

UNIVERSIDAD AMAZONICA DE PANDO

PROGRAMA DE ENFERMERIA



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN OPERATIVA

EVALUACION DE LA COBERTURA DEL PAI Y MEDIDAS ESTRATEGICAS E CORRECTIVAS RELACIONADAS CON LA BAJA COBERTURA DE VACUNACION DIAGNOSTICADA EN EL MUNICIPIO DE PUERTO RICO-PANDO-BOLIVIA EN JUNIO, JULIO Y AGOSTO DE LA GESTION 2009.

INTERNA DE ENF.: SOLANGE KURZVSKI

COORDINADORA S.S.R.O.: LIC. ERCILIA LLANOS FAJARDO.

COBIJA – PANDO – BOLIVIA

AGOSTO DE 2009

INDICE GENERAL

Agradecimiento

Dedicatoria

Presentación

Introducción

CAPITULO I

DISEÑO TEORICO

Antecedente.....	10
Planteamiento del problema.....	15
Cuadro operativo.....	15
Objeto de estudio.....	15
Pregunta de investigación.....	17
Objetivos.....	17
Justificación.....	18

CAPITULO II

Marco teórico.....	19
Hipótesis.....	33
Variables.....	33
Operacionalización de variables.....	34

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio.....	35
Universo.....	35
Muestra.....	35
Métodos, técnicas e instrumentos estadísticos.....	35

CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Discusión.....	36
Conclusiones.....	37
Recomendaciones.....	39
Bibliografía.....	40
Anexo.....	41
Fotos.....	63

INDICE DE CUADROS Y GRAFICOS

Cuadro y grafico 01	Pág.
Evaluación de la cobertura de la BCG en niños < de 1 año de edad.	42
Cuadro y grafico 02	
Valoración de la cicatriz de la BCG en niños < de 1 año de edad.	43
Cuadro y grafico 03	
Valoración de la cicatriz de la BCG en niños de 1a -2a de edad.	44
Cuadro y grafico 04	
Evaluación de la cobertura de la 1ª dosis de la PENTA en < de 1a	45
Cuadro y grafico 05	
Evaluación de la cobertura 2ª dosis de la PENTA en < de 1 año.	46
Cuadro y grafico 06	
Evaluación de la cobertura 3ª dosis de la PENTA en < de 1 año.	47
Cuadro y grafico 07	
Evaluación la cobertura de la 1ª dosis de la OPV en < de 1 año.	48
Cuadro y grafico 08	
Evaluación de la cobertura 2ª dosis de la OPV en < de 1a de edad.	49
Cuadro y grafico 09	
Evaluación de la cobertura de la 3ª dosis de la OPV en < de 1 año.	50
Cuadro y grafico 10	
Evaluación de la cobertura de la 1ª dosis de la anti RV en < de 6 m.	51
Cuadro y grafico 11	
Evaluación de la cobertura de la 2ª dosis de la anti RV en < de 6 m.	52
Cuadro y grafico 12	
Evaluación de la cobertura de la 1ª d. de la RV en niños de 6m – 2 años.	53

Cuadro y grafico 13	
Evaluación de la cobertura de la 2ª dosis de la anti- RV en niños de 1a – 2a de edad.	54
Cuadro y grafico 14	
Evaluación de la cobertura de la anti amarilla en niños de 1a – 2 años.	55
Cuadro y grafico 15	
Riesgo de no recibir de la anti amarilla por niños de 1a – 2a no vacunados.	56
Cuadro y grafico 16	
Evaluación de la cobertura de la SRP en niños de 1a – 2a de edad.	57
Cuadro y grafico 17	
Riesgo de no recibir la SRP por niños de 1a – 2a de edad no vacunados.	58
Cuadro y grafico 18	
Disponibilidad de la carne de vacunación por Mujeres en Edad Fértil de 15a – 49a de edad.	59
Cuadro y grafico 19	
Evaluación de la cobertura de la DT en MEF que presentan carne.	60
Cuadro y grafico 20	
Evaluación de la cobertura de la DT en MEF que refieren ser vacunadas.	61
Cuadro y grafico 21	
Valoración del conocimiento del esquema de vacunación de la DT en MEF.	62

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, a mi familia y a todos los representantes superiores de la Universidad Amazónica de Pando, del municipio de Puerto Rico, del Hospital Integral Comunitario Puerto Rico y del SEDES Pando Cobija, por colaboraren para la realización de esta investigación relacionada con la evaluación de la cobertura del PAI mediante:

Una investigación operativa cruzada, relacionada con el Monitoreo Rápido de las Coberturas de vacunación que fue estudiada y realizada en el municipio de Puerto Rico por parte de mi persona: Solange Kurzvski, Interna de la Universidad Amazónica de Pando (U.A.P.), que posee convenio firmado y aprobado con los municipios del departamento de Pando-Bolivia.

La responsabilidad de los resultados que aquí se presentan es exclusivamente de la autora, pudiendo ser revisado, mediante mi instrumento de encuesta y observación del recorrido en el área se caso necesario o requerido.

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de investigación operativa cruzada a todo la población menor de 2 años de edad y a las Mujeres en Edad Fértil (MEF), de 15 a 49 años de edad, que son aseguradas por el (PAI), Programa Ampliado de Inmunización del municipio de Puerto Rico y a los representantes superiores del SEDES Pando, del Hospital Integral Comunitario del municipio de Puerto Rico y de la Universidad Amazónica de Pando.

PRESENTACION

Esta investigación operativa cruzada fue designada a evaluar la cobertura de inmunización en la población infantil menor de 2 años de edad y a las MEF de 15 a 49 años de edad en el Municipio de Puerto Rico en los meses de junio, julio y agosto de la gestión 2009.

Los criterios que me ha orientado la selección del barrio San Juan a estudiar (muestra) y el primer hogar de partida responden a la situación crítica, de difícil acceso al centro de vacunación y por ser alejado de las calles principales, o bien por ser probable que los vacunadores hayan efectuado menos visitas.

Para la implementación sólo utilice un guía de observación y un guía de encuesta caso haya vacunas atrasadas o inadecuada para la edad a fin de conocer sus causas. En el control operativo del trabajo en terreno, el carné de vacunación fue la fuente de información para valorar la situación personal respecto de las vacunas.

Operativamente, direcciono las visitas en el sentido de las agujas del reloj desde el hogar de partida seleccionado, entreviste 73 familias con individuos de la edad requerida y con carné disponible, las familias que no dispusieron del carne informaran tener las vacunas y se fue comprobado mediante la verificación de los carnes archivados en el Hospital Integral Comunitario de Puerto Rico.

De esta manera se lleva a cabo la evaluación las coberturas de PAI en el municipio, visando continuar en la lucha por preservar la salud y la vida de los niños y las Mujeres en Edad Fértil, que se benefician con las acciones de vacunación; creo que los resultados de esta investigación ceja de gran valía para el programa, los trabajadores y en fin para toda la población objeto.

INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación consiste en evaluar la cobertura de vacunación en el municipio de Puerto Rico a través de un Monitoreo Rápido de Cobertura Cruzado ya que en ciertas circunstancias el programa considera que no es suficiente la información obtenida mediante el monitoreo regular. El monitoreo por investigación operativa permite determinar y conocer los motivos de la baja cobertura de inmunización a los menores de dos años de edad y a las mujeres en edad fértil y tomar medidas estratégicas correctivas que permita amenizar o al menos revertir la situación actual.

El Hospital Integral Comunitario consta con personal que debería ser capacitado lo suficiente y con la presencia de una sala que debería ser específica y disponer de inmunológicos e insumos suficientes para la atención del programa (PAI).

El municipio consta de 20 comunidades: Canadá, Lisboa, Tatú, Santa Rosa que está ubicada en el río Tahuamanu; Berlín, El Carmen, Esmirna, San Borja, Puerto Sucre, Ayacucho, Almendrillo ubicada en el Río Manuripi; Puerto Abaroa, Km. 17, Mandarino, Litoral, Carmen que está ubicada en la Carretera Conquista; Trinidadito, Península, Palestina, Victoria, que están ubicadas en el Río Orthon y que son atendidas por brigadas, pero también acuden al Hospital Integral Comunitario Puerto Rico, siempre que cuando posible. También consta de cinco barrios: San Juan, Rancho Alegre, Villa Esperanza, Nazario Ignacio y Santa Rosa, que acuden al HIC para atenciones.

El barrio escogido y elegido para realizar la investigación operativa cruzada tiene las siguientes características: es un área del cinturón de pobreza, de reciente creación, de mayor extensión y población en relación a los otros barrios del municipio. También es de difícil acceso y de duda razonable sobre la calidad de la vacunación.

De esta forma creó que puedo diagnosticar las causas y contribuir para una buena y suficiente cobertura del PAI con la finalidad de retroalimentar las acciones del programa de vacunación y mejorar su eficacia.

CAPITULO I

DISEÑO TEORICO

ANTECEDENTES

OPS - Banco Mundial

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) fue aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1974 y mediante la Resolución CD 25.27 del Consejo Directivo de la OPS/OMS fueron respaldadas sus metas en septiembre de 1977, como medida para intensificar la lucha contra las enfermedades inmunoprevenibles que afectaban con mayor frecuencia a la niñez del mundo.

En su inicio, el PAI estaba dirigido fundamentalmente al grupo de niños y niñas menores de cinco años y en especial a los menores de un año, así como a las embarazadas. Su propósito era disminuir la morbilidad y la mortalidad de enfermedades prevenibles por vacunas tales como: poliomielitis, difteria, tos ferina, tétanos, sarampión y tuberculosis. La principal estrategia recomendada era la vacunación simultánea y permanente.

Así es que "en 1977 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propuso a todos los países miembros de la región crear el PAI, incluyendo la vacuna antisarampionosa junto a BCG, Sabin y triple (DPT), dentro de un esquema básico de vacunación". Las actividades de organización y operativas dieron origen a distintas fuentes de información y a la utilización de diferentes métodos para obtener indicadores fiables de la cobertura de vacunación.

Con la gran experiencia adquirida a través de estos años se han ido creando las condiciones favorables para lograr otro tanto con otras enfermedades como: sarampión, rubéola, rubéola congénita, tétanos neonatal, hepatitis B y algunas enfermedades invasivas por *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) como la meningitis y la neumonía.

<http://www.boliviahoy.com>

Situación de la Salud -Bolivia

Bolivia es una república unitaria de régimen presidencialista, dividida políticamente en 9 departamentos, 112 provincias y 314 municipios. Se ubica en la parte central de Sud América lo que le otorga una posición geográfica subregional integradora estratégica de vinculación entre las costas del Atlántico y Pacífico. El 62% del territorio boliviano se sitúa en la Amazonia y el chaco y el 32% en la zona andina alta.

Según la encuesta de Demografía y Salud, 2003 (ENDSA), 92.4% de los niños menores de un año han recibido la vacuna BCG. En el mismo grupo de edad, la cobertura de vacunación pentavalente alcanza a 93% la primera dosis, 82% la segunda dosis y 65% la tercera dosis.

Entre mayo 1998 y octubre 2000 ocurrió una epidemia de sarampión, con 4.751 casos sospechosos y 2.567 confirmados a nivel nacional, de los cuales el 55 % fueron menores de 5 años. Desde octubre del año 2000 (semana epidemiológica 40) no se ha reportado ningún caso de sarampión.

En 2000 ocurrieron brotes de rubéola con patrón epidemiológico similar a sarampión, confirmándose 434 casos; en julio de ese año se implementó la vigilancia integrada sarampión-rubéola y se incorporó la vacuna sarampión-rubéola-parotiditis al esquema regular del PAI en la población de 12 a 23 meses de edad.

En 2001 se reportaron 1682 casos sospechosos de rubelola, 504 casos el 2002 y 190 casos sospechosos el 2003. Entre 1996 y 2000 se registraron 5435 casos de parotiditis (2.157 en 1996 y 616 en 2000).

Entre 1998 y 2000 la tasa de notificación de parálisis flácida aguda en menores de 15 años descendió de 1.2 a 0.7 casos por 100.000 menores de 15 años y la toma adecuada de muestra de heces para vigilancia de PFA aumentó de 58% a 72%.

En 1998 se reportaron 4 casos de difteria y 22 casos en 2000; los siguientes años se notificaron cero casos el 2001, 5 casos el 2002 y 3 casos el 2003. La tos ferina fue notificada en 10 casos, 27 y 24 en los años 2001, 2002 y 2003 respectivamente.

El año 2000 se han notificado 2 casos de tétanos neonatal, el 2001, 2002 y 2003 se notificaron 3 casos de tétanos neonatal cada año.

La política del sector salud se orienta a mejorar las coberturas de vacunación a través de campañas que tengan alcance nacional y lleguen a comunidades rurales y dispersas.

<http://www.udape.gov.bo>.

Situación de la Salud - Pando

El departamento de Pando se encuentra ubicado al norte del país, en plena región amazónica. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) la población estimada para el año 2007 en este departamento alcanza los 72 427 habitantes.

El departamento de Pando cuenta con 59 establecimientos de salud, 2 de segundo nivel y 57 de primer nivel.

La cobertura de vacunación, representada por la cobertura de la tercera dosis de Pentavalente en niños/as menores de un año, ha tenido un comportamiento muy satisfactorio y en el año 2005 todos los niños de esa edad fueron vacunados.

El estudio realizado indica que por el financiamiento bajo la fase I por el Ministerio de y Previsión Social, PROSIN y la Organización Panamericana y Mundial de la Salud que **Pando** no reportan casos de PFA, este es un indicador de peligro que debe ser meditado y corregido inmediatamente.

www.cdc.gov/nip/acip

<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v10n1/v10n1a05.pdf>.

Municipio de Puerto Rico

Mediante la investigación operativa cruzada, se compraba la existencia de una baja cobertura de vacunación en el municipio de Puerto Rico.

Se estudiaron 16 niños y niñas menores de 1 año de edad, 26 niños y niñas de 12 meses a 23 meses y 29 días de los cuales se suman un total de 42 niños = a 100% de los niños del barrio San Juan, 79% de los entrevistados presentaron carné de vacunación, 21% no presentaron carne de vacunación por ausencia de mayores en las familias, en el momento del recorrido en el área y por haber casas cerradas, donde los vecinos pudieron indicar que había niños menores de 2 años. Estos 21% también fueron estudiados gracias al archivo de registro de carnes de vacunación presente en el Hospital Integral Comunitario de Puerto Rico.

También se estudiaron 75 MEF que es igual a 78% de las mujeres que están en la edad fértil y que residen en el barrio San Juan, el 22% no se pudo estudiar por motivo de las mismas no se presentan en el hogar en el momento del recorrido de área. Dentro los 78% el 37% presentan carne de vacunación; el 12% refieren nunca haber poseído carne; el 29% refiere tener carne, pero no presenta por no encontrar por x motivos. Más abajo sigue datos de cobertura mas especificado.

El **100%** de los **niños** estudiados presentan carne de vacunación, de los cuales tenemos los siguientes datos de **cobertura** de vacunación:

La **cobertura** de la BCG es de 81% en los niños menores de 1 año de edad. De estos 81% el 31% de los niños menores de 1 año no presentan la cicatriz de la BCG. Ya los niños de 1 año a 2 años que han recibido la BCG el 27% no presentan cicatriz.

No llevando en cuenta los niños menores de 6 meses y el esquema acelerado tenemos una **cobertura** de 88% de los niños con la tercera dosis de la PENTA y OPV en el Municipio de Puerto Rico.

La **cobertura** de vacunación de la ROTAVIRUS en niños menores de 6 meses es de 100%. Ya en niños de 6 meses a 2 años fue de 38% porque no había inmunológicos disponible en el Hospital Integral Comunitario Puerto Rico.

La **cobertura** de la FIEBRE AMARILLA es de 62% debido que los trabajadores del Programa siguen en espera de 3 o más niños en el hospital para que se pueda abrir un frasco de vacuna y también debido la falta de inmunológico en el mismo.

La cobertura de la SRP es de 65% debido la falta de inmunológico en el Hospital Integral Comunitario Puerto Rico.

Cobertura de la DT en MEF de 15 a 49 años de edad

Del 37% que **presentan carne** de vacunación, tenemos los siguientes datos:

La **cobertura** de la primera dosis de la DT es de 100%;

La **cobertura** de la segunda dosis de la DT es de 94 %;

La **cobertura** de la tercera dosis es de 40%;

La **cobertura** de la cuarta y quinta dosis llega apenas a 3%.

Del 29% que **refiere tener carne**, pero no presenta, tenemos los siguientes datos:

La **cobertura** de la primera dosis de la DT es de 100%;

La **cobertura** de la segunda dosis de la DT es de 50 %;

La **cobertura** de la tercera dosis es de 20%;

La **cobertura** de la cuarta dosis es de 10%;

La **cobertura** de la quinta dosis es de 0%.

Fuente: Elaboración propia - Solange Kurzvski

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Baja cobertura de vacunación relacionada con las debilidades del programa como: Incumplimiento de la normativa del PAI sobre las vacunas, según la OMS; pedido insuficiente de inmunológicos, falta de recorrido casa a casa para vacunación a menores de dos años de edad y a las Mujeres en Edad Fértil (M.E.F.) por los profesionales que trabajan en el Hospital Integral Comunitario Puerto Rico, del municipio de Puerto Rico, provincia Manuripi – Pando - Bolivia, en el periodo de junio, julio y agosto de la gestión 2009.

OBJETO DE ESTUDIO

Evaluación de las coberturas de vacunación a menores de dos años de edad e a Mujeres en Edad Fértil, en el Hospital Integral Comunitario Puerto Rico del municipio de Puerto Rico en el periodo de junio, julio y agosto de la gestión 2009.

CUADRO OPERATIVO

Como es (Datos aproximado)

1. El municipio no llega a una cobertura de vacunación de 90% a 95%.
2. Los trabajadores del Programa Ampliado de Inmunización (P.A.I.) no realizan consejería suficiente relacionada con las reacciones ocasionadas por la vacuna y como proceder o actuar en caso que los niños preséntenlas pos la vacunación.
3. Los trabajadores del Programa Ampliado de Inmunización (P.A.I.) no realizan visitas domiciliarias y atenciones por brigadas a las comunidades con el fin de captar niños en la edad para su vacunación.
4. Los trabajadores del Programa Ampliado de Inmunización (P.A.I.) no realizan suficiente consejería a los padres de familia sobre la importancia de las vacunas y del cumplimiento del esquema de vacunación.
5. Los trabajadores del Programa Ampliado de Inmunización (P.A.I.) realizan interrupción de vacunación por falta de inmunológicos y insumos.

6. Los trabajadores del Programa Ampliado de Inmunización (P.A.I.) no realizan revisión de los carnes de vacunación de los niños que acuden al hospital para otras atenciones.
7. Los trabajadores del Programa Ampliado de Inmunización (P.A.I.) no realizan insistencia de forma a convencer los padres de familia en casos de resistencia de los mismos para la vacunación de sus hijos.
8. Falta de organización en relación a la atención en el programa P.A.I

Como debería ser (Ideal) recomendaciones.

1. Por norma del reglamento del programa el municipio debería llegar a una cobertura de vacunación de 90% a 95%.
2. Los trabajadores del Programa Ampliado de Inmunización (P.A.I.) deberían realizar consejería suficiente relacionada con las reacciones ocasionadas por la vacuna y como proceder o actuar en caso que los niños preséntenlas pos la vacunación.
3. Los trabajadores del Programa Ampliado de Inmunización (P.A.I.) deberían realizar visitas domiciliarias y atenciones por brigadas a las comunidades con el fin de captar niños en la edad para su vacunación.
4. Los trabajadores del Programa Ampliado de Inmunización (P.A.I.) deberían realizar suficiente consejería a los padres de familia sobre la importancia de las vacunas y del cumplimiento del esquema de vacunación.
5. Los trabajadores del Programa Ampliado de Inmunización (P.A.I.) deberían realizar pedido y el SEDES disponer de inmunológicos y insumos suficiente para una buena cobertura.
6. Los trabajadores del Programa Ampliado de Inmunización (P.A.I.) deberían realizar revisión de los carnes de vacunación de los niños que acuden al hospital para otras atenciones.
7. Los trabajadores del Programa Ampliado de Inmunización (P.A.I.) deberían realizar insistencia de forma a convencer los padres de familia en casos de resistencia de los mismos para la vacunación de sus hijos.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la cobertura real y actual del Programa Ampliado de Inmunización en el Hospital Integral Comunitario Puerto Rico del municipio de Puerto Rico – Pando - provincia Manuripi, en el periodo de junio, julio y agosto de la gestión 2009, y que hacer para logramos una cobertura esperada en el futuro.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la cobertura de vacunación en niños y niñas menores de dos años de edad y en Mujeres en Edad Fértil y crear medidas estratégicas y correctivas que permita llegarnos una esperada cobertura en el Hospital Integral Comunitario Puerto Rico del municipio de Puerto Rico – Pando - Bolivia, en el periodo de junio, julio y agosto de la gestión 2009.

Objetivo específicos

- Evitar que RN nacidos en el Hospital Integral Comunitario se vayan de alta médica a sus casas sin recibir la BCG.
- Realizar capacitación constante al personal de enfermería relacionada con cadena de frío, vías y técnica de administración segura de todas las vacunas, especialmente BCG.
- Realizar pedidos suficientes de inmunológicos para que niños y adultos no egresen del Hospital Integral Comunitario sin recibir las vacunas que les corresponden.
- Realizar actividades complementarias de vacunación casa a casa (barrido) en todo el municipio.
- Reducir las oportunidades perdidas de vacunación, aprovechando todo contacto con las mujeres en edad fértil (controles prenatales, controles infantiles, post-parto, colegios, etc.) para vacunarlas con toxoide tetánico y diftérico (Td).

JUSTIFICACION

El presente trabajo de investigación operativa consiste en evaluar la cobertura de vacunación en el municipio, a través de un Monitoreo Rápido de Cobertura Cruzado ya que en ciertas circunstancias es considerable que no es suficiente la información obtenida mediante monitoreo centinela y el monitoreo regular.

El municipio de Puerto Rico está compuesto por 05 comunidades situadas en la carretera, 15 ribereñas y cinco barrios, donde tenemos 172 niños menores de 1 año de edad 171 niños de 12 meses a 23 meses y 29 días de edad y 2389 Mujeres en Edad Fértil que deberían ser atendidas por el Hospital Integral Comunitario Puerto Rico para recibir las vacunas.

De acuerdo al previo análisis de los registros realizados mediante el recorrido en área casa a casa fue posible diagnosticar la existencia de una baja cobertura de vacunación, determinar y conocer los motivos y formular medidas estratégicas correctivas que permita solucionar las debilidades del programa en las atenciones a los niños menores de dos años y a las mujeres en edad fértil.

El principal objetivo es analizar la concordancia entre los datos de cobertura disponibles en Hospital Integral Comunitario Puerto Rico y los resultados obtenidos en la instancia puntual de la evaluación en el momento dado, o sea, por el monitoreo realizado en terreno.

Los resultados de esta investigación afirman que existen barreras que impiden esta población objeto, de recibir la inmunización y proveen información para que las autoridades del Hospital Integral Comunitario del municipio Puerto Rico y los proveedores del servicio de vacunación promuevan y restablezcan la cobertura de vacunación a partir de la focalización de acciones fijadas en las recomendaciones.

Creo que la cobertura de vacunación es el indicador más eficaz para medir la calidad de la atención en salud a los niños y niñas menores de dos años de edad y a las MEF.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), es el resultado de una acción conjunta de los países de la Región y de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Su interés es apoyar acciones tendientes a lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles.

Enfermedades prevenibles dentro del PAI: Sarampión, Tos Convulsiva, Poliomiелitis paralítica, Tuberculosis, Tétanos, Difteria, Rubéola, Parotiditis, Enfermedades invasivas producidas por Haemophilus influenza tipo b (Hib).

Objetivo del PAI

Contribuir a reducir la morbilidad y mortalidad infantil de las enfermedades prevenibles por vacunación.

Misión del PAI

Asegurar la inmunización universal y equitativa de la población objeto del Programa, usando vacunas de calidad, gratuitas que satisfagan al usuario, como resultado de aplicar una gerencia y Vigilancia Epidemiológica efectivas y eficientes en todos los niveles, que involucre a los diferentes factores del Sistema Nacional de Salud.

Visión del PAI

Mantiene el control, la eliminación y la erradicación de las enfermedades inmunoprevenibles, a través de una Vigilancia Epidemiológica efectiva, oportuna, con vacunación de calidad, gratuita, equitativa y universal. Logrando introducir vacunas de

probado costo beneficio y costo efectividad. Con talento humano altamente calificado y desarrollado en todas las esferas.

Características del PAI

- Pilar fundamental en la APS, de alto impacto
- Probado costo efectividad y costo beneficio
- Accesible a toda la población
- Protegido por la ley de vacunas
- Cumple con los principios de equidad
- Trasciende mas allá de la población materna Infantil
- Movilizador de voluntades
- Cuenta con el empoderamiento de los usuarios.

www.minproteccionsocial.gov.co/pai/

Monitoreo Rápido de Cobertura (MRC)

Definición

Es una herramienta de gestión que ayuda en el proceso de **monitoreo** de las actividades de vacunación pues permite determinar si todos los niños y niñas de una área determinada del establecimiento de salud han sido vacunados y las razones o motivos por las que no se vacuno.

Criterios de selección

El Monitoreo Rápido de Cobertura se realiza dentro de las 48 horas de haber concluido la campaña de vacunación en el ámbito de responsabilidad del establecimiento de salud. Así mismo puede ser utilizado para monitorear las coberturas.

Dado que Los servicios de salud por lo general tiene una jurisdicción territorial la cual está dividida por sectores, áreas, zonas, calles, barrios u otra división que les permite organizar el trabajo de campo.

Cada establecimiento de salud debe ejecutar como **MINIMO 4** monitoreo, en su jurisdicción. La selección de las áreas a ser monitoreadas es por conveniencia en función de los siguientes criterios:

Zonas periurbanas de preferencia áreas del cinturón de pobreza de las ciudades.

Zonas limítrofes con otros establecimientos de salud.

De difícil acceso por ejemplo barrios o asentamientos humanos ubicados en los falderos de los cerros.

Áreas de reciente creación “Invasiones” o receptora de migrantes.

Zonas con alta circulación de migrantes o utilizados como dormitorio.

Áreas con una duda razonable sobre la calidad de la vacunación.

Tipos de MRC

Directo

Se llama directa cuando la actividad es desarrollada por el mismo personal de salud del establecimiento de salud.

Cruzado

Este tipo de monitoreo es realizado por personal de salud de otro establecimiento de salud o personal de institutos, universidades u otros, previamente capacitados.

Los resultados de este monitoreo, no son generalizables a otros sectores o al total del área de influencia del establecimiento. Sin embargo, proporciona información muy útil para evaluar la vacunación realizada (si todos los niños(as) visitados están vacunados ello sugeriría que se ha vacunado bien o hay una adecuada captación y seguimiento). Sin embargo si los resultados de la misma fueran menores al 95%, este sector deberá ser sometido nuevamente a vacunación.

Utilidad de la información de producción de servicios en la vigilancia epidemiológica

La información relacionada con la producción de servicios es utilizada en la gerencia de los diferentes niveles de gestión y de atención del Sistema Nacional de Salud. Esta

información permite a los establecimientos de salud realizar la planificación, ejecución y control de sus actividades.

De igual manera las Gerencias de Red, los SEDES y el Nivel Central realizan la planificación y Monitoreo de sus actividades basándose en la información generada por el SNIS. Como se ve, la información de producción de servicios, que es generada por el SNIS, es utilizada en el área de gerencia, pero no así en la vigilancia epidemiológica.

Es necesario recordar la importancia que tiene la información de producción en la vigilancia. La información de las actividades preventivas y curativas realizadas en los servicios de salud y analizadas en un contexto geográfico, por ejemplo un municipio, da una aproximación del riesgo al cual está sujeto ese municipio. Un ejemplo clásico es la utilización de las coberturas del PAI para detectar los municipios en riesgo.

La información sobre los riesgos y la información de casos

La información que muestra los riesgos debe confrontarse con la información de casos. Por ejemplo, si en un municipio se confronta la **cobertura** de vacunación con la presencia de enfermedades inmunoprevenibles, se puede construir cuatro escenarios posibles:

Baja cobertura de vacunación y ausencia de □ casos.

□ Baja cobertura de vacunación y presencia de □ casos.

Alta cobertura de vacunación y presencia de □ casos.

□ Alta cobertura de vacunación y ausencia de casos.

Cada uno de estos posibles escenarios amerita un análisis dentro del contexto particular. El escenario ideal para un municipio es el de altas coberturas de vacunación sin casos y el peor escenario es el de bajas coberturas y presencia de caso. En el caso de que existiese altas **cobertura** y presencia de casos, se debe considerar la posibilidad de un sobre registro de información.

Este tipo análisis de información debe generarse en los diferentes niveles de atención y gestión utilizando las instancias de los CAI y los Comités de Coordinación de la Vigilancia Epidemiológica.

Conceptos, procedimientos y técnicas involucrados

Vacuna: es una suspensión de microorganismos vivos (bacterias, virus o rickettsias), atenuados o inactivos, o de fracciones de éstos. El acto físico de aplicar una vacuna se denomina **vacunación** y se dice que un individuo está **vacunado** cuando recibe la dosis de antígeno correspondiente a la enfermedad.

Inmunidad: es un estado de resistencia del organismo frente a determinadas sustancias o seres vivos que lo agreden. El individuo obtiene inmunidad al vacunarse, al sufrir la enfermedad, al recibir anticuerpos durante el embarazo o mediante la lactancia, etc.

Inmunización: es el acto de proveer o inducir a desarrollar inmunidad contra una enfermedad.

La inmunización pasiva: consiste en administrar anticuerpos producidos en otro huésped (individuo o animal) con el objeto de proporcionar protección inmediata aunque temporal.

Inmunización activa: consiste en inducir al cuerpo a que desarrolle inmunidad a través de la vacunación. Esto no se logra en el 100% de los casos ya que depende de la eficacia de la vacuna, por lo que el término inmunización es diferente al de vacunación, aunque se usan de forma indistinta para referenciar a la inmunización activa.

La inmunidad comunitaria: es el fenómeno epidemiológico por el cual un grupo poblacional está en situación de inmunidad como consecuencia de epidemias o de vacunaciones masivas. Después de una epidemia una alta proporción de personas quedan inmunes, por lo que la comunidad queda protegida hasta que se acumula una nueva masa de susceptibles (personas que no tienen defensa inmunológica específica como los recién nacidos, migrantes recientes, etc.). Para evitar las epidemias, en

situaciones de emergencia o bien de alerta epidemiológico, se realizan vacunaciones masivas, donde la meta es vacunar a no menos del 85% de la población.

Cada país tiene establecido un **calendario de vacunación** donde se especifican el tipo de vacunas obligatorias, las dosis y la edad en que éstas deben ser administradas. Según el calendario de vacunación y la edad del individuo, es posible diferenciar entre:

Vacunación completa: cuando el niño o adulto ha recibido todas las dosis según el esquema obligatorio de vacunación a la edad correspondiente.

Vacunación incompleta: cuando el niño o adulto no ha recibido todas las dosis según el esquema obligatorio de vacunación a la edad correspondiente.

Para asegurar la provisión de vacunas a nivel poblacional y su calidad al momento de ser administradas, existen una serie de pautas para el transporte, distribución y conservación de las mismas.

Respecto de la provisión regular de las vacunas por parte del Estado, se identifica una distribución **vertical**, que consiste en que una vez realizada la compra por el nivel central, los laboratorios distribuyen las vacunas a los centros de distribución regional. Allí son recibidas y almacenadas para abastecer directamente a los centros de vacunación o a través de los centros de distribución sectorial, en caso de existir.

Sin embargo, es frecuente el movimiento de vacunas entre centros del mismo nivel, o sea, una **distribución horizontal** irregular. Esto ocurre en ocasiones, para cubrir rupturas de stock (incremento inesperado del consumo, ruptura de la cadena de frío, etc.) y en otras, con el objetivo de mantener la calidad de los stocks. Cada uno de los centros de distribución deben registrar las dosis recibidas, las desechadas, las enviadas y en los centros de vacunación, además, las vacunas administradas.

La medición de la **cobertura de vacunación** conduce al cálculo de la proporción de individuos vacunados en la población objetivo y por tanto se expresa en cifras relativas.

Sin embargo, suelen utilizarse otras aproximaciones a dicho indicador, como tasas o razones, las que difieren en su construcción y propiedades, por lo que conducen a distintas interpretaciones del fenómeno que se intenta medir en una población.

En efecto, una **proporción** implican un cociente entre el número de individuos correctamente vacunados según su edad y el total de individuos en la población que ameritaron recibir la vacuna en un área y período determinados. Siendo el numerador parte del denominador, este cociente oscila entre 0 y 1, aunque es expresado en términos porcentuales, indicando cuántos individuos están vacunados por cada 100 de la población objetivo.

Las tasas son relaciones entre la frecuencia con que ocurren determinados sucesos en una población, en un período de tiempo, generalmente un año, y el número de individuos que la componen. Dado que el total poblacional es variable a lo largo del período, se utiliza en el denominador una estimación del mismo a la mitad del período. Referidas a vacunas, se suelen utilizar las denominadas tasas anuales de cobertura de vacunación, expresadas por 100, que son el cociente entre el número de dosis de vacunas administradas en la población objetivo en un período y el total de individuos que la integran dando cuenta solamente de la cantidad de dosis administradas por cada 100 individuos de la población.

Las **razones** suponen también cocientes, pero entre números que refieren a eventos de distinta naturaleza o que provienen de dos sectores / poblaciones diferentes. Una razón utilizada como indicador aproximado de la cobertura por vacunas podría ser el cociente entre el número de individuos vacunados y el total de carnés examinados.

Instrumentos de registro de vacunas y fuentes receptoras de información

El carné de vacunación consta como mínimo de la siguiente información: apellido y nombre, domicilio, sexo, fecha de nacimiento, dosis administrada, fecha de aplicación, sello del centro de vacunación y firma del vacunador. Otras variables opcionales son: número de documento y número de Historia Clínica, nacionalidad, localidad y provincia.

Los denominados **registros de vacunación** o **administrativos** cubren el circuito seguido por las vacunas desde la salida del laboratorio en que se producen hasta la llegada a la población en términos de dosis administradas.

En cada uno de los niveles de distribución y almacenamiento de las vacunas, se consignan los siguientes datos.

1. Identificación del centro receptor.
2. Fecha de recepción.
3. Identificación de la vacuna (nombre, laboratorio fabricante, lote y fecha de caducidad).
4. Número de dosis (cantidad de dosis).
5. Tipo de movimiento (salida y entrada, regular o irregular).
6. Control de la temperatura en el momento de recibir la vacuna.
7. Identificación de destino.
8. Fecha de salida de la vacuna.

En los centros de vacunación, en cuanto a dosis administradas, la información alude a:

1. Identificación del centro receptor
2. Fecha de vacunación
3. Identificación de la vacuna
4. Número de dosis administradas.

En cumplimiento de la resolución Ministerial (Nº 0067, Mayo de 1995), los Centros de Vacunación habilitados deben contar con "Registros de vacunas aplicadas, individualizando documento de identidad, edad, sexo, tipo y dosis de vacuna aplicada.

Los ficheros de vacunación: (registro nominal) consisten en cajas donde se guardan fichas o tarjetas ordenadas con datos del individuo y de las dosis administradas. Al momento de la vacunación las fichas se reubican en orden cronológico, o sea, según el

mes correspondiente a la siguiente citación. Esta lógica de trabajo permite: reponer el carné en caso de extravío, evitar la aplicación de dosis innecesarias, estimar mensualmente el número de dosis a utilizar, detectar los niños con esquema incompleto y proceder a su búsqueda activa a fin de completar el esquema.

Las encuestas por muestreo: constituyen un recurso metodológico muy valioso para proveer, también en un momento dado, una estimación más eficiente que los datos de registro rutinario. Como su nombre lo indica se basan en visitas domiciliarias a una muestra seleccionada de la población, siendo los referentes empíricos habituales las constancias en los carnés de vacunación de las vacunas administradas atendiendo a la edad del individuo. En algunos casos se recurre a la memoria de la madre para recabar los datos de vacunación y en otros se observa la presencia de cicatriz post - vacunación o "scar".

<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v10n1/v10n1a05.pdf>.

OMS. División de vacunas. (2000) Monitoreo rápido de vacunación.

Vacunas

Es una suspensión de microorganismos vivos (bacterias, virus o rickettsias), atenuados o inactivos, o de fracciones de éstos. El acto físico de aplicar una vacuna se denomina **vacunación** y se dice que un individuo está **vacunado** cuando recibe la dosis de antígeno correspondiente a la enfermedad.

Esquema de vacunación del Programa Regular

El esquema de vacunación en los últimos años ha sido modificado por la introducción de nuevas vacunas como: SRP, BCG, Pentavalente (DPT+HB+Hib), Rotavirus, dT, y FA en la Región Amazónica.

Principios generales sobre vacunas.

El objetivo de la vacunación es desarrollar en el huésped que la recibe una inmunidad activa similar a la conferida por la infección natural clínica o inaparente, pero sin

presentar el cuadro clínico y sin molestias o reacciones (o lo suficientemente débiles para que sean aceptables por el individuo y, por consiguiente, por la comunidad)

Las vacunas son preparados antigénicos que han sido modificados para que pierdan o atenúen su poder patógeno, obtenidos a partir de microorganismos u otros agentes capaces de inducir una inmunidad adquirida activa frente a determinadas enfermedades infecciosas con un mínimo riesgo de reacciones locales o generales.

La vacunación dará como resultado la producción de anticuerpos específicos, dirigidos contra el agente infeccioso o contra sus productos tóxicos; también puede iniciar una respuesta celular mediada por linfocitos y macrófagos.

www.medicinatv.com

Características de las vacunas.

Un agente inmunizante ideal tendría que cumplir:

- Fuerte poder inmunogénico. Es decir, capaz de ejercer una buena estimulación del sistema inmune.
- Fácil de producir y con estabilidad inmunológica.
- Económico y fácil de administrar.
- No producir enfermedad en los receptores o en los contactos susceptibles.
- Inducir protección duradera con un número mínimo de administraciones.
- Estar libre de contaminantes o sustancias potencialmente tóxicas.
- Tener pocos o nulos efectos adversos o muy leves en sintomatología.
- Tener potencia medible.
- Inducir anticuerpos fácilmente medibles.

Clasificación de las vacunas.

Las actuales vacunas se denominan y clasifican en base a las características de los componentes incluidos en ellas. Prácticamente todas las vacunas modernas están fabricadas a partir de microorganismos patógenos para el hombre, siguiendo la idea de Pasteur, mientras que la primitiva idea de Jenner de utilizar patógenos derivados de animales no prosperó históricamente.

Podemos clasificar las vacunas de dos formas:

Según el origen del material utilizado: -Bacterianas -Víricas.

Según el tipo de material utilizado:

-Vivas atenuadas. -Muertas o inactivadas.

-Recombinantes. -Sintéticas.

www.aventispasteur.com

Cadena de frío de las vacunas

Se define como cadena de frío a la serie de elementos y actividades necesarios para garantizar la potencia inmunizante de las vacunas desde su fabricación hasta la administración de éstas a la población. Es preciso, no obstante, señalar que este concepto se ha ampliado en los últimos años, especialmente en los países donde la vacunación a pasado a ser una actividad generalizada y llevada a cabo mediante programas de inmunización. Como finalidad de optimizar la eficacia y la eficiencia de estos programas, ha sido preciso contemplar, además del abastecimiento de vacunas a la población en condiciones óptimas de conservación (clásicamente definido como mantenimiento de la cadena de frío), una planificación operativa que permita garantizar la calidad integral de la vacunación. Esta planificación es la que se denomina "logística de los programas de inmunización".

Fases de la cadena de frío

Desde que se fabrican hasta que se administran, las vacunas pasan por las fases de distribución, almacenamiento y manipulación. Las actividades y recursos necesarios para desarrollar los programas de vacunas, varían sensiblemente en cada una de estas fases. Al realizar la planificación logística, habrá que adecuar los recursos y las actividades de cada una de las fases de frío, al nivel donde se aplique.

Nivel central

Corresponde al laboratorio fabricante. Desde allí se distribuyen las vacunas a las áreas de salud.

Centro de distribución comarcal

Suele corresponder al área de salud. Recibe las vacunas del laboratorio fabricante y lo distribuye a los diferentes puestos de vacunación.

Puesto de vacunación local

Se definirá como Puesto de Vacunación o Punto de vacunación (PV), el lugar donde se lleven a cabo las actividades relativas a los programas de inmunización. Normalmente enclavado en los Centros de Salud, Ambulatorios, Consultorios locales, Hospitales, etc., correspondiendo a este nivel la coordinación y la ejecución de los programas de inmunización a nivel local. En los municipios con una densidad poblacional elevada se podrán crear varios PV, atribuyendo a cada uno de ellos la coordinación y la ejecución de los programas en su ámbito de cobertura poblacional. Todos los centros vacúnales estarán adscritos a un centro de distribución del cual dependerán funcionalmente.

Planificación en el manejo de la cadena de frío

La planificación en el manejo de la cadena de frío consiste en definir y programar los diversos pasos de la vacuna desde su fabricación hasta su aplicación.

La cadena de frío, se inicia en los laboratorios de producción de vacunas, desde allí se envían a los niveles centrales de los países, estos a su vez las envían a los niveles regionales para luego ser distribuidas a los niveles locales, puestos de vacunación o centros de salud.

Se considera que en el éxito de la cobertura de vacunación influyen los siguientes aspectos:

- * Estimación correcta de las dosis de vacunas requeridas.
- * Manejo adecuado en el transporte y la conservación; esto hace que el trabajo de cada una de las personas que participan en el transporte, conservación, distribución y aplicación de las vacunas sea de vital importancia, pues un inadecuado paso en uno de

estos procesos puede traer consecuencias graves en el estado de la vacuna y por lo tanto sobre la población.

Administración de vacunas

En este apartado se describen los elementos y las actividades correspondientes a la última fase de la cadena del frío, es decir a la de administración de vacunas. Esta fase se diferencia de las demás (recepción, distribución y almacenaje) en que tiene un solo nivel de aplicación: el punto de vacunación.

Factores de mayor influencia en la estabilidad de las vacunas

- La humedad afecta a las vacunas liofilizadas.
- El tiempo afecta a las vacunas de microorganismos vivos.
- La luz afecta a las vacunas de virus vivos.
- La temperatura tiene efecto acumulativo.

Mantener la cadena del frío

- * Hay que mantener las temperaturas de almacenamiento recomendadas.
- * Deben comprobarse las fechas de caducidad de las vacunas.
- * NO hay que congelar la BCG si el diluyente está incluido en el embalaje.
- * Hay que cerciorarse de que, en cualquier fase de la cadena del frío, las vacunas se transportan a temperaturas de entre 2 y 8°C.

La vacuna de la polio puede descongelarse y congelarse de nuevo sin que corra peligro de degradarse.

Las vacunas IPV, difteria - tos ferina - tétanos, DT, hepatitis B y TT quedan gravemente dañadas si se mantienen congeladas a temperaturas inferiores a 0°C. Una vez que se ha degradado por haber estado expuesta al frío o al calor, la vacuna no puede regenerarse volviendo a establecer la temperatura de almacenamiento adecuada.

Cuando se degradan por exposición al calor, las vacunas no cambian de aspecto. Por ello una prueba completa de laboratorio es el único medio de comprobar si una vacuna contenida en una ampolla ha perdido su potencialidad.

Nuevas y futuras vacunas

Progresos en el desarrollo de vacunas para la prevención de una larga y creciente lista de enfermedades infecciosas están procediendo rápidamente. Varias nuevas vacunas están disponibles actualmente y pueden ser usadas en la Región de las Américas. Además, se esperan avances rápidos en varias otras vacunas de gran potencial para la Región.

Calidad de las Vacunas

El uso de vacunas de calidad comprobada es fundamental para los programas de vacunación. Aunque los productores tienen la responsabilidad primaria de asegurar la calidad de las vacunas, debe haber una Autoridad Nacional Reguladora (ANR) en cada país, que realice las funciones reguladoras básicas: registro, evaluación clínica, inspección de buenas prácticas de manufactura (BPM), liberación de lotes, pruebas de laboratorio y vigilancia pos mercadeo.

La OPS busca fortalecer el sistema de control de calidad de vacunas en la Región, a través de la organización de una red de laboratorios de control de calidad responsable por las pruebas de control de calidad de vacunas, y de la armonización de los procedimientos operacionales de las Autoridades Nacionales Reguladoras (ANR).

Inmunización Segura

Es necesario mantener la confianza en los programas nacionales de inmunizaciones. Aunque las vacunas son extremadamente seguras y efectivas, ninguna está exenta de riesgos. El **monitoreo regular** de la seguridad en inmunización proveerá un respaldo técnico y científico en la seguridad de las vacunas utilizadas.

HIPOTESIS

Se implementáramos medidas estratégicas y correctivas relacionada con la baja cobertura de vacunación, consecuentemente solucionaremos las debilidades del Programa Ampliado de Inmunización y llegaremos a una cobertura esperada en el municipio de Puerto Rico.

VARIABLES

Variable independiente de la hipótesis

Debilidades del Programa Ampliado de Inmunización como:

Incumplimiento de las normativas del PAI según la OMS;

Pedido insuficiente de inmunológicos y insumos;

Falta de actividades como recorrido casa a casa.

Variable dependiente de la hipótesis

Baja cobertura de vacunación.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Definición operacional
Variable Independiente	Estado en que el programa deja a deseñar.	Falta de personal capacitado.	Personal no capacitado	Se debe capacitar el personal.
Debilidades del Programa Ampliado de Inmunización.				
Incumplimiento de las normativas del PAI según la OMS.	Estado en que el programa no es cumplido según las normas de la OMS.	La enfermera del programa no supervisa y controla los ejecutantes.	Bajo control	El control favorece el cumplimiento de las normas.
Falta de medidas estratégicas y correctivas.	Estado en que no existe liderazgo.	El líder es pasivo	Muy pasivo	Cambio de líder o realizar cursos de liderazgo
Pedido insuficiente de inmunológicos.	Estado en que la enfermera responsable del programa pide inmunológicos en cantidad menor que la población objeto.	Los biológicos que puede observar la falta: DT, BCG, anti amarilla, SRP.	Vacunas insuficientes.	Se debe haber planificación y coordinación antes del pedido.
Variable Dependiente	Estado en que el municipio no alcanza una cobertura de 95% y corre el riesgo de enfermedades inmune prevalentes.	En todos los biológicos excepto la anti rotavirus	Baja	Actividades de vacunación en recorrido casa a casa.
Baja cobertura de inmunización.				

CAPITULO III

DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO

Es un diagnostico investigativo, operativo, cuantitativo, cualitativo y descriptivo que consiste en evaluar la cobertura de vacunación en el municipio de Puerto Rico.

UNIVERSO

Está constituido por 172 niños menores de un año, 171 niños de 12m a 23m y 29días y 2389 Mujeres en Edad Fértil que residen actualmente en el municipio de Puerto Rico, Provincia Manuripi. El universo está siendo representado por el barrio San Juan (muestra) de la ciudad de Puerto Rico.

MUESTRA

Está compuesta por 100% en los niños y niñas menores de 2 años de edad y 78% de las Mujeres en Edad Fértil que residen actualmente en el barrio San Juan del municipio de Puerto Rico, Provincia Manuripi, donde tenemos un total de 16 niños menores de un año, 26 niños de 12m a 23m y 29días sumando a un total de 42 niños menores de 2 años y 75 Mujeres en Edad Fértil. Los niños no encontrados en casa y los que no pudieron presentar el carne de vacunación también fueron evaluados mediante la revisión de sus carnes en el archivo del Hospital Integral Comunitario Puerto Rico.

METODO, TECNICAS E INSTRUMENTOS ESTADISTICOS

Estudio transversal en 73 familias residentes en barrio San Juan en el municipio de Puerto Rico. El barrio comprende un asentamiento de mayor extensión urbano, receptores de población de diversos municipios y departamentos de Bolivia. A través de un muestreo probabilístico con afijación proporcional en el municipio seleccioné el hogar y apliqué un guía de encuesta y observación. Los datos de inmunización fueron obtenidos del carné de vacunación.

CAPITULO IV

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

DISCUSIÓN

El Monitoreo Rápido de Cobertura es una herramienta de gestión que ayuda en el proceso de **monitoreo** de las actividades de vacunación, pues la finalidad que se persigue es evaluar la cobertura de vacunación en niños y niñas menores de dos años y en Mujeres en Edad Fértil llevando a conocer las razones y motivos por la cual esta baja la cobertura de vacunación en el municipio de Puerto Rico.

El presente estudio me permitió determinar muy bajas **cobertura** del esquema completo de vacunación tanto para la DT en Mujeres en Edad Fértil de 15 a 49 años de edad como para menores de dos años. De igual forma, case ninguno de los biológicos presentó coberturas útiles con excepción la cobertura de la ANTIROTAVIRUS. Estas coberturas difieren de las encontradas en el Hospital Integral Comunitario.

Yo decidí indagar el estado de vacunación de los niños y niñas a partir de la revisión del carné. Este hecho no pudo haber introducido un sesgo de selección y evaluación que resulta en la subestimación de la cobertura de vacunación. Pues muchos de los niños y niñas que no disponían de carné las mamás referirán que había sido vacunados y yo en persona tuvo la oportunidad de revirar los carnes espejos de estos niños en el archivo de la institución referida por la madre y comprobar la existencia de las vacunas.

También se debe considerar que mis resultados son consistentes por el modelo de evaluación que no considera para la **cobertura**, niños que todavía no tienen edad para recibir la vacuna.

Con esta investigación se confirma que el problema de acceso a los biológicos para esta población no sólo se presentan en el año previo al estudio, sino que se han mantenido por varios años, es decir, muestra una situación previa de barrera a los inmunológicos.

CONCLUSIONES

A modo de cierre puedo concluir que esta investigación presenta un abordaje que constituye un valioso recurso metodológico, de rápida resolución operativa, de bajo costo para el municipio y de importancia para retroalimentar a nivel local las acciones del PAI.

El presente estudio me permitió determinar muy baja **cobertura** del esquema completo de vacunación de la DT en Mujeres en Edad Fértil, de igual forma, case ninguno de los biológicos presentó coberturas útiles en la población infantil menor de dos años, con excepción la cobertura de la ANTIROTAVIRUS.

Esta baja cobertura está relacionada con la falta de biológicos y estrategias que pueden ser planteadas y ejecutadas por el propio personal a nivel local.

La falta de biológicos está relacionada con el pedido insuficiente por el personal de salud responsable del servicio.

Los RN en el Hospital Integral Comunitario Puerto Rico se vayan de alta media a sus casas sin recibir la BCG, por falta de biológicos y por incumplimiento de las normativas del PAI según la OMS.

La ausencia de la cicatriz de la BCG en un gran porcentaje de niños vacunados se da por una mala técnica de aplicación.

Los profesionales del Hospital Integral Comunitario de Puerto Rico encargado de la ejecución del PAI no es capacitado, o no dan importancia a actividades relacionadas con la cadena de frío, manipulación, ordenamiento y limpieza de sala de vacunación y del refrigerador.

Los profesionales del Hospital Integral Comunitario de Puerto Rico no realizan un monitoreo de riesgo en las comunidades y barrios a fin de evitar programaciones de brotes.

El recorrido casa a casa para vacunación no está en las actividades del día a día de los profesionales del Hospital Integral Comunitario Puerto Rico.

Existe oportunidades perdidas de vacunación de la dT en MEF (controles prenatales, controles infantiles, post-parto, colegios, etc.).

RECOMENDACIONES

El responsable del Programa Ampliado de Inmunización en el Hospital Integral Comunitario Puerto Rico debe realizar pedido suficiente de inmunológicos y insumos para suplir e atender toda la población objeto del municipio.

La enfermera responsable del Programa Ampliado de Inmunización del Hospital Integral Comunitario Puerto Rico debe ejecutar y asegurar que exista el control efectivo al personal para que las vacunas cejen *utilizadas* con calidad de acuerdo a los estándares nacionales de seguridad, potencia, eficacia y estabilidad.

La enfermera responsable del Programa Ampliado de Inmunización del Hospital Integral Comunitario Puerto Rico debe implementar sistemas de control de calidad que garanticen una *conservación* segura de los inmunológicos de acuerdo con las Buenas Prácticas, regulaciones nacionales, requerimientos de la OMS para la calidad de vacunas.

Todos los trabajadores de salud deben estar capacitados y bien informados en asuntos relacionados con la inmunización. También es importante siempre estar revendo, valorando y fortaleciendo las debilidades tanto del personal como del Programa.

Después de la capacitación se debe corregir las violaciones en el cumplimiento de las actividades del programa y sancionar los violadores.

Se debe realizar actividades complementarias de vacunación casa a casa (barrido) en todo el municipio por no alcanzar el 95% de cobertura de vacunación.

Se debe reducir las oportunidades perdidas de vacunación, aprovechando todo contacto con las mujeres en edad fértil (controles prenatales, controles infantiles, post-parto, colegios, etc.) para vacunarlas con toxoide tetánico y diftérico (Td).

Establecer otras posibles medidas estratégicas y correctivas no citadas.

BIBLIOGRAFIA

- Organización Panamericana de la Salud. La eliminación del sarampión en las Américas. XXIV Reunión del Washington, D.C., de Conferencia Sanitaria Panamericana, 1995.
- Programa Ampliado de Inmunización, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Método de Evaluación del PAI. Módulo V Unidad 1 En Taller sobre Planificación, Administración y Evaluación.
- Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Protección Social. Programa de inmunizaciones. Inf Quinc Epid Nac, 2000;6(8):114-24.
- Acosta N, Rodríguez J. Inequidad en las coberturas de vacunación infantil en Colombia, años 2000 y 2003. Rev Salud Pública. 2006; Sup 8(1):102-15.
- Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 412 de 2000. Norma Técnica para la vacunación según el Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI.
- http://www.who.int/vaccines-surveillance/WHOUNICEF_Coverage_Review/.
- OMS. División de vacunas. (2000) Monitoreo rápido de vacunación.
- <http://www.indec.mecom.ar/conoce/queindec.htm>
- <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v10n1/v10n1a05.pdf>.
- www.minproteccionsocial.gov.co/pai/
- www.aventispasteur.com
- aherdoiza@msp.gov.ec
- www.medicinatv.com
- - www.who.org
- www.vacunas.net

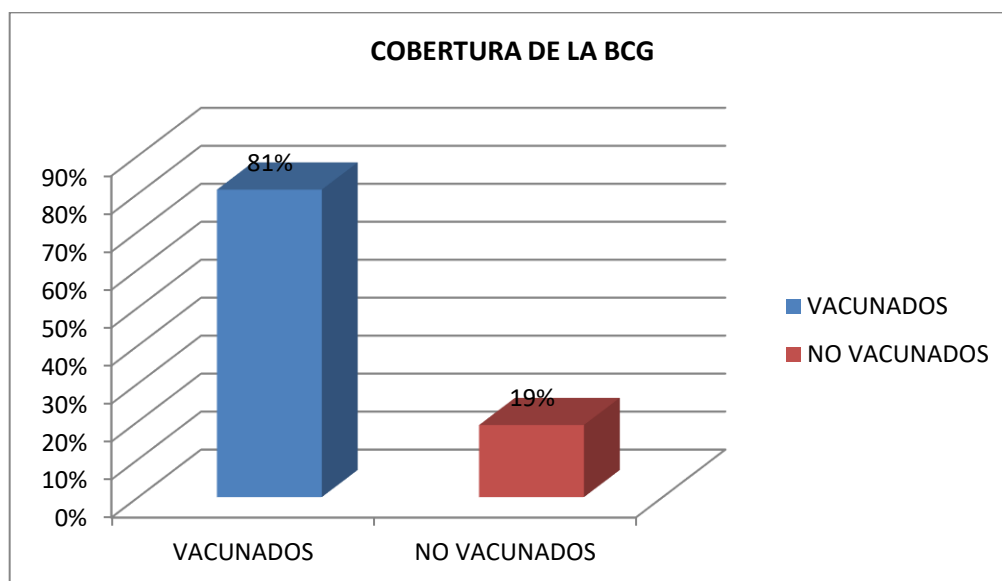
ANEXOS

**EVALUACIÓN DE LA COBERTURA DE LA BCG EN NIÑOS < DE 1 AÑO
MUNICIPIO DE PUERTO RICO PROVINCIA MANURUPI
JUNIO, JULIO Y AGOSTO DE 2009.**

CUADRO N° I

BCG	%
VACUNADOS	81%
NO VACUNADOS	19%

GRAFICO N° I



Análisis: 81 % de los niños menores de 1 año del Municipio de Puerto Rico Han recibido la BCG.

19 % de los niños menores de 1 año del Municipio de Puerto Rico no han recibido la BCG, debido a la falta en stock de la misma en el Hospital.

Interpretación: 19% de los niños menores de 1 año del Municipio de Puerto Rico no reciben la vacuna BCG después del nacimiento en el (HIC) Hospital Integral Comunitario. Por tanto el Municipio de Puerto Rico llaga a una cobertura de 81% de vacunación de la BCG en los niños menores de 1 año de edad.

EVALUACIÓN DE LA CICATRIZ DE LA BCG EN NIÑOS < DE 1 AÑO.

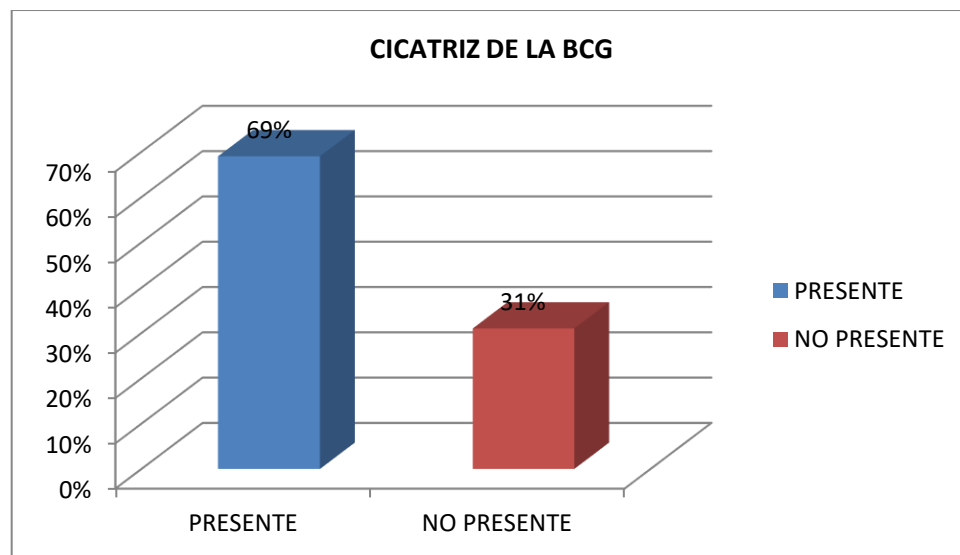
MUNICIPIO DE PUERTO RICO PROVINCIA MANURUPI

JUNIO, JULIO Y AGOSTO DE 2009.

CUADRO N° II

CICATRIZ	%
PRESENTE	69%
NO PRESENTE	31%

GRAFICO N° II



Análisis: 69 % de los niños menores de 1 año del Municipio de Puerto Rico que Han recibido la BCG, presentan la cicatriz o presentan ampollas en proceso a cicatrizar.

31% de los niños menores de 1 año del Municipio de Puerto Rico que Han recibido la BCG, **no** presentan la **cicatriz**, tampoco presentan ampollas en proceso a cicatrizar.

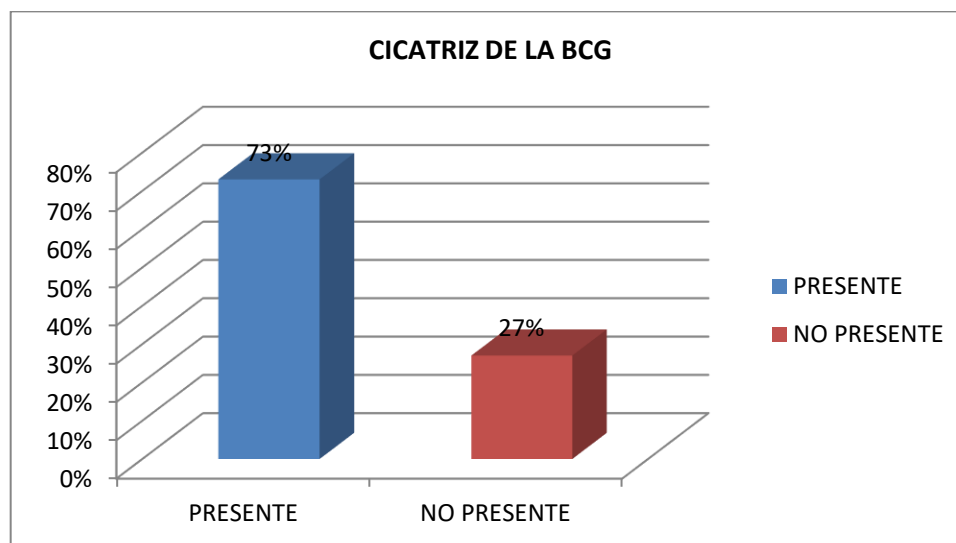
Interpretación: **31%** de los niños menores de 1 año del Municipio de Puerto Rico que Han recibido la BCG, no han recibido de una forma segura y bien aplicada por el personal encargado. Por tanto no están inmune contra las formas graves de TB.

**EVALUACIÓN DE LA CICATRIZ DE LA BCG EN NIÑOS DE 1-2 AÑOS.
MUNICIPIO DE PUERTO RICO - PROVINCIA MANURIFI
JUNIO, JULIO Y AGOSTO DE 2009.**

CUADRO N° III

CICATRIZ	%
PRESENTE	73%
NO PRESENTE	27%

GRAFICO N° III



Análisis: 73 % de los niños de 1-2 años de edad del Municipio de Puerto Rico que han recibido la BCG, presentan la cicatriz de la vacuna.

27 % de los niños de 1-2 años de edad del Municipio de Puerto Rico que han recibido la BCG, **no** presentan la **cicatriz** de la vacuna.

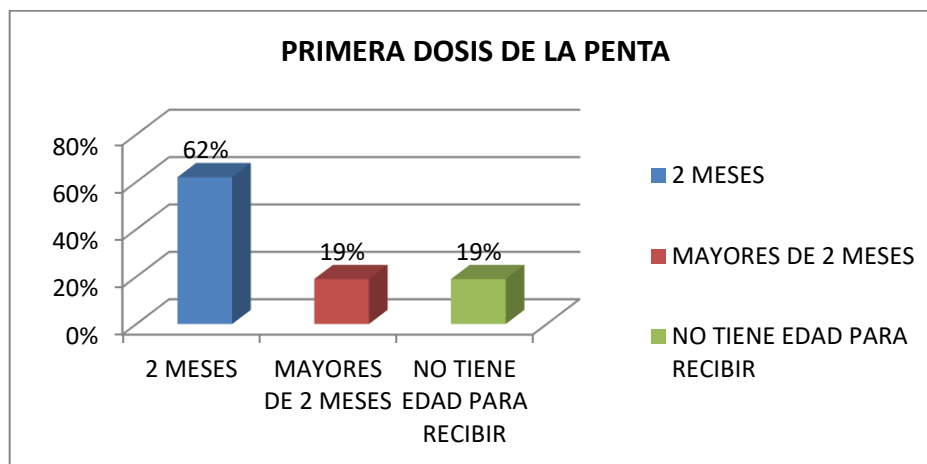
Interpretación: **27%** de los niños de 1-2 años de edad del Municipio de Puerto Rico que han recibido la BCG, no han recibido de una forma segura y bien aplicada por el personal encargado, por tanto no están inmune contra las formas graves de TB.

**EVALUACIÓN DE LA 1ª DOSIS DE LA PENTA EN MENORES DE 1 AÑO.
MUNICIPIO DE PUERTO RICO - PROVINCIA MANURIFI
JUNIO, JULIO Y AGOSTO DE 2009.**

CUADRO N° IV

PRIMERA DOSIS DE LA PENTA	%
2 MESES	62%
MAYORES DE 2 MESES	19%
NO TIENE EDAD PARA RECIBIR	19%

GRAFICO N° IV



Análisis: 62 % de los niños menores de 1 año de edad del Municipio de Puerto Rico han recibido la primera dosis de la PENTA en sus 2 meses de edad.

19 % de los niños menores de 1 año de edad del Municipio de Puerto Rico han recibido la primera dosis de la PENTA después de en cumplir sus 2 meses de edad.

19 % de los niños menores de 1 año de edad del Municipio de Puerto Rico son menores de 2 meses por lo tanto no tienen edad para recibir la primera dosis de la PENTA.

Interpretación: Llevando en cuenta los niños menores de 2 meses y el esquema acelerado tenemos una **cobertura de 100%** de niños con la primera dosis de la PENTA en el Municipio de Puerto Rico.

EVALUACIÓN DE LA 2ª DOSIS DE LA PENTA EN MENORES DE 1AÑO.

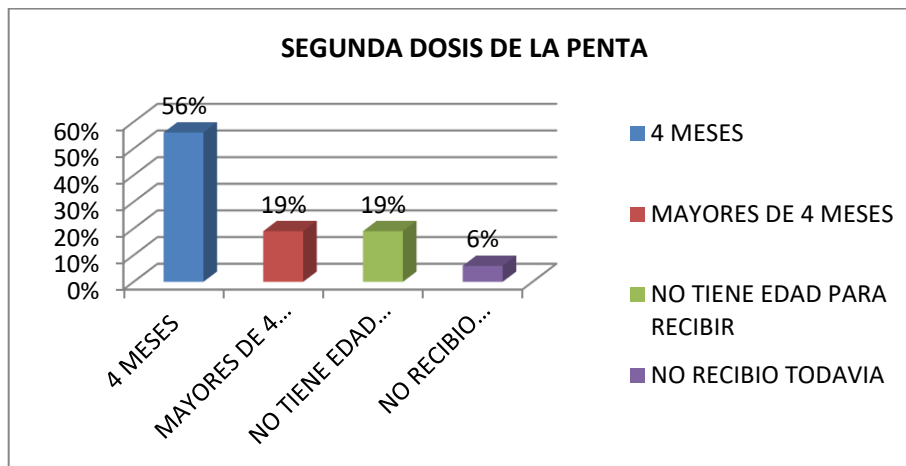
MUNICIPIO DE PUERTO RICO - PROVINCIA MANURUPI

JUNIO, JULIO Y AGOSTO DE 2009.

CUADRO N° V

2ª DOSIS DE LA PENTA	%
4 MESES	56%
MAYORES DE 4 MESES	19%
NO TIENE EDAD PARA RECIBIR	19%
NO RECIBIO TODAVIA	6%

GRAFICO N° V



Análisis: 56 % de los niños menores de 1 año de edad del Municipio de Puerto Rico han recibido la segunda dosis de la PENTA en sus 4 meses de edad.

19 % de los niños menores de 1 año de edad del Municipio de Puerto Rico tienen esquema acelerado para la segunda dosis de la PENTA.

19 % de los niños menores de 1 año de edad del Municipio de Puerto Rico son menores de 4 meses por lo tanto no tienen edad para recibir la segunda dosis de la PENTA.

06% de los niños menores de 1 año de edad del Municipio de Puerto Rico no tienen la segunda dosis de la PENTA.

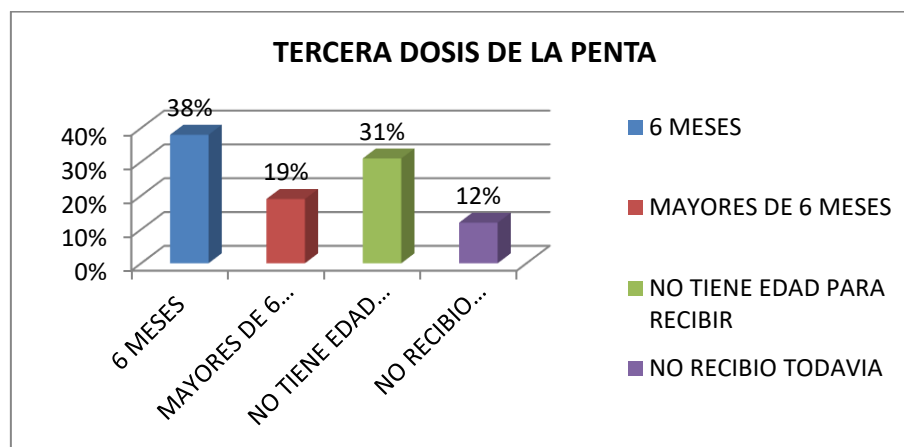
Interpretación: Llevando en cuenta los niños menores de 4 meses y el esquema acelerado tenemos una **cobertura de 94%** de los niños con la segunda dosis de la PENTA en el Municipio de Puerto Rico.

**EVALUACIÓN DE LA 3ª DOSIS DE LA PENTA EN MENORES DE 1 AÑO.
MUNICIPIO DE PUERTO RICO - PROVINCIA MANURIFI
JUNIO, JULIO Y AGOSTO DE 2009.**

CUADRO N° VI

TERCERA DOSIS DE LA PENTA	%
6 MESES	38%
MAYORES DE 6 MESES	19%
NO TIENE EDAD PARA RECIBIR	31%
NO RECIBIO TODAVIA	12%

GRAFICO N° VI



Análisis: 37 % de los niños menores de 1 año de edad del Municipio de Puerto Rico han recibido la tercera dosis de la PENTA en sus 6 meses de edad.

19 % de los niños menores de 1 año de edad del Municipio de Puerto Rico tienen esquema acelerado para la tercera dosis de la PENTA.

31 % de los niños menores de 1 año de edad del Municipio de Puerto Rico son menores de 6 meses por lo tanto no tienen edad para recibir la tercera dosis de la PENTA.

12% de los niños menores de 1 año de edad del Municipio de Puerto Rico no tienen la tercera dosis de la PENTA.

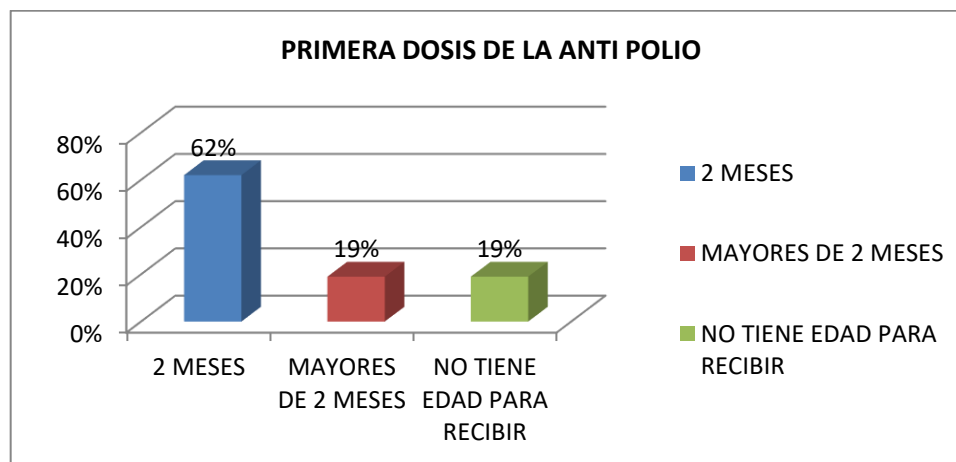
Interpretación: Llevando en cuenta los niños menores de 6 meses y el esquema acelerado tenemos una **cobertura de 88%** de los niños con la tercera dosis de la PENTA en el Municipio de Puerto Rico.

**EVALUACIÓN DE LA 1ª DOSIS DE LA OPV EN MENORES DE 1AÑO.
MUNICIPIO DE PUERTO RICO - PROVINCIA MANURIFI
JUNIO, JULIO Y AGOSTO DE 2009.**

CUADRO N° VII

PRIMERA DOSIS DE LA OPV	%
2 MESES	62%
MAYORES DE 2 MESES	19%
NO TIENE EDAD PARA RECIBIR	19%

GRAFICO N° VII



Análisis: 62 % de los niños menores de 1 año de edad del Municipio de Puerto Rico han recibido la primera dosis de la anti polio en sus 2 meses de edad.

19 % de los niños menores de 1 año de edad del Municipio de Puerto Rico han recibido la primera dosis de la anti polio después de en cumplir sus 2 meses de edad.

19 % de los niños menores de 1 año de edad del Municipio de Puerto Rico son menores de 2 meses por lo tanto no tienen edad para recibir la primera dosis de la anti polio.

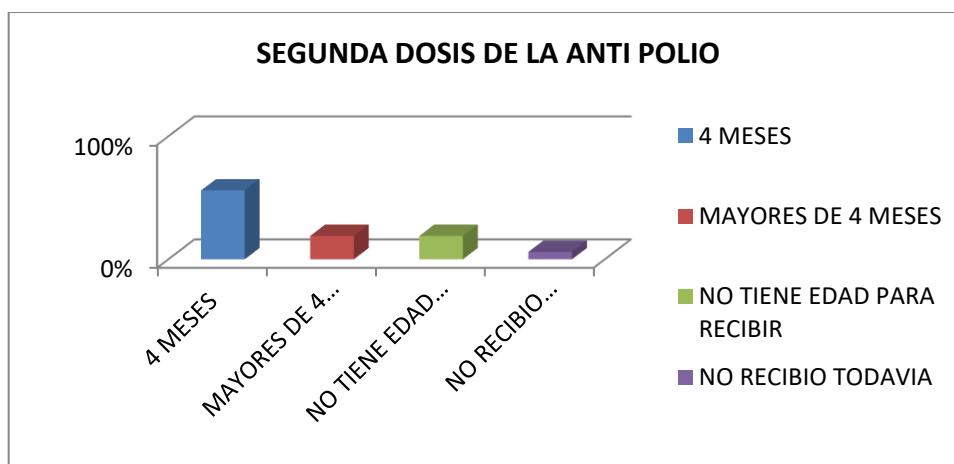
Interpretación: Llevando en cuenta los niños menores de 2 meses y el esquema acelerado tenemos una **cobertura de 100%** de niños con la primera dosis de la anti polio en el Municipio de Puerto Rico.

EVALUACIÓN DE LA 2ª DOSIS DE LA OPV EN NIÑOS < DE 1a DE EDAD
MUNICIPIO DE PUERTO RICO - PROVINCIA MANURIFI
JUNIO, JULIO Y AGOSTO DE 2009.

CUADRO N° VIII

2ª DOSIS DE LA OPV	%
4 MESES	56%
MAYORES DE 4 MESES	19%
NO TIENE EDAD P/ RECIBIR	19%
NO RECIBIO TODAVIA	6%

GRAFICO N° VIII



Análisis: 56 % de los niños menores de 1 año de edad del Municipio de Puerto Rico han recibido la segunda dosis de la anti polio en sus 4 meses de edad.

19 % de los niños menores de 1 año de edad del Municipio de Puerto Rico tienen esquema acelerado para la segunda dosis de la anti polio.

19 % de los niños menores de 1 año de edad del Municipio de Puerto Rico son menores de 4 meses por lo tanto no tienen edad para recibir la segunda dose de la anti polio.

06% de los niños menores de 1 año de edad del Municipio de Puerto Rico tienen edad para recibir, pero no tienen la segunda dosis de la anti polio.

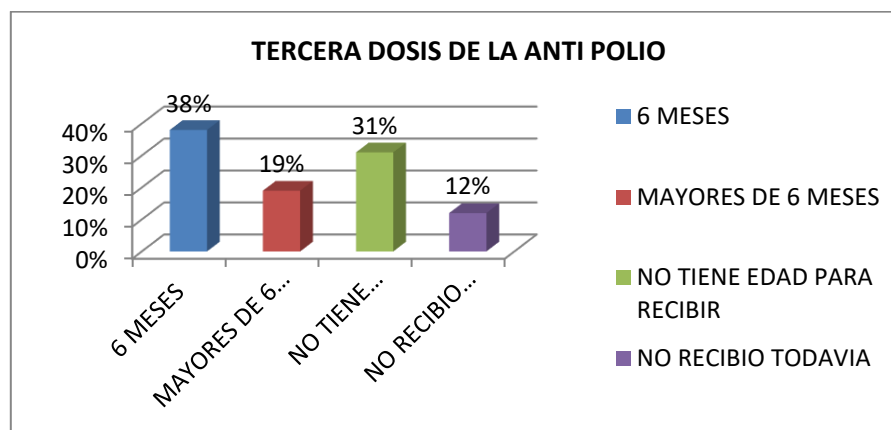
Interpretación: Llevando en cuenta los niños menores de 4 meses y el esquema acelerado tenemos una **cobertura de 94%** de los niños con la segunda dosis de la OPV en el Municipio de Puerto Rico.

**EVALUACIÓN DE LA 3ª DOSIS DE LA OPV EN MENORES DE 1AÑO.
MUNICIPIO DE PUERTO RICO - PROVINCIA MANURIFI
JUNIO, JULIO Y AGOSTO DE 2009.**

CUADRO N° IX

TERCERA DOSIS DE LA OPV	%
6 MESES	38%
MAYORES DE 6 MESES	19%
NO TIENE EDAD PARA RECIBIR	31%
NO RECIBIO TODAVIA	12%

GRAFICO N° IX



Análisis: 37 % de los niños menores de 1 año de edad del Municipio de Puerto Rico han recibido la tercera dosis de la anti polio en sus 6 meses de edad.

19 % de los niños menores de 1 año de edad del Municipio de Puerto Rico tienen esquema acelerado para la tercera dosis de la anti polio.

31 % de los niños menores de 1 año de edad del Municipio de Puerto Rico son menores de 6 meses por lo tanto no tienen edad para recibir la tercera dosis de la anti polio.

12% de los niños menores de 1 año de edad del Municipio de Puerto Rico no tienen la tercera dosis de la anti polio.

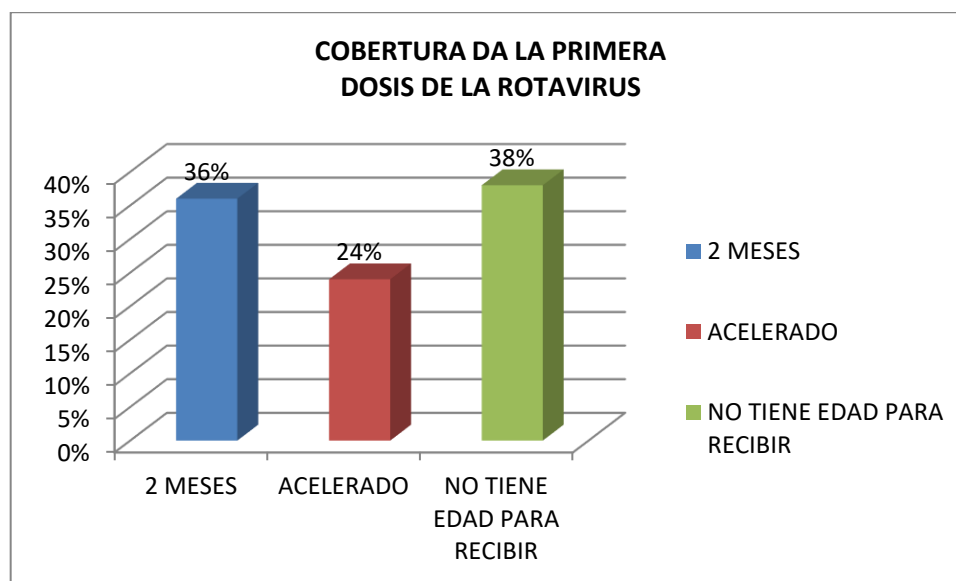
Interpretación: Llevando en cuenta los niños menores de 6 meses y el esquema acelerado tenemos una **cobertura de 88%** de los niños con la tercera dosis de la anti polio en el Municipio de Puerto Rico.

EVALUACIÓN DE LA 1ª DOSIS DE LA R.V. EN MENORES DE 6m DE EDAD
MUNICIPIO DE PUERTO RICO - PROVINCIA MANURUPI
JUNIO, JULIO Y AGOSTO DE 2009.

CUADRO N° X

1ª DOSIS DE LA ROTAVIRUS	%
2 MESES	36%
ACELERADO	24%
NO TIENE EDAD P/ RECIBIR	38%

GRAFICO X



Análisis: 36 % de los niños menores de 6 meses de edad del Municipio de Puerto Rico han recibido la primera dosis de la anti rotavirus en sus 2 meses de edad.

24 % de los niños menores de 6 meses de edad del Municipio de Puerto Rico han recibido la primera dosis de la anti rotavirus después de los 2 meses de edad.

38 % de los niños menores de 6 meses de edad del Municipio de Puerto Rico son menores de 2 meses por lo tanto no tienen edad para recibir la primera dosis de la anti rotavirus.

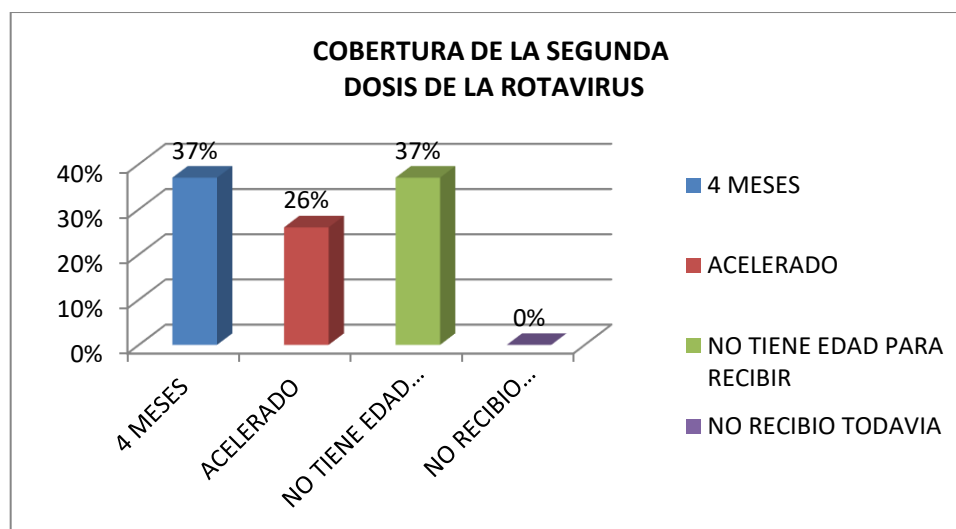
Interpretación: Llevando en consideración los niños menores de 2 meses y el esquema acelerado tenemos una **cobertura de 100%** de los niños con la primera dosis de la anti rotavirus en el Municipio de Puerto Rico.

EVALUACIÓN DE LA 2ª DOSIS DE LA ANTI R.V. EN NIÑOS < DE 6m
MUNICIPIO DE PUERTO RICO - PROVINCIA MANURUPI
JUNIO, JULIO Y AGOSTO DE 2009.

CUADRO N° XI

2ª DOSIS DE LA ROTAVIRUS	%
4 MESES	37%
ACELERADO	26%
NO TIENE EDAD PARA RECIBIR	37%
NO RECIBIO TODAVIA	0%

GRAFICO XI



Análisis: 37 % de los niños menores de 6 meses de edad del Municipio de Puerto Rico han recibido la segunda dosis de la anti rotavirus en sus 4 meses de edad.

26 % de los niños menores de 6 meses de edad del Municipio de Puerto Rico han recibido la segunda dosis de la anti rotavirus en esquema acelerado.

37 % de los niños menores de 6 meses de edad del Municipio de Puerto Rico son menores de 4 meses o iniciaron el esquema acelerado por lo tanto no tienen edad para recibir la segunda dosis de la rotavirus.

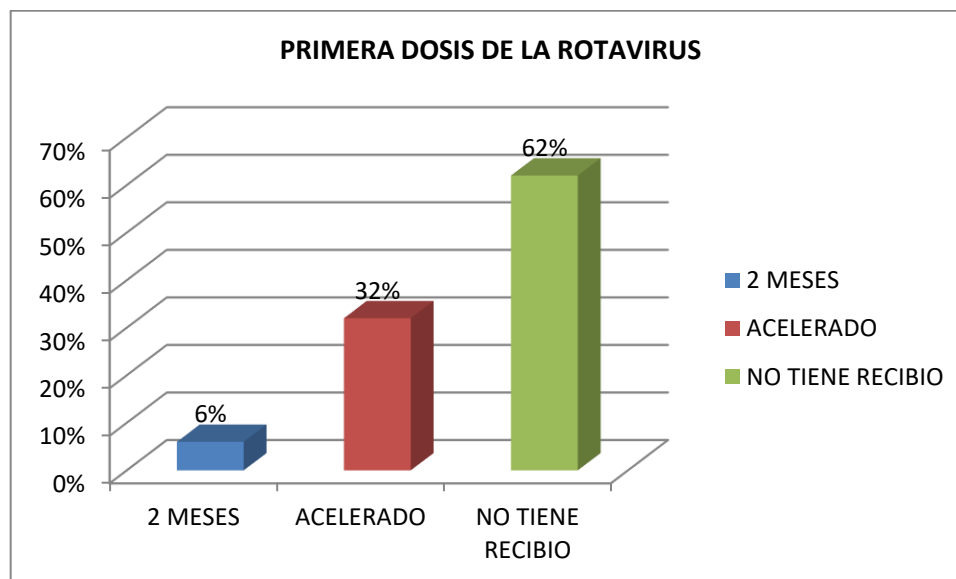
Interpretación: Llevando en consideración los niños menores de 4 meses y el esquema acelerado tenemos una **cobertura de 100%** de los niños con la segunda dosis de la anti rotavirus en el Municipio de Puerto Rico.

EVAURACIÓN DE LA 1ª DOSIS DE LA ANTI R.V. EN NIÑOS > DE 6m
MUNICIPIO DE PUERTO RICO - PROVINCIA MANURIPÍ
JUNIO, JULIO Y AGOSTO DE 2009.

CUADRO N° XII

1ª DOSIS DE LA ANTI R.V.	%
2 MESE	6%
ACELERADO	32%
NO TIENE RECIBIO	62%

GRAFICO XII



Análisis: 06 % de los niños > de 6m de edad del Municipio de Puerto Rico han recibido la primera dosis de la anti rotavirus en sus 2 meses de edad.

32 % de los niños > de 6m edad del Municipio de Puerto Rico han recibido la primera dosis de la anti rotavirus en esquema acelerado.

62% de los niños > de 6m de edad del Municipio de Puerto Rico no tienen la primera dosis de la vacuna anti-rotavirus.

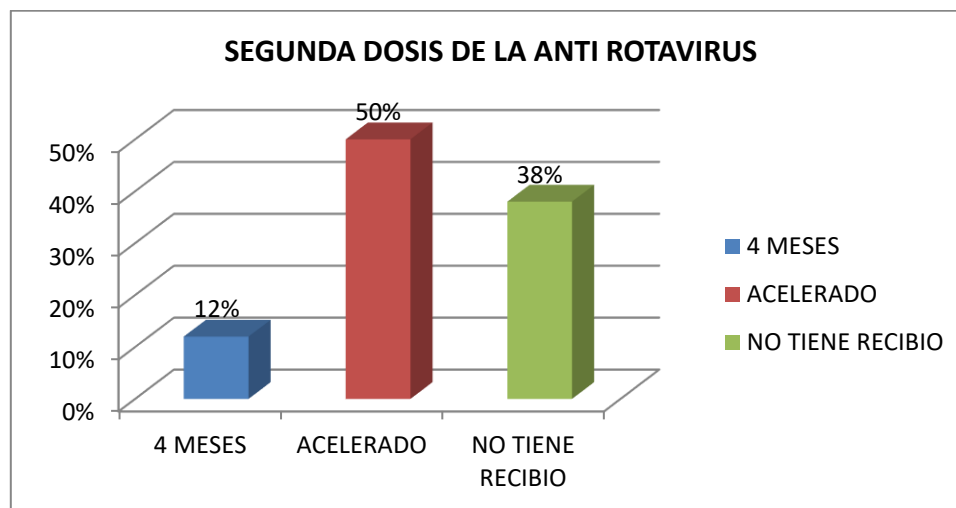
Interpretación: Mediante los datos obtenidos en las investigaciones la **cobertura** de vacunación de la primera dosis de la anti rotavirus tuvo en **38%** en los niños mayores de 6 meses porque no había todavía los inmunológicos disponibles en el municipio.

**EVALUACIÓN DE LA 2ª DOSIS DE LA ANTI R.V. EN NIÑOS > DE 6 MESES
MUNICIPIO DE PUERTO RICO - PROVINCIA MANURIFI
JUNIO, JULIO Y AGOSTO DE 2009.**

CUADRO N° XIII

2ª DOSIS DE LA ROTAVIRUS	%
4 MESES	12%
ACELERADO	50%
NO TIENE RECIBIO	38%

GRAFICO XIII



Análisis: 12 % de los niños > de 6m de edad del Municipio de Puerto Rico han recibido la segunda dosis de la anti rotavirus en sus 4 meses de edad.

50 % de los niños > de 6m de edad del Municipio de Puerto Rico han recibido la segunda dosis de la anti rotavirus en esquema acelerado.

38 % de los niños > de 6m de edad del Municipio de Puerto Rico no tienen la segunda dosis de la vacuna anti rotavirus.

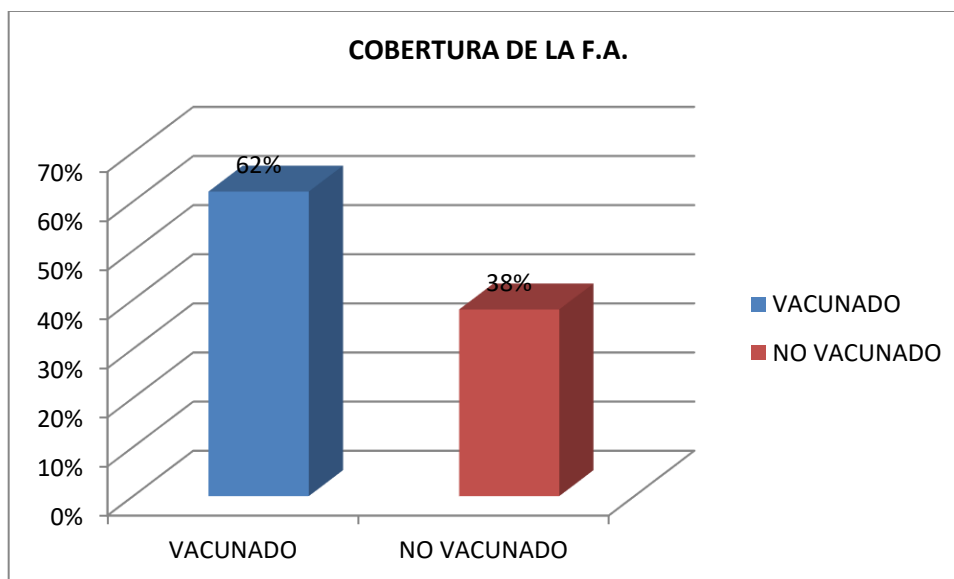
Interpretación: Mediante los datos obtenidos en las investigaciones la **cobertura** de vacunación de la segunda dosis de la anti rotavirus tuvo en **62%** en los niños mayores de 6 meses de edad porque no había todavía los inmunológicos disponibles en el municipio.

**EVALUACIÓN DE LA COBERTURA DE F.A. EN NIÑOS DE 1- 2 AÑOS
MUNICIPIO DE PUERTO RICO - PROVINCIA MANURUPI
JUNIO, JULIO Y AGOSTO DE 2009.**

CUADRO N° XIV

FIEBRE AMARILLA	%
VACUNADO	62%
NO VACUNADO	38%

GRAFICO XIV



Análisis: 62 % de los niños de 1-2 años de edad del Municipio de Puerto Rico han recibido la vacuna contra la F.A.

38 % de los niños de 1-2 años de edad del Municipio de Puerto Rico no han recibido la vacuna contra la F.A.

Interpretación: Mediante los datos obtenidos en las investigaciones la **cobertura** de vacunación de la fiebre amarilla es de **62%** debido que los trabajadores del Programa siguen en espera de 3 o más niños en el hospital para que se pueda abrir un frasco de vacuna.

RIESGO DE NO RECIBIR LA ANTIAMARILICA POR NIÑOS DE 1-2 AÑOS.

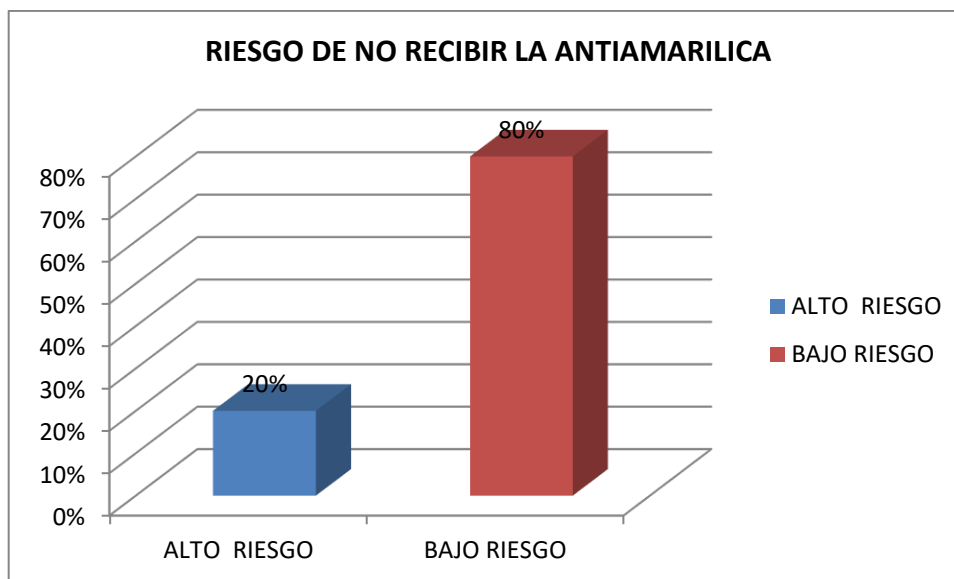
MUNICIPIO DE PUERTO RICO - PROVINCIA MANURUPI

JUNIO, JULIO Y AGOSTO DE 2009.

CUADRO N° XV

NIÑO NO VACUNADO	%
ALTO RIESGO	20%
BAJO RIESGO	80%

GRAFICO XV



Análisis: 20 % de los niños de 1-2 años de edad del Municipio de Puerto Rico que no han recibido la vacuna anti amarilla, están en auto riesgo de no recibirla por estaren en la faja etaria de 1año 7meses a 2 años de edad.

80 % de los niños de 1-2 años de edad del Municipio de Puerto Rico que no han recibido la vacuna contra la F.A. tienen menos de 1a7meses de edad, por tanto el riesgo es menor.

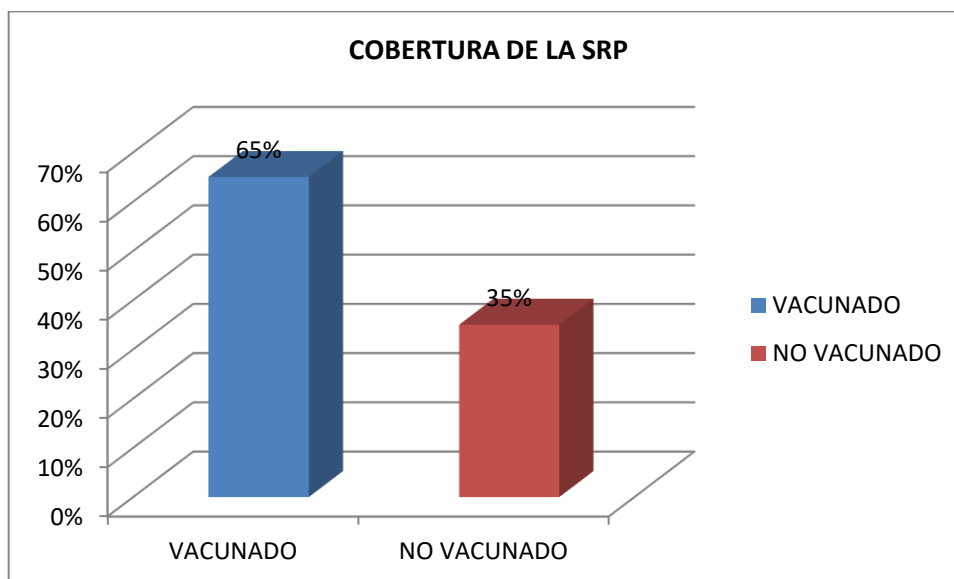
Interpretación: : 20 % de los niños de 1-2 años de edad del Municipio de Puerto Rico que no han recibido la vacuna contra la F.A. están en auto riesgo de no recibirla porque tienen menos de cinco meses para recibir la vacuna.

**EVALUACIÓN DE LA S.R.P. EN NIÑOS DE 1- 2 AÑOS DE EDAD
MUNICIPIO DE PUERTO RICO - PROVINCIA MANURIFI
JUNIO, JULIO Y AGOSTO DE 2009.**

CUADRO N° XVI

SRP	%
VACUNADO	65%
NO VACUNADO	35%

GRAFICO XVI



Análisis: 65 % de los niños de 1-2 años de edad del Municipio de Puerto Rico han recibido la vacuna SRP.

35 % de los niños de 1-2 años de edad del Municipio de Puerto Rico no han recibido la vacuna SRP.

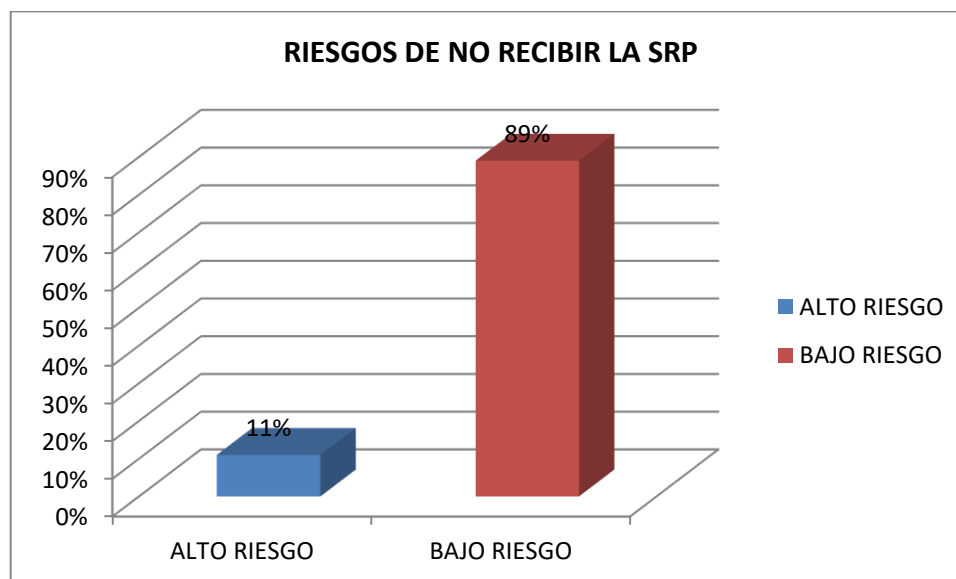
Interpretación: La cobertura de la SRP es de 65% debido a la falta de inmunológico en el Hospital Integral Comunitario Puerto Rico.

**RIESGO DE NO RECIBIR LA SRP A NIÑOS DE 1- 2 AÑOS DE EDAD
MUNICIPIO DE PUERTO RICO - PROVINCIA MANURUPI
JUNIO, JULIO Y AGOSTO DE 2009.**

CUADRO N° XVII

RIESGO	%
ALTO RIESGO	11%
BAJO RIESGO	89%

GRAFICO XVII



Análisis: 11 % de los niños de 1-2 años de edad del Municipio de Puerto Rico que no han recibido la vacuna: SRP están en alto riesgo de no recibirla, porque están en la faja etaria de 1año y 7meses a 2años de edad.

89 % de los niños de 1-2 años de edad del Municipio de Puerto Rico que no han recibido la vacuna: SRP tienen menos de 1año y 7meses de edad.

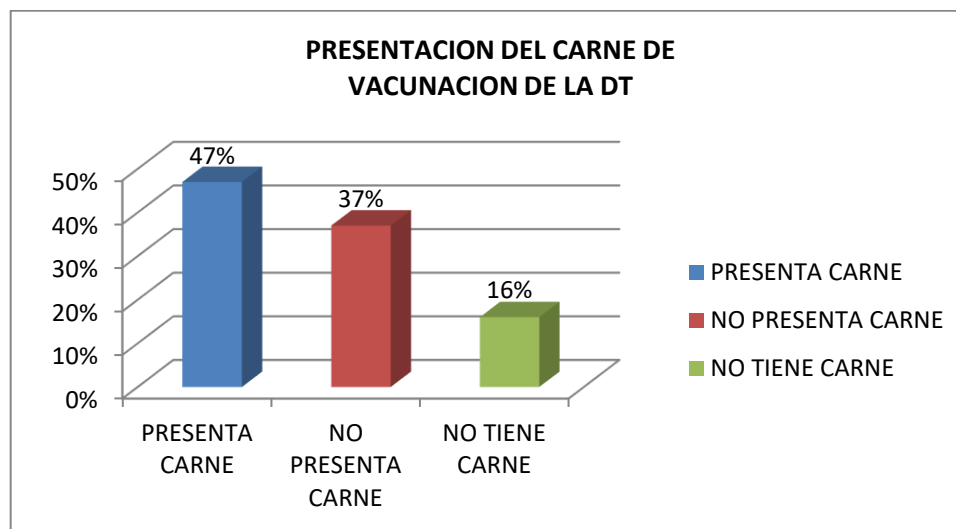
Interpretación: 11 % de los niños de 1-2 años de edad del Municipio de Puerto Rico que no han recibido la vacuna: SRP están en alto riesgo de no recibirla por teneren menos de cinco meses para recibir la vacuna.

**CARNE DE VACUNACION EN MEF DE 15-49 AÑOS DE EDAD
MUNICIPIO DE PUERTO RICO - PROVINCIA MANURUPI
JUNIO, JULIO Y AGOSTO DE 2009.**

CUADRO N° XVIII

CARNE DE LA DT	%
PRESENTA CARNE	47%
NO PRESENTA CARNE	37%
NO TIENE CARNE	16%

GRAFICO XVIII



Análisis: 47% de las MEF del Municipio de Puerto Rico presentan carne de vacunación.

37% de las MEF del Municipio de Puerto Rico refieren tener pero no presentan carne de vacunación.

16% de las MEF del Municipio de Puerto Rico refieren nunca haber poseído carne de vacunación.

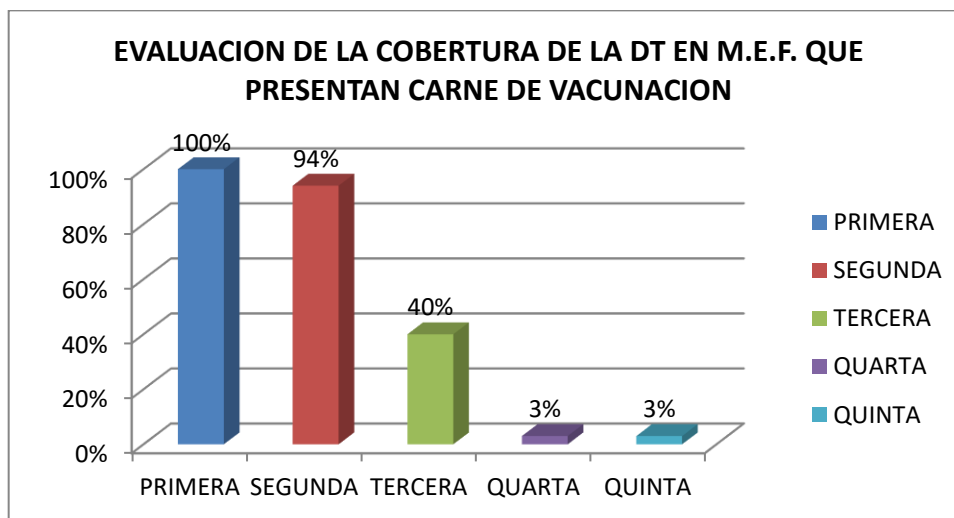
Interpretación: De los 53% de las Mujeres en Edad Fértil del municipio de Puerto Rico no presentan carne de vacunación.

EVALUACION DE LA COBERTURA DE LA DT EN MEF Q/ PRE. CARME
MUNICIPIO DE PUERTO RICO - PROVINCIA MANURUPI
JUNIO, JULIO Y AGOSTO DE 2009.

CUADRO N° XIX

DOSIS DE LA DT EN MEF	%
PRIMERA	100%
SEGUNDA	94%
TERCERA	40%
QUARTA	3%
QUINTA	3%

GRAFICO XIX



Análisis: 100 % de las MEF de 15-49 años de edad del Municipio de Puerto Rico que presentan carne, han recibido la primera dosis de la vacuna: DT

94 % de las MEF que presentan carne, han recibido la segunda dosis de la vacuna: DT

40% de las MEF que presentan carne, han recibido la tercera dosis de la vacuna: DT

03 % de las MEF que presentan carne, han recibido la cuarta y quinta dosis de la DT.

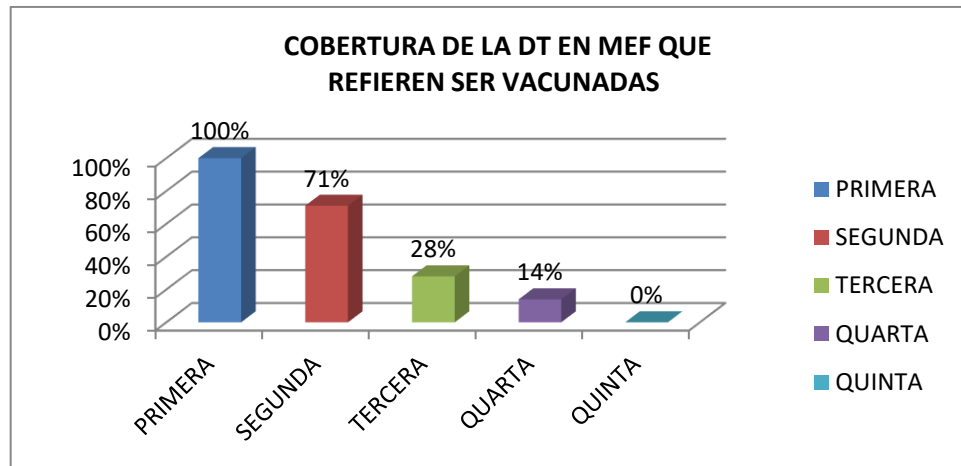
Interpretación: La **cobertura** del esquema completo de la DT en las MEF de 15-49 años de edad del Municipio de Puerto Rico llega apenas a **3%**.

COBERTURA DE LA DT EN MEF QUE REFIEREN SEREN VACUNADAS
MUNICIPIO DE PUERTO RICO - PROVINCIA MANURIFI
JUNIO, JULIO Y AGOSTO DE 2009.

CUADRO N° XX

DOSIS DE LA DT EN MEF	%
PRIMERA	100%
SEGUNDA	71%
TERCERA	28%
QUARTA	14%
QUINTA	0%

GRAFICO XX



Análisis: 100 % de las MEF de 15-49 años de edad del Municipio de Puerto Rico, que no presentan carne, refieren haber recibido la primera dosis de la vacuna: DT

71 % de las MEF que no presentan carne, refieren haber recibido la 2ª dosis de la DT

28% de las MEF que no presentan carne, refieren haber recibido la 3ª dosis de la DT

14 % de las MEF que no presentan carne, refieren haber recibido la 4ª dosis de la DT

0 % de las MEF que no presentan carne, refieren haber recibido la 5ª dosis de la DT

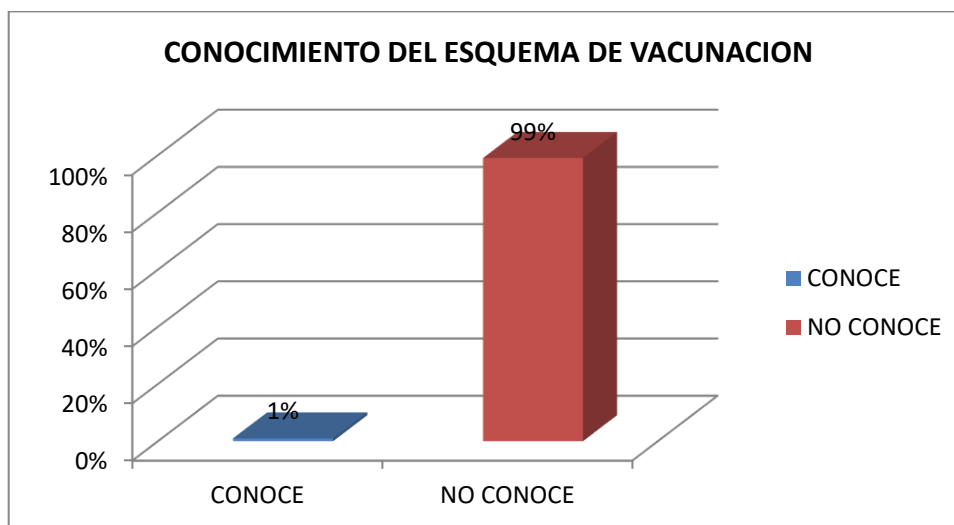
Interpretación: La **cobertura** del esquema completo de la DT en las MEF de 15-49 años de edad que no presentan carne, pero refieren haber recibido alguna dosis de la DT en el Municipio de Puerto Rico es de **0%**.

CONOCIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACION DE LA DT EN MEF
MUNICIPIO DE PUERTO RICO - PROVINCIA MANURUPI
JUNIO, JULIO Y AGOSTO DE 2009.

CUADRO XXI

MEF	%
CONOCE	1%
NO CONOCE	99%

GRAFICO XXI



Análisis: 99 % de las MEF de 15-49 años de edad del Municipio de Puerto Rico, que fueron estudiadas, refieren y se compraba no conocer el esquema de vacunación de la DT.

01 % de las MEF de 15-49 años de edad del Municipio de Puerto Rico, que fueron estudiadas, refieren y se compraba conocer el esquema de vacunación de la DT.

Interpretación: El **conocimiento del esquema** de la DT por las MEF de 15-49 años de edad que no presentan y presentan carne llega apenas a **1%** y está representado por personas que trabajan en el área de la salud.

HOSPITAL INTEGRAL COMUNITARIO DE PUERTO RICO



SALA DE VACUNACION DEL HIC



PROGRAMA DE TB EN SALA DE VACUNACION



REFRIGERADOR SEM LIMPIESA



ESTOQUE DE MATERIALES / CAJA CON HONGOS



ARMARIO DE MEDICAMENTOS DE TB Y LEISHMANIASIS



LIMPIEZA CONDENADA CON ESCOVA



RECORRIDO EN AREA



CARACTERISTICAS DEL AREA RECORRIDA



CARACTERISTICAS DEL AREA RECORRIDA

