



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

**EL CALENDARIO DE VACUNACIÓN DEL ADULTO EN EL
CONTEXTO DE LA SALUD
PÚBLICA DE LA MUNICIPALIDAD DE CÓRDOBA**

Maestrando: Méd. Gloria Isabel Vizcarra

Directora: Dra. María Cristina Cometto

Córdoba – Argentina

2014

Tribunal de tesis

Prof. Mgter. Maria Borsotti

Prof. Dra. Patricia Gómez

Prof. Mgter. Jorge Kiguen
(Universidad Nac. Del Litoral)

RHCD 1228/14

Dedicatoria

A mis padres, Ramón y Gloria

A mi marido, Carlos

A mis hijos, Rocío, José María, Santiago, Anahí y Lucía

Agradecimientos

Quiero expresar mi agradecimiento a la Directora de Tesis, Dra. María Cristina Cometto, quien me ha motivado a realizar este trabajo, por su dedicación, conocimientos y aportes brindados, por el espíritu docente que en ella nunca cesa.

Un especial agradecimiento a mis compañeros de equipo del centro de Salud N° 12 de Ferreyra, por su apoyo durante este trabajo.

Mi reconocimiento a profesores, médicos, docentes y no docentes de la Maestría de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, y todos aquellos que de una forma u otra colaboraron en la realización del presente trabajo.

Finalmente, a mis pacientes que colaboraron en las encuestas, destinatarios finales de este esfuerzo, a todos ellos mi reconocimiento.

Artículo 23. Ord. Rectoral 3/77

“La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, no es solidaria con los conceptos vertidos por el autor.”

ÍNDICE

Resumen	.....	VII
Summary	.....	IX
Introducción	.....	1
Objetivos	.....	18
General	.....	18
Específicos	.....	81
Material y Métodos	.....	19
Resultados	.....	22
Discusión	.....	33
Conclusiones	.....	38
Recomendaciones	.....	39
Bibliografía	.....	40
Anexos	.....	44

RESUMEN

Introducción: la salud pública se entiende como la salud de la población en todas sus dimensiones. Por lo tanto no debe limitarse a los llamados bienes y servicios públicos o a aquellas actuaciones reconocidas como responsabilidades del gobierno o del Estado, sino también hacia los agentes determinantes de la salud y hacia los espacios colectivos de los sistemas de atención. De este concepto se desprende por una parte la necesidad de actuaciones compartidas con otros sectores y por otra parte, la preocupación por la salud individual. La salud pública requiere para su puesta en práctica de diversas disciplinas que pueden estar a su servicio para cumplir con sus objetivos. Dentro de estas la que le resulta más útil para su finalidad es la epidemiología, ya que incluye el estudio de todos los agentes determinantes de la salud y no solamente de las enfermedades.

Objetivos: general: Analizar el Calendario de Vacunación del Adulto en el Contexto de la Salud Pública Municipal y en la población de la zona sureste de la Ciudad de Córdoba, que concurre habitualmente al Centro de Salud N° 12 de B° Ferreyra. Específicos: 1) Cuantificar el porcentaje de cumplimiento del Calendario de Vacunación en la población analizada. 2) Determinar las causas de falta de cumplimiento del Calendario de Vacunación del Adulto en la población analizada. 3) Indagar la opinión de los usuarios con respecto al cumplimiento del Calendario de Vacunación. 4) Indagar la opinión de los integrantes del equipo de salud con respecto al cumplimiento del Calendario de Vacunación. 5) Diseñar estrategias con el fin de reforzar el acceso a esta medida preventiva a través de campañas de educación para la salud a nivel colectivo y a nivel individual.

Material y Métodos: el diseño de investigación fue de carácter descriptivo transversal. Este estudio se realizó en la siguiente Unidad de Análisis: el Centro de Salud Municipal N° 12 de B° Ferreyra donde se realizan un total de 24.000 consultas promedio durante un año en los distintos servicios que constituyen el universo. De las cuales el 60% corresponde al Servicio de Guardia, 25% del total de consultas por 1° vez corresponden a adultos >21 años. La obtención de la muestra fue por la modalidad aleatoria simple durante el período comprendido entre el 1 de Octubre de 2010 al 30 de Noviembre de 2012 a las personas que concurran al Centro de Salud por consultas espontánea o por derivación a cualquier servicio, correspondiendo un número de al menos 280 pacientes para el período estipulado. Los datos obtenidos serán pasibles de cálculos estadísticos, para lo cual se utilizará el software SPSS Esp V 11.5.

Luego se realizó un estudio bibliográfico sobre el calendario de vacunación del adulto en distintos niveles (internacional, nacional, provincial, municipal). El estudio descriptivo del cumplimiento del Calendario de Vacunación del Adulto en la zona sur de la ciudad de Córdoba; a continuación, se formalizó un estudio

exploratorio sobre la opinión de diferentes profesionales del personal de salud del Dispensario en relación con el Programa de Vacunación del Adulto.

Resultados: La mayoría de los encuestas correspondieron al año 2012 (n: 159, 47.2%), las edades promedio fue de $36,2 \pm 13,7$ años (r: 19-71), hubo un leve predominio del sexo femenino (n: 207, 55.6%); que el 72,6% (casados y en pareja) conforman una situación de convivencia conyugal permanente; el 56.5% (n: 210) tenía una situación estable de trabajo; el 75.7% (n: 159) eran asalariados; El nivel educativo más frecuente es menor al ciclo básico medio (62,4%) ; el 72,6% de los encuestados (n: 270) tienen haberes superiores a \$ 1.000; La tipología familiar nuclear sigue la tendencia encontrada en el estado civil de los encuestados (n: 213, 57.3%).

Conclusiones: Los adultos que concurren al Centro de Salud Municipal N° 12 de Barrio Ferreyra manifestaron mayoritariamente (n: 312; 83,9%) no haber cumplimentado con el calendario vacunal. Las causas de dicho incumplimiento en estos 312 individuos, revelaron que fue por desconocimiento (65,1%) y falta de acceso a la cobertura social (34,9%). Un hecho destacable en este sentido es la falta de difusión del calendario corroborada por expresión de los encuestados (68,5%) y que el 75% calificó de insatisfactoria a las recomendaciones. Respecto al equipo de salud, dicen que se cumple (81,8%) con el calendario, sólo dos efectores opinaron lo contrario.

SUMMARY

Introduction: public health is understood as population health in all its dimensions. Therefore not be limited to so-called public goods and services or those recognized as responsibilities of government actions or the state, but also to the determinants of health agents and to the collective spaces of care systems. This concept follows the one hand the need for shared activities with other sectors and on the other hand, concerns about individual health. Public health required for implementation of various disciplines can be of service to meet your goals. Within these that you find most useful for your purpose is epidemiology, since it includes the study of all the determinants of health agents, not just diseases.

Objectives: general: Analyze the Adult Immunization Schedule in the context of the Municipal Public Health and the population of the southeast area of the City of Córdoba, who regularly attends the Health Centre N° 12 B° Ferreyra. Specifics: 1) quantify the percentage of compliance Vaccination Schedule in the analyzed population. 2) Determine the causes of non-compliance of the Adult Immunization Schedule in the analyzed population. 3) To investigate the views of users regarding compliance Vaccination Schedule. 4) Investigate the opinion of the members of the healthcare team regarding compliance Vaccination Schedule. 5) Develop strategies to strengthen access to this preventive measure campaigns through health education collectively and individually.

Material and Methods: The research design was cross-sectional descriptive. This study was conducted in the following Analysis Unit: Municipal Health Center No. 12 B° Ferreyra where a total of 24,000 average queries are performed for a year in the various services that make up the universe. Of which 60% corresponds to the Guard Service, 25% of all searches for 1st time on adults >21 years old. The sample collection was simple random mode during the period from October 1, 2010 to November 30, 2012 to the persons who attend the health center for consultations spontaneous or referral to any service, corresponding numbers at least 280 patients for the period specified. The data will be subject to statistical calculations, for which the SPSS 11.5 software will be used.

A literature on adult immunization schedule at different levels (international, national, provincial, municipal) was then performed. The descriptive study of the implementation of the Adult Immunization Schedule in the south of the city of Córdoba, then an exploratory study on the views of different health professionals Dispensary staff in relation to the Adult Immunization Program was formalized.

Results: Most surveys corresponded to 2012 (n=159, 47.2%), mean age was 36.2 ± 13.7 years (range 19-71), there was a slight predominance of females (n=207, 55.6%), whereas 72.6% (married couple) make a permanent state of

conjugal relationship , 56.5% (n=210) had a stable job situation, 75.7% (n=159) were employed , the most common education level is lower than the average basic cycle (62.4%), 72.6% of respondents (n=270) have assets greater than \$1,000, the nuclear family typology follows the trend found in marital status of respondents (n=213, 57.3%).

Conclusions: Adults who attend the Municipal Health Center No. 12 expressed mainly Neighborhood Ferreyra (n=312, 83.9%) had not completed the immunization schedule. The causes of such failure in these 312 individuals revealed that ignorance was (65.1%) and lack of access to social benefits (34.9%). A remarkable fact in this regard is the lack of dissemination of schedule confirmed by expression of the respondents (68.5%) and 75% rated unsatisfactory to the recommendations. Regarding health team say is true (81.8%) with the schedule, only two disagreed effectors.

INTRODUCCIÓN

La salud pública se entiende como la salud de la población en todas sus dimensiones. Por lo tanto no debe limitarse a los llamados bienes y servicios públicos o a aquellas actuaciones reconocidas como responsabilidades del gobierno o del Estado, sino también hacia los agentes determinantes de la salud y hacia los espacios colectivos de los sistemas de atención. De este concepto se desprende por una parte la necesidad de actuaciones compartidas con otros sectores y por otra parte, la preocupación por la salud individual. La salud pública requiere para su puesta en práctica de diversas disciplinas que pueden estar a su servicio para cumplir con sus objetivos. Dentro de estas la que le resulta más útil para su finalidad es la epidemiología, ya que incluye el estudio de todos los agentes determinantes de la salud y no solamente de las enfermedades.

La salud pública es parte integral del sistema de salud, entendiéndose, éste como "la atención a las personas y al entorno hechas con la finalidad de promover, proteger o recuperar la salud o de reducir o compensar la incapacidad irrecuperable, incluido el suministro de medios, recursos y condiciones para ello incluye también las actuaciones ejercidas sobre los factores determinantes de la salud y realizadas con el fin de mejorar la salud o facilitar su atención, independientemente de la naturaleza de los agentes públicos, estatales, no estatales y privados que la realizan." (1)

Los sistemas de salud y el sistema de atención que lo compone tienen como finalidad producir salud de la mejor manera posible y están basados en valores y principios estructurales, que constituyen objetivos finales; entre ellos: la equidad, la participación social, la eficiencia, la descentralización, la integralidad de la atención, la solidaridad.

Los sistemas de salud necesitan para su desempeño de recursos y condiciones que le permitan alcanzar los objetivos finales de su gestión. Entre los recursos y condiciones se presentan: el liderazgo; la información;

los recursos humanos adecuados y la capacidad física productiva apropiada; los conocimientos y la tecnología apropiados; la financiación.

La salud pública es ejercida por diversos actores. La sociedad es el principal actor y objeto de la salud pública. Actúa en pro de la salud a través de organizaciones de redes de apoyo informal y formal, de comunidades de interés, etc.

El estado es un actor principal de la salud pública, ya que tiene como función movilizar, articular, orientar y apoyar la actuación de la sociedad y especialmente de sus actores públicos no estatales.

La actuación de agentes sociales privados amplía la capacidad de Estado y las posibilidades de la salud pública. Esto no significa una alternativa a la actuación del Estado y no lo exime de sus responsabilidades hacia la salud pública.

Los agentes privados pueden contribuir aunque de manera limitada con la salud pública. Sin embargo, hay situaciones en que las empresas pueden actuar como sujetos de la salud pública, por ejemplo, en el campo de la salud ocupacional, con respecto a la protección ambiental o, de forma voluntaria, en otros campos. (1)

La salud pública implica la actuación de agentes capacitados. La excelencia científico técnica es necesaria para una salud pública de calidad y debe incorporar a todos los trabajadores de la salud y de los sectores relacionados, especialmente en el primer nivel de atención, donde la atención primaria es una estrategia dirigida a proteger la salud de la población y convertir la relación entre el paciente, el médico y las instituciones en un vínculo más humano, más solidario y más equitativo.

El desarrollo de las capacidades de salud, no solo dependen del conjunto de actividades específicas del sector sanitario, sino también del compromiso personal y de otros sectores como el laboral, educacional, cultural, social, recreativo, etc.

Hay capacidades fundamentales que también debemos fortalecer para el logro de la salud individual como comunitaria como son la comunicación y la creatividad, la crítica y la autocrítica, el compromiso social activo y la autonomía, la solidaridad y la capacidad de integración.

La atención primaria debe extender el sistema sanitario a los hogares para conocer la realidad social y sanitaria de la población.

La salud como derecho requiere que los ciudadanos dejen de ser receptores pasivos de las actividades prestadas por los servicios de salud y ejerzan sus derechos como ciudadanos.

A través del paso de los años, la medicina pasó desde un concepto casi exclusivo de diagnóstico, tratamiento y en algunos casos, de rehabilitación de enfermedades a la posterior incorporación de pautas que tiene que ver con el diagnóstico temprano y luego la prevención. Estos conceptos se reforzaron a partir de la reunión de Alma Atta, y hoy es parte esencial en la estrategia de atención primaria de la salud (2).

En sus comienzos estuvo dirigida solamente a los niños pero en la actualidad, no escapa ningún grupo etario, ya que hay muchas enfermedades que se pueden prevenir y a muy bajo costo.

Dentro de este esquema el examen periódico de salud ocupa un lugar fundamental, ya que se usa para prevenir enfermedades o para buscar otras que puedan ser desconocidas por el enfermo.

En la historia natural de muchas enfermedades existen posibilidades de ejercer acciones de prevención primaria como educación para la salud (saneamiento básico ambiental, control de vectores, agua potable, etc.) inmunizaciones, siendo esta última actividad preventiva de mayor impacto a nivel sanitario cuando se cumplen las normas y constituyen las bases del control de las enfermedades transmisibles (3).

El objetivo final de la inmunización sistemática es la erradicación de enfermedades, el objetivo inmediato es la prevención individual o grupal de enfermedades inmunoprevenibles.

Enfermedades que en algunas circunstancias producen la muerte en los adultos, la mayor parte debida a síndromes gripales y a infecciones por el virus de la hepatitis A y B son evitables mediante la administración de vacunas. Esta franja etaria es susceptible a enfermedades frente a las que se les supone están protegidos, y ello es el resultado de una inmunización insuficiente en la infancia, debido a que no recibieron las vacunas, no padecieron la enfermedad, o por la desaparición con el paso del tiempo de la inmunidad adquirida. La existencia de adultos susceptibles en la población, los convierte en reservorios o en susceptibles de una mayor morbimortalidad.

Las recomendaciones de vacunar adultos existe, sin embargo su cumplimiento no es el adecuado. Por ejemplo la tasa de vacunación en niños para la mayoría de enfermedades infecciosas en Estados Unidos y Canadá, es cerca del 90%; mientras que en los adultos la cobertura es <70%. (4)

El Dr. Stambulián de la Fundación del Centro de Estudios Infectológicos manifestó al periódico digital Misiones *On Line* que *“entre el 40% y el 50% de los adultos que fallecen por influenza o infecciones neumocócicas, no han sido oportunamente inmunizados a pesar de haber tenido atención médica previa. Por otra parte en nuestro país, durante la reciente epidemia de sarampión, el 20% de los casos reportados se produjeron en adultos y algunos fueron fatales”*. Hay que tener en cuenta que casi el 90% de tétanos ocurren en mayores de 50 años (como el brote observado en Buenos Aires en 1996) y que cerca del 12 % de las mujeres en edad fértil se encuentran en riesgo de adquirir rubéola.

En Argentina, hasta la semana epidemiológica (SE) 18 del 2013 el número de consultas por ETI a nivel nacional presentó un descenso comparado con lo registrado en años anteriores. Sin embargo, en algunas provincias como Buenos Aires, San Luis, Corrientes, Formosa, Catamarca, Jujuy y Tucumán, las tasas de consultas por ETI están por arriba de lo registrado anteriormente. Las hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave (IRAG) en Santa Fe, La Rioja San Luis, Chaco, Salta, Santiago

del Estero y Río Negro presentan tasas superiores al año anterior y en algunas como Misiones, Santiago del Estero, Catamarca, Chaco y Río Negro, las tasas registradas duplican la tasa total del país (18,4 x 100.000 habitantes). (5)

Si bien existe la recomendación de que las personas con enfermedades crónicas, problemas inmunitarios o >65 años deben recibir anualmente la vacunación antigripal, las tasas de vacunación no son las ideales. “La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha puesto como meta que para 2010 sean superiores al 75%, pero estamos lejos de estas metas: recién estamos a medio camino. (6)

En Estados Unidos y México han bajado de 65 años a 50 la edad de la indicación en la población sana y esto se debe a que han observado que una de tres personas de entre 50 y 64 años forma parte de alguno de los grupos de riesgo para esta enfermedad, lo mismo que ocurre en Argentina. (5) (7)

La vacunación antigripal debe enfrentar varias barreras. Mitos como que la” vacuna produce la gripe” y que los médicos no la recomiendan a los grupos de riesgos en las consultas periódicas.

En cuanto a la hepatitis B, cada 10 años debería realizarse una revacunación; la antigripal debería administrarse cada año, y la antineumocócica habría que administrarla en mayores de 65 años y en enfermos crónicos.

La OMS estima que el personal sanitario sufre alrededor de 2 millones de pinchazos con agujas anualmente, que resultan en infecciones por VHB, VHC, y VIH, cifras probablemente subestimadas debido a la falta de sistemas de vigilancia y subregistro de las lesiones (8). En nuestro país se estima que el 10% de la población general está infectada con este virus y el 0,5% de los adultos es portador (9).

El personal sanitario debe recibir la vacunación de la Hepatitis B de manera obligatoria para el desempeño de su trabajo (Ley 24.744). El incumplimiento del Calendario de Vacunación por parte de este grupo de la población conlleva consecuencias legales y laborales. El riesgo del personal

sanitario es superior a la media y las consecuencias de la transmisión de la Hepatitis A y B son más relevantes. Gracias al Calendario de Vacunación de los niños, los jóvenes que ingresan al mercado laboral están protegidos que la población de más edad *“la vacunación es un criterio de aptitud médica, sobre todo como medida de prevención de contagio, tanto a los mismos compañeros de trabajo como a los pacientes”*, afirma Juan Goiria, presidente de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao y coordinador del Observatorio de Vacunación en el Ámbito Laboral (OVAL) febrero-2009. (10)

Respecto a las infecciones neumocócicas, la población en riesgo que debería estar protegida supera los 3.000.000 de personas. Sin embargo, el promedio de vacunas antineumocócicas aplicadas anualmente es de apenas 58.000. Hasta el momento, de esos 3.000.000 sólo 180.000 se vacunaron. También el tétanos y la difteria producen complicaciones en los adultos. Y, a pesar de estar incluido en el Calendario de Vacunación del Adulto el refuerzo de la vacuna DTP (doble adultos) cada 10 años, este no se cumple en forma rutinaria. Por eso, la mayor cantidad de casos de tétanos registrados en los países desarrollados corresponde a la población adulta. Tampoco hay que olvidar que las enfermedades como las paperas, el sarampión y la varicela son más difíciles para los adultos. Por lo que aquellos que nunca la padecieron o no están vacunados deben hacerlo. (11)

En mujeres menores de 26 años también estaría indicada la vacuna del virus del papiloma humano, así como la del herpes zoster cuando este aparezca, para prevenir la neuralgia posherpética. Además hay que insistir en la vacunación antes de viajar, en función del lugar que se vaya a visitar. (4) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21)

En una publicación de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria, en ocasión de las XI sobre Actualización en Vacunas llevadas a cabo en Madrid, el 21 de febrero de 2003, informa sobre los resultados de una encuesta realizada entre enero y marzo de 1988 a 2.330 médicos de familia que responden sobre *“Opiniones y Actitudes de los facultativos de Atención Primaria sobre la Vacunación del Adulto”*. En la misma un 85%

afirmaron estar totalmente de acuerdo con que debo desempeñar un papel importante en adultos; un 67% estuvo totalmente de acuerdo en que “es necesario preguntar a todo paciente que acuda a la consulta por su historia vacunal”; el 44 manifestaron estar totalmente de acuerdo en que cualquier contacto con el sistema sanitario debe ser aprovechado para poner al día la cartilla vacunal; el aumentar la cobertura vacunal frente a las infecciones prevenibles por vacunas 32% respondieron afirmativamente en mi consulta se dispone de cartilla de vacunación del adulto; por último sólo el 9,5% preguntaron por su historia clínica vacunal o recomendaron alguna vacuna en el último año de forma rutinaria a sus pacientes. (22)

Todo ello justifica la integración del adulto en el sistema de protección frente a la enfermedad conferido por las vacunas, así como una mayor atención al perfil de protección inmunitaria de la población adulta, a las estrategias adecuadas para potenciar su protección y al impacto en la salud y el bienestar general de las estrategias utilizadas. Este es el reto para la atención primaria, en el que el médico de familia debe jugar un papel fundamental.

PLANTEO DEL PROBLEMA

Como se está implementado el calendario de vacunación en relación a:

- 1- Las causas de la falta de cumplimiento del Calendario de vacunación del Adulto, en el Centro de Salud Municipal N° 12 de B° Ferreyra.

- 2- Como el personal de salud del Centro de Salud Municipal N° 12 realiza controles y/o recomendaciones respecto del Calendario de Vacunación del Adulto.

- 3- El conocimiento que posee la población en estudio del Calendario de Vacunación del Adulto.

- 4- Como consideran los pacientes la información y/o difusión que reciben por distintas vías de los programas de Vacunación del Adulto y además si la accesibilidad a los mismos es la adecuada.

MARCO TEÓRICO

La vacunación en adultos a diferencia de los niños no es una práctica habitual sino que se implementa en situaciones puntuales y/o especiales. La indicación de vacunas en adultos está dirigida a grupos de acuerdo a diferentes características como edad, condiciones particulares de riesgo, ocupación, estilo de vida, exposición ambiental, etc.

“En la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud de Alma Ata (2) se estableció la estrategia de atención primaria de la salud y se inició el desarrollo del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Éste comenzó en 1977 en Argentina y en 1978 entró en vigencia el primer Calendario de Vacunación que incluía las seis vacunas para la prevención de las enfermedades prevalentes: difteria, tos convulsa, tétanos, poliomielitis, sarampión y formas graves de tuberculosis, meningitis, diseminación miliar. Actualmente está vigente el Calendario Nacional 2003 con la modificación de 2005”. (11)

“La vacunación es un derecho y debe ser una realidad alcanzable a través de la responsabilidad y el compromiso político, de los subsectores salud y educación así como también social. La inversión en vacunas es una de las mejores inversiones sociales que el gobierno realiza en función del costo *per cápita*.”

“La estrategia de vacunación universal (acceso gratuito a las vacunas para la población blanco) permite en sucesivas etapas el control, la eliminación y la erradicación de algunas enfermedades”.

El éxito del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) (11) depende del subsector salud en lo referente a la accesibilidad (ubicación geográfica del Centro de Vacunación, horario de atención), la participación, capacitación y responsabilidad del equipo, la provisión permanente de insumos, las facilidades de administración (deben evitarse los horarios limitados de atención/días diferentes según vacunas, minimizar/evitar el tiempo de

espera, personal capacitado que brinde atención de calidad) y de la comunidad (información/educación, conciencia social, sensibilidad comunitaria)".

El adulto debe seguir un calendario de vacunación, para mejorar su calidad de vida y prevenir enfermedades, pero ante todo es necesario concientizar a los médicos y que la población entienda que es una medida de protección necesaria para él.

La atención primaria tiene un papel fundamental a la hora de informar y potenciar el uso de vacunas. Sin embargo, el paciente tiene su grado de responsabilidad, acatando el consejo del personal de salud y respetando las fechas de recuerdo establecidas.

Es necesario que exista un registro sanitario tanto en forma de historia clínica como de carné de vacunación, para ayudar al paciente y al médico a conocer el estado inmunitario.

En los profesionales de la salud el cumplimiento del calendario de vacunación, es importante, ya que éstos en casos de epidemias, pueden transmitir las enfermedades a terceros.

Se debe conseguir una cultura de prevención en la edad adulta que incluya la vacunación adecuada a cada momento, las dosis de recuerdo y las medidas preventivas de higiene.

El calendario de vacunas del adulto dependerá de la actividad profesional, de su edad y de la existencia de enfermedades crónicas. Los pacientes deben recibir una dosis de recuerdo del tétanos, que incluya la difteria, cada 10 años, y vacunar cuando haya sospecha de riesgo. (11)

La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC) lleva a cabo desde 1989 un Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de Salud (PAPPS). (23)

El Grupo de Vacunas de la Sociedad Valenciana de Familia y Comunitaria (SVMFYC) propone un cambio radical de rumbo basado en que

la vacunación del adulto sea abordada mediante una estrategia sistemática.
(24) Esta estrategia debe basarse en los siguientes puntos:

1) Se aplica a toda la población.

2) Forma parte de políticas de salud que se construyen alrededor de los siguientes elementos:

a. El lugar "natural" de la vacunación del Adulto es el Centro de Atención Primaria.

b. La vacunación se realiza mediante programas.

c. Los Programas y las vacunas son de financiación pública, sin costo para el receptor.

d. Se sigue un calendario vacunal.

3) Los objetivos (y por lo tanto la evaluación) son epidemiológicos:

a. Proteger a los individuos susceptibles y por tanto, disminuir su número en la población.

b. Lograr inmunidad de grupo.

c. Disminuir la incidencia, controlar, eliminar y erradicar las enfermedades susceptibles.

El Grupo Asesor Técnico sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación (GTA) en la XVII Reunión realizada en Washington, D.C. EUA, del 22 al 23 noviembre de 2006, denominada Municipios: Mejorando los Servicios de Inmunización, ratifica las siguientes recomendaciones generales: *Los países deben alcanzar una cobertura de vacunación de $\geq 95\%$ con todos los antígenos en cada uno de los municipios, tanto en los programas corrientes de vacunación como en las campañas.* (25)

Según sea oportuno, los países deben ejecutar y comprobar el cumplimiento de las leyes de vacunación de los escolares que establecen la obligatoriedad de verificar los registros de vacunación de acuerdo con el esquema de vacunación nacional en el caso de niños que ingresan al nivel

preescolar y escolar como se describe a continuación en sarampión, tétanos neonatal, difteria, fiebre amarilla, viruela.

- SARAMPIÓN:

- Los países deben concentrar esfuerzos especialmente en la vacunación de los trabajadores de salud que se desempeñan en salas de urgencias o que tratan a niños gravemente enfermos.
- Deben llevarse a cabo iniciativas especiales para comprender mejor la epidemiología de las importaciones de sarampión, y los factores que contribuyen a mantener brotes grandes, incluidos los entornos principales de transmisión.

- RUBÉOLA:

- Se insta a todos los países a prevenir la circulación del virus de la rubéola, lo cual producirá una reducción del SRC. La mejor manera de lograrlo es mediante la reducción del número de personas susceptibles, lo cual disminuye la transmisión. En consecuencia, los países deben realizar una campaña masiva única para la vacunación tanto de hombres como de mujeres. Debe determinarse el grupo de edad que se vacunará según las características epidemiológicas del país. Sin embargo, los grupos beneficiarios deben incluir a niños que tal vez no se vacunaron en el programa ordinario, por ejemplo, niños de >5 años de edad y adultos de ambos sexos. Es necesario determinar el límite superior de edad a partir de las características de la fecundidad y la susceptibilidad prevista. Los países que realizan campañas exitosas han empleado límites superiores de edad que oscilan entre 29 y 39 años.
- Se necesitan más esfuerzos específicos para reducir el número de mujeres en edad fértil susceptibles a la rubéola. Las estrategias de inmunización dirigidas a las puérperas, las mujeres que concurren a consultorios de planificación de la

familia, así como aquellas en escuelas y el lugar de trabajo pueden utilizarse para su protección.

- TÉTANOS NEONATAL:

- Deben llevarse a cabo actividades especiales de vacunación y vigilancia dentro de los municipios y focos subatendidos que aún notifican casos aislados de tétanos neonatal. La vacunación con Td debe integrarse en los servicios de salud materna y hacer hincapié en que la vacuna esté a disposición de las parteras para su uso.
- Se puede reducir marcadamente el número de oportunidades de vacunación perdidas con la administración de Td a todas las madres que visitan un centro de salud por cualquier motivo.

- DIFTERIA:

- El personal sanitario debe ponerse al corriente sobre la vigilancia de la difteria, la investigación adecuada de casos, el tratamiento y las medidas de control.
- En circunstancias de brote, las actividades de vacunación deben incluir la administración de dos dosis de Td con espaciamiento de un mes a todos los grupos de edad afectados, incluidos, si corresponde, niños en edad escolar y adultos en una zona geográfica amplia.

- FIEBRE AMARILLA:

- Los países deben seguir fortaleciendo la vigilancia de los casos clínicos compatibles con la fiebre amarilla, con el propósito de asegurar la aplicación expedita de medidas de control. La vigilancia del síndrome icterico y de carácter epizootico debe llevarse a cabo de manera sistemática en las áreas centinelas con el fin de mejorar la capacidad de los países para detectar la circulación del virus de la fiebre amarilla.
- Los países con fiebre amarilla enzótica deben considerar la puesta en práctica de las siguientes recomendaciones en los municipios dentro de las zonas de enzooticidad, o en las zonas

cuyo índice de infestación de casas por *Aedes aegypti* supera 5%:

- Inmunización de toda la población.
- Incorporación de la vacuna antiamarílica en el calendario corriente para los niños.
- Se deben tomar recaudos en las Américas para acopiar la cantidad suficiente de vacunas que se utilizarán en las actividades de emergencia para el control de brotes.
- VIRUELA:
 - El GTA en su resolución indica que los países deben considerar todo brote de viruela como una amenaza para la región y el mundo y deben notificar inmediatamente todo caso sospechado que pudiera ocurrir y estar preparados para proporcionar asistencia de emergencia necesaria, incluidas vacunas a fin de contener el brote con la mayor celeridad posible.

Indicaciones por vacunas. Ministerio de Salud de la Nación. Año 2012 (11) (26)

Doble adultos: se debe administrar una serie de 3 dosis, las dos primeras con un intervalo de 4 semanas y la tercera 6 a 12 meses luego de la segunda como esquema primario. En aquellas personas que ya recibieron un esquema primario completo y el último refuerzo se aplicó más allá de los últimos 10 años se debe indicar una única dosis de refuerzo. *Esta vacuna debe reemplazar la práctica habitual de inmunizar al adulto solamente contra el tétanos ya que se debe mantener a lo largo de toda la vida la protección contra ambas enfermedades.*

Antigripal: la vacunación debe efectuarse anualmente durante el otoño. Esta vacuna está indicada en los siguientes grupos de adultos:

-
- Mayores de 65 años.
 - Residentes en geriátricos o instituciones de cuidados prolongados
 - Personas con afecciones respiratorias o cardíacas crónicas (ej.: EPOC, asma, insuficiencia cardíaca, etc.).
 - Diabetes, insuficiencia renal crónica, hemoglobinopatías, inmunosupresión por drogas o por enfermedad de base incluyendo infección por HIV.
 - Adolescentes en tratamiento crónico con AAS.
 - Embarazadas en 2º o 3º trimestre del embarazo durante época de influenza.
 - Personal de salud.
 - Convivientes de personas de alto riesgo.
 - Personas que prestan servicios esenciales a la comunidad
 - Cualquier persona que desee disminuir el riesgo de padecer la enfermedad.

Antineumococo: Está indicada en los adultos que presentan las siguientes condiciones:

- Enfermedad pulmonar crónica
- Enfermedad cardiovascular crónica
- Personas mayores de 65 años
- Anemia drepanocítica
- Síndrome nefrótico
- Asplenia funcional o anatómica
- Neoplasias hematológicas (Hodgkin, otros linfomas, mieloma)
- Insuficiencia renal crónica
- Infección por HIV
- Fístula de LCR
- Trasplante de médula ósea
- Hepatopatías crónicas
- Tratamiento prolongado con corticoides
- Alcoholismo
- Diabetes

Se indicará una sola revacunación luego de 5 años a pacientes con alto riesgo de padecer severa infección invasiva neumocócica, como: asplenia funcional o anatómica (ej. anemias falciforme o esplenectomía), insuficiencia renal crónica, síndrome nefrótico, infección por HIV, trasplante, leucemia, linfoma, mieloma múltiple, otros cánceres y tratamiento inmunosupresor (quimioterapia, corticoideoterapia).

No tienen indicación de revacunarse los pacientes con enfermedad crónica pulmonar, cardiovascular, hepática, diabetes mellitus, alcoholismo o fístula de LCR. Las personas de 65 años se revacunarán luego de 5 años de la primera dosis, si ésta la recibió siendo menor de 65 años.

Antihepatitis B: Las indicaciones son las siguientes:

- Trabajadores de la salud (ley 24.151, año 1992).
- Homo, bisexuales y heterosexuales promiscuos.
- Adictos a drogas endovenosas.
- Hemodializados e IRC prediálisis.
- Convivientes /contactos sexuales con portadores del virus de hepatitis B o personas con infección aguda.
- Pacientes HIV positivos.
- Viajeros a países con alta endemicidad.
- Personal, pacientes e internos de Instituciones para discapacitados mentales, orfanatos, drogadictos, cárceles.
- Pacientes que reciben transfusiones frecuentes.
- Pacientes con hepatopatías crónicas.
- Adolescentes.

Antihepatitis A: sus indicaciones en adultos son las siguientes:

- Viajeros a áreas endémicas
- Personal de laboratorio que manipula el virus
- Personal de las fuerzas armadas
- Personal de jardines maternas
- Trabajadores de sistemas cloacales
- Trabajadores de la alimentación

-
- Homo y bisexuales
 - Personas institucionalizadas
 - Enfermos con hepatopatías crónicas
 - Personas HIV positivas
 - Personas con hemofilia
 - Huéspedes inmunocomprometidos
 - Drogadictos
 - Cualquier huésped susceptible
 - En control de brotes cuando se logra obtener una tasa de cobertura del 80%.

Antivaricela: sus indicaciones en adultos son:

- Adolescentes mayores de 13 años sin antecedentes de varicela
- Adultos susceptibles con contacto con personas de riesgo de complicaciones serias de varicela (Trabajadores de salud, convivientes de huéspedes inmunocomprometidos).
- Alto riesgo de exposición
- Mujeres en edad fértil no embarazadas.

Triple viral (SRP): está indicada en adultos no vacunados o susceptibles. Se consideran adultos inmunes a:

- Adultos que hayan recibido por lo menos 2 dosis de vacuna triple viral ó 1 dosis de vacuna triple viral + 1 dosis de vacuna doble viral.
- Adultos que tengan inmunidad documentada por serología
- Adultos mayores de 45 años

Antimeningocócica: esta vacuna se indica en adultos con déficit de complemento, asplenia funcional o anatómica, o en caso de viajeros a zonas hiperendémicas o con brotes epidémicos con vacuna para el tipo predominante. Se indica una sola dosis de esta vacuna en adultos.

OBJETIVOS:

Objetivo general:

- Analizar el Calendario de Vacunación del Adulto en el Contexto de la Salud Pública Municipal y en la población de la zona sureste de la Ciudad de Córdoba, que concurre habitualmente al Centro de Salud N° 12 de B° Ferreyra.

Objetivos específicos:

- 1) Cuantificar el porcentaje de cumplimiento del Calendario de Vacunación en la población analizada.
- 2) Determinar las causas de falta de cumplimiento del Calendario de Vacunación del Adulto en la población analizada.
- 3) Indagar la opinión de los usuarios con respecto al cumplimiento del Calendario de Vacunación.
- 4) Indagar la opinión de los integrantes del equipo de salud con respecto al cumplimiento del Calendario de Vacunación.
- 5) Diseñar estrategias con el fin de reforzar el acceso a esta medida preventiva a través de campañas de educación para la salud a nivel colectivo y a nivel individual.

MATERIALES Y MÉTODO

El diseño de investigación fue de carácter descriptivo transversal.

Este estudio se realizó en la siguiente Unidad de Análisis: el Centro de Salud Municipal N° 12 de B° Ferreyra donde se realizan un total de 24.000 consultas promedio durante un año en los distintos servicios que constituyen el universo. De las cuales el 60% corresponde al Servicio de Guardia, 25% del total de consultas por 1° vez corresponden a adultos >21 años.

La obtención de la muestra fue por la modalidad aleatoria simple durante el período comprendido entre el 1 de Octubre de 2010 y el 30 de Noviembre de 2012 a las personas que concurren al Centro de Salud por consultas espontánea o por derivación a cualquier servicio, correspondiendo un número de al menos 280 pacientes para el período estipulado.

Cálculo de la muestra^a:

N:	<input type="text" value="1000"/>	k:	<input type="text" value="2"/>
e:	<input type="text" value="5"/> %	p:	<input type="text" value="0,5"/>
q:	<input type="text" value="0,5"/>	n:	<input type="text" value="286"/> Tamaño de la muestra

Los datos obtenidos serán pasibles de cálculos estadísticos, para lo cual se utilizará el software SPSS Esp V 11.5.

Luego se realizó un estudio bibliográfico sobre el calendario de vacunación del adulto en distintos niveles, a saber:

- A *nivel internacional* se analizó la documentación de la OMS y CDC respecto del Calendario de Vacunación del adulto.

^a Calculador muestral disponible en: <http://www.feedbacknetworks.com/cas/experiencia/sol-preguntar-calculador.htm>

-
- A *nivel nacional*, las Normas Nacionales de Vacunación emitidas por el Ministerio de Salud Pública de la Nación.
 - A *nivel provincial*, el Boletín Epidemiológico. Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.
 - A *nivel municipal*, información digital suministrada por el sitio del gobierno municipal “Barrios bajo la lupa”.

El estudio descriptivo del cumplimiento del Calendario de Vacunación del Adulto en la zona sur de la ciudad de Córdoba se realizó en:

a) Unidad de Análisis:

1. Centro de Salud Municipal N° 12, ubicado en B° Ferreyra, donde se atiende a la población de su área programática en horarios habituales y también de barrios aledaños en los horarios de guardia.

b) Se investigó las siguientes variables, con las cuales se confeccionó la encuesta:

1. Sociodemográficas: Edad, Sexo, Estado Civil, Trabajo, Ocupación, Nivel de Instrucción, Nivel económico. Ingresos en pesos, Tipo de familia, N° de integrantes de la familia, Edad del hijo menor (en el caso de mujeres en edad fértil).
2. Conocimiento sobre el Calendario de Vacunación del Adulto.
3. Difusión del Calendario de Vacunación del Adulto.
4. Medios por los que se informó.
5. Accesibilidad al Centro de Salud.
6. Concorre al Centro solamente cuando está enfermo.
7. Sufrió algún accidente o fue intervenido quirúrgicamente en los últimos 10 años.
8. Conductas de riesgo.
9. Costumbres con respecto a la enfermedad.
10. Percepción por parte del equipo de salud sobre el Calendario de Vacunación del Adulto.

11. Percepción del paciente respecto de la recomendación del personal de salud sobre el Calendario de Vacunación del Adulto.

12. Difusión de los Programas en el Centro.

13. Patologías crónicas.

c) Técnica:

- Encuesta estructurada cerrada a los pacientes.
- Prueba piloto para validación de la encuesta.
- Solicitud de autorización al jefe del Centro de Salud para realizar dicha encuesta.

A continuación, se formalizó un estudio exploratorio sobre la opinión de diferentes profesionales del personal de salud del Dispensario en relación con el Programa de Vacunación del Adulto:

a) Unidad de Análisis:

- Médicos
- Enfermeras
- Asistentes sociales
- Odontólogos

b) Se investigaron las mismas variables de la encuesta a los pacientes.

c) Técnica:

- Entrevista al personal de salud del centro.
- Todas las encuestas será realizadas por el mismo encuestador.

RESULTADOS

El estudio minucioso de la casuística recolectada en este trabajo, nos permitió elaborar los siguientes gráficos que serán expuestos a continuación. Con el análisis de esta información se encontraron resultados que permiten obtener conclusiones respecto al cumplimiento del calendario vacunal por parte de los adultos que concurren al Dispensario de B° Ferreyra.

Al observar los resultados correspondientes al perfil socio-demográfico de la muestra estudiada se puede observar que:

El número total de encuestados fue de 372 individuos de ambos sexos, la distribución de los encuestados según el año de ingreso al estudio se muestra en la figura 1.

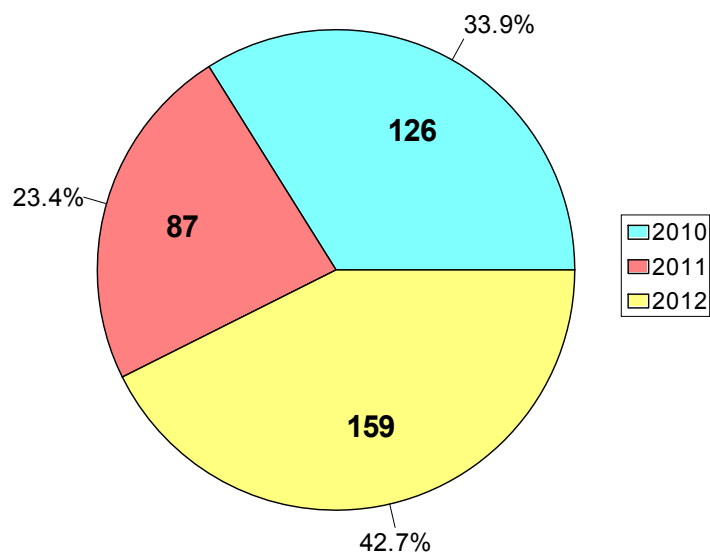


Figura 1: distribución de la muestra estudiada según año de ingreso al estudio por observación directa (los valores se presentan en frecuencias y porcentajes. N: 372).

Otras características sociodemográficas de la población estudiada se presentan a continuación:

Al comparar las edades promedio \pm desvío estándar según el año de ingreso al estudio, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas (figura 2).

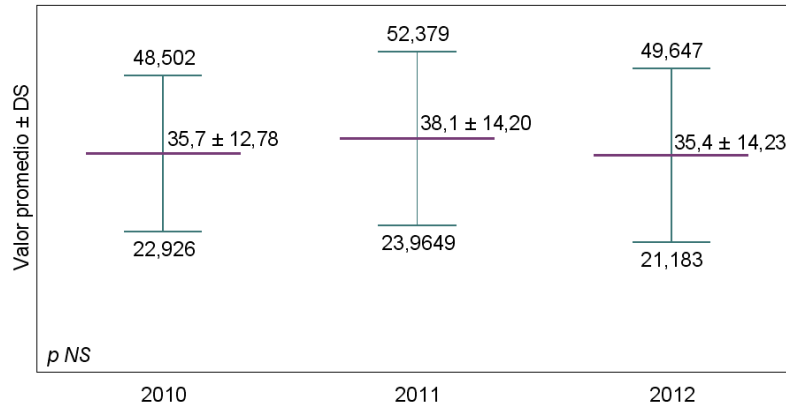


Figura 2: distribución de la muestra estudiada según edad por año de ingreso al estudio (los valores se presentan en valor global promedio \pm desvío estándar en años. N: 372).

La distribución de los encuestados según su año de ingreso al estudio y sexo mostró que la predominancia femenina fue en el año 2012 y masculina en el 2011, sin diferencias en el año 2010 (figura 3).

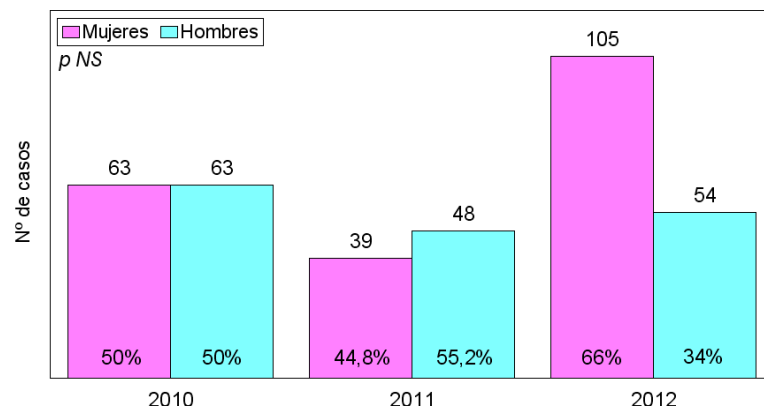


Figura 3: distribución de la muestra estudiada según año de ingreso al estudio y sexo por observación directa (los valores se presentan en frecuencias y porcentajes. N: 372).

La estratificación de encuestados según rango etario mostró una mayor cantidad de casos entre los 22 a 45 años (77,4%) (figura 4).

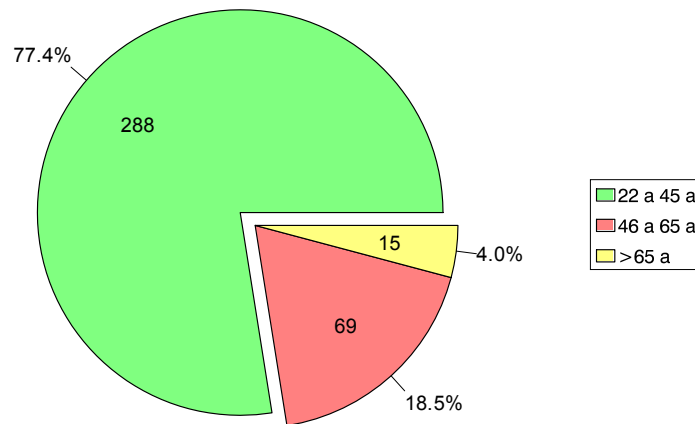
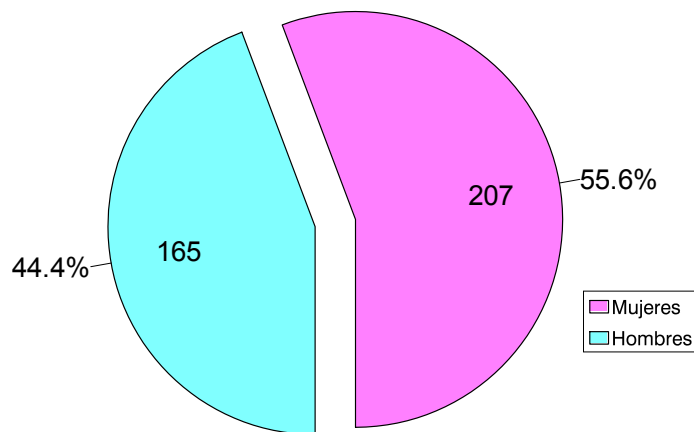


Figura 4: distribución de la muestra estudiada según rango etario al estudio por observación directa (los valores se presentan en frecuencias y porcentajes. N: 372).

La distribución global de los encuestados según sexo muestra un leve predominio del sexo femenino, la edad global promedio fue de $36,2 \pm 13,7$ años (r: 19-71) (figura 5).



Edad promedio: $36,2 \pm 13,7$ (r: 19- 71).

Figura 5: distribución de la muestra estudiada según sexo por observación directa (los valores se presentan en frecuencias y porcentajes. La edad se especifica en su valor global promedio \pm desvío estándar y rango etario en años. N: 372).

Al analizar el estado civil de los encuestados se puede afirmar que el 72,6% (casados y en pareja) conforman una situación de convivencia conyugal permanente (figura 6).

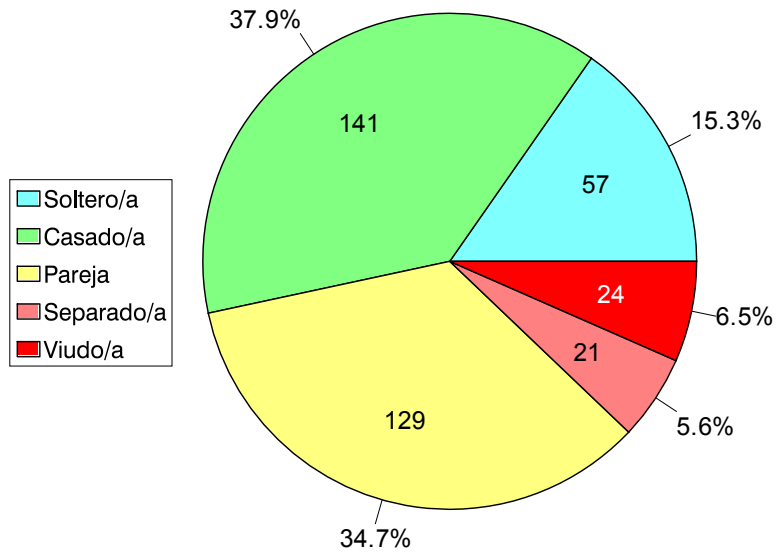


Figura 6: distribución de la muestra según estado civil por observación directa (los valores se presentan en frecuencias y porcentajes. N: 372).

El estado ocupacional laboral mostró que más de la mitad (56,5%) de los encuestados tenía una situación estable de trabajo al momento de la encuesta (figura 7).

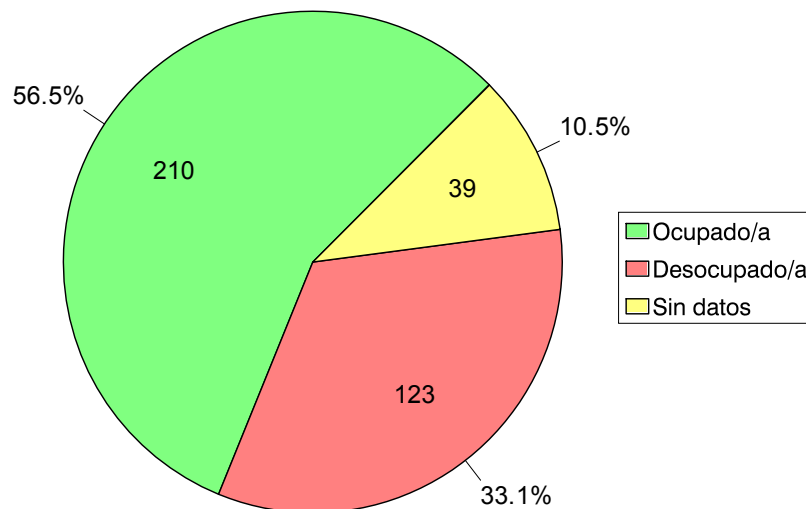


Figura 7: distribución de la muestra según situación laboral por observación directa (los valores se presentan en frecuencias y porcentajes. N: 372).

La labor realizada por los encuestados ocupados estables se muestra en la figura siguiente, es de notar el alto porcentaje de asalariados (75,7%). (Figura 8)

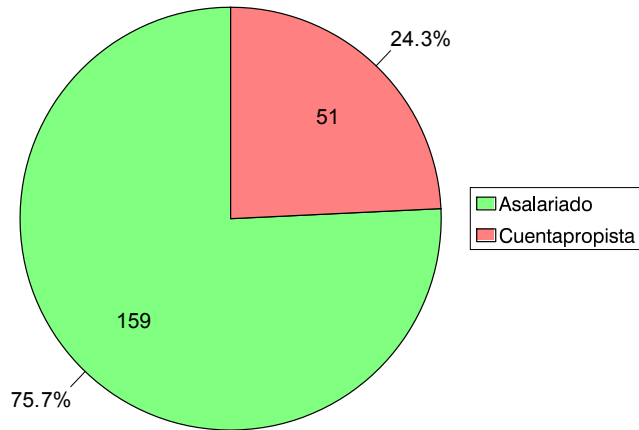


Figura 8: distribución de encuestados con actividad laboral estables por observación directa (los valores se presentan en frecuencias y porcentajes. N: 210).

El nivel educativo más frecuente es menor al ciclo básico medio (62,4%) (figura 9).

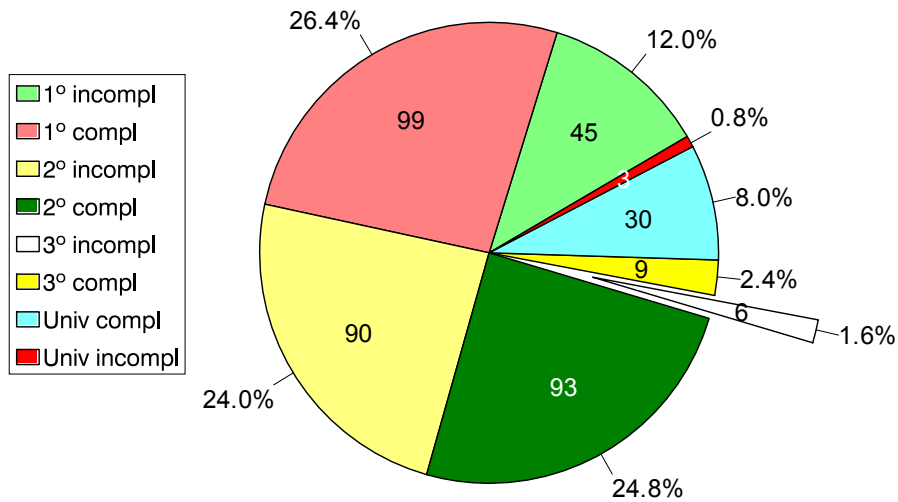


Figura 9: distribución de la muestra según el nivel educativo alcanzado por observación directa (los valores se presentan en frecuencias y porcentajes. N: 372).

El nivel de ingresos muestra características llamativas, el 72,6% de los encuestados (n: 270) tienen haberes superiores a \$ 1.000, cabe destacar que sólo 21 individuos cobra \geq \$ 4.000 (5,64%) (figura 10).

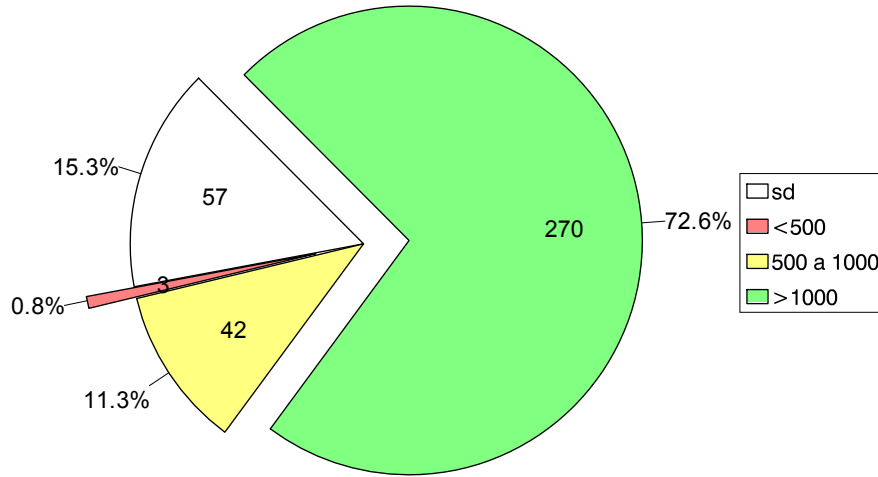


Figura 10: distribución de la muestra según la tipología familiar por observación directa (los valores se presentan en frecuencias y porcentajes. N: 372).

La tipología familiar nuclear sigue la tendencia encontrada en el estado civil de los encuestados (57,3%), el promedio de integrantes fue superior a cinco (figura 11).

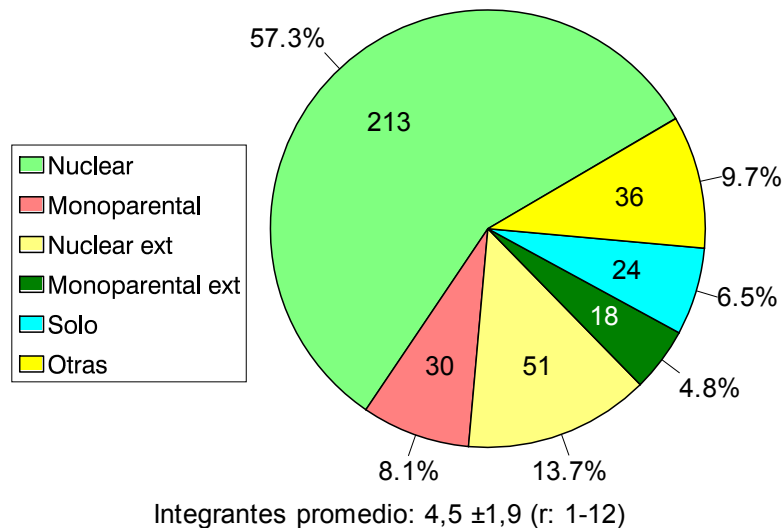


Figura 11: distribución de la muestra según la tipología familiar por observación directa (los valores se presentan en frecuencias y porcentajes. N: 372).

En relación al primer objetivo específico de este estudio, que se refiere al cumplimiento del Calendario Vacunal del Adulto, los resultados muestran que al cuantificar el cumplimiento del calendario vacunal, encontramos que del total de los encuestados, 312 individuos (83.9%) manifestaron no haberlo cumplimentado (figura 12)

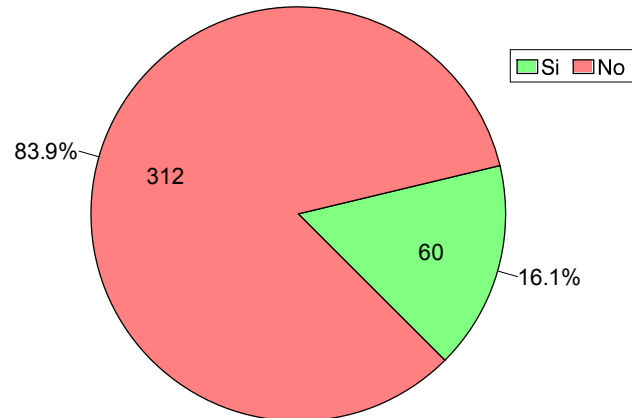


Figura 12: distribución de la muestra según cumplimiento del calendario vacunal por observación directa los valores se presentan en frecuencias y porcentajes. (N: 372).

Cuando observamos los resultados que iluminan el segundo objetivo específico, que hace referencia a determinar las causas de falta de cumplimiento del Calendario de Vacunación del Adulto en esta población, los mismos al tabular las causas de incumplimiento, estas se dividen en dos, ya que 109 individuos (34.9%) manifestaron falta de accesibilidad al centro de salud y 203 (65.1%) falta de información o desconocimiento. (Figura 13)

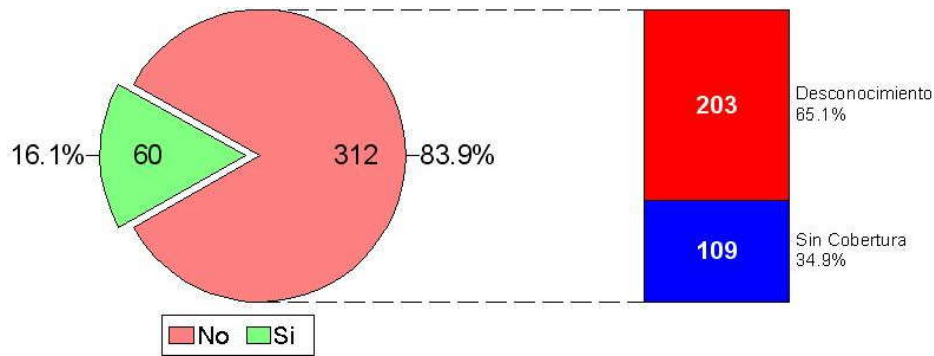


Figura 13: distribución de la muestra según causas de incumplimiento del calendario vacunal por observación directa los valores se presentan en frecuencias y porcentajes. Sin cobertura, se refiere a falta de accesibilidad al centro de salud. (N: 372).

Siguiendo con los resultados, que son parte del segundo objetivo específico, se observa que al interrogar sobre el calendario vacunal de adultos se observó que el 13,7% (n: 51) no tenía conocimiento y el 68,5% (n: 255) conocimientos parciales sobre el calendario vacunal (n: 306). (figura 14).

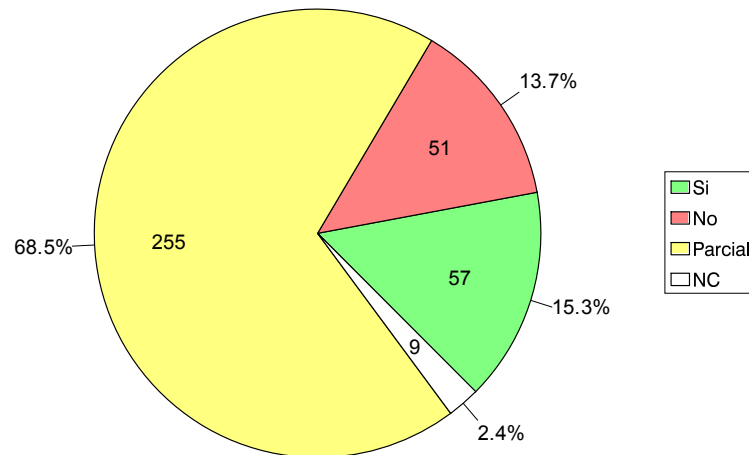


Figura 14: distribución de la muestra según conocimiento del calendario vacunal adulto por observación directa (los valores se presentan en frecuencias y porcentajes. N: 372).

Los valores relacionados a la investigación sobre la difusión del calendario vacunal en su medio mostraron que el 68,5% (n: 255) de los

encuestados no recibió información sobre el calendario vacunal para adultos (figura 15).

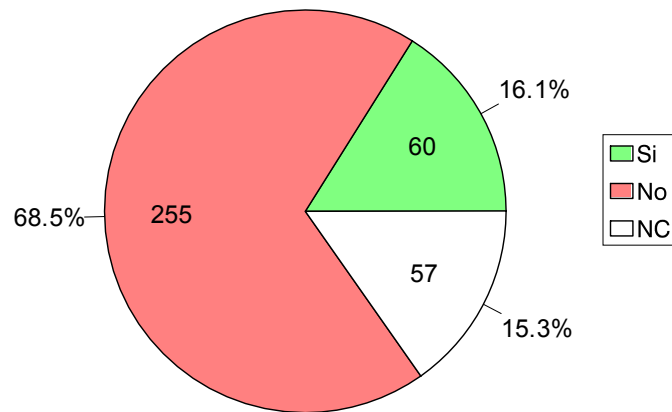


Figura 15: distribución de la muestra según difusión del calendario vacunal adulto por observación directa (los valores se presentan en frecuencias y porcentajes. N: 372).

La tendencia se invierte cuando se interrogó sobre la posibilidad de acceso a la obra social o cobertura social, quienes manifestaron que si tienen acceso a la cobertura (94,4%; n: 251) (figura 16).

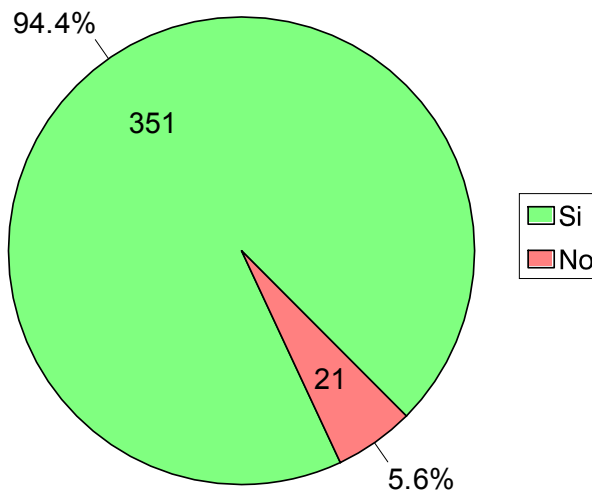


Figura 16: distribución de la muestra según acceso a obra o cobertura social por observación directa (los valores se presentan en frecuencias y porcentajes. N: 372).

Los hallazgos obtenidos que expresan el tercer objetivo específico de este estudio referido a indagar la opinión de los usuarios respecto al cumplimiento del Calendario Vacunal del Adulto, se pueden ver los siguientes resultados.

En relación a las recomendaciones recibidas al calendario vacunal, la mayoría las calificó como insatisfactorias (75%; n: 279) (figura 17).

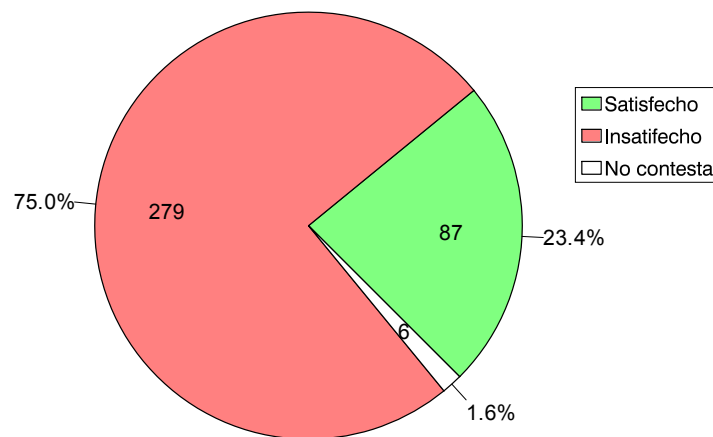


Figura 17: distribución de la muestra según su opinión de las recomendaciones recibidas relacionadas al calendario vacunal por observación directa (los valores se presentan en frecuencias y porcentajes. N: 372).

A continuación se expresan los resultados referidos al cuarto objetivo específico de este estudio, que fue indagar la opinión de los integrantes del equipo de salud respecto al cumplimiento del Calendario Vacunal del Adulto. Es de destacar que el equipo de salud está formado por 5 médicos, 2 odontólogos y 4 enfermeras (n: 11); quienes al dar su opinión respecto al cumplimiento del Calendario Vacunal, fue afirmativa en el 81,8% (n: 9) y sólo dos enfermeras estuvieron en desacuerdo (18,2%) (figura 18).

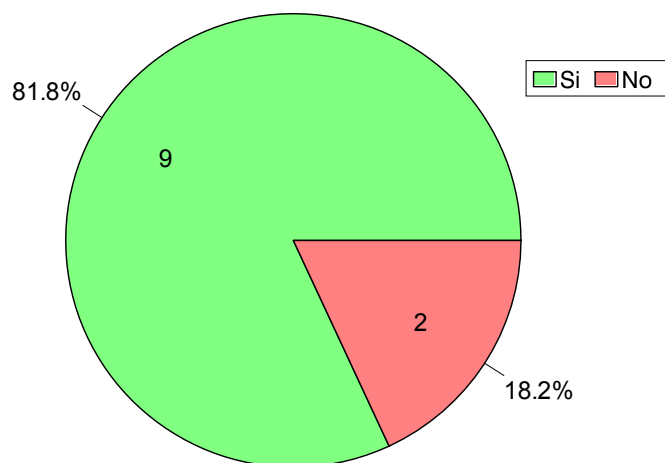


Figura 18: distribución de la muestra según la opinión del equipo de salud del cumplimiento del calendario vacunal por observación directa los valores se presentan en frecuencias y porcentajes. (N: 11).

DISCUSIÓN

La vacunación es uno de los métodos más útiles e importantes en el control de las infecciones. Ha mejorado la calidad de vida de la población de una manera sustancial desde su descubrimiento. Funcionan aplicando a la persona un fragmento, un producto o un germen modificado, para inducir a su organismo que genere mecanismos de defensa que posteriormente, le servirán para protegerse en el momento de ser atacados por el germen natural.

Sin las vacunas, las epidemias causadas por muchas enfermedades prevenibles podrían reaparecer y llevar a un aumento en el número de casos por enfermedad, discapacidad y muerte.

Es importante vacunar a los pacientes adultos para evitar hospitalizaciones, gastos y muertes innecesarias. (27) La rentabilidad médica de la vacunación está demostrada por múltiples estudios y se compara con la de la mamografía o el screening para la hipertensión.

En los pacientes adultos debe considerarse la aplicación de las vacunas correspondientes, según sea el caso, y no dedicarse sólo a resolver el problema por el cual acudió a consulta. La estrategia de vacunación en el adulto implica similar importancia que en la edad pediátrica. Debe haber mayor conciencia entre la comunidad médica sobre esta forma de prevención de enfermedades. (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35)

Al comparar las edades en nuestra casuística no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, rondaron los 36 años promedio, la estratificación mostró mayor cantidad de individuos entre los 22 a 45 años. La distribución por sexo al igual que la edad no mostró diferencias, aunque hubo un leve predominio femenino. Coincidimos con los datos sobre edad y sexo aportados por la bibliografía consultada.

La vacuna intenta evitar enfermedades que al momento no se padecen, y una vez aplicada no produce un bienestar inmediato e incluso puede acarrear molestias.

De estas consideraciones surge el interrogante acerca de cuáles y de quiénes son las oportunidades perdidas de vacunación.

No indagar sobre el estado inmunitario también es una de las principales causas de oportunidades perdidas de vacunación (OPV) entre los adultos, a pesar de que su calendario vacunal contiene pocas vacunas y es mucho más simple que el de los niños. (36)

En un estudio realizado por Cabezas y cols, se publicó que en un grupo residente en una localidad periurbana de Lima, luego de 7 años de convivencia con migrantes de áreas hiperendémicas, la prevalencia de portadores crónicos de HBsAg ascendió de 2% a 3,5%, indicando un importante cambio que muestra la dispersión de la infección de modo que para fines de control no es suficiente la inmunización en áreas endémicas, si no proteger a toda la población expuesta por el riesgo que significa la infección debido a su dispersión. (37)

La situación de convivencia conyugal permanente fue predominante en nuestro estudio; con un promedio de 5 integrantes; motivo por el cual se propuso la vacunación preventiva (38) (39) en concordancia con lo propuesto por Cabezas, Johnson y Bloom.

Para el INDEC en Noviembre de 2011 la Canasta Alimentaria de GBA oficial es de \$ 627,32, y la Canasta Total de GBA oficial es de \$1385.90 para un hogar de 4 personas. Según el índice de precios al consumidor de San Luis, el valor para Febrero de 2012 sería de \$ 5.862,6.

En el mes de marzo de 2012, un adulto equivalente (es decir un hombre de entre 30 y 59 años de edad), precisó cuatrocientos ochenta pesos con cuarenta centavos (\$480,40) para no caer bajo de la línea de indigencia y mil sesenta y seis pesos con cuarenta y nueve centavos (\$1.066,49), para no ser considerado pobre.

Tomando en consideración una familia compuesta por dos adultos y dos niños en edad escolar la C.B.T. se estimó en \$3.391,45 (siendo este

monto el necesario para superar la línea de pobreza) y la C.B.A. arrojó un valor de \$1.527,68 para que esta familia no sea considerada indigente.

Por segundo mes consecutivo y en función del relevamiento realizado por esta institución, el monto que un adulto equivalente requirió para no ser considerado pobre fue de poco más de \$1.000 (\$1.066,49). Este fenómeno que se reportó por primera en el mes de marzo pasado y parece que seguirá una tendencia al alza, no puede dejar de ser tenido en cuenta especialmente a la luz de la evolución salarial. Asimismo, también por sexto mes consecutivo el valor que estaría determinando la línea de pobreza para una familia cordobesa no baja de los \$3.300 (\$3.391,45).^b

Línea de pobreza e indigencia

Región	Bajo la línea de pobreza		Bajo la línea de indigencia	
	Hogares	Personas	Hogares	Personas
	en %		en %	
Cuyo	4,4	6,2	1,6	1,9
Noreste	9,0	12,3	2,5	3,0
Noroeste	5,2	7,5	1,1	1,1
Pampeana	4,9	6,8	2,0	2,2
Patagonia	3,1	3,8	1,5	1,5

Nota: las regiones estadísticas están conformadas por el agregado de aglomerados de la EPH **Pampeana**: Bahía Blanca - Cerri, Concordia, **Gran Córdoba**, Gran La Plata, Gran Rosario, Gran Paraná, Gran Santa Fe, Mar del Plata - Batán, Río Cuarto, Santa Rosa - Toay, San Nicolás - Villa Constitución. Fuente: INDEC, Encuesta Permanente de Hogares Continua. Disponible en: http://www.indec.mecon.ar/principal.asp?id_tema=84

La Encuesta Permanente de Hogares (EPH) es un programa nacional que tiene por objeto relevar las características sociodemográficas y socioeconómicas de la población. En su modalidad original, se ha venido aplicando en Argentina desde 1973 mediante la medición puntual en dos ondas anuales (mayo y octubre). A partir de 2003, pasa a ser un relevamiento continuo que produce resultados con frecuencia trimestral y semestral. La EPH Continua se aplica en 31 aglomerados urbanos (desde el tercer trimestre de 2006, el total de aglomerados urbanos pasó de 28 a 31).

^b Datos de:

<http://www.defensorcordoba.org.ar/archivos/publicaciones/Documento%20Canasta%20Alimentaria%20Marzo%202012.pdf>

Valores mensuales de la Canasta Básica de Alimentos (CBA) y de la Canasta Básica Total (CBT) para el adulto equivalente

Mes	Canasta Básica Alimentaria	Inversa del	Canasta Básica Total
	Línea de Indigencia (\$)	Coefficiente de Engel	Línea de Pobreza (\$)
2011			
Enero	187,75	2,18	409,46
Marzo	189,49	2,19	415,44
Mayo	192,08	2,20	423,04
2012			
Enero	207,33	2,22	460,82
Marzo	213,42	2,21	472,13
Mayo	218,26	2,21	482,67

Nota: la metodología se puede consultar en el informe de prensa "Valorización mensual de la Canasta Básica Alimentaria y la Canasta Básica Total".

Fuente: INDEC. Disponible en: http://www.indec.mecon.ar/principal.asp?id_tema=84

El estado ocupacional de los casos investigados mostró que poco más de la mitad tenía una situación estable, la mayoría asalariados. Es de destacar que sólo un escaso grupo individuos alcanza una canasta familiar de >\$ 3.000.

Existen entonces necesidades muy importantes en los adultos y sería inadecuado no usar estas herramientas, las vacunas, para evitar enfermedades y mejorar la calidad de vida.

En este sentido vacunas como para neumococos (para la neumonía) por ejemplo, han demostrado gran utilidad al vacunar poblaciones mayores de 65 años o menores de esa edad con otros factores de riesgo, como trasplantes, enfermedades crónicas del corazón, de los pulmones, de los riñones, diabéticos, etc., grupo de pacientes en quienes la neumonía es una causa frecuente de muerte y de enfermedad.

Aunque esta vacuna no es mágica, si disminuye notablemente la posibilidad de desarrollar esta condición. Vacunas como la de la gripe (influenza) cumplen un papel similar. Por ejemplo, una persona con enfermedades del corazón o de los pulmones, al contraer una gripe, ésta lo puede descompensar seriamente. Por otro lado, de la misma manera que los pacientes con enfermedades pulmonares pueden beneficiarse enormemente

de vacunas que los protegen de otras infecciones pulmonares, como sería la vacuna de las neumonías o la gripe, aquellos pacientes con enfermedades, por ejemplo del hígado se benefician de otras vacunas (por ejemplo, las de hepatitis A o B), ya que de ocurrir estas enfermedades hepáticas en un hígado que ya se encuentra enfermo, la situación de paciente puede tornarse muy grave.

De esta manera debemos mirar las vacunas como ayudas importantes para la conservación y mantenimiento de la salud en los adultos, especialmente aquellos con condiciones frágiles.

Las vacunas entonces funcionarían de dos formas: no sólo al proteger al individuo de que desarrolle una enfermedad por primera vez, sino mejorando las defensas en caso de que llegase a ocurrir.

En este sentido es importante considerar no sólo las vacunas como un procedimiento médico asociado a la niñez. Los adultos se pueden beneficiar también de ellas y es de esperar que cada día dispongamos de nuevas vacunas que puedan ser útiles a este sector de la población, para evitar que ocurran ciertas infecciones, y por otro lado, para mejorar las defensas frente a otras infecciones, defensas que pueden haber disminuido como consecuencia de la edad avanzada y/o uso de diferentes medicamentos; y con ello mejorar su calidad de vida.

Es frecuente ver mujeres que en los exámenes realizados durante el embarazo, se encuentran que no se han colocado la vacuna de la varicela, o la de la rubéola, o hepatitis A o B. condiciones que pueden causar trastornos graves a la madre gestante y al niño y que pudieran haber sido evitadas completamente si, previo al embarazo, se hubieran hecho una revisión y se hubieran vacunado.

Es importante vacunar a los pacientes adultos para evitar hospitalizaciones, gastos y muertes innecesarias. (27) La rentabilidad médica de la vacunación está demostrada por múltiples estudios y se compara con la de la mamografía o el screening para hipertensión. (7) (28) (29) (40) (41) (30)

CONCLUSIONES

La mayoría de los encuestados correspondieron al año 2012. La edad promedio fue de 36,2 años, con leve predominio del sexo femenino y de los casados y en pareja que conforman una situación de convivencia conyugal permanente. La situación estable de trabajo fue mayoritaria. El nivel educativo más frecuente es menor al ciclo básico medio y los encuestados asalariados tienen haberes superiores a \$ 1.000; La tipología familiar nuclear sigue la tendencia encontrada en el estado civil de los encuestados.

Los adultos que concurren al Centro de Salud Municipal N° 12 de Barrio Ferreyra manifestaron mayoritariamente no haber cumplimentado con el calendario vacunal.

Las causas de dicho incumplimiento en estos 312 individuos, revelaron que fue por desconocimiento o falta de formación y falta de acceso a la cobertura social.

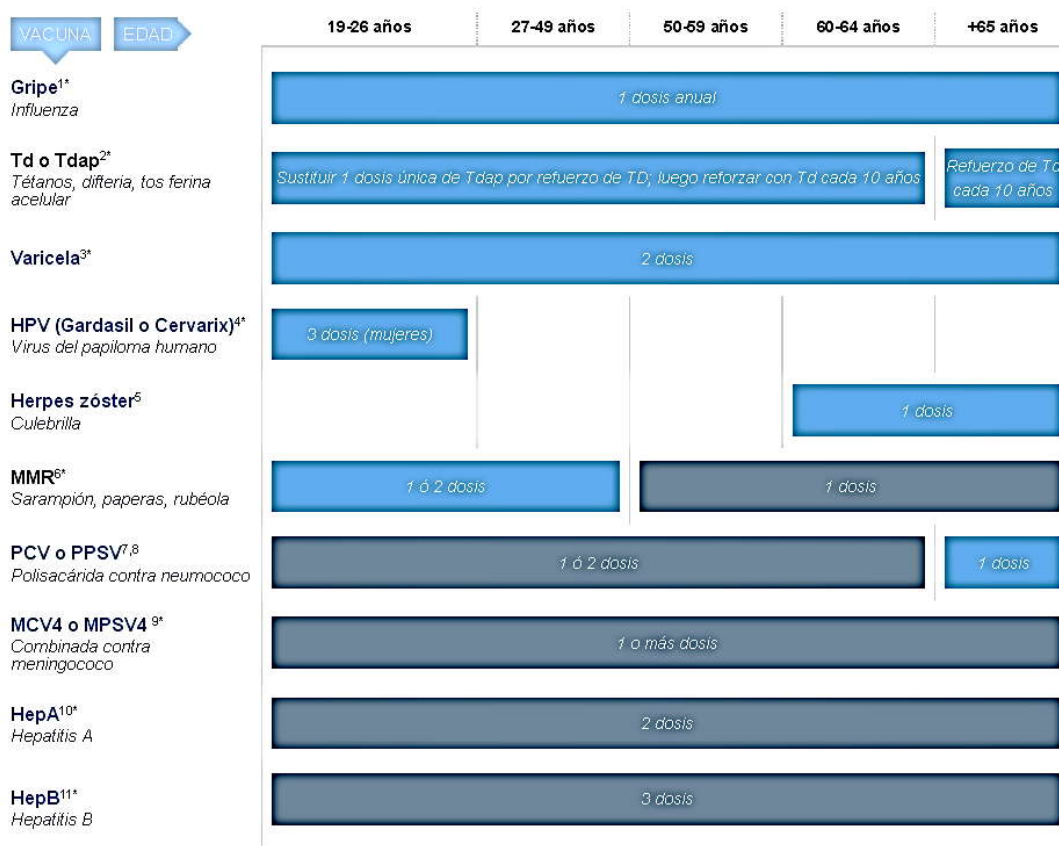
En este sentido la falta de difusión del calendario corroborada por expresión de los encuestados se calificó de insatisfactoria las recomendaciones.

Respecto al equipo de salud, los mismos expresan que se cumple con el calendario, sólo dos efectores opinaron lo contrario.

RECOMENDACIÓN

Se recomienda que la inmunización en adultos forme parte de la práctica habitual de la consulta médica, como ESTRATEGIA, y que no se deben perder oportunidades de vacunación en el adulto ante el contacto con el agente de salud.

Calendario recomendado^c



* Cobertura del Programa de Compensación por Lesiones Causadas por Vacunas

Dado que un alto porcentaje de los pacientes investigados conocía la existencia de un calendario vacunal, aunque desconocía la existencia de uno para adultos por lo cual mostraron su insatisfacción.

^c http://es.vaccines.gov/who_and_when/adults/index.html

BIBLIOGRAFÍA

1. OPS. La Salud Pública en las Américas. Organización Panamericana de la Salud. La Salud Pública en las Américas. Washington, DC, EEUU: Organización Panamericana de la Salud, 2002, Capítulo 4.3.
2. WHO-OPS. Declaración de Alama Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, Moscú, URSS. paho.org. [En línea] 6-12 de Septiembre de 1978. [Citado el: 3 de Febrero de 2012.] http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm.
3. Martín-Zurro A, Cano-Pérez JF. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica, 5ª ed. Madrid, España: Harcourt Brace, 2003.
4. CDC. 2001, HPV4 Vaccine Recommendations for Males Published. MMWR, 60(50);1705-1708.
5. OPS. Actualización Epidemiológica. Incremento de la actividad de influenza. PAHO-OPS. [En línea] 31 de Mayo de 2013. [Citado el: 26 de Julio de 2013.] http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21762&Itemid=
6. OMS. Guías de la OMS para el uso de vacunas y antivíricos en las pandemias de influenza. Washington DC: Departamento de Vigilancia y Respuesta de Enfermedades Transmisibles, OMS, 2004.
7. CDC. 1993, Final results: Medicare influenza vaccine demonstration selected states, 1988-1992. MMWR, 42:601-4.
8. Wilburn SQ, Eijkemans G. 2004, La prevención de pinchazos con agujas en el personal de salud. Int J Occup Environ Health, 10:451-456.
9. Villamil F, Tanno H. Documento final del Consenso Argentino de hepatitis B. Asociación Argentina para el estudio de las enfermedades hepáticas. [En línea] 6 de Noviembre de 2002. www.aaeeh.org.ar.
10. Goiria, J. Vacuna contra la hepatitis B para profesionales sanitarios. HepatitisC2000. [En línea] 11 de Febrero de 2009. [Citado el: 6 de Agosto de 2013.] <http://www.hepatitisc2000.com.ar/blog/index.php/2009/02/11/vacuna-contra-la-hepatitis-b-para-profesionales-sanitarios/>.

-
11. MINSAL. Normas Nacionales de Vacunación. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, Presidencia de la Nación, República Argentina, 2008.
 12. Markowitz LE, Dunne EF, Saraiya M, Lawson HW, Chesson H, Unger ER. 2007, Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR*, 56(RR02);1-24.
 13. FDA Licensure of Bivalent Human Papillomavirus Vaccine (HPV2, Cervarix) for Use in Females and Updated HPV Vaccination Recommendations from the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). CDC. 2010, *MMWR*,. 59(20);626-629.
 14. ACOG. 2006, Opinion No. 344: Human Papillomavirus Vaccination. Committee Care on Adolescent Health y Committee, ACOG Working Group on Immunization. *Obstet Gynecol*, 108(3Pt1):699-705.
 15. CDC. 2012, Updated Recommendations for Use of Tetanus Toxoid, Reduced Diphtheria Toxoid, and Acellular Pertussis (Tdap) Vaccine in Adults Aged 65 Years and Older — Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2012. *MMWR*, 60(50);1705-1708.
 16. Thomas SL, Wheeler JG, Hall AJ. 2004, Case-control study of the effect of mechanical trauma on the risk of herpes zoster. *BMJ*, 328:439.
 17. Dworkin RH, Johnson RW, Breuer J, et al. 2007, Recommendations for the management of herpes zoster. *Clin Infect Dis*, 44(Suppl1):S1-26.
 18. Lopez AS, Burnett-Hartman A, Nambiar R, et al. 2008, Transmission of a newly characterized strain of the varicella-zoster virus from a herpes zoster patient in a long term care facility, West Virginia, 2004. *J Infect Dis*, 197:646-53.
 19. Levin MJ, Oxman MN, Zhang JH, et al. 2008, VZV-specific immune responses in elderly recipients of a herpes zoster vaccine. *J Infect Dis*, 197:825-35.
 20. Dunne EF, Unger ER, Sternberg M, et al. 2007, Prevalence of HPV infection among females in the US; National health and nutrition examination survey (NHANES), 2003--2004. *JAMA*, 297:813-9.
 21. Saraiya M, Ahmed F, Krishnan S, Richards T, Unger E, Lawson HW. 2007, Cervical cancer incidence in a prevaccine era in the United States, 1998-2002. *Obstet Gynecol*, 109:360-70.

-
22. Úbeda Sansano, MI. 2005, Oportunidades perdidas de vacunación. Rev Pediatr Aten Primaria, 7(Supl4):S43-54.
 23. Martín-Zurro, A. 1999, PAPPS (1988-1999). Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. Rev Pediatr Aten Primaria, 1:303-308.
 24. SVMFC. Vacunación. Calendario vacunal del adulto. Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria. [En línea] 3 de Diciembre de 2008. [Citado el: 7 de Agosto de 2013.] <http://www.svmfyc.org/fichas/f011/ficha011.pdf>.
 25. OPS. TECHNICAL ADVISORY GROUP ON VACCINE-PREVENTABLE DISEASES. XVII TAG MEETING, GUATEMALA CITY, 2006—FINAL REPORT. OPS. [En línea] 25-27 de Julio de 2006. [Citado el: 2 de Agosto de 2013.] http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1862&Itemid=1674.
 26. MINSAL. Calendario vacunal. Ministerio de Salud. PRONACEI. [En línea] 2012. [Citado el: 2 de Agosto de 2013.] <http://www.msal.gov.ar/html/calendario-vacunacion-2012/index.html>.
 27. Fedson, DS. 1994, Adult immunization: summary of the National Vaccine Advisory Committee Report. JAMA, 272:1133-7.
 28. Nichol KL, Margolis KL, Wuorena J, Von Stenberg T. 1994, The efficacy and cost effectiveness of vaccination against influenza among elderly persons living in the community. N Engl J Med , 331:778-84.
 29. Santos, I. 2002, El Programa Nacional de Vacunación: orgullo de México. Rev Fac Med UNAM, 45(3).
 30. CDC. 2005, Prevention and control of influenza: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR, 54(No.RR-7)(No.RR-8).
 31. Hadler SC, Margolis HS. 1992, Hepatitis B immunization: vaccine types, efficacy, and indications for immunization. Curr Clin Top Infect Dis, 12:282-308.
 32. André, FE. 1995, Overview of a 5-year clinical experience with a yeast-derived hepatitis B vaccine. Vaccine, 8 Suppl:S74-8; discussion S79-80.

-
33. Pearce N, Milne A, Moyes C. 1988, Hepatitis B virus: the importance of age at infection. *N Z Med J*, 101(858):788-90.
 34. McMahon BJ, Alward WL, Hall DB, Heyward WL, Bender TR, Francis DP, et al. 1985, Acute hepatitis B virus infection: relation of age to the clinical expression of disease and subsequent development of the carrier state. *J Infect Dis*, 151(4): 599-603.
 35. Shaw FE Jr, Guess HA, Roets JM, et al. 1989, Effect of anatomic injection site, age and smoking on the immune response to hepatitis B vaccination. *Vaccine*, 7(5):425-30.
 36. Nowalk MP, Zimmerman RK, Feghali J. 2004, Missed opportunities for adult immunization in diverse primary care office settings. *Vaccine*, 22(25-26):3457-3463.
 37. Cabezas C, Anaya E, Bartalesi F, Sánchez J. 1997, Transmisión Horizontal de Hepatitis Viral B en población desplazada de un área Hiperendémica a sus contactos en un área de baja endemicidad del Perú. *Rev Gastroenterol Perú*, 17(2):128-34.
 38. Jonsson, B. 1987, Cost-benefit analysis of hepatitis B vaccination. *Postgrad Med J*, 63(Suppl.2):27-32.
 39. Bloom BS, Hillman AL, Fendrick AM, Schwartz JS. 1993, A reappraisal of hepatitis B virus vaccination strategies using cost-effectiveness analysis. *Ann Intern Med*, 118:298-306.
 40. Sisk JE, Riegelman RK. 1986, Cost effectiveness of vaccination against pneumococcal pneumonia: an update. *Ann Intern Med*, 104:79-86.
 41. Mullooly JP, Bennett MD, Hornbrook MC, Barker WH, et al. 1994, Influenza vaccination programs for elderly persons: cost-effectiveness in a health maintenance organization. *Ann Intern Med*, 121:947-52.

ANEXO

Instrumento: encuesta modelo

VARIABLES	CATEGORIAS	X
Edad (años)	22 a 45	
	46 a 65	
	≥66 años	
Sexo	Masculino	
	Femenino	
Estado Civil	Soltero	
	Casado	
	Separado	
	Pareja	
	Divorciado	
Trabajo	Ocupado	
	Desocupado	
Ocupación	Asalariado	
	Cuentapropista	
	Empresario	
	Ama de casa	
	Jubilado	
	Estudiante	
	Otros	
Nivel de Instrucción	No posee	
	Prim compl.	
	Prim Incompl	
	Sec Compl	
	Sec incompl	
	Terc Compl	
	Terc Incompl	
	Univ. compl.	
	Univ. Incompl	
Otros		
Nivel económico. Ingresos en pesos.	< 500	
	500 a 1000	
	> 1000	
Tipo de familia	nuclear	
	monoparental	
	extendida	
	Comunidades	
Nº de integrantes de la familia	Solo	
	3	
	4 a 6	
	> 7	
Edad del hijo menor (en el caso de mujeres en edad fértil)	> 10	
	< 10	
Conocimiento sobre el Calendario de Vacunación del Adulto	Si	
	No	
	Parcial	
Difusión del Calendario de Vacunación del Adulto	Si	
	No	
Medios por los que se informó.	Radial	
	Televisivo	

	Revistas	
	Diarios	
	Folletos	
	Comunicación oral	
	Centro de Salud: Personal médico o de enfermería.	
Accesibilidad al Centro de Salud.	Medios de transporte.	
	Horas de atención del centro.	
	Horas ofrecidas para inmunización.	
	Cantidad de personal de enfermería.	
Concorre al Centro solamente cuando está enfermo	Si	
	No	
Sufrió algún accidente o fue intervenido quirúrgicamente en los últimos 10 años	Si	
	No	
Conductas de riesgo	Ocupacionales	
	Sexuales	
Costumbres con respecto a la enfermedad	Asistencia médica	
	Automedicación	
	Medicación alternativa	
Percepción por parte de los enfermeros sobre el Calendario de Vacunación del Adulto	Satisfactorio	
	Insatisfactorio	
Percepción del paciente respecto de la recomendación del personal de salud sobre el Calendario de Vacunación del Adulto	Satisfactorio	
	Insatisfactorio	
Difusión de los Programas en el Centro	Si	
	No	
Patologías crónicas	Diabetes	
	HTA	
	Neoplasias	
	Otras	

X: tildar el dato positivo