



Instituto Nacional de Salud Pública

Tesis

**BARRERAS PARA LA VACUNACION EN EL PRIMER NIVEL DE
ATENCION EN EL DISTRITO FEDERAL (DELEGACION PONIENTE
ISSSTE)**

Alumno: Enrique Rojano Lastra.

Presentada ante las autoridades del
Instituto Nacional de Salud Pública / Escuela de Salud Pública de México
para obtener el grado de

MAESTRO EN SALUD PÚBLICA
CON AREA DE CONCENTRACIÓN EN EPIDEMIOLOGIA.

Director de Tesis: Dr. José Luís Díaz Ortega
Asesor: Dr. Carlos Darío Meneses Reyes

México Julio del 2009



CONTENIDO

1.-RESUMEN.....	3
2.-INTRODUCCIÓN.....	4
3.- ANTECEDENTES.....	5
4.- MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	8
5.- JUSTIFICACIÓN.....	12
6.-OBJETIVOS.....	14
6.1 Objetivo General	
6.2 Objetivos Específicos	
7.-METODOLOGÍA.....	15
7.1 Tipo de Estudio	
7.2 Población	
7.2.1 Recolección de la Información	
7.2.2 Criterios de inclusión y exclusión	
7.2.3 Definición y Operacionalización de variables	
7.2.4 Ventajas y desventajas del estudio.	
7.2.5 Análisis de la información.	
7.2.6 Aspectos éticos del estudio.	
7.2.7 Cronograma	
8.- PROBLEMAS LOGÍSTICOS Y SOLUCIONES.....	22
9.- RESULTADOS	23
10.-DISCUSIÓN.....	50
11.-CONCLUSIONES.....	53
12.- RECOMENDACIONES.....	55
13.- LIMITACIONES.....	55
14.-REFERENCIAS.....	56
15.-GLOSARIO.....	59
16.- ANEXO.....	61



RESUMEN

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 cognitivas que propician la toma de decisiones inadecuadas en la práctica médica y oportunidades perdidas de vacunación.

Metodología: Estudio transversal descriptivo, efectuado por censo de la población de médicos de la consulta externa de las clínicas de medicina familiar de la Delegación Regional Poniente del ISSSTE en el Distrito Federal, mediante aplicación de una encuesta en la población médica de consulta externa de 1er Nivel, en las 6 Clínicas de Medicina Familiar que componen la Delegación.

Resultados: Se logró la participación de 125 médicos, con una tasa de no respuesta de 10.71%, 65.6% de los entrevistados eran médicos generales, 52% de eran mujeres, 62.4% laboraban en el turno matutino, 55.2% tenían 10 años o más de trabajar en el ISSSTE. 49% de los participantes refirieron haber recibido algún curso sobre vacunación. 80% identificaron a la vigilancia del estado de vacunación de sus pacientes como parte de sus responsabilidades, el 90.4% conocía el horario disponible para vacunación de la clínica donde trabaja. La frecuencia de conocimientos básicos correctos sobre el programa de vacunación, osciló entre 60.8% y 92%. La frecuencia de toma adecuada de decisiones en vacunación, en casos simulados, varió de 51.2% a 84%. Las variables aparentemente asociadas a presencia de barreras para la vacunación fueron género (hombres) (OR 1.25, IC95% 0.58, 2.69), ser menor de 40 años (OR 1.44, IC95% 0.62, 3.35), ser médico especialista (OR 1.61, IC95% 0.72, 3.63), trabajar en el turno vespertino (OR 1.60, IC95% 0.71, 3.49), tener 10 años o menos de antigüedad en el trabajo (OR 1.26, IC95% 0.58, 2.71) y no haber recibido capacitación en vacunación (OR 1.43, IC95% 0.66, 3.12) debido a que los IC95% atraviesan la unidad, no puede sostenerse que realmente sean factores asociados. Sin embargo, la toma inadecuada de decisiones, generó oportunidades perdidas de vacunación en los casos simulados en un rango de 16.0% a 48.0%. Cabe destacar el hallazgo de que las barreras cognitivas para la vacunación estaban asociadas a la toma inadecuada de decisiones (OR 3.7 a 20.6 e IC95% 1.7, 91.7). a partir de estos resultados, se recomendó hacer intervenciones educativas en vacunación para disminuir las barreras cognitivas, y motivar una actitud favorable a la inmunización en los médicos y personal de salud en general.



INTRODUCCIÓN

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 mas 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 ISSSTE.

1.- Soberon G, Kumate J. Vericuetos en la investigación y desarrollo de vacunas. 2ª Edición Mexico: 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



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 (2).

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. 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% (1). 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 (1), 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 por neumococo, 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.



Instituto Nacional de Salud Pública

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 (3) 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 (3) y su contacto con los derechohabientes. La falta de apoyo económico y logístico a las unidades de salud (4), 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, (4) 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 (6). 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.

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



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 mas 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 mas 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 necesario 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. ⁽¹⁷⁾
10. Áreas de inmunizaciones o Medicina Preventiva, inadecuadamente ubicadas, o poco accesibles dentro de la unidad de salud.



BARRERAS ATRIBUIBLES AL PERSONAL Y SERVICIOS DE SALUD (17)

1. Falta de Capacitación.
2. Capacitación insuficiente o no actualizada.
 - Deficiente conocimiento del esquema básico y complementario: de vacunación (Dosis y edad de aplicación).
 - Falsas contraindicaciones para la vacunación.
3. Actitud: insuficiente disposición para promover la vacunación en los contactos con la población en unidades de salud y en actividades de salud extramuros
4. Deficiencia en la organización de los servicios de vacunación (17)
 - 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 Perdida 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).



CONTRAINDICACIONES VERDADERAS PARA LA APLICACIÓN DE VACUNAS:

Vacuna BCG:

- Niños con peso <2,500 g
- 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. (18,19)

Vacuna OPV (Sabin), IPV:

Fiebre mayor de 38.5°C
Enfermedad grave (18,19)

Vacuna Pentavalente de células /DPT (*):

- 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. (18,19)

* En el momento en que se hizo el estudio, aun no se introducía la vacuna pentavalente acelular

Vacuna Anti influenza:

- Alergia severa a a dosis previa de vacuna
- Fiebre mayor de 38.5°C
- Enfermedad aguda moderada o severa (18,19)

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. (18,19)

*La SSA, ha retirado esta contraindicación



Vacuna Td:

- Antecedente de alergia severa (anafilaxia) a dosis previa de Td o TT
- Fiebre mayor de 38.5°C
- Enfermedad aguda moderada a severa (18,19)

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. (18,19)

CONTRAINDICACIONES FALSAS PARA LA APLICACIÓN DE VACUNAS
(18,19)

- 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 niñ@s elegibles.
 - Reacción local leve o fiebre a dosis previa.
 - Primer trimestre o terminación de embarazo en el caso de vacuna Td.
- (18) (19)



JUSTIFICACIÓN

El ISSSTE es responsable de la prevención y tratamiento de enfermedades de aproximadamente 7% de la población del país, las coberturas de vacunación alcanzadas en la institución influyen en el logro de las metas nacionales de salud en los rubros de control, eliminación o erradicación de enfermedades.⁽²¹⁾ La etapa actual de transición hacia la eliminación del sarampión muestra que la reintroducción de virus foráneos de este padecimiento afecta de forma determinante a diferentes estratos de la población, debido al encuentro entre un individuo susceptible y un infectado, y que por diferentes motivos permanecen susceptibles a esta enfermedad. ⁽²²⁾

La Delegación Regional Poniente tiene a su cargo dentro de su área de influencia cerca de 166380 derechohabientes, con una población menor de 5 años de 11756 derechohabientes, y los restantes son niños, jóvenes menores de 18 años, hombre y mujeres en edad fértil y adultos en plenitud, dentro de las áreas de responsabilidad del ISSSTE en particular de la Delegación Poniente

Debido a que diariamente el personal de salud de las clínicas de primer nivel del ISSSTE 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 y enfermeras 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 las unidades participantes. Incluyendo a los servicios de Medicina Preventiva, las propuestas generadas a partir de esta investigación, proporcionarán a las autoridades delegacionales, de la Subdelegación Médica, del Departamento de Atención Médica y del



Instituto Nacional de Salud Pública

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, podría permitir 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 pone en evidencia, los déficits y necesidades de capacitación del personal médico en la consulta externa, tanto médicos generales, como de especialistas clínicos, en materia de medicina preventiva y de salud pública⁽²⁾⁽⁶⁾, 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 derechohabiente.

Debido a que el programa de vacunación responde a la solución de problemas vulnerables con intervenciones preventivas en prácticamente todos los grupos de edad, y que permite satisfacer los compromisos internacionales de mantener erradicada la poliomielitis, eliminar el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC) a nivel continental, así como mejorar la calidad de vida de la población en general, incluyendo a las personas de la tercera edad, se contó con la voluntad política ⁽²¹⁾ de las autoridades del ISSSTE, para realizar este trabajo.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estudio se propuso contestar la pregunta de investigación:

¿Influyen las barreras cognitivas y de actitud para la vacunación de los derechohabientes, presentes en el personal médico de 1er nivel de atención, en las clínicas de medicina familiar del ISSSTE de la Delegación Poniente del D.F. en la toma de decisiones no adecuadas en materia de vacunación, en la práctica médica cotidiana?

OBJETIVO GENERAL

- Identificar barreras para la vacunación, presentes en el personal médico de 1er Nivel de la Delegación Poniente del ISSSTE

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 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.- Evaluar la posible asociación entre las barreras para la vacunación y la toma de decisiones en el personal médico en la práctica cotidiana, mediante la simulación de casos.

HIPÓTESIS

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 que:

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



METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de tipo transversal, mediante censo de la población médica que labora en las clínicas de la Delegación Poniente del D.F. del ISSSTE.

POBLACIÓN.

Debido a que se contó con el listado completo del personal de salud (Número de médicos) de las Clínicas de Medicina Familiar, se realizó un censo de la población invitando a participar en forma voluntaria en la evaluación al 100% de la población de médicos, de esta forma, se consideró la totalidad de la población de Médicos en el Primer Nivel de Atención para el estudio.

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La recolección de la Información se realizó por medio de 1 cuestionario (Anexo 1), el cual se levantó mediante autollenado del formulario, asistido por el Departamento de Enseñanza y Trabajo Social de cada Clínica, **(seis Clínicas de Medicina Familiar CMF Marina Nacional, CMF Observatorio, CMF Cuitlahuac, CMF Revolución, CMF Legarí, CMF Azcapotzalco)**. Las actividades se llevaron a cabo en ambos turnos de trabajo de cada unidad y de manera simultánea el mismo día de la semana, con el total de los Médicos de la Consulta Externa, al término de la sesión semanal de enseñanza.

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.



Instituto Nacional de Salud Pública

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

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

Previo a la evaluación del cuestionario, se realizó una prueba piloto, mediante la aplicación de 15 cuestionarios en la Clínica de Medicina Familiar Del Valle de la Delegación Regional Sur, lo que permitió probar el cuestionario, ajustando y adaptando las preguntas para su mejor entendimiento, en el personal médico de las clínicas de medicina familiar en la Delegación Regional Poniente.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

Criterios de inclusión:

- Médicos Generales o Especialistas de las 6 Clínicas de Medicina Familiar de la Delegación Regional Poniente del ISSSTE en el DF, en ambos turnos de atención. (Matutino y Vespertino), que voluntariamente acepten participar en la evaluación.
- Tener 1 mes como mínimo de servicio en las Clínicas de Medicina Familiar.
- Participación informada y voluntaria. ⁽⁴⁾

Criterios de exclusión:

- Tener menos de 1 mes de antigüedad en la unidad de adscripción.
- No tener deseo de participar en el estudio de manera voluntaria.

Criterios de eliminación:

- Llenado incompleto, incorrecto o ilegible del cuestionario ⁽⁴⁾



DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable independiente.

- Barreras para la vacunación en médicos de clínicas de medicina familiar de la delegación poniente del ISSSTE.

Variable dependiente.

- Toma inadecuada de decisiones (oportunidades perdidas de vacunación) en la práctica cotidiana ¿evaluada a través de la solución de casos simulados?

OPERACIONALIZACIÓN 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
Puesto	Área de profesión medica ejercida por los participantes	Especialidad médica	Nominal	Categorica 1=Médico general 2=Médico especialista
Horario de Atención	Jornada o turno laboral de los medicos	Matutino Vespertino Mixto	Cualitativa Nominal	Categórica 1=Matutino 2=Vespertino



Instituto Nacional de Salud Pública

Antigüedad en el Puesto	Tiempo en años laborado en sus CMF por los médicos participantes	Años laborados por los médicos.	Cuantitativa Continua	(años) 1=menor o igual a 10 años 2= mayor de 10 años
Clínica de Medicina Familiar (CMF)	Unidad Medica donde labora el medico participante.	Clínica	Nominal	1=Marina Nacional 2=Observatorio 3=Cuitlahuac 4=Revolución 5=Legaría 6=Azcapotzalco
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
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 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



Instituto Nacional de Salud Pública

				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	Categórica 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	Categórica 1.-Respuesta correcta. 2.- Respuesta incorrecta
Casos Simulados para toma de decisiones en aplicación de biológicos Sabin,BCG, Penta Valente, antineumococica, Td,SR, SRP	Conocimiento de contraindicaciones	1= Respuesta correcta. 2= Respuesta incorrecta	Nominal Dicotomica	Categórica 1.-Respuesta correcta. 2.- Respuesta incorrecta



ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La información del formulario aplicado, fue capturada en una base de datos, y analizada a través del programa EPI INFO 3.3.2. El análisis de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo, incluyendo el IC95% de estos indicadores se realizó en EPIDAT 3.1.

Análisis Univariado

Variables cuantitativas: Frecuencias absolutas y relativas, media aritmética, e intervalo de confianza del 95%. (20)

Análisis Bivariado.

Debido a que no se realizaron comparaciones entre dos grupos preconcebidos, sino entre las características constitutivas de la población estudiada, en torno a estas diferencias, se realizó un análisis de riesgo para evaluar asociaciones con conocimientos y toma de decisiones en la práctica cotidiana del quehacer médico (actitudes y prácticas), mediante la razón de momios (OR) y sus intervalos de confianza al 95%, se consideró una OR superior a 1, como aparentemente asociada la presencia de la variable en estudio, sin embargo si la amplitud del IC95% pasaba por la unidad, se descartó esta posible asociación. La realización de los cuadros y gráficas de resumen de resultados se capturó por medio del programa Word y Excel de Windows 2007

Análisis de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo

Se evaluó la utilidad del instrumento utilizado, para predecir la toma inadecuada de decisiones en aquellos individuos que presentaron barreras cognitivas para vacunar. El análisis de estos indicadores, incluyendo el IC95% se realizó en EPIDAT 3.1.

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 de las clínicas 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 consideraba conveniente como ocurrió en 2 unidades de Medicina Familiar (CMF Observatorio



y CMF Legaría).

La compensación del sujeto en estudio se realizó por medio de la retroalimentación de la información obtenida (a nivel delegacional se realizó una presentación con los resultados obtenidos para su utilización) y los resultados que arrojó la totalidad de los datos obtenidos.

El cuestionario fue aprobado por el COMITÉ DE BIOÉTICA de la Delegación Regional Poniente del ISSSTE.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

<i>Diseño conceptual :</i> 1 al 15 de Noviembre del 2006	<i>Capacitación del personal auxiliar encuestador de las Clínicas de Medicina Familiar:</i> 15 y 16 de Febrero de 2007	<i>Análisis y limpieza de bases de datos:</i> 1 al 30 de Mayo del 2007.
<i>Diseño de cuestionario, entrevistas con autoridades y comité de Bioética de la Delegación Regional Poniente ISSSTE DF:</i> 15 de Noviembre al 20 de Diciembre del 2006	<i>Levantamiento de la encuesta en las Clínicas de Medicina Familiar:</i> 22 al 27 de Febrero de 2007 (la encuesta se realizó finalmente, el día 23 de marzo simultáneamente en todas las Clínicas de Medicina Familiar)	<i>Presentación Preliminar de Resultados ante las autoridades de la Delegación Regional Poniente ISSSTE</i> 30 de Septiembre 2007
<i>Realización de Redacción del Informe Final de resultados y cuerpo de la Tesis final para la obtención del Grado:</i> Octubre 2007-Octubre 2008	<i>Entrega de Documento Final del Estudio y Presentación de Tesis ante las Autoridades del INSP</i> Abril del 2009	



PROBLEMAS LOGÍSTICOS Y SOLUCIONES PROPUESTAS EN LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO:

Los principales problemas logísticos a los que pudo haberse enfrentado esta investigación fueron:

- a) Obstrucción por parte de autoridades, para lo cual fue necesario, la supervisión y el visto bueno de la Subdelegación Médica, Departamento de Atención Médica, Departamento de Enseñanza, Coordinación Delegacional de Epidemiología y Medicina Preventiva, en este rubro se conto en todo momento desde la planeación hasta presentación final de resultados con el apoyo de la Delegación Regional Poniente.
- b) Falta de apoyo de los Directores de la Clínicas de Medicina Familiar, para lo cual se pidió a las autoridades delegacionales el envío de oficios describiendo brevemente el propósito del estudio y la concientización del Personal que será la Población Blanco. Nuevamente se conto con el apoyo absoluto de las Autoridades en la Subdelegación Médica y los Departamentos de Enseñanza y Atención Médica.
- c) Falta de recursos financieros y materiales; Para lo cual se pidió el apoyo de material de fotocopiado y recursos para la impresión y captura de la base de datos y publicación del trabajo, en este reglón las facilidades fueron totales, ya que además del apoyo de la Subdelegación Médica, también se conto con el apoyo de las Directores de la Clínicas de Medicina Familiar y del personal a su cargo, en la aplicación en 2 unidades Legaria y Observatorio, además del material dotado con anterioridad, se realizó más fotocopiado del cuestionario antes un mayor número de médicos del calculado.
- d) Problemas de medición, se pidió la cooperación de los directores de las unidades para realizar el levantamiento de la información el día, propuesto por las unidades dentro del cronograma de trabajo, propuesto por el investigador tesista de la MSP y evitar el sesgo de la información. Se contó con el apoyo logístico en todo momento por parte de los directivos.



RESULTADOS

El análisis estadístico del estudio de Barreras para la vacunación en el Primer Nivel de Atención en el Distrito Federal, arroja la siguiente información que a continuación se enuncia.

Acorde con las **CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO (cuadro no. 1)** es importante hacer mención, que al inicio del estudio, el número de participantes (N= 156), era equivalente al 100% de la población de Médicos en consulta externa, este dato fue tomado del Censo Nominal de médicos en 1er Nivel de Atención en la Del Reg. Poniente del ISSSTE y considerado para la realización y la aplicación del cuestionario que sirvió como instrumento de recolección. El día de la aplicación simultanea en las Clínicas de Medicina Familiar, solo fueron contactados 140 médicos (90%), la diferencia se debió a que 16 médicos se encontraban comisionados a desempeñando labores Directivas y Sindicales.

Al finalizar el cuestionario y realizar el armado de la base de datos para su análisis, fueron tomados en cuenta solo 125 participantes (N=125) (89.3%); 7 médicos rechazaron participar en el estudio y 8 se excluyeron por llenado incompleto de cuestionario considerándose una tasa de No Respuesta 10.7% del total de los 140 médicos contactados.

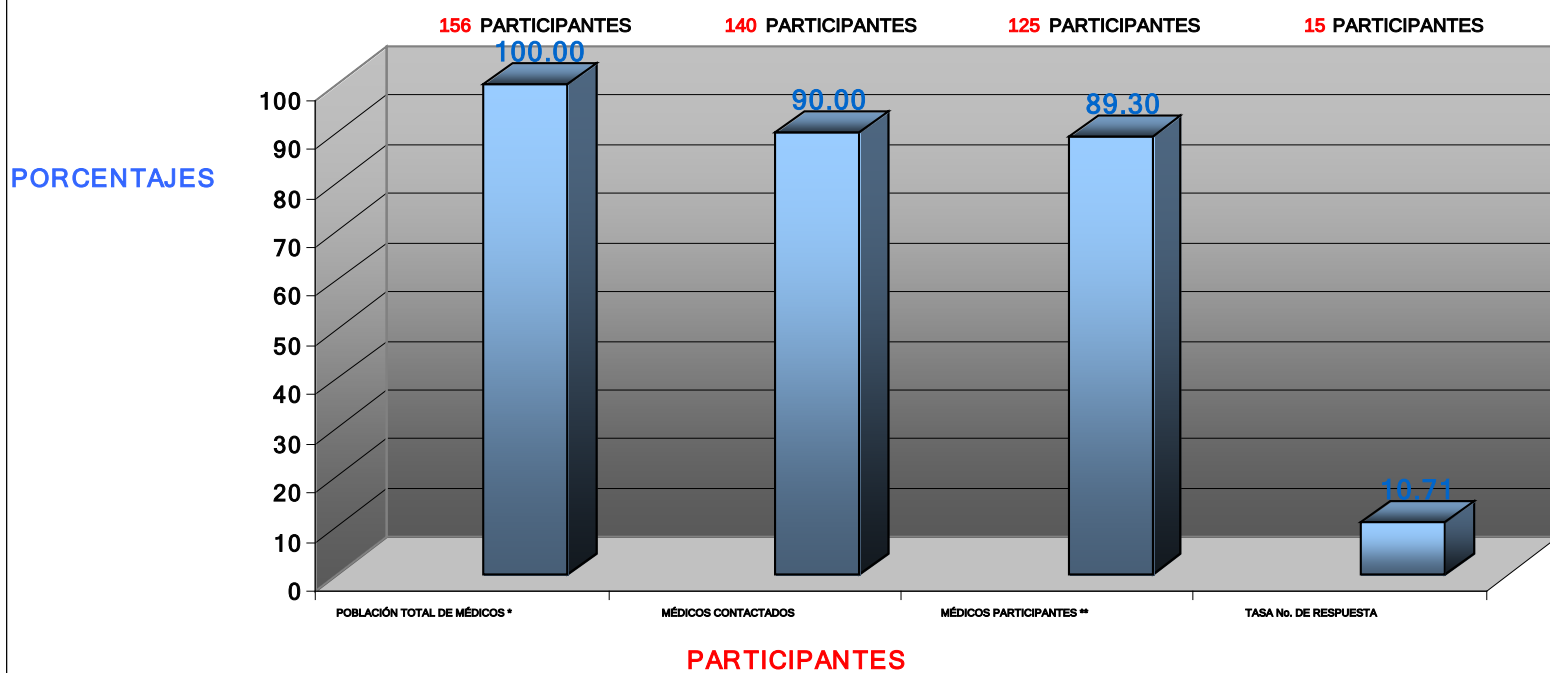
CUADRO No. 1 Características de los Participantes en el Estudio de Barreras para la Vacunación en el Primer Nivel de Atención en el D.F. Delegación Poniente ISSSTE		
PARTICIPANTES	No.	%
POBLACIÓN TOTAL DE MÉDICOS *	156	100.00
MÉDICOS CONTACTADOS	140	90.00
MÉDICOS PARTICIPANTES **	125	89.30
TASA No. DE RESPUESTA	15	10.71

* Total de la Población de Médicos en consulta externa 1er Nivel en la Delegación Regional Poniente ISSSTE DF. La diferencia de 16 Médicos entre la Población Total y Médicos Contactados se debe a que estos se encuentran comisionados en Labores Directivas o Sindicales

** 7 Médicos rechazaron participar en el estudio y 8 se excluyeron por llenado incompleto de cuestionario.
Fuente: Cédula de Entrevista de Barreras para la Vacunación en el 1er Nivel de Atención en la Delegación Poniente ISSSTE. D.F.



CUADRO No. 1 Características de los Participantes en el Estudio de Barreras para la Vacunación a la Población en Médicos de Primer Nivel en la Delegación Regional Poniente ISSSTE D.F. Febrero 2007



* Total de la Población de Médicos en consulta externa 1er Nivel en la Delegación Regional Poniente ISSSTE DF.
La diferencia de 16 Médicos entre la Población Total y Médicos Contactados se debe a que estos se encuentran comisionados en Labores Directivas o Sindicales

** 7 Médicos rechazaron participar en el estudio y 8 se excluyeron por llenado incompleto de cuestionario.
Fuente: Cédula de Entrevista de Barreras para la Vacunación en el 1er Nivel de Atención en la Delegación Poniente ISSSTE. D.F.



Las **CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES (Cuadro no. 2)** fueron evaluadas en el estudio; con respecto al **Sexo** de los participantes, 60 (48%) correspondieron al sexo masculino y 65(52%) al sexo femenino, observándose un número mayor de mujeres en la práctica de la Medicina en el 1er Nivel de atención.

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 37 de ellos (29.60%) eran menores o iguales a 40 años, 88 de los participantes (70.40%) eran mayores de 40 años, esto demuestra que el mayor número de médicos en 1er nivel de atención del ISSSTE en la Del Regional Poniente del ISSSTE, tiene más de 40 años de edad, al momento de la realización del estudio.

La **Formación Académica** donde se dividió a los Participante en 2 grupos; Médicos Generales y Médicos Especialistas, mostró que 82 participantes (65.60%) son Médicos Generales y 43 participantes (34.40%) eran Médicos Especialistas (Entre ellos médicos especialistas en Medicina Familiar, Internistas, cirujanos generales y gerontólogos) siendo mayoría en el 1er Nivel los médicos generales.

La **Jornada Laboral**, otra de las variables analizadas mostro que 78 participantes (62.40%) se encontraron laborando en el turno matutino, 47 participantes (37.60%) se encontraron laborando en el turno vespertino, observándose un mayor número de médicos en la atención de la derechohabencia 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 56 participantes (44.80%) tenían menos o igual de 10 años de laborar para el ISSSTE, 69 participantes (55.20%) tenían más de 10 años de laborar en el ISSSTE, 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.

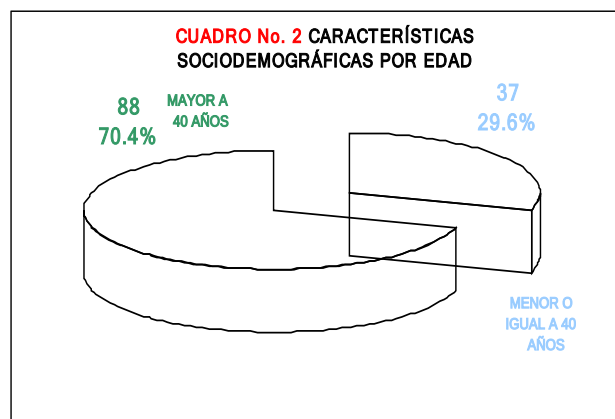
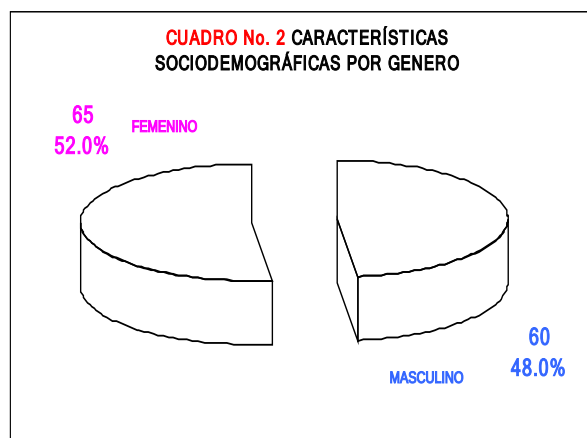


CUADRO No. 2 Características Socio demográficas de los Participantes en el Estudio de Barreras para la Vacunación en el Primer Nivel de Atención D.F. Delegación Poniente ISSSTE			
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		No.	IC 95%
GENERO			PORCENTAJE
MASCULINO		60	48.00
FEMENINO		65	52.00
TOTAL		125	100.00
EDAD			
MENOR O IGUAL A 40 AÑOS		37	29.6
MAYOR A 40 AÑOS		88	70.4
TOTAL		125	100.0
FORMACIÓN ACADÉMICA			
MEDICO GENERAL		82	65.6
MEDICO ESPECIALISTA		43	34.4
TOTAL		125	100.0
ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO			
MENOR O IGUAL A 10 AÑOS		56	44.8
MAYOR A 10 AÑOS		69	55.2
TOTAL		125	100.0
JORNADA LABORAL			
MATUTINO		78	62.4
VESPERTINO		47	37.6
TOTAL		125	100.0

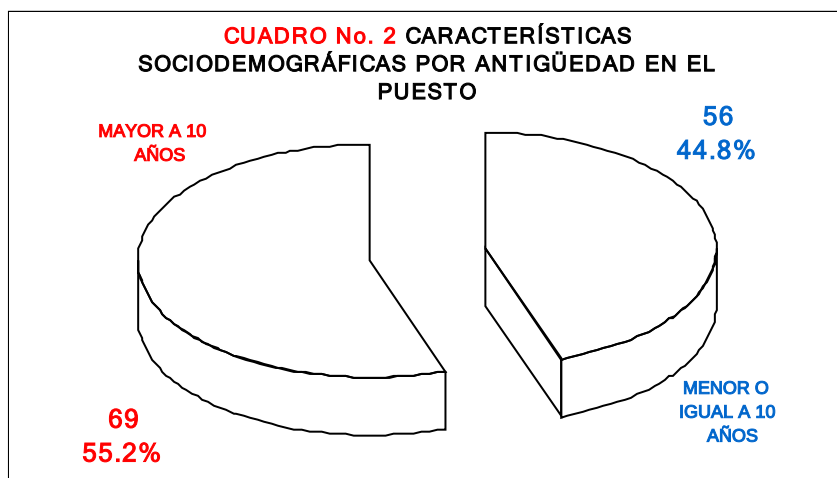
Fuente: Cédula de Entrevista de Barreras para la Vacunación en 1er Nivel Delegacional Poniente ISSSTE D.F.

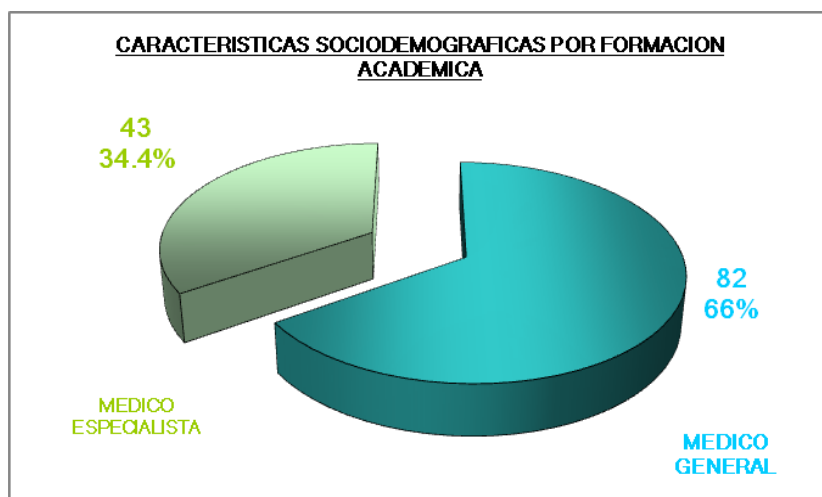


CUADRO No. 2 Gráficas de las Características Socio demográficas de los Participantes en el Estudio de Barreras para la Vacunación en Primer Nivel de Atención DF en la Delegación Poniente ISSSTE

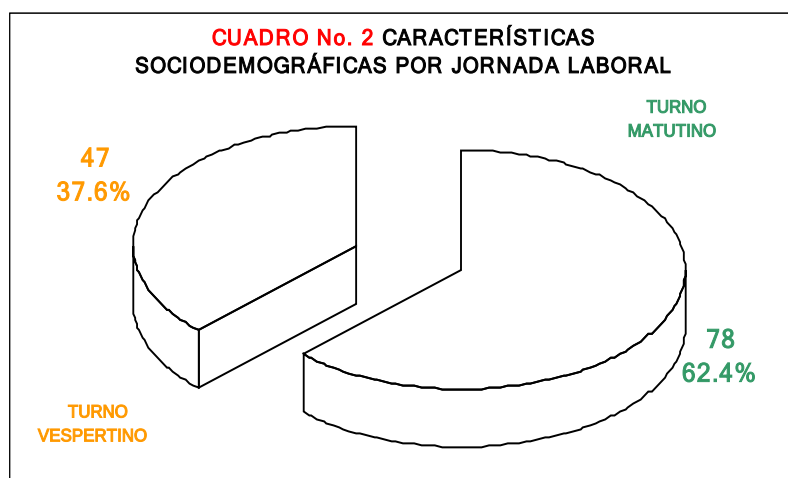


Fuente: Cédula de Entrevista de Barreras para la Vacunación en Médicos 1er Nivel Delegacional Regional Poniente ISSSTE D.F.





Fuente: Cédula de Entrevista de Barreras para la Vacunación en 1er Nivel de Atención DF Delegación Poniente ISSSTE D.F





CUADRO No. 3 Capacitación de los Participantes en el Programa de Vacunación			
CAPACITACIÓN	No. N = 125	%	IC 95%
Ha recibido curso de Vacunación.	74 / 125	59	53.3, 64.7
*Además ha acudido a sesiones sobre el tema.	54 / 74	73	61.4, 82.6
*No ha acudido a sesiones sobre el tema.	20 / 74	27	17.4, 38.6
No ha recibido cursos de Vacunación	51 / 125	41	35.3, 46.7
*Además ha acudido a sesiones sobre el tema.	13 / 51	25.5	14.3, 39.6
*No ha acudido a sesiones sobre el tema.	38 / 51	74.5	60.4, 85.7

Fuente: Cédula de Entrevista de Barreras para la Vacunación en el 1er Nivel de Atención en el DF Del. Poniente ISSSTE

CAPACITACIÓN 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 Delegación Regional Poniente, ha organizado de manera 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 74 participantes refiere haber recibido algún curso de Vacunación (59%), al cual denominamos grupo 1, (74/125), en este grupo un subconjunto de 54 participantes (54/74)(73%) refieren además del curso, haber recibido una



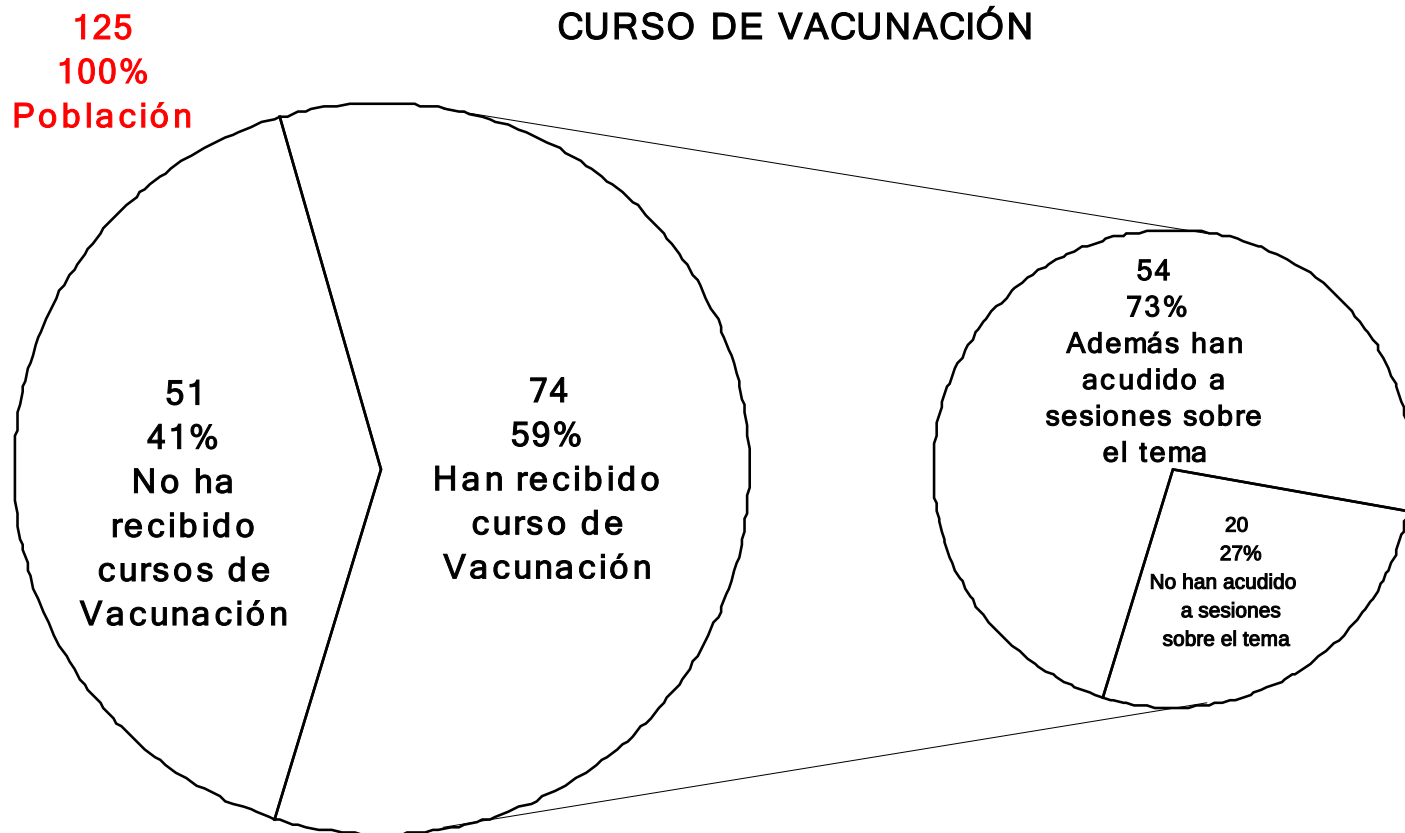
Instituto Nacional de Salud Pública

sesión en los últimos 12 meses sobre inmunizaciones o enfermedades prevenibles por vacunación, siendo este subconjunto el mas beneficiado con las acciones de capacitación, otro subconjunto dentro de este grupo 1 (20/74)(27%) refiere haber recibido algún curso, pero no ha recibido ninguna sesión.

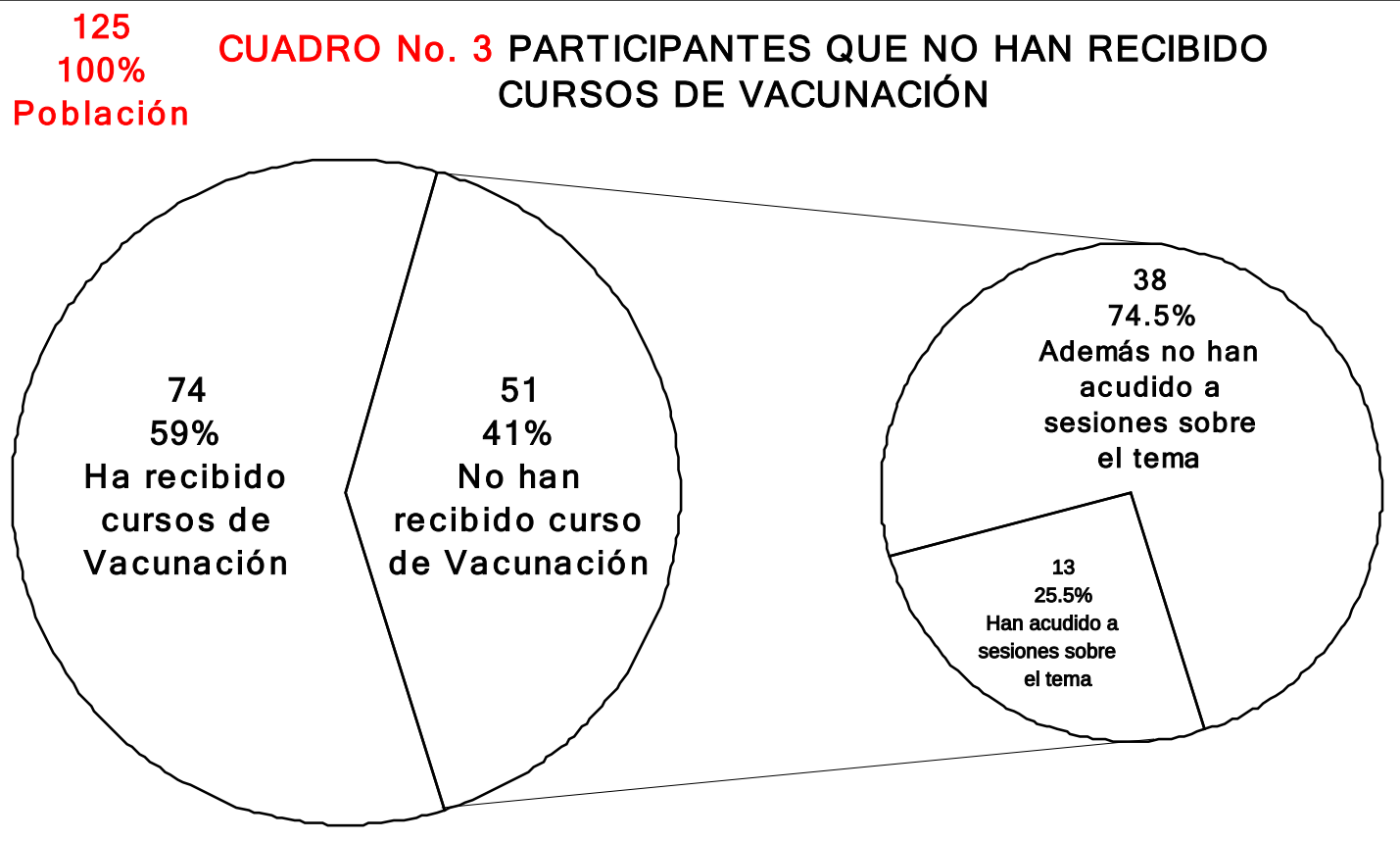
Un total de 51 participantes refiere NO haber recibido cursos de vacunación el cual denominaremos grupo 2 (51/125), dentro de este grupo, un subconjunto de 13 participantes (13/51)(25.5%), refiere no haber recibido cursos de vacunación, pero si por lo menos una sesión en los últimos 12 meses sobre inmunizaciones 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



CUADRO No. 3 PARTICIPANTES QUE HAN RECIBIDO CURSO DE VACUNACIÓN



Fuente: Cédula de Entrevista de Barreras para la Vacunación en 1er Nivel de Atención DF Delegación Poniente ISSSTE D.F



Fuente: Cédula de Entrevista de Barreras para la Vacunación en el 1er Nivel de Atención en el DF Del. Poniente ISSSTE



LA HISTORIA CLÍNICA, REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN 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 58 participantes (46.40%) respondieron que si identificaban este apartado para todos los grupos de edad, un numero de 67 participantes, (53.60%), 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 Delegación Regional Poniente del ISSSTE.

CUADRO No. 4 Identifica la existencia de un apartado para registro y actualización de Inmunizaciones en la Historia Clínica			
	No. N = 125	%	IC 95%
Sí para todos los grupos de edad	58	46.40	37.4, 55.5
No existe apartado en la Historia Clínica	67	53.60	44.5, 62.6
	125	100.00	

Fuente: Cédula de Entrevista de Barreras para la Vacunación en el 1er Nivel de Atención en el DF Del. Poniente ISSSTE



PERCEPCIÓN DE LOS MÉDICOS DE LOS MOTIVOS DE LA NO VACUNACIÓN A LA POBLACIÓN. (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 101 participantes (80.8%) 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 61 participantes (48.80%), los mitos y creencias populares acerca de las vacunas con 32 participantes (25.60%), Falta de recursos económicos para transportación de los pacientes hacia las Clínicas de Medicina Familiar con 8 participantes (6.40%). 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 24 participantes (19.20%) 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 14 participantes (11.20%) y la lejanía de las Clínicas de Medicina Familiar con 10 participantes (8%) observándose un menor porcentaje atribuido a este rubro.

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	61	48.8	39.8, 57.90
Mitos y creencias populares en contra de las vacunas	32	25.6	18.2, 34.2
Falta de recursos económicos para transportación de pacientes	8	6.4	3.9, 14.2
LOGÍSTICOS Y ADMINISTRATIVOS			
Horarios restringidos de trabajo en el área de Vacunación	14	11.2	2.8, 12.2
Lejanía de las Unidades de Salud	10	8.0	6.3, 18.1
TOTAL	125	100.0	

Fuente: Cédula de Entrevista de Barreras para la Vacunación en el Primer Nivel de Atención DF Delegación Poniente ISSSTE



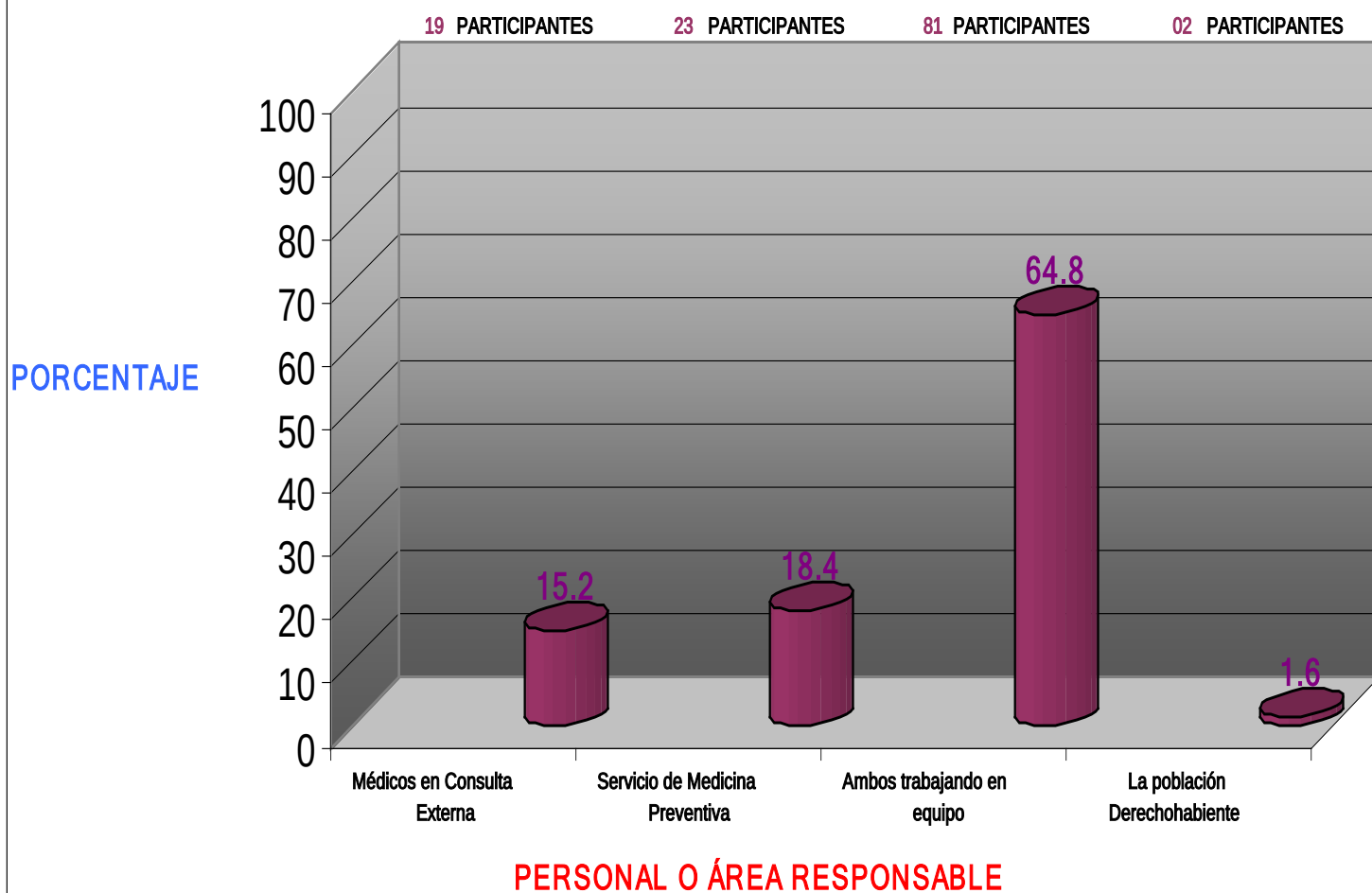
PERCEPCIÓN DE RESPONSABILIDAD EN LA VIGILANCIA DEL ESTADO DE VACUNACIÓN. (Cuadro no. 6)

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 las Clínicas de Medicina Familiar; para el seguimiento y actualización de estos datos, los resultados fueron los siguientes: 19 participantes (15.20%), respondieron que los responsables eran los Médicos en Consulta Externa, 23 participantes (18.40%) contestaron que el servicio de Medicina Preventiva, 81 médicos (64.80%) respondieron que Ambos trabajando en equipo (Consulta Externa y Medicina Preventiva), solo 2 participantes (1.60%) respondieron que la responsabilidad debía correr a cargo de la Población Derechohabiente

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 en Consulta Externa	19	15.2	9.4, 22.7
Servicio de Medicina Preventiva	23	18.4	12.0, 26.3
Ambos trabajando en equipo	81	64.8	55.8, 73.1
La población Derechohabiente	2	1.6	0.2, 5.7
TOTAL	125	100.0	

Fuente: Cédula de Entrevista de Barreras para la Vacunación en Primer Nivel de Atención DF Del. Poniente ISSSTE

CUADRO No. 6 PERCEPCIÓN DE RESPONSABILIDAD EN LA VIGILANCIA DEL ESTADO DE VACUNACIÓN, REVISIÓN Y REGISTRO EN CARTILLAS EN LOS MÉDICOS PARTICIPANTES.



Fuente: Cédula de Entrevista de Barreras para la Vacunación en Primer Nivel de Atención Del. Poniente ISSSTE



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 su Clínica de Medicina Familiar.			
VARIABLE	No. N = 125	%	IC 95%
Conoce horarios y días de operación de Medicina Preventiva.	113	90.4	83.8, 94.9
Contactos con la población en los que debe indagar y evaluar el Esquema de Vacunación en la población Derechohabiente. **	81(+)	64.8	55.8, 73.1
Conoce las vacunas del Esquema de Vacunación Universal y las que se aplican con enfoque de riesgo en el Servicio de Medicina Preventiva	115	92.0	83.8, 94.9

(+) 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 Delegacional Poniente ISSSTE.

Los Médicos participantes en el estudio, deben conocer, la forma en la que opera, el Servicio de Medicina Preventiva en sus Clínicas 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.

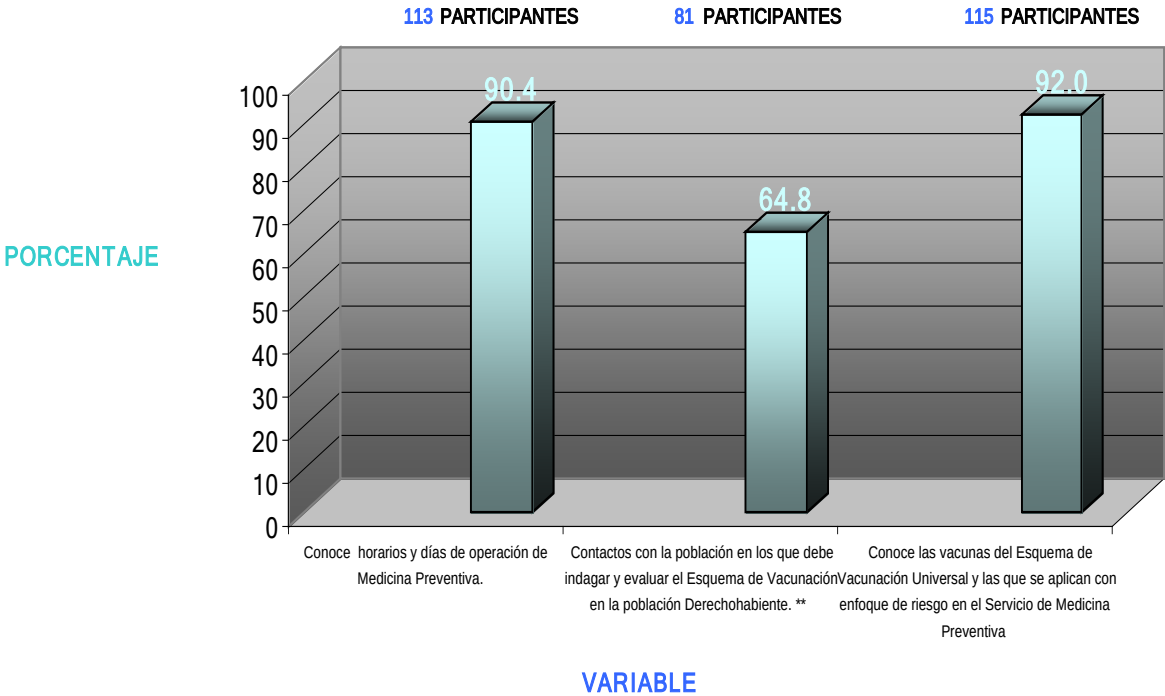
La evaluación de estos puntos se realizó de la siguiente manera: Al interrogar si se conocía por los participantes los horarios y días de operación del Servicio de Medicina Preventiva 113 (90.4%), respondieron de forma afirmativa.

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, el número de participantes con respuesta adecuada fue de 81 (64.80%).



Al preguntar de manera general si los médicos conocían los biológicos del esquema universal de Vacunación que se aplican en su Clínica de Medicina Familiar, 115 participantes (92%), respondieron afirmativamente al cuestionamiento.

CUADRO No. 7 CONOCIMIENTO Y OPERACIÓN DE LOS PARTICIPANTES EN LA APLICACIÓN DE LOS BIOLÓGICOS EN EL PROGRAMA DE VACUNACIÓN UNIVERSAL EN SU CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR



(+ Ver CUADRO No. 7) Participantes con Respuesta Correcta
** Se exploró en que situaciones debe evaluarse el esquema universal de vacunación
Fuente: Barreras para la Vacunación en Médicos Primer Nivel Delegacional Poniente ISSSTE.



EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LOS PARTICIPANTES SOBRE EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN 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 86 participantes con un 68.80%, acerca de las Enfermedades que previene la vacuna Td; 115 participantes (92%). Las dosis intervalos y vías de administración de la vacuna Td; 76 participantes con un 60.80%. La edad de aplicación, vía de administración, dosis e intervalos de aplicación de la vacuna antineumocócica en adultos; 112 participantes con un (89.60%).

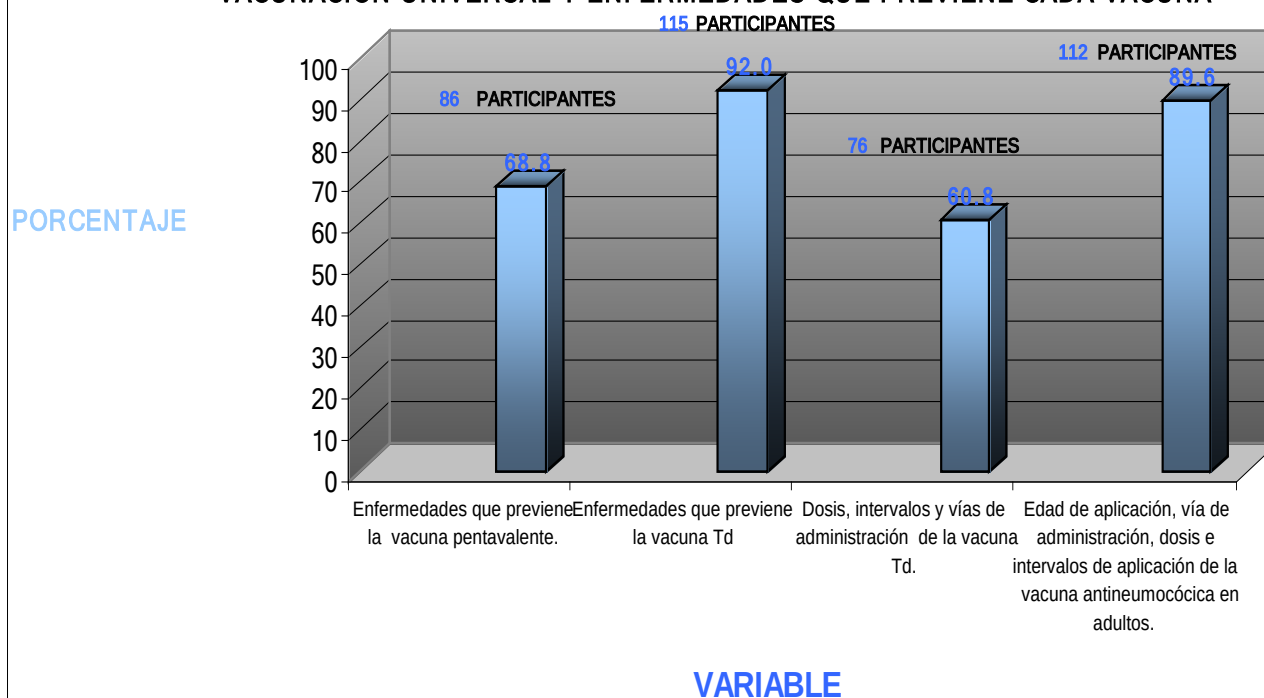
CUADRO No. 8 Conocimientos de los participantes sobre el Esquema de Vacunación Universal y enfermedades que previene cada vacuna.			
VARIABLE	No. N = 125	%	IC 95%
Enfermedades que previene la vacuna pentavalente.	86 *	68.8	59.9%, 76.8%
Enfermedades que previene la vacuna Td	115 *	92.0	85.8%, 96.1%
Dosis, intervalos y vías de administración de la vacuna Td.	76 *	60.8	51.7%, 69.4%
Edad de aplicación, vía de administración, dosis e intervalos de aplicación de la vacuna antineumocócica en adultos.	112 *	89.6	82.9%, 94.3%

* Participantes con Respuesta Correcta

Fuente: Barreras para la Vacunación en Primer Nivel de Atención D.F. Delegación Poniente ISSSTE.



CUADRO No. 8 CONOCIMIENTOS DE LOS PARTICIPANTES SOBRE EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN UNIVERSAL Y ENFERMEDADES QUE PREVIENE CADA VACUNA



Fuente: Cédula de Entrevista de Barreras para la Vacunación en Primer Nivel de Atención DF Delegación Poniente ISSSTE



LA TOMA DE DECISIONES EN LA PRÁCTICA MÉDICA COTIDIANA, (Cuadro no. 9) pudo ser evaluada por medio 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 de 80 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 3,200 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? 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, 64 participantes (51.20%), 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, 70 participantes (56%) respondieron de forma adecuada al caso clínico.

Caso no. 3.- En este reactivo un cuestionamiento se planteo 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 98 participantes (78.40%) tomaron una decisión adecuada.

Caso no. 4.- 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, la respuesta correcta se obtenía evaluando



presencia de falsas contraindicaciones, y que biológicos se deberían aplicar en este caso, 105 participantes (84%), respondieron de forma adecuada al cuestionamiento.

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 interferon, aquí 79 participantes (63.20%).

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 101 participante (80.80%) respondieron de manera adecuada al cuestionamiento.

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 N = 125	%	IC 95%	No. DE PARTICIPANTES CON RESPUESTA INCORRECTA N = 125	%	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	64	51.2	42.1, 60.2	61	48.8	36.1, 53.6
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	70	56.0	46.8, 64.9	55	44.0	35.1, 53.2
Adulto mayor 75 años ¿Que esquema de vacunación recomendaría aplicar?	Indicaciones de vacunación universal Vacunar o No y Biológico a Aplicar	98	78.4	70.2, 85.3	27	21.6	14.7, 29.8

Fuente: Barreras para la Vacunación en Primer Nivel de Atención Delegacional Poniente ISSSTE



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 N = 125	PORCENTAJE DE DECISIONES ADECUADAS %	IC 95%	PORCENTAJE DE DECISIONES INADECUADAS %	IC 95%
Fem. 19a, 35SDG,norma evolutiva en embarazo, sin antecedentes de haber recibido vacuna Td en visitas anteriores con servicios de Salud. ¿Cual seria la conducta a seguir?	Presentar falsas contraindicaciones Vacunar o No y Biólogo a Aplicar	105	84.0	76.4% ,89.9%	16.0	10.1, 23.6
LM 15meses, sin dosis previa de Sabin, acude por 1era dosis SRP, pero esta se dotara a la CMF en 3 días. ¿Cual seria la conducta a seguir?	Vacunar o no, Biólogo (s) a administrar y aplicación del concepto de interferencia mediada por interferón.	79	63.2	54.1%,71.6%	36.8	28.4, 45.9
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	101	80.8	72.8%, 87.3%	19.2	12.1, 26.4

Fuente: Cédula de Entrevista de Barreras para la Vacunación en el 1er Nivel de Atención en el DF Del. Poniente ISSSTE

LAS BARRERAS PARA VACUNAR A LA POBLACIÓN EN RELACIÓN CON LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES (Cuadro no. 10), partiendo que la existencia de Barreras, se presento 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 28 participantes (46.9%) no presentaron barreras y 32 participantes con un (53.3%) sin presentaron barreras El GENERO FEMENINO 34 participantes (53,3%) no presentaron barreras, y 31 participantes (46.7%), si las presentaron, la relación entre variables GENERO Y BARRERAS fue de OR= 1.25, que representa en el género masculino una aparente mayor



tendencia a presentar una toma inadecuada de decisiones por presentar barreras a la vacunación, sin embargo la amplitud del IC95% pasa por la unidad lo que descarta tal asociación.

En la variable EDAD, los menores o iguales a 40 años; 16 médicos (43.2%), no presentan barreras y 21 (56.8%) si las presentaron, los médicos mayores de 40 años, 46 (52.3%), no presentaron barreras y 42 (47.7%) si lo presentaron. Los médicos menores de 40 pueden presentar tendencia a la toma inadecuada de decisiones por barreras para la vacunación con un $OR = 1.44$, sin embargo, debido a que la amplitud del IC95% pasa por la unidad, se descarta dicha asociación

En cuanto a la FORMACIÓN ACADÉMICA, 18 Médicos Especialistas (41.9%), no presentaron barreras y 25 Médicos Especialistas (58.1 %), si presentaron barreras. Los médicos generales 44 de ellos con un (53.7%) no presentaron barreras y 38 con un (46.3%) si presentaron barreras. Los médicos especialistas presentan mayor tendencia a la toma inadecuada de decisiones por presentar barreras siendo el $OR=1.61$, tal aparente asociación pierde validez considerando que el IC95% pasa por la unidad.

La ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO, el personal menor o igual a 10 años, 26 personas (46.4%), no presentaron barreras y 30 personas con un (53.6%) si presentaron barreras. En el grupo de antigüedad mayor a 10 años, se encontró a 36 personas sin barreras para la vacunación con un 52.2% y 33 personas con un (47.8%), si las presentaron, se observó que el personal con menos de 10 años de antigüedad presenta una mayor tendencia a presentar toma inadecuada de decisiones por presentar barreras siendo el $OR= 1.26$, sin embargo la amplitud del IC95% pasa por la unidad lo que descarta tal asociación.

LA JORNADA LABORAL del Turno Matutino 42 personas 53.8% no presentaron barreras y 36 personas (46.2%) si presentaron barreras, del Turno Vespertino 20 personas (42.6%), no presentaron barreras y 27 personas (57.4%), si lo presentaron. En el Turno vespertino existe un mayor tendencia a presentar una toma inadecuada de decisiones por presentar barreras para la vacunación que el turno matutino $OR= 1.60$, tampoco se sostiene esta aparente asociación, ya que el IC95% pasa por la unidad.

LA CAPACITACIÓN (denominado así con base en la toma de cursos de vacunación en el ultimo año), el cruce de variables 23 participantes no capacitados (45.1%) no presentaron barreras, 28 no capacitados (54.9%) si presentaron barreras, del personal capacitado 34 (45.9%) presentaron barreras y 40 capacitados con un 54.1% 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 OR=1.43. Esta aparente asociación también se descarta debido a que el IC95% pasa por la unidad.

CUADRO No. 10 Barreras para vacunar a la población en relación con las características socio demográficas de los participantes						
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN	Barreras para vacunar SI NO				OR	IC 95%
GENERO						
MASCULINO	32	53.3%	28	46.75%	1.25	0.58,2.69
FEMENINO	31	47.7%	34	52.3%		
	63		62			
EDAD						
<=40 AÑOS	21	56.8%	16	43.2%	1.44	0.62,3.35
> 40 AÑOS	42	47.7%	46	52.3%		
	63		62			
FORMACIÓN ACADÉMICA						
MEDICO ESPECIALISTA	25	58.1%	18	41.9%	1.61	0.72,3.63
MEDICO GENERAL	38	46.3%	44	53.7%		
	63		62			
ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO						
< = 10 AÑOS	30	53.6%	26	46.4%	1.26	0.58,2.71
> 10 AÑOS	33	47.8%	36	52.2%		
	63		62			
JORNADA LABORAL						
VESPERTINO	27	57.4%	20	42.6%	1.60	0.71,3.49
MATUTINO	36	46.2%	42	53.8%		
	63		62			
CAPACITACIÓN						
NO CURSOS	28	54.9%	23	45.1%	1.43	0.66,3.12
SI CURSOS	34	45.9%	40	54.1%		
	62		63			

Fuente: Cédula de Entrevista de Barreras para la Vacunación en el 1er Nivel de Atención en el DF Del. Poniente. ISSSTE



CUADRO No. 11 Oportunidades Potenciales de Perdidas de Vacunación en el Estudio.				
TIPO DE VACUNA Casos	OPORTUNIDAD PERDIDA		% DE OPORTUNIDADES PERDIDAS	IC 95%
	N = SI	125 NO		
1.LM 2/12 m VIH (+) sin manifestaciones de enfermedad, vacunar o no? con BCG, Sabin, Pentavalente	61	64	48.8	39.8, 57.9
2.LF 3/12m Diarrea sin deshidratación, vacunar o no? con BCG, Sabin, Pentavalente	55	70	44.0	35.1, 53.2
3.Mujer Embarazada 19a sin dosis previa de Td conducta a seguir	20	105	16.0	10.1, 23.6
4.LM 15/12m sin dosis de Sabin y SRP	46	79	36.8	28.4, 45.9
5.Fem. 28a labora en Aeropuerto solicita vacuna SR, conducta a seguir, recomendaciones vacunar o no vacunar	24	101	19.2	12.7, 27.2

Fuente: Cédula de Entrevista de Barreras para la Vacunación en el 1er Nivel de Atención en el DF Del. Poniente ISSSTE

El análisis de las **OPORTUNIDADES POTENCIALES DE PERDIDAS DE VACUNACION (Cuadro no. 11)**, se tomaron para este propósito 5 los casos clínicos simulados, en el caso número 1 existió un 48.8% de pérdidas de oportunidades de vacunación (61 participantes), en el caso número 2 un 44% con 55 participantes, el caso número 3 solo 16% de oportunidades perdidas de vacunación con 20 participantes, el caso número 4 existió un 36.8% de pérdidas de vacunación con un total de 46 participantes y el caso número 5 un 19.2% con 24 participantes.



CUADRO No. 12 Tipo de Decisiones y Factores de Exposición en Participantes del Estudio					
FACTOR DE EXPOSICIÓN	TIPO DE DECISIONES	TOMA DE DECISIONES		OR	IC 95%
		INADECUADAS	ADECUADAS		
Presentar barreras para vacunar	Vacunar a niño de 2 meses seropositivo al VIH	41	21	4.2	1.98, 9.85
No presentar barreras para vacunar		20	43		
Presentar barreras para vacunar	Vacunar a lactante con diarrea y tolerancia a vía oral	43	19	9.6	4.2, 22.0
No presentar barreras para vacunar		51	12		
Presentar barreras para vacunar	Vacunación para un adulto de 75 años de edad	25	37	20.6	4.6, 91.74
No presentar barreras para vacunar		2	61		
Presentar barreras para vacunar	Vacunar Femenino 19a Embarazo Normo evolutivo sin dosis previa de vacuna Td	17	45	7.6	2.1, 27.4
No presentar barreras para vacunar		3	60		
Presentar barreras para vacunar	Vacunar Lactante Masculino 15/12m sin dosis previa de Sabin y SRP.	32	30	3.7	1.7, 8.1
No presentar barreras para vacunar		14	49		
Presentar barreras para vacunar	Fem. 28 años labora en el aeropuerto en atención a pasajeros, solicita vacuna SR.	23	39	36.8	4.7, 28.5
No presentar barreras para vacunar		1	62		

Fuente: Cédula de Entrevista de Barreras para la Vacunación en el 1er Nivel de Atención en el DF Del. Poniente ISSSTE

Cuadro no. 12.-TIPO DE DECISIONES Y FACTORES DE EXPOSICIÓN, los factores de riesgo asociados a toma de decisiones inadecuadas en la práctica médica, fueron las barreras para vacunar tal como se observa en caso número 1 existió 4.2 (IC95% 1.98, 9.85) veces mayor riesgo, en el caso número dos 9.6 (IC95% 4.2, 22.0) veces mayor riesgo, en el caso número tres 20.6 (IC95% 4.6, 91.74) mayor riesgo, en el caso número cuatro, 7.6 (IC95% 2.1, 27.4) veces mayor riesgo, en el caso número cinco 3.7 (IC95% 1.7, 8.1) mayor riesgo , en el caso número seis existió 36.8 (IC95% 4.7, 28.5) veces mayor riesgo, siendo el caso 6 y el 3 los que presentaron mayor riesgo, ambos problemas son de



Instituto Nacional de Salud Pública

palpitante actualidad en el caso de la prevención de enfermedades como influenza, neumonía y tétanos en la tercera edad y en el caso 6, referido a la vacunación con fines de eliminación de sarampión y rubéola.

CUADRO No. 13 Sensibilidad, Especificidad, Valor Predictivo Positivo y Negativo del cuestionario de barreras para identificar correctamente a los médicos que toman decisiones inadecuadas en la práctica diaria								
TIPO DE PROBLEMAS	PRESENTA BARRERAS	TOMA DE DECISIONES		TOTAL	SENSIBILIDAD (IC95%)	ESPECIFICIDAD (IC95%)	VALOR PREDICTIVO POSITIVO (IC95%)	VALOR PREDICTIVO NEGATIVO (IC95%)
		INADECUADAS	ADECUADAS					
Vacunar a niño 2/12 seropositivo a VIH	+	41	21	62	67.21	67.19	66.13	68.25
	-	20	43	63	(54.61,79.81)	(54.90,79.47)	(53.54,78.72)	(55.97,80.54)
Vacunar lactante con diarrea y tolerancia VO	+	43	19	62	45.74	38.71	69.35	19.05
	-	51	12	63	(35.14,56.35)	(19.95,57.47)	(57.07,81.64)	(8.56,29.54)
Vacunación para un adulto de 75 años edad	+	25	37	62	92.59	62.24	40.32	96.83
	-	2	61	63	(80.86,100)	(52.14,72.35)	(27.31,53.54)	(91.70,100)
Vacunar Fem. 19a Embarazo Normo evolutivo sin dosis previas de vacuna Td	+	17	45	62	85.00	57.14	27.42	95.24
	-	3	60	63	(66.85,100)	(47.20,67.08)	(15.51,39.33)	(89.19,100)
Vacunar Lactante Masculino 15/12m sin dosis previas de Sabin y SRP	+	32	30	62	69.57	62.03	51.61	77.78
	-	14	49	63	(55.18,83.95)	(50.69,73.36)	(38.37,64.86)	(66.72,88.84)
Vacunación con SR a Fem. 28 Labora en Aeropuerto	+	23	39	62	95.8	61.39	37.10	98.41
	-	1	62	63	(85.76,100)	(51.40,71.38)	(24.27,49.93)	(94.53,100)

Fuente: Cédula de Entrevista de Barreras para la Vacunación en el 1er Nivel de Atención en el DF Del. Poniente ISSSTE

Cuadro 13.- Se observa que el cuestionario aplicado, tuvo una variación de sensibilidad (definida operacionalmente como el grado en que los participantes con barreras cognitivas en el cuestionario aplicado, realmente las exhibieron en el momento de tomar decisiones sobre vacunar o no vacunar en los casos simulados), de 45.74% en el caso de vacunar a lactante con diarrea y tolerancia a la vía oral, hasta 95.8% en el caso de la vacunación con SR a un femenino de 28 que labora en un aeropuerto.

La especificidad del cuestionario (definida operacionalmente como el grado en que los participantes que mostraron no tener barreras para la vacunación realmente,



Instituto Nacional de Salud Pública

no las presentaron, en el momento de tomar decisiones), para identificar, correctamente a los participantes sin barreras para la vacunación, presento una variación de 38.71% (vacunar a lactante con diarrea sin deshidratación, y tolerancia a la vía oral), a 67.19% (vacunar a niño de 2 meses seropositivo a VIH).

El valor predictivo positivo (VPP) de la presencia de barreras en las respuestas del cuestionario (definido operacionalmente como la proporción de participantes que en verdad presentaron barreras para vacunar en la toma de decisiones), tuvo una variabilidad de 27.42% (vacunar a femenino de 19 años con embarazo normo evolutivo sin dosis previas de vacuna Td., hasta 69.35% (vacunar a lactante con diarrea sin deshidratación y con tolerancia a la vía oral),).

El valor predictivo negativo (VPN) de los participantes que no presentaron barreras en el cuestionario (definido operacionalmente como la proporción de ellos que efectivamente no presentaron barreras para la vacunación en la toma de decisiones), tuvo una variación de 19.05% (vacunar a lactante con diarrea sin deshidratación y con tolerancia a la vía oral), a 98.41% (vacunar con SR a femenino de 28 años y labora en un aeropuerto).



DISCUSIÓN

El estudio permitió cuantificar las barreras para la vacunación en la población en médicos del primer nivel de atención, resultando los procedimientos utilizados, sencillos y de bajo costo, la representatividad del mismo fue adecuada, considerando que se apoyó en un censo de la población médica, y la similitud de las 6 clínicas analizadas. La investigación fue útil para explorar asociaciones entre las barreras para la vacunación identificadas, y el desempeño de las actividades médicas, lo que a futuro podría ayudar a realizar estudios comparativos entre diferentes unidades de salud. Aun cuando no se demostró la asociación entre las variables sociodemográficas y la presencia de barreras para vacunar, debido a que aun en los casos con OR superior a 1, el IC 95% pasaba por la unidad, si pudo demostrarse que la presencia de barreras cognitivas si esta asociada a la toma inadecuada de decisiones.

En estudios similares al nuestro, realizados en México en un Hospital Infantil ⁽⁷⁾, no revelaron una correlación importante entre la percepción de las barreras, que se les presentaron a las madres de familia y las acciones que el personal médico realiza para promocionar la vacunación de los niños, y el grado de conocimiento con respecto a la edad de aplicación.

La falta de conocimiento del Esquema de vacunación en el personal médico ha sido uno de los hallazgos más contundentes así como la actitud del personal en la falta de compromiso para evitar oportunidades perdidas de vacunación. En América Latina en estudios de oportunidades perdidas de vacunación las causas de vacunación incompleta eran atribuidas al paciente (86.3%), existiendo en más del 52% contraindicaciones falsas o mal interpretadas por parte del personal de salud generándose oportunidades perdidas de vacunación por la falta de conocimiento del Esquema de Inmunizaciones⁽⁸⁾.

En nuestro estudio, destaca que más de la mitad del personal, en materia de capacitación ha recibido algún curso de vacunación (59%), sin embargo el restante (41%) no ha recibido esta capacitación, siendo aun un porcentaje importante de trabajadores que han quedado sin esta oportunidad de actualizar sus conceptos en esta materia.

La Historia Clínica y el Registro de Inmunizaciones en ella, es un punto de apoyo fundamental, para el seguimiento del Programa de Vacunación en todas las edades, lamentablemente el 53% de los médicos, no conoce siquiera la existencia de este registro, a pesar que existe desde el año 2004, la historia clínica



electrónica en todos los consultorios de la Delegación Regional Poniente, con un apartado especial para el registro de las inmunizaciones

La percepción de los motivos de la NO VACUNACIÓN, fueron atribuidos a la población, (48.8%) mencionando que la falta de conocimiento de la población acerca de las vacunas era el principal factor para no recibir una inmunización, seguida de los mitos y creencias populares, la responsabilidad de la vigilancia del estado de vacunación fue un punto favorable, ya que el 64.8% de los participantes, asegura que el trabajo en conjunto es la forma más viable de conservar una buena cobertura de inmunizaciones, sin embargo, es importante mencionar que el 36.2% restante piensa que el trabajo de forma individualizada es lo correcto.

La operación del Servicio de Medicina Preventiva es un punto importante más del 90% de los médicos conoce los horarios y días de operación, asegurando con esto que el paciente será canalizado en los momentos adecuados para recibir sus inmunizaciones necesarias, además es importante destacar que los médicos aseveran en casi su totalidad, conocer las vacunas del Esquema de Vacunación que se aplican en la unidad, esto aseguraría que el paciente reciba la información adecuada, si existe o no el biológico en cuestión en su Clínica de Medicina Familiar.

Es necesario comentar que solo un 64.8%, realizó una correcta indagación y evaluación del esquema de vacunación en el momento del primer contacto con los pacientes, existiendo aun, un alto porcentaje de médicos, que no se involucran en esta actividad en cada oportunidad de acercamiento con el paciente.

Los diferentes biológicos evaluados, existen fallas en el conocimiento de las enfermedades que previenen, como se observó en el caso de la vacuna pentavalente de células completas que evaluaba los primeros 5 años de vida y en el caso de la vacuna Td., para mujeres en edad fértil, embarazadas y otras etapas de la vida, en ambas cerca de un 40% de los participantes persiste con dudas en su manejo y aplicación.

En la toma de decisiones en casos clínicos simulados, las falsas contraindicaciones hicieron acto de presencia observando la ausencia de adecuados conceptos de contraindicaciones, en cerca del 50% de los participantes, en algunos casos en particular; en el caso de infección asintomática por VIH, donde la inmunización, es sumamente importante, en ausencia de condiciones sindrómicas (SIDA) donde la aplicación de un biológico



Instituto Nacional de Salud Pública

tendría importantes implicaciones para evitar infecciones concomitantes; por igual ocurre en los casos de enfermedades diarreicas, donde se pierden valiosas oportunidades de vacunación aun con datos clínicos de condiciones propicias como buena hidratación y tolerancia a la vía oral, haciendo énfasis que este tipo de consulta representa cerca del 40% de la consulta en menores de 5 años, de la mano con Infecciones de Vías respiratorias, siendo prioritario reflexionar, el número de oportunidades perdidas de vacunación, en estos casos en particular.

Así mismo el concepto de interferencia postvacunal mediada por Interferon, es necesario recalcar en los médicos, debido a que también por la falta de este concepto se pierden valiosas oportunidades de recibir un biológico en infantes.

En los casos clínicos donde se evalúa la aplicación de vacunas para un adulto mayor de 75 años de edad, se puede observar que si se presentan barreras para vacunar como factor de exposición, crece de manera considerable, el riesgo de una toma inadecuada de decisiones incorrectas, al igual que la aplicación de vacuna SR, donde el presentar barreras desde luego aumenta el riesgo de no indagar de forma adecuada, los antecedentes de la paciente la cual solicita la aplicación de la vacuna en cuestión.

Es necesario continuar con la capacitación que se ha realizado en el caso de campañas por temporadas invernales o como el caso de la aplicación de SR, para fomentar el descenso de susceptibles en los puntos internacionales de entrada de una probable epidemia.

La identificación de barreras para la vacunación, en el cuestionario aplicado, tuvo una sensibilidad superior al 67% en 5 de los 6 casos simulados, una especificidad superior al 50% en 5 de los 6 casos analizados.

Estos resultados le confieren confiabilidad a la predicción de toma inadecuada de decisiones, en los profesionales que muestran tener barreras en el cuestionario utilizado como herramienta de trabajo, en términos del VPN, sin embargo, debido a que la evaluación se realizó con análisis de casos simulados y no con estudio de sombra, los resultados podrían no ser reproducibles en la vida real.



CONCLUSIONES

- La Historia Clínica, aunado a la Cartilla Nacional de Vacunación, es un punto importante para el registro y seguimiento del Esquema de Vacunación, pero se ha restado importancia a la utilización de este rubro por parte de los médicos.
- La capacitación es un factor prioritario para los médicos en el Primer Nivel de Atención en la Delegación Regional Poniente, para adquirir las bases en la aplicación de biológicos inmunizantes o reforzar y renovar conceptos.
- La percepción de los motivos de la NO VACUNACIÓN, fueron atribuidos a la población, (48.8%) mencionando que la falta de conocimiento de la población acerca de las vacunas era el principal factor para no recibir una inmunización.
- Los Médicos Generales y Especialistas coinciden que la vigilancia del Edo de vacunación de los derechohabientes es responsabilidad conjunta.
- 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.
- Persiste un alto porcentaje de Médicos (36%) que no realiza una correcta indagatoria de los biológicos inmunizantes y por consiguiente un mayor número de oportunidades perdidas de vacunación.
- Aunque no se pudo demostrar que eran factores asociados a la presencia de barreras para vacunar, las siguientes variables presentaron OR superior a 1, pero IC95% que pasa por la unidad: Ser médico especialista, trabajador en el turno vespertino, tener menos de 41 años y no haber recibido cursos de capacitación en vacunación en los últimos 12 meses, así como tener menos de 10 años de servicio.



Instituto Nacional de Salud Pública

- La disminución de Oportunidades Perdidas de Vacunación, es una estrategia importante en la prestación de Servicios de Salud, que tendrá un efecto positivo en el mantenimiento de las coberturas de vacunación.
- El estudio demostró la utilidad del análisis de barreras para la vacunación, para la predicción de toma inadecuada de decisiones en la práctica sanitaria.
- Los indicadores de evaluación de la calidad del instrumento de trabajo (Cuestionario), más sólidos fueron sensibilidad (hasta 95.8%) y VPN (hasta 98.41%), lo que permite identificar correctamente a los profesionales de salud con toma inadecuada de decisiones en función de tener barreras cognitivas para la vacunación, y predecir la toma adecuada de decisiones.

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 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.



LIMITACIONES DEL ESTUDIO BARRERA PARA LA VACUNACIÓN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

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 10.7% 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 apoyo en casos simulados, por lo que los resultados podrían haber sido diferentes, si se hubieran empleado estudios de sombra.



REFERENCIAS

- 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.-Rothman K. Epidemiología Moderna 17th Edición. Madrid . Ediciones Santos Madrid, 1990: 23-39
- 4.-Hernandez- 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.- Nigenda G, Orozco E. Motives for non-vaccination: critical review of international literature 1950-1990. *Rev. Saúde Pública*, 1997; 21: 313- 323
- 7.-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.
- 8.-Federicci María I. Oportunidades Pedidas de Vacunación, Participación del Personal de Salud. Arch. Argent. Pediatría. 1999; 97: 3-7.
- 9.-Sonja S, Hutching S. Preschool Children at High Risk for measles: Opportunities to Vaccinate American Journal of Public Health. 1993;83: 6 115-124
- 10.- 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



- 11.-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.
- 12.-Williams-Walter W. Immunization Policies and Vaccine Coverage among Adults. The Risk for Missed Opportunities. Annals of Internal Medicine 1998: 208, 616-625.
- 13.-Nirupam E, A survey of missed opportunity for immunization in Lucknow Indian Pediatrics 1992; 29: 29-32.
- 14.-Kenneth M. Immunization Opportunities Missed Among Urban poor Children. Pediatrics Vol. 89 No. 6 June 1992; 1019-1026.
- 15.-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.
- 16.-Wood D, Reducing Missed Opportunities to vaccinate during child health visits. Arch. Pediatrics Adolescent Med. Vol.1996; 152; 3; 238-243.
- 17.-Díaz Ortega JL Camacho Muñoz. Oportunidades Perdidas de Vacunación en < 5 años en la Ciudad de México. CONAVA 1991.
- 18.-CONAVA. Manual de Procedimientos Técnicos de Vacunación Actualización. Mexico.2003. Capitulo 5
19. - Plotkin S. Orenstein. WA Vaccines WB. Saunders 1996 Co.4th Edition.
- 20.-Hills M. Statically Models in Epidemiology Oxford University Press .2002 2Th Edition.



Instituto Nacional de Salud Pública

21. - 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
- 22.- Anderson RM, Ray RM. Infectious Diseases of Humans. 1st Edition, USA, Oxford Science Publications, 1991



GLOSARIO

Sensibilidad.- Es el grado en los participantes con barreras cognitivas en el cuestionario aplicado, realmente las exhibieron, en el momento de tomar decisiones sobre vacunar o no vacunar en los casos simulados.

Especificidad.- Definida como el grado en que los participantes que mostraron no tener barreras para la vacunación, realmente no las presentaron en el momento de tomar decisiones para vacunar o no vacunar en los casos simulados.

Valor Predictivo Positivo (VPP).- Es la proporción de participantes que en verdad presentaron barreras para vacunar en la toma de decisiones.

Valor Predictivo Negativo (VPN).- Es la proporción de participantes que efectivamente no presentan barreras para la vacunación en la toma de decisiones.

ISSSTE.- Instituto de Servicio y Seguridad Social de los Trabajadores al Servicio del Edo.

Delegación Regional Poniente ISSSTE.- Delimitación geográfica y política dentro del sistema de administración pública del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores al Servicio del Estado, que agrupa los diferentes servicios médicos y administrativos y otras índoles, ofrecidos por esta dependencia federal a sus trabajadores que habitan en esta geográfica de la Ciudad de México DF.

Clínica de Medicina Familiar (CMF).- Es el espacio físico donde se confinan bajo el modelo CIS (Centro Integral de Servicios), en el Primer Nivel de Atención del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores al Servicio del Estado, los diferentes servicios médicos, administrativos, clínicos y para clínicos de manera exclusiva a los Trabajadores de las diferentes dependencias federales.

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 ISSSTE



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
IDENTIFICACIÓN DE BARRERAS PARA
LA VACUNACIÓN EN EL PRIMER NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL
(DELEGACIÓN PONIENTE ISSSTE.)



El presente estudio tiene por finalidad conocer la percepción del medico 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.

Puesto:	a) Medico General	b) Medico Especialista		
Sexo:	a) Masc	b) Fem.		
Horario de Atención:	a) Matutino	b) Vespertino		
Antigüedad en el Puesto	a) menos 1 año e) 16 a 20 años	b) 1 a 5 años f) 21 y 25 años	c) 6 a 10 años g) 26 a 30 años	d) 11 a 15 años h) 31 y mas
Edad	a) 25 a 30 años e) 46 a 50 años	b) 31 a 35 años f) 51 a 55 años	c) 36 a 40 años g) 56 a 60 años	d) 41 a 45 años h) 61 y mas

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 qpos de edad

4.-¿ Cual 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, *Haemophilus 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.- ¿Que 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.- ¿Cuales 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 tetánico 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 que edad debe aplicarse la vacuna antineumococica en adultos, vía de administración, y a que dosis e intervalos de aplicación?

- a) Justo después de su jubilación, con dosis de 1ml intramuscular, con una dosis anual en temporada invernal.
- b) 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.
- c) 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.
- d) Todas las anteriores.
- e) 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. ¿Que 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?

- a) No debe vacunar al Niño
- b) Sabin, BCG y Pentavalente
- c) Solamente Sabin
- d) Solamente Sabin y Pentavalente
- e) 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 esta 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 antineumococica 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 antineumococica cada año
- c) 1 dosis de SR cada año
- d) Ninguna de las anteriores.



Instituto Nacional de Salud Pública

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. ¿Cuales 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 esta 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 PARTICIPACIÓN



PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

“El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada “BARRERAS PARA LA VACUNACIÓN EN EL PRIMER DE ATENCIÓN EN EL DF (Del Poniente ISSSTE) para propósitos de consulta académica. Sin embargo, queda reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al señalado lo que lleve a su reproducción parcial o total “

ROJANO LASTRA ENRIQUE

Cuernavaca Morelos Julio del 2009