta se dotara a la CMF en 3 días. ¿Cuál sería la conducta a seguir?
- 89.1% Fem. 26a, labora en Aeropuerto en atención a pasajeros, solicita vacuna SR. Indicaciones de aplicación y recomendaciones a la paciente.

Fuente: Barreras para la Vacunación en Primer Nivel de Atención en la Unidad de Medicina Familiar número 31 IMSS.

CUADRO No. 9 BIS Toma de decisiones en la práctica cotidiana en los servicios de salud. En el estudio.

CASOS SIMULADOS	PROBLEMA A EVALUAR	No. DE PARTICIPANTES CON RESPUESTA CORRECTA	PORCENTAJE DE DECISIONES ADECUADAS	IC 95%	No. DE PARTICIPANTES CON RESPUESTA INCORRECTA	PORCENTAJE DE DECISIONES INADECUADAS	IC 95%
		N=46	%		N=46	%	
LM 15meses, sin dosis previa de Sabin, acude por 1era dosis SRP, pero esta se dotara a la CMF en 3 días. ¿Cuál sería la conducta a seguir?	Vacunar o no, Biólogo (s) a administrar y aplicación del concepto de interferencia mediada por interferón.	25	54.3	48.3,63.7	21	45.7	38.7,53.4
Fem. 26a, labora en Aeropuerto en atención a pasajeros, solicita vacuna SR. Indicaciones de aplicación y recomendaciones a la paciente.	Indagar presencia de contraindicaciones verdaderas Vacunar o No y Biológico (s) a Aplicar	41	89.1	81.2,96.3	5	10.9	2.3,18.7

Fuente: Cédula de Entrevista de Barreras para la Vacunación en el 1er Nivel de Atención en la Unidad de Medicina Familiar número 31 IMSS.

LAS BARRERAS PARA VACUNAR A LA POBLACION EN RELACION CON LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS PARTICIPANTES.

(Cuadro no 10)

Partiendo de que la existencia de Barreras, se presentó en los participantes con menos del 80% de respuestas correctas en la aplicación del instrumento de evaluación, los resultados al cruce de variable fueron los siguientes.

En cuanto al GENERO MASCULINO 4 participantes (8.7 %) no presentaron barreras y 19 participantes con un (41.3%) si presentaron barreras El GENERO FEMENINO 2 participantes (4.3 %) no presentaron barreras, y 31 participantes (45.7%), si las presentaron, que representa en el género femenino, por una diferencia de 2 participantes, tuviese una mayor tendencia a presentar una toma inadecuada de decisiones por presentar barreras a la vacunación.

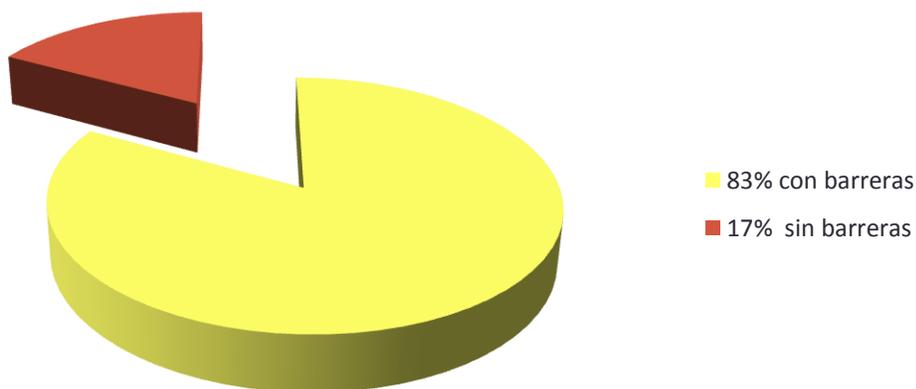
En la variable EDAD, los menores o iguales a 40 años; 4 médicos (8.7%), no presentan barreras y 15 (32.6%) si las presentaron, los médicos mayores de 40 años, 2 (4.3%), no presentaron barreras y 25 (54.4%) si lo presentaron.

La ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO, el personal menor o igual a 10 años, 3 personas (6.5%), no presentaron barreras y 16 personas con un (34.6%) si presentaron barreras. En el grupo de antigüedad mayor a 10 años, se encontró a 3 personas sin barreras para la vacunación con un 6.5% y 24 personas con un (53.3%), si las presentaron, se observó que el personal con más de 10 años de antigüedad presenta una mayor tendencia a presentar toma inadecuada de decisiones por presentar barreras.

LA JORNADA LABORAL del Turno Matutino 2 personas 4.3% no presentaron barreras y 22 personas (47.8%) si presentaron barreras, del Turno Vespertino 4 personas (8.7%), no presentaron barreras y 18 personas (39.1%), si lo presentaron. En el Turno matutino por la mayor demanda de atención, pareciera existir un mayor tendencia a presentar una toma inadecuada de decisiones por presentar barreras para la vacunación.

LA CAPACITACIÓN (denominado así con base en la toma de cursos de vacunación en el último año), el cruce de variables 2 participantes no capacitados (4.3%) no presentaron barreras, 26 no capacitados (56.5%) si presentaron barreras, del personal capacitado 14 (30.4%) presentaron barreras y 4 capacitados con un 8.7% no presentaron barreras, lo cual representa que no recibir cursos de vacunación en el personal dirige una mayor tendencia a presentar una toma inadecuada de decisiones en la práctica sanitaria cotidiana.

Participantes que se encontró en este estudio que tienen barreras para la aplicación de la vacunación



Fuente: Cédula de Entrevista de Barreras para la Vacunación en el 1er Nivel de Atención en la unidad de medicina familiar número 31 IMSS.

CUADRO No. 10

Barreras para vacunar a la población en relación con las características socio demográficas de los participantes

GENERO	Si barreras		NO barreras		IC 95%
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	
MASCULINO	19	41.3%	4	8.7%	0.58,2.69
FEMENINO	21	45.7%	2	4.3%	
	40	87	6	13	
EDAD	Si barreras		NO barreras		IC 95%
<=40 AÑOS	15	32.6%	4	8.7%	0.62,3.35
> 40 AÑOS	25	54.4 %	2	4.3%	
	40	87	6	13	

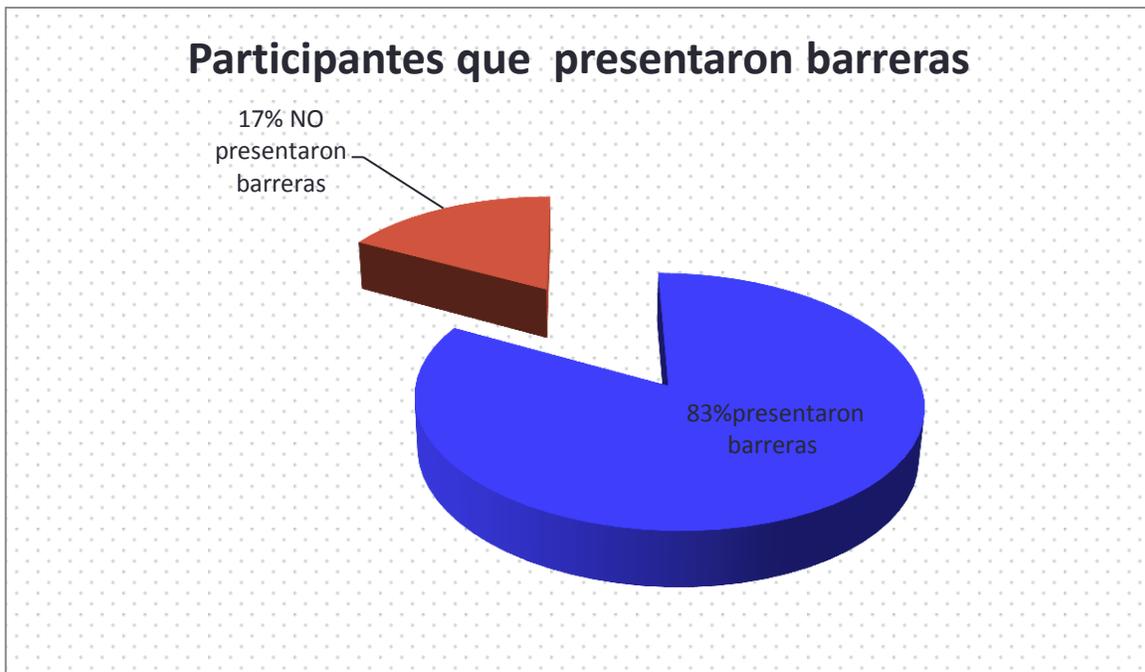
Barreras para vacunar a la población con características sociodemográficas de los participantes					
ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO	SI barreras		NO barreras		IC 95%
< = 10 AÑOS	24	53.2%	3	6.4%	0.58,2.71
> 10 AÑOS	16	34 %	3	6.4%	
	40	87.2	6	12.8	

Barreras para vacunar a la población con características sociodemográficas de los participantes					
JORNADA LABORAL	SI barreras		NO barreras		IC 95%
VESPERTINO	22	47.8%	2	4.3%	0.71,3.49
MATUTINO	18	39.1%	4	8.7%	
	40	86.9	6	13	

Barreras para vacunar a la población con características sociodemográficas de los participantes					
CAPACITACIÓN	Si barreras		No barreras		IC 95%
NO CURSOS	26	56.5%	4	8.7%	0.66,3.12
SI CURSOS	14	30.4%	2	4.3%	
	40	86.9	6	13	

Fuente: Cédula de Entrevista de Barreras para la Vacunación en el 1er Nivel de Atención en la unidad de medicina familiar número 31 IMSS.

Barreras para vacunar a la población de los participantes	
Participantes con barreras	Participantes sin barreras
83%	17%



Fuente: Cédula de Entrevista de Barreras para la Vacunación en el 1er Nivel de Atención en la unidad de medicina familiar número 31 IMSS.

CONCLUSIONES

1. La falta de cursos de capacitación y actualización fueron los factores de exposición principalmente asociados a barreras para vacunar en los participantes, observándose cifras cercanas al 80% de Barreras y un porcentaje cercano al 60% de toma inadecuada de decisiones en la vacunación a la población.
2. La actualización en temas de vacunación es un factor prioritario para los médicos familiares de la unidad de medicina familiar número 31, para adquirir las bases en la aplicación de biológicos inmunizantes o reforzar y renovar conceptos.
3. Los Médicos familiares coinciden que la vigilancia del estado de vacunación de los derechohabientes es responsabilidad conjunta con medicina preventiva.
4. Existió un alto porcentaje de contraindicaciones erróneas, sobre todo en el caso de enfermedades prevenibles por vacunación en menores de 5 años y mujeres en edad fértil, con embarazo y comorbilidades y en la vacunación de los adultos mayores.

RECOMENDACIONES:

- Aumentar el número de oportunidades de capacitación y continuar incentivando al Personal en Salud, por medio de la realización de cursos, sesiones y seminarios relacionados con Enfermedades Prevenibles por vacunación.
- La difusión de la Historia Clínica Electrónica y su utilización adecuada, funcionara como una herramienta más para el seguimiento y actualización de los esquemas de Vacunación.
- Buscar estrategias para incentivar a los Médicos, y permitir que se involucren en su totalidad para la búsqueda de pacientes que requieran aplicación de biológicos inmunizantes y de esta forma abatir las Oportunidades Perdidas de Vacunación.
- Mantener un adecuado abastecimiento de Biológicos inmunizantes, para conservar la confiabilidad en la aplicación segura y sin contratiempos de las vacunas necesarias.
- Realizar de forma semestral 1 capacitación acerca de Enfermedades Prevenibles por vacunación y difundir entre los médicos familiares material impreso además de permitir el acceso a medios electrónicos de manual nacional de vacunación

LIMITACIONES DEL ESTUDIO BARRERA PARA LA VACUNACION EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION

1. Una tasa de no respuesta elevada, pudo afectar las conclusiones de la investigación, a manera informativa se tuvo un tasa de no respuesta del 22 % en este estudio, lo que permito cumplir su cometido de manera satisfactoria.
2. No permite establecer asociaciones de causas-efecto, como en los estudios de Casos y Controles o los estudios de Cohorte, o los experimentales de tal forma que no permite conocer la evolución del fenómeno en estudio y no siempre pueden ser comparables con otras poblaciones con características similares.
3. La Evaluación de la toma de decisiones, se apoyó en casos simulados, por lo que los resultados podrían haber sido diferentes, si se hubieran empleado estudios de sombra.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Soberon G, Kumate J. Vericuetos en la investigación y desarrollo de vacunas. 2ª Edición México: Fondo de Cultura Económica Organización Mundial de la Salud 1991: 2-18.
- 2.-Urbina- Fuentes M, Moguel- Anchieta C. La Experiencia Mexicana en Salud Publica; Oportunidad y Rumbo para el Tercer Milenio. 1era Edición México: Fondo de Cultura Económica, Organización Mundial de la Salud 2006:159-161
- 3.-Semana de Vacunación en las Américas:www.paho.org/svawwww.paho.org
- 4.- Hernández- Merino A. Papel de los Centros de Atención Primaria en los Programas de Vacunación Infantil. Rev. Pediat .Aten. Prim. 2005; 4: 529-541.
- 5.- Caballero- Hoyos R. Los mensajes de vacunación favorecen a la Movilización y altas coberturas en México 2002; Gaceta Medica Mexicana. Vol.138: 18-21.
- 6.- Moguel Parra G, Santos Preciado, Factores que influyen en la Inmunización de los niños en la consulta externa de un hospital pediátrico. Bol. Medico Hospital Infantil de México. 1996 Vol. 49: 5: 275-279.
- 7.- Federicci María I. Oportunidades Perdidas de Vacunación, Participación del Personal de Salud. Arch. Argent. Pediatría. 1999; 97: 3-7.
- 8.-Sonja S, Hutching S. Preschool Children at High Risk for measles: Opportunities to Vaccinate American Journal of Public Health. 1993 ;83: 6 115-124
- 9.- Loevinsohn B, Gareaballah P. Missed Opportunities for Immunization during Visits for curative Care: a randomized Cross-over trial in Sudan. 1992 Bulletin of the World Health Organization. 1992; 70 3: 335-339

- 10.-Farizo-Karen M. Vaccination Level and Missed Opportunities for Measles Vaccination: A record Audit in a Public Pediatrics Clinic Pediatrics 1992 Vol. 89; 4: 589-623.
- 11.-Williams-Walter W. Immunization Policies and Vaccine Coverage among Adults. The Risk for Missed Opportunities. Annals of Internal Medicine 1998: 208, 616-625.
- 12.- Nirupam E, A survey of missed opportunity for immunization in Lucknow Indian Pediatrics 1992; 29: 29-32.
- 13.-Kenneth M. Immunization Opportunities Missed Among Urban poor Children. Pediatrics Vol. 89 No. 6 June 1992; 1019-1026.
- 14.-Rodewald -Lance E. Is an Emergency Department Visit a Marker For Under vaccination and Missed Vaccination Opportunities among Children who have access to Primary Care? 1993;90;5: 605-611.
- 15.-Wood D, Reducing Missed Opportunities to vaccinate during child health visits. Arch. Pediatrics Adolescent Med. Vol.1996; 152; 3; 238-243.
- 16.-Díaz Ortega JL Camacho Muñoz. Oportunidades Perdidas de Vacunación en < 5 años en la Ciudad de México. CONAVA 1991.
- 17.-CONAVA. Manual de Procedimientos Técnicos de Vacunación Actualización. Mexico.2003. Capitulo 5
- 18.- Plotkin S. Orenstein. WA Vaccines WB. Saunders 1996 Co.4th Edition.
- 19.-General Recommendations on Immunization. Recommendations of the advisory committee on Immunization practices (ACIP) January 28,2011. I-60.
- 20.- Guide to Vaccine contraindications and Precautions. CDC 2008.
- 21.-Hills M. Statically Models in Epidemiology Oxford University Press .2002 2Th Edition.
22. - González Roaro B. La Seguridad Social de los trabajadores del Estado en el Gobierno del Cambio Fondo de Cultura Económica México. 2005;1: 17-21
- 23.- Anderson RM, Ray RM. Infectious Diseases of Humans. 1st Edition, USA, Oxford Science Publications, 1991

GLOSARIO

IMSS.- Instituto Mexicano del Seguro Social

Unidad de Medicina Familiar (UMF).- Es el espacio físico donde se confinan bajo el en el Primer Nivel de Atención del Instituto Mexicano del Seguro Social, los diferentes servicios médicos, administrativos, clínicos y para clínicos de manera exclusiva a los Trabajadores de las diferentes empresas afiliadas al IMSS.

Población Derechohabiente.- Conjunto de individuos, trabajadores al servicio de gobierno federal y familias, los cuales reciben todas las prestaciones económicas médicas y administrativas que proporciona el IMSS

Vacunación con enfoque de riesgo.- Toda aquella acción de realizar la aplicación de biológicos inmunizantes a individuos susceptibles con una mayor probabilidad de padecer una enfermedad o sus complicaciones, que el resto de la población, o de ser un grupo que propicie la transmisión a otros conglomerados sociales, en caso de que adquieran la infección (por ejemplo: trabajadores de salud, maestros, etc.)

Subconjunto.- pequeño grupo de individuos dentro de otro grupo, con algunas características más específicas o especializadas del conjunto mayor.

Esquema de Vacunación Universal.- Derecho a la equidad inmunitaria, logrado a través de la vacunación a todos los menores de 5 años, independientemente de su condición socioeconómica, género o grupo étnico en los Estados Unidos Mexicanos.

Dosis.- es el contenido de principio activo de un medicamento, expresado en cantidad por unidad de toma, por unidad de volumen o de peso, en función de la presentación, que se administrará de una vez.

Vía de Aplicación o administración.-Se entiende por vía de administración de un fármaco al camino que se elige para hacer llegar ese fármaco hasta su punto final de destino: la diana celular. Dicho de otra forma, la forma elegida de incorporar un fármaco al organismo.

Servicio de Medicina Preventiva.- Lugar físico y donde se realizan el conjunto total de las acciones encaminadas a la Población derechohabiente, que tienen por finalidad evitar la aparición de enfermedades por vacunación, de transmisión sexual, crónico degenerativas por citar algunos ejemplos.

Consulta Externa.- Se denomina de esta forma al conjunto de Consultorios que prestan atención médica, a la población derechohabiente en una Clínica de Medicina Familiar.

Consultorio.- Espacio físico donde laboran médicos y enfermeras proporcionando atención médica y paramédica a la Población Derechohabiente.

Anexo 1

CUESTIONARIO PARA LA IDENTIFICACION DE BARRERAS PARA LA VACUNACION EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN EL IMSS UMF 31.

El presente estudio tiene por finalidad conocer la percepción del médico y las probables causas de la no vacunación en la población derechohabiente. La información que nos proporcione será confidencial y solamente será utilizada para fines estadísticos, es decir, ningún resultado de este estudio hará referencia a personas en particular. La información que usted nos proporcione ayudará para mejorar los programas de Medicina Preventiva y de Educación al Personal de Salud.

Sexo:	a) Masc.	b) Fem.
Horario de Atención:	a) Matutino	b) Vespertino
¿Cuántos años de antigüedad tiene laborando en el IMSS?		

Edad	_____	

ACEPTO PARTICIPAR DE MANERA VOLUNTARIA EN EL ESTUDIO

SI

NO

POR FAVOR MARQUE LA RESPUESTA QUE CONSIDERE CORRECTA O ADECUADA (SOLO UNA RESPUESTA)

1.- ¿Ha recibido cursos con temas referentes a vacunación?

a) Si

b) No

2.-En los últimos 12 meses ¿Se han impartido temas de vacunación o de Enfermedades Prevenibles por Vacunación en su Clínica de Adscripción?

a) Si

b) No

3.- Existe un apartado en la historia clínica de los pacientes para actualizar el esquema de vacunación?

- a) Si para todos los grupos de edad b) No existe apartado en la Historia Clínica

4.-¿Cuál considera, que es la principal causa de esquemas incompletos de vacunación en la Población que usted atiende?

- a) Falta de conocimiento de la población acerca de las vacunas.
 b) Mitos y creencias populares en contra de las vacunas
 c) Lejanía de las Unidades de Salud.
 d) Falta de recursos económicos para transportación de los pacientes.
 e) Horarios restringidos de trabajo en el área de Vacunación de la Clínica, incompatibles con el tiempo de los usuarios

5.-Vigilar el estado de vacunación de la población, la revisión y registro de las cartillas de vacunación en la consulta externa es responsabilidad de:

- a) Médicos en Consulta Externa b) Departamento de Medicina Preventiva
 c) Ambos trabajando en equipo d) La población Derechohabiente.

6 -¿Conoce los horarios y días de operación del Departamento de Medicina Preventiva en su Clínica de Medicina Familiar?

- a) Si los conozco
 b) No los conozco

7-¿Conoce usted cada una de las vacunas del esquema de vacunación universal que se aplican en el departamento de Medicina Preventiva en su Clínica?

- a) Si los conozco
 b) No los conozco

8- ¿En cuál de las siguientes situaciones indagaría usted, el estado de vacunación de la población que asiste a su unidad de salud?

Motivo de contacto	Sí	No
a) Consulta por enfermedad (cualquiera)	()	()
b) Control de niño sano	()	()
c) Control prenatal	()	()
d) Elaboración de constancia de salud	()	()
e) Planificación familiar	()	()
f) Vacunación	()	()
g) Todas las anteriores	()	()

9.- La vacuna pentavalente, previene contra las enfermedades:

- a) Difteria, Tos ferina, Tétanos, Hepatitis B, *Haemofilus influenza* del tipo b
- b) Tosferina, Sarampión, Rubéola, Hepatitis B, Difteria.
- c) Tosferina, Tétanos, Difteria, Influenza estacional, Hepatitis B.
- d) Ninguna de las anteriores.

10.- ¿Qué enfermedades previene la vacuna Td?

- a) Tétanos y Difteria.
- b) Tétanos y Rubéola
- c) Sarampión, Rubéola y Difteria
- d) Todas las anteriores
- e) Ninguna de las anteriores

11.- ¿Cuáles son las dosis intervalos y vías de administración de la vacuna Td?

- a) Desde los 6 años, dosis de 5 ml subcutánea, inmunidad permanente, dosis única.
- b) A partir de los 12 años, mujeres en edad fértil y embarazadas, la dosis es de 0.5 ml, la vía es intramuscular, intervalo de aplicación, es el día de la aplicación, al mes y un año de la dosis 1era. Se requerirán dos dosis adicionales con intervalo de 10 años o aplicar una dosis en cada embarazo hasta completar 5 aplicaciones de vacuna que contengan los toxoides tetánicos y diftérico.
- c) A los 11 años, 0.5 ml por vía intramuscular, el número de dosis que completen 5 aplicaciones de vacunas
- d) Todas las anteriores.
- e) Ninguna de las anteriores.

12.- ¿A qué edad debe aplicarse la vacuna antineumococica en adultos, vía de administración, y a que dosis e intervalos de aplicación?

Justo después de su jubilación, con dosis de 1ml intramuscular, con una dosis anual en temporada invernal.

A partir de los 60 años, la dosis es de 0.5 ml, la vía es intramuscular, los intervalos; el día de la aplicación y los refuerzos son cada 5 años.

Desde los 50 años en caso de padecer Diabetes mellitus, neuropatías, neumopatías o cardiopatías crónicas o infección por el VIH, con dosis de 0.5 ml de vacuna por vía intramuscular e intervalos de 5 años.

Todas las anteriores.

Solo b y c son correctas.

13.- Lactante masculino 2 meses de edad, obtenido por parto eutócico, en hospital, pesa 3,200 g es hijo de madre portadora de VIH y la prueba serológica realizada al niño, muestra anticuerpos contra el VIH. No recibió ninguna vacuna antes de salir del Hospital.

¿Qué vacunas debería recibir este niño el día de hoy que cumple 2 meses, acude a consulta de valoración de control, sin evidencia clínica de enfermedad?

No debe vacunar al Niño

Sabin, BCG y Pentavalente

Solamente Sabin

Solamente Sabin y Pentavalente

Ninguna de las anteriores

14.-Lactante Femenina de 3 meses de edad, sin antecedentes de vacunación previa, la madre pregunta a Ud., si la niña puede ser vacunada, ya que desde el día anterior ha evacuado “un poquito suelto”, la niña está contenta, acepta bien el pecho materno, no presenta fontanela deprimida, ni otros signos de deshidratación.

¿Qué respondería a la madre?

a) No debe vacunarse hasta desaparecer la diarrea

b) Si vacunar con Sabin y esperar hasta que desaparezca la diarrea.

c) Si vacunar con Sabin, BCG y Pentavalente.

d) Ninguna de las anteriores.

15.- ¿Mencione el esquema de vacunación que le indicaría a un adulto mayor de 75 años de edad?

a) 1 dosis influenza estacional anualmente, 1 dosis de vacuna antineumocócica y 1 refuerzo a los 5 años, 1 dosis de Td y un refuerzo a los 2 meses y al año.

b) 1 dosis de vacuna antineumocócica cada año

c) 1 dosis de SR cada año

d) Ninguna de las anteriores.

16.- Femenino 19 años, cursa la semana 35 de embarazo sin datos de complicaciones en su desarrollo. Al interrogatorio, refiere no haber recibido dosis previas de vacuna Td., en contactos anteriores con los servicios de salud, que conducta seguiría con esta paciente

a) Vacunar en la fase del puerperio de la paciente

b) Recibir primera dosis de vacuna Td de inmediato

c) Ninguna de las anteriores.

17.- Lactante masculino 15 meses de edad, el cual no ha recibido dosis previa de vacuna Sabin, y acude a recibir su primera dosis de vacuna SRP, en la unidad, existen todas las vacunas, excepto SRP, y el director, le asegura que al día siguiente, le dotará la vacuna faltante, usted tiene que decidir entre estas 3 posibilidades

- a) No vacunar al niño
- b) Aplicar la vacuna Sabin
- c) Aplicar la vacuna Sabin hoy y citarlo al menos 8 días después para aplicar la vacuna SRP.

18.-Femenino de 28 años de edad, la cual labora en el Aeropuerto en atención a los pasajeros, acude a solicitar vacuna SR.

¿Cuáles serían las indicaciones de aplicación y que recomendaciones proporcionaría a la paciente?:

- a) Vacunar a la paciente de inmediato, sin emitir recomendación alguna
- b) Preguntarle si está embarazada, de no estarlo y no presentar contraindicaciones verdaderas, vacunarla y recomendar a la paciente, no realizar planes de embarazo en el mes siguiente a la vacunación.
- c) No es elegible para ser vacunada.

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACION!



ANEXO 2



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

MEXICO DISTRITO FEDERAL NOVIEMBRE DEL 2013

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: **"PRINCIPALES BARRERAS ASOCIADAS EN LOS MEDICOS FAMILIARES PARA LA REALIZACION DE VACUNACION A LA POBLACION EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION"**

Registrado ante el comité local de investigación de salud o la Comisión Nacional de Investigación científica.

El objetivo del estudio es: conocer las barreras limitantes para la vacunación, presentes en los médicos familiares de la Delegación Sur del IMSS (UMF31)

Se me ha explicado que mi participación consistirá en **RESPONDER UN CUESTIONARIO CON INFORMACION VERAZ.**

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento (en su caso) así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevara a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en su caso).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio de cualquier momento en lo que consiste conveniente, sin que ello afecte la atención medica que recibo en el Instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Dra. Lorena Degollado Corona

CED. PROF 6279978

Nombre y firma o huella

Nombre, firma y cedula del investigador responsable

En caso de dudas o aclaraciones sobre su participación podrá dirigirse o comunicarse a :

Dr. Jesús Mauricio Flores Murga MF UMF31 TEL: 56 86 02 33 EXT: 21443

Lorena Degollado Corona residente de tercer año de medicina familiar tel. 56758275

Testigo

Testigo

Nombre y firma

Nombre y firma