

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO “RUBEN DARIO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**Tesis para optar al título de Especialista en Dirección de Servicios de
Salud y Epidemiología**

TITULO

**Conocimiento, actitudes y prácticas sobre la vigilancia de
Sarampión y Rubéola en la red de servicios del Ministerio de
Salud del municipio de Estelí, enero 2019.**

Autora: Lic. Ada Carolina Huete González
Residente de Dirección de Servicios de Salud y Epidemiología

Tutora científica: Dra. Jazmina del Rosario Umaña Rivera
Responsable del PAI Nacional-MINSA

Tutora metodológica: Dra. Susana Altamirano
Master en Salud Pública
Dirección de Vigilancia para la salud.

Nicaragua, marzo del 2019

Índice

i.	Dedicatoria-----	
ii.	Agradecimiento-----	
	Opinión del Tutor-----	
iii.	Resumen-----	
		Pág.
I.	Introducción.....	1
II.	Planteamiento del Problema.	2
III.	Antecedentes	3
IV.	Justificación.	9
V.	Objetivos	10
VI.	Marco Teórico.	11
VII.	Diseño Metodológico.	23
VIII.	Resultados.	31
IX.	Análisis y Discusión de los resultados.....	33
X.	Conclusiones.	36
XI.	Recomendaciones.	37
XII.	Bibliografía	39
	Anexos	40
	Anexo 1.....	41
	Anexo 2.....	46
	Anexo 3.....	47

i. Dedicatoria

Este estudio está dedicado a DIOS que me permite cada día luchar por mis metas y sueños, quien no me abandona en ningún momento.

A mi madre que ha sido mi motor fundamental en mi vida, que me impulsa y es el ángel que DIOS envió a esta tierra.

A mis maestros y tutores por su apoyo incondicional, tomar de su tiempo y dedicarlo a mí y este estudio.

Lic. Ada Carolina Huete González

i. Agradecimiento

Mi mayor agradecimiento al buen gobierno de nuestro comandante Daniel Ortega Saavedra y al Ministerio de Salud por darme la oportunidad de prepararme como especialista, oportunidad única para mí.

A mi director de SILAIS, Víctor Octavio Triminio Zavala y a Aura Belia González Cruz secretaria Departamental del sindicato quienes me seleccionaron como candidata a esta especialidad y vieron potencial en mí.

Opinión del tutor

La presente investigación tiene como objetivo principal determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la vigilancia de sarampión y rubeola en la red de servicio del Ministerio de salud del municipio de Estelí; aunque en Nicaragua no se reportan casos de sarampión y rubeola desde 1995 y 2004 respectivamente, se realiza una vigilancia con el propósito de apoyar la toma de decisiones en la planeación y ejecución de actividades de inmunización, con base en el análisis de riesgos e información concreta, así como la posterior evaluación de las acciones para la prevención de un posible brote.

Esta investigación es para optar al título de la Especialidad en Dirección de Servicios de Salud y Epidemiología con el Título: **Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la vigilancia de sarampión y rubeola en la red de servicio del Ministerio de salud del municipio de Estelí.**

Felicito a la Autora: Lic. Ada Carolina Huete González-Residente de Dirección de Servicios de Salud y Epidemiología. Mediante este estudio se pretende realizar un análisis que permita valorar los conocimientos en el personal que labora en el área asistencial del sistema de salud, tiene sobre la vigilancia de las enfermedades prevenibles por vacunas especialmente sobre sarampión y rubeola, que acciones se están tomando, y que actitud toma el personal ante este problema. El informe final de la investigación ha sido revisado, ésta reúne los requisitos científicos, técnicos y metodológicos para su presentación ante el Tribunal Examinador.

Calurosamente,

Tutora científica

Tutora metodológica

i. Resumen

El Objetivo General de este estudio fue Determinar el conocimiento, actitudes y prácticas sobre la vigilancia de sarampión y rubeola en el personal que labora en el área asistencial del sistema de salud del municipio de Estelí enero 2019.

En relación a las características sociodemográficas del personal en estudio, el grupo etáreo que predominó fue el de 20 a 29 años con 36.6 % (48), 30 a 39 años con 26%(34), seguido de 40 a 49 años 26%(34), predominó el sexo Femenino con el 79.4%(104), seguido del Masculino con el 20.6 % (27), el Perfil profesional predominó el de Licenciada de enfermería con 58%(76), seguido del Médico General con 21.4%(28), Médico en servicio social con 8.4%(11), Médico Especialista el 7.6%(10), Enfermera en servicio social 3.8%(5); el lugar de trabajo del personal entrevistado que laboran en el Hospital regional San Juan de Dios 54.2%(71), en el Centro de salud Leonel Rugama el 45.8%(60), En relación al tiempo de laborar en el MINSA se encontró de 1 a 10 años 59.5%(78), 11 a 20 años 19.1%(25), 21 a 30 años 16%(21); el programa asignado se evidenció el AINMA con 64.9%(85), Otros sala de pediatría 12.2%(16), PAI 9.2%(12), Otros consulta externa 9.2%(12).

Al describir el conocimiento sobre la vigilancia de sarampión y rubeola del personal en estudio, se encontró, Bueno con 56.5% (74), Deficiente 32.1% (42), Muy Bueno 6.9% (9) y Excelente 4.6% (6).

Al conocer las actitudes ante la vigilancia de sarampión y rubeola del personal en estudio, fue Favorable el 74.8% (98), Desfavorable el 25.2% (33).

Al Determinar las prácticas que realizan sobre la vigilancia de sarampión y rubeola del personal en estudio fue Adecuada el 68.7 % (90), Inadecuada el 31.3% (41).

I. Introducción.

En el departamento de Estelí durante los últimos 10 años se evidencia baja captación de casos sospechosos de sarampión y rubeola en la vigilancia de estas enfermedades, de las que se han presentado brotes en otras regiones del mundo y la región de las Américas.

La vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunas es la observación, investigación, análisis de la ocurrencia, frecuencia, distribución de las mismas, así como de los factores condicionantes que posibilitan su aparición en grupos poblacionales, en un lugar y tiempo determinado, para lo cual el personal de salud juega un rol importante para que esta se lleve a efecto.

El presente estudio se enfoca en el personal que labora en la red de servicios del Ministerio de salud del municipio de Estelí, bajo la metodología de una encuesta de conocimientos actitudes y practicas CAP sobre la vigilancia de las enfermedades prevenibles por vacunas en especial sarampión y rubeola en el mes de enero 2019.

Mediante este estudio se valoró los conocimientos sobre la vigilancia de sarampión y rubeola, acciones que se tomaron para la búsqueda de casos sospechosos, que actitudes y prácticas adopto el personal.

A través de los resultados se identificaron los motivos que inciden en la baja captación de casos sospechosos de sarampión y rubeola en el departamento de Estelí; cuyo propósito principal es aportar elementos que contribuyan a la toma de decisiones para la planeación y ejecución de actividades de inmunización, con base al análisis de riesgos e información concreta, así como la posterior evaluación de las acciones para la prevención de un posible brote.

II. Planteamiento del Problema.

Según la norma técnica número 121 del Programa de Inmunizaciones en los municipios con una población menor de 50,000 habitantes se debe reportar 1 caso como mínimo al año y los municipios con una población mayor de 50,000 habitantes deben reportar 2 casos como mínimo al año.

En los reportes de la vigilancia del programa ampliado de inmunizaciones PAI, por unidad de salud del SILAIS Estelí, de los últimos 10 años, se puede observar en la tabla número 1, anexo 2, que no se cumple con la tasa de notificación establecida en normativa 121 del PAI, por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre la vigilancia de sarampión rubeola en la red de servicio del Ministerio de salud del municipio de Estelí?

III. Antecedentes

En relación a las coberturas alcanzadas en los biológicos el 57.7% alcanzaron coberturas inferiores al 80% en BCG, el 40.4% alcanzaron coberturas de 80- 90% en Sabin Pentavalente y SRP. Reflejando con mayores problemas de cobertura los municipios de Choluteca, Orocuina, Concepción de María y el Triunfo- Honduras, a pesar que el 69% del personal entrevistado conocen y mantienen actualizada su población meta, aun se observan coberturas inferiores al 95% en todos los biológicos a nivel de los municipios del Departamento, Observándose mayores problemas de coberturas en los Centros de Salud que tienen población de 51 a 100 niños menores de dos años lo que representa el 53.8% en los cuatro biológicos con coberturas inferiores al 80%.

El 84.6% de las 52 entrevistas aplicadas no realiza el vaciado del Registro de Vacunación diario (VAC-1); al Registro de Vacunación mensual (VAC-2), además no coinciden las dosis registradas en el VAC-1 con las dosis registradas en el VAC-2, otro dato importante es que el 73.9% del personal entrevistado no recibe información de dosis aplicadas por otras instituciones y el 26.1% si recibe información sobre dosis aplicadas principalmente de Clínicas Materno Infantil y Hospital. (Muñoz, 2015)

Se diseñó un estudio descriptivo de corte transversal y con el uso de un cuestionario previamente validado por juicio de expertos y verificada la confiabilidad, se entrevistó a las 26 enfermeras que laboran en los ambulatorios del municipio Roscio, Guasipati- Venezuela. Se evidenció que 98% de los profesionales encuestados conocían las enfermedades prevenibles por vacunas y un 73% sabían la existencia de las fichas para la vigilancia, no obstante, solo en un 8% identifico correctamente la muestra adecuadas para investigar un caso sospechoso de poliomielitis.

Distribución porcentual de respuestas encuesta sobre Vigilancia Epidemiológica de enfermedad inmunoprevenibles por vacunas según Conocimiento. Municipio Roscio, Guasipati- Venezuela. Año 2010		
Conocimiento	% de respuestas acertadas	Puntaje según criterios definidos
Vacuna según enfermedad a prevenir	76	1
Vacuna a utilizar en caso de sospechoso sarampión y Rubeola	73	1
Enfermedades a prevenir según vacunas	92	1
Tiempo de notificación ante caso sospechoso de sarampión	27	0
Existencia de Protocolos y Fichas existentes	73	1
Total		4

Distribución porcentual de respuestas en encuesta sobre Vigilancia Epidemiológica de enfermedad inmunoprevenibles por vacunas según Practica. Municipio Roscio, Guasipati- Venezuela. Año 2010		
Tipo de practica	% de respuestas acertadas	Puntaje según criterios definidos
Realizar acciones en casos sospechosos según protocolos	62	0
Recolección de muestra adecuada según protocolo de poliomielitis	8	0
Notificación oportuna	38	0
Ejecución de esquemas de vacunas completo	38	0
Obtención de muestras de caso de Parálisis Flácida en tiempo correcto	61	0

Se notificó un total de 570 casos sospechosos de sarampión en Venezuela en el año 2012, de los cuales 217 casos fueron confirmados para sarampión: 153 por criterio de laboratorio y 64 por nexo epidemiológico; 292 están en investigación y 61 fueron descartados. Todos los casos confirmados en la Región de las Américas fueron casos importados de otros continentes, relacionados a importación o con fuente de infección desconocida. (Gómez, 2012)

En 2014, se realizó un estudio sobre la evaluación de Enfermedades Transmitidas por Vacunas (ETAV), en la Jurisdicción Sanitaria Álvaro Obregón en el Distrito Federal México, en personal de salud en los que se incluyó, médicos, enfermeras, vacunadores y promotores de salud, se observó que 53.2% de este personal de salud había tomado capacitación sobre vacunas o enfermedades que previene las vacunas. Referente a sesiones académicas en centros de salud en el último año, el 72.3% del personal mencionó se habían abordado los temas de vacunación o enfermedades prevenibles por vacunación. Relacionado a conocimientos, actitudes y prácticas, 0.2% del personal no tenían conocimientos adecuados sobre Enfermedades Transmitidas por Vacunas (ETAV), 91.5% presentaron actitudes técnicamente no adecuadas para la notificación y vigilancia de ETAV, 42.6% presentaron prácticas inadecuadas en el proceso de notificación de ETAV. Además 68.8% consideró el proceso de notificación como no sencillo, que requieren mucho tiempo, los formatos eran difíciles de llenar y no contaban con insumos necesarios, ni la capacitación para realizarlo.

Las siguientes características del personal encuestado; 66.4% son del sexo femenino, es el sexo que predomina en todas las unidades médicas, 48.4% tenían más de 41 años de edad, 32.8% son médicos generales, 32.0% son enfermeras, 55.5% están en el área de consulta externa y 42.2% tienen más de 10 años de antigüedad en el trabajo.

Resultados de conocimientos, el 81.4 y 85.5% personal médico y enfermera conocen el concepto de Eventos Supuestamente Atribuidos a Vacunación (ESAVI), 47.5 y 52.2% no conocen la clasificación de ESAVI respectivamente. El ESAVI más frecuente por biológico inyectable lo conocen 98.3% médicos, 95.7% personal de enfermería. El ESAVI esperado por BCG es conocido 100 y 98.6% por el personal médico y enfermería. El conocimiento sobre vacunas que producen exantema (SR, SRP) 81.4% por el personal médico, 78.3% por el personal de enfermería.

Resultados de prácticas como se muestra los médicos tienen 4.9 veces más probabilidad de no identificar al responsable de notificar los ESAVI y 2.1 veces más probabilidad de no saber quién recaba información para notificar los ESAVI, con una diferencia estadística significativa.

Resultados de Actitudes, se muestra las actitudes a la notificación de ESAVI, se observa 4.18 veces más probabilidad, de tener una actitud no favorable en el área de inmunizaciones estadísticamente significativa, comparado con el resto de las áreas. (Cruz, 2016)

Según la Oficina Regional de la **OMS** en Europa con datos hasta el 2 de octubre de 2017, se reportaron casos sospechosos de sarampión con: 4,510 casos en Italia, 3,219 en Rumania, 1613 en Ucrania, 876 en Alemania, 405 en Francia y 360 casos en Bélgica de los cuales estos 6 países fueron quienes más reportes presentaron. (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 2017)

Entre septiembre de 2016 y agosto de 2017, los países de la Región Europea notificaron 15.516 casos confirmados de sarampión; el 83% de estos casos fueron notificados en 2017. En este periodo, la mayor incidencia se registró en Rumania, 259 casos por 1 millón de habitantes, seguido de Italia con 80,5 casos por 1 millón de habitantes y Tayikistán 77 casos por 1 millón de habitantes. En 2017, el diagnóstico de sarampión fue confirmado por resultados de laboratorio (serología, detección de virus o aislamiento) en el 55% (7.152) de los casos, y los restantes por nexo epidemiológico y por clínica.

El sarampión desde la década de los 60 cuando era de muy alta letalidad y morbilidad; la vacuna monovalente contra sarampión (AS) se aplica en el país desde 1970, en 1998 se introduce la triple viral, en un inicio el esquema nacional tenía 6 tipos de vacunas (Polio, DPT, AS, BCG, TT y DT), que progresivamente se han ido incrementando las vacunas (Pentavalente, MMR, Rotavirus, influenza y neumococo).

Entre 1990 y 1992 en Nicaragua se registró el último brote de gran magnitud en el país. Este brote se caracterizó por 11,047 casos, la tasa de incidencia fue de 249 por 100,000 habitantes y la tasa de mortalidad de 0.10 por 100,000 habitantes. Este brote comprometió al 100% de los departamentos existentes en el país. El grupo de edad más afectado fue el menor de un año y el de 1 a 4 años. Esta situación se explica por la rápida acumulación de susceptibles relacionados con coberturas bajas con vacuna antisarampionosa (AS) que condicionaron la circulación persistente del virus del sarampión.

Nicaragua adoptó el compromiso de eliminar el sarampión de su territorio al igual que todos los países de la Región. Las estrategias de vacunación fueron las recomendadas por OPS las cuales se iniciaron en 1994, dando seguimiento entre los años 1996-2008, y en el 2005, aceleración que era la vacunación dirigida a población adulta y adolescentes, hombres, mujeres, que debía permitir eliminar la rubéola y consolidar la eliminación del sarampión.

A lo largo de 12 años se realizaron 6 campañas donde se logró vacunar 48 cohortes de hombres y mujeres. Todas estas cohortes en algún momento han tenido la oportunidad de recibir una o dos dosis de vacuna con antígeno sarampión y rubéola. La vigilancia epidemiológica desarrollada ha cumplido con los estándares internacionales a lo largo del tiempo, demostrando calidad en la vigilancia de las enfermedades febriles eruptivas. Como resultado de todas estas estrategias, el sarampión descendió progresivamente hasta 1995 en que ocurrieron los dos últimos casos, en el departamento de León y Chontales ambos mayores de 15 años, con estado vacunal desconocido. La tasa de incidencia de sarampión en Nicaragua disminuyó de 295 x 100,000 habitantes en 1990 a 0 en 1996 manteniéndose así hasta la fecha, no se han reportado casos importados.

En octubre de 1992 se realiza la campaña de puesta al día, vacunándose 1, 931,723 niños entre 9 meses y 14 años alcanzando una cobertura de 98%. Entre 1994 y 2008 se realizaron un total de 8 campañas, de las cuales 7 fueron masivas y una dirigida a grupo específico, en las cuales se administraron 8, 471,198 dosis de antígeno contra sarampión y 5, 978,957 contra rubéola.

Con el riesgo de aparición de brotes de sarampión, se realizaron campañas de seguimiento cada cuatro años, la primera fue en 1996, la segunda, tercera y cuarta en el 2000, 2004 y 2008 respectivamente, en todas ellas las coberturas fueron mayores a 95 %.

En agosto de 1996, y octubre del 2010, con apoyo técnico de OPS, se evaluó el sistema de vigilancia epidemiológica del sarampión y de otras inmunoprevenibles en Nicaragua en el que concluyó que existía un sistema de vigilancia activa a nivel nacional capaz de detectar oportunamente la presencia de casos o brotes.

Antes de la introducción de la vacuna MMR en 1998, la rubéola tenía un comportamiento epidemiológico caracterizado por una circulación sostenida con elevaciones en los años 1992 y 1998 año en el que se inició el último brote de gran magnitud que se extendió hasta el 2000. En este brote ocurrieron 748 casos confirmados por laboratorio, la tasa de incidencia fue de 14.74 por 100,000 habitantes. No se reportaron fallecidos. Los grupos de edad más afectados fueron los menores de un año y los de 1 a 4 años. La causa de estos brotes se explica porque la vacuna anti rubéola no estuvo disponible sino a partir de 1998.

El brote de 1998 - 2000 comprometió al 100 % de los departamentos del país, de los 748 casos, el 25% se concentró en el departamento de León seguidos por Madriz con el 10 % y Managua con 8 %, la Región Atlántico Norte (RAAN) solo reportó un caso en este periodo. Las áreas de circulación se reducen de 82 % (con 14/17) de los departamentos a 12 % (2/17) en el 2004, y 0 % del 2005 al 2010. Los 5 últimos casos confirmados por laboratorio ocurrieron en el 2004 en los departamentos de Madriz, Jinotega y Río San Juan.

Los últimos casos de rubéola confirmados por laboratorio ocurrieron en el año 2004, a partir del año 2005 no hay casos confirmados clínicamente ni por laboratorio en ninguno de los Departamentos; la disminución de la incidencia de la rubéola fue producto de la intensificación de las estrategias de vacunación y durante esta etapa la vigilancia dio énfasis a la identificación de casos sospechosos, adecuadas medidas de control. La tasa de incidencia de rubéola disminuyó de 14.74 x 100,000 habitantes en el año 2000 a 0 en el 2005 manteniéndose así hasta la fecha, no se han reportado casos importados. El descenso sostenido fue producto de la introducción de la triple viral (MMR) y el desarrollo exitoso de las campañas de vacunación y las coberturas superiores a 95% de la vacunación de rutina. (MINISTERIO DE SALUD, 2011)

Posterior al análisis realizado en el 2011 por el MINSa se han identificado evidencias que permiten afirmar que no hay circulación del virus salvaje del sarampión; con la rubéola, no se han identificado casos confirmados en los últimos 6 años y las coberturas son superiores a 95 %, lo que constituye importantes avances que nos acerca a su eliminación, pero, será necesario desarrollar medidas complementarias para fortalecer su vigilancia.

IV. Justificación.

La presente investigación tiene como objetivo principal determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la vigilancia de sarampión y rubeola en la red de servicio del Ministerio de salud del municipio de Estelí; aunque en Nicaragua no se reportan casos de sarampión y rubeola desde 1996 y 2005 respectivamente, se realiza una vigilancia con el propósito de apoyar la toma de decisiones en la planeación y ejecución de actividades de inmunización, con base en el análisis de riesgos e información concreta, así como la posterior evaluación de las acciones para la prevención de un posible brote.

Mediante este estudio se valoró los conocimientos del personal que labora en el área asistencial sobre la vigilancia de las enfermedades inmunoprevenibles por vacunas especialmente sobre sarampión y rubeola, que acciones realizaron, si la búsqueda de caso continuaba activa y que actitud tomo el personal ante este problema.

Las enfermedades prevenibles por vacunas están sujetas a erradicación, eliminación y control, por ello se amerita una sistemática y disciplinada vigilancia epidemiológica y este estudio es necesario porque facilitara al reforzamiento de la misma y de encontrarse personal con bajo conocimiento se podrán tomar las acciones pertinentes, mediante capacitaciones, estudios que beneficiarán a la prevención de posibles brotes a nivel nacional.

V. Objetivos

Objetivo General:

Determinar el conocimiento actitudes y prácticas sobre la vigilancia de sarampión rubeola en la red de servicio del Ministerio de salud del municipio de Estelí, enero 2019.

Objetivos Específicos:

1. Identificar las características sociodemográficas del personal en estudio.
2. Describir el conocimiento sobre la vigilancia de sarampión y rubeola del personal en estudio.
3. Conocer las actitudes ante la vigilancia de sarampión y rubeola del personal en estudio.
4. Determinar las prácticas que realizan sobre la vigilancia de sarampión y rubeola del personal en estudio.

VI. Marco Teórico.

La región de las Américas fue la primera declarada por un Comité Internacional de Expertos, como libre de los virus de la rubéola en 2015 y del sarampión en 2016. La principal medida para evitar la introducción y diseminación del virus del sarampión es la vacunación de la población susceptible, junto con un sistema de vigilancia de alta calidad y suficientemente sensible para detectar oportunamente todo caso sospechoso de sarampión o rubéola.

Considerando que los virus del sarampión y la rubéola aun circulan en otros continentes; y que la llegada de los viajeros internacionales a las Américas se incrementó en un 4% en el 2016, se espera que ocurran casos en viajeros no vacunados.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI, fue aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1974, y fue adoptado por los países de la Región de las Américas como una estrategia para intensificar la lucha contra las enfermedades inmunoprevenibles que afectaban con mayor frecuencia a la niñez del mundo; es la instancia responsable en el área de control y eliminación de enfermedades prevenibles por vacuna, encargada de la elaboración y cumplimiento de los planes para garantizar la prevención, control, eliminación y/o erradicación de las enfermedades inmunoprevenibles. Los servicios de vacunación rutinaria en Nicaragua se implementaron aproximadamente en el año de 1960, vacunando generalmente por demanda en las unidades de salud, pero es a partir del año 1980, que se conformó el Programa Ampliado de Inmunizaciones, siendo las vacunas utilizadas la BCG, OPV, DPT, Sarampión y TT. (Ministerio de Salud, 2013)

Desde su formación ha implementado diferentes estrategias como, la vacunación sistemática en los servicios de salud, visitas al terreno, jornadas nacionales de vacunación, vacunación escolar y campañas de seguimiento; con el objetivo de alcanzar las coberturas de vacunación recomendadas para mantener la población protegida contra las enfermedades prevenibles por vacunas.

Esquema de vacunación:

MMR (SRP): Es una vacuna constituida por virus vivos atenuados, protege contra la rubeola, sarampión y parotiditis, se una dosis los niños de 12 meses de edad. Desde año 2000, inician campañas de seguimiento aplicando una dosis de MR/SRP a los niños y niñas de 1 a 4 años de edad, como parte del programa de erradicación del sarampión, rubéola y SRC, el país en el año 2017 introdujo una segunda dos al esquema la cual se aplica a los niños al cumplir los 18 meses de edad (Ministerio de Salud, 2013)

Tipos de inmunidad:

Pasiva: Se refiere a la síntesis de anticuerpos en un organismo y que se transfieren directamente a otro de forma temporal. Existe la inmunidad artificial que se desarrolla por inyección de anticuerpos, es decir, en la inmunidad pasiva no hay una respuesta inmunológica por parte del huésped.

Activa: Es la producción de anticuerpos por el propio organismo como resultado del estímulo antigénico. Existe la inmunidad natural que se adquiere por el padecimiento de la enfermedad y que es generalmente permanente; y la inmunidad artificial producida por antígenos preparados (vacunas) que al administrarse estimulan la respuesta inmune de larga duración, no inmediata, ya que se hace efectiva de 2 a 3 semanas después de la exposición al antígeno.

Vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacuna EPV

La vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunas es la observación, investigación y análisis de la ocurrencia, frecuencia y distribución de las mismas, así como de los factores condicionantes que posibilitan su aparición en grupos poblacionales, en un lugar y tiempo determinado.

El propósito de la vigilancia es apoyar la toma de decisiones en la planeación y ejecución de actividades de inmunización, con base en el análisis de riesgos e información concreta.

La vigilancia de las EPV cuenta con el apoyo del Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia (CNDR) quien realiza el diagnóstico de laboratorio de las mismas, específicamente en los componentes de virología y bacteriología.

Las enfermedades prevenibles por vacunas están sujetas a erradicación, eliminación y control; por ello se amerita una sistemática y disciplinada vigilancia epidemiológica.

Para la vigilancia existen tres conceptos importantes.

Erradicación: Se refiere a la aplicación de medidas poblacionales dirigidas a conseguir la erradicación de una enfermedad, es decir, aquella en la cual no solamente se han eliminado los casos sino las causas de la enfermedad, en particular el agente, a nivel global, tal como es la Viruela.

Eliminación: Se refiere a la aplicación de medidas poblacionales dirigidas a conseguir una situación de eliminación, es decir, aquella en la cual no existen casos de la enfermedad, aunque persistan los factores que potencialmente pueden producirla, como la presencia del agente en el medio ambiente, la existencia del *Clostridium tetani* en el suelo y de heces de animales o humanas. tales como: poliomielitis, sarampión, rubéola, síndrome de rubéola congénita y tétanos neonatal.

Control: Se refiere a la aplicación de medidas poblacionales dirigidas a reducir la incidencia de la enfermedad a un nivel en el que deje de constituir un problema de salud pública. Estas medidas se dirigen principalmente a reducir la morbilidad y mortalidad de la enfermedad objeto de control, tales como: meningitis tuberculosa, difteria, tos ferina, tétanos no neonatal, hepatitis b, parotiditis, otras enfermedades bajo vigilancia centinela: (neumonías bacterianas, meningitis bacterianas, gastroenteritis por rotavirus).

Confirmación Diagnóstica

Detección de anticuerpos a través de la prueba de (ELISA), por serología, en la infección primaria los anticuerpos (Inmunoglobulina IgM e IgG) generalmente aparecen en el suero en los primeros días de inicio de la erupción, llegando a su máximo en una a dos semanas. Los IgG aparecen después de la infección; el virus también puede aislarse del hisopado nasal y faríngeo del que se toma una muestra en la fase temprana de la enfermedad de 0-5 días siguientes del inicio de la erupción.

En Nicaragua a través del ministerio de salud se implementan cuatro tipos de vigilancia:

Vigilancia activa: Se llevará a cabo al informarse de la presencia de casos por rumor, identificación de brote, incremento o ausencia en el comportamiento esperado. La búsqueda de casos y toma de muestras para laboratorio, será responsabilidad del personal de salud local o comunitaria con la participación del nivel inmediato superior si es requerido.

Vigilancia pasiva: Se refiere a los casos que asisten a los servicios de salud, y cumplen la definición de caso.

Vigilancia universal: Consiste en el reporte o notificación individualizada de todos los casos nuevos de una determinada enfermedad (cobertura universal). Trabaja con definiciones de casos sospechosos y confirmados; los casos sospechosos se definen dependiendo de las características clínicas de la enfermedad y de los antecedentes epidemiológicos; los casos confirmados, requieren criterios de laboratorio y nexo epidemiológico.

La periodicidad de la notificación depende de la enfermedad a vigilar y se pueden distinguir dos grupos: **las de notificación inmediata**, que requieren mecanismos de control rápidos, habitualmente frente a la identificación de casos sospechosos, como ejemplo: Parálisis Flácida Aguda, sarampión, rubéola, Síndrome de rubéola congénita, tétanos, difteria, tosferina y **las de notificación rutinaria establecida** dentro del sistema de vigilancia epidemiológica.

Vigilancia centinela: Los Sitios Centinela buscan realizar una vigilancia intensiva en un área geográfica delimitada con el objetivo de generalizar los resultados obtenidos a un área más amplia (departamento, región, país). Estas áreas se relevan en forma periódica y se recolectan datos de alta calidad sobre eventos frecuentes. Debe reunir los siguientes criterios: Población bien definida, cuando sea posible, accesible, representativo de la población objeto, cuenta con recursos humanos / logística, promedio anual de ingresos por diarrea/neumonías de aproximadamente 250-500 niños menores de 5 años por hospital.

Según la organización mundial de la salud OMS el sarampión es una de las principales causas de muerte entre los niños pequeños, a pesar de que hay una vacuna segura y eficaz para

prevenirlo. En 2016, hubo 89,780 muertes por sarampión en todo el mundo, es la primera vez en que el número de muertes por sarampión es inferior a los 100,000 por año. La vacunación contra el sarampión ha reducido la mortalidad mundial por esta causa en un 84% entre 2000 y 2016.

En 2016, aproximadamente un 85% de la población infantil mundial recibió a través de los servicios de salud habituales una dosis de vacuna contra el sarampión antes de cumplir un año de vida y en 2000 ese porcentaje fue del 72%. Se estima que entre 2000 y 2016, la vacuna contra el sarampión evitó unos 20,4 millones de muertes, lo que la convierte en una de las mejores inversiones en salud pública. El sarampión sigue siendo frecuente en muchos países en desarrollo, sobre todo en algunas zonas de África, Asia (más del 95%) de las muertes se registran en países con bajos ingresos per cápita e infraestructura sanitaria deficiente. (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, ENERO 2018)

Nicaragua ha alcanzado la eliminación de la polio, el sarampión y la rubéola; todo esto basado en el fortalecimiento de las competencias de la capacidad técnica en el sistema de vigilancia epidemiológica para identificar y evitar la reproducción de los virus del sarampión, polio y rubéola.

La infección por **sarampión** se presenta con un pródromo de dos a tres días de fiebre, malestar, tos y coriza (aparición de pequeñas manchas rojas en la piel); suele estar acompañado también de conjuntivitis y bronquitis, aunque al inicio no hay erupción, el virus es sumamente contagioso, en algunos casos graves. Durante todo el período febril el paciente presenta tos seca sin expectoración que persiste por una o dos semanas; en los niños pequeños, es común la linfadenopatía generalizada, infecta el tracto respiratorio y se extiende al resto del organismo, normalmente se suele transmitir a través del contacto directo y del aire, se propaga por la tos y los estornudos, el contacto personal íntimo o el contacto directo con secreciones nasales o faríngeas infectadas, generalmente se padece durante la infancia, es una enfermedad humana que no afecta a los animales.

Al cabo de 3 a 4 días se observan manchas de Koplik en la mucosa bucal poco antes de que aparezca el exantema. Se observan en más del 80% de los casos si se realizan exámenes minuciosos diarios poco antes del inicio de la erupción; dura de tres a siete días y puede estar

seguido de una descamación fina y algunos casos presentan exfoliación grave, especialmente si están desnutridos.

El primer signo del sarampión suele ser la fiebre alta, que comienza unos 10 a 12 días después de la exposición al virus y dura entre 4 y 7 días. En la fase inicial, el paciente puede presentar rinorrea, tos, ojos llorosos y rojos, y pequeñas manchas blancas en la cara interna de las mejillas al cabo de varios días aparece un exantema, generalmente en el rostro y la parte superior del cuello, que se extiende en unos 3 días, acabando por afectar a las manos y pies. El exantema dura 5 a 6 días y luego se desvanece; el intervalo entre la exposición al virus y la aparición del exantema oscila entre 7 y 18 días (media de 14 días).

El periodo de transmisibilidad puede ser desde cuatro días antes de la aparición de la erupción (es decir, de uno a dos días antes del inicio de la fiebre) hasta cuatro días después. El mayor riesgo de infección se produce tres días antes del inicio de la erupción.

La mayoría de muertes por complicaciones del sarampión son más frecuentes en menores de 5 años y adultos de más de 30 años. Las más graves son la ceguera, la encefalitis (infección acompañada de edema cerebral), la diarrea grave (que puede provocar deshidratación), las infecciones del oído y las infecciones respiratorias graves, como la neumonía. Los casos graves son especialmente frecuentes en niños pequeños malnutridos, y sobre todo en los que no reciben aportes suficientes de vitamina A o cuyo sistema inmunitario se encuentra debilitado por el VIH/SIDA u otras enfermedades.

La infección también puede provocar complicaciones graves en las mujeres embarazadas e incluso ser causa de aborto o parto prematuro. Quienes se recuperan del sarampión se vuelven inmunes de por vida.

La **rubeola** es una enfermedad febril eruptiva no vesicular que afecta a todas las edades, inicia con síntomas vagos durante 1 y 2 días, uno de los signos más característicos es la inflamación de los ganglios linfáticos (linfadenopatía) postauricular (detrás de las orejas), occipitales y cervical posterior (suboccipital), generalmente dolorosas; que se presentan previo a la erupción acompañados de linfadenopatías retro auriculares, occipitales, cervicales y cubitales. El exantema presenta pequeñas máculas puntiformes, semejantes a las del

sarampión, pero más finas; se inician en la cara y se generaliza rápido en 24 a 48 horas y desaparecen al tercer día. En los niños, el exantema casi siempre brota el primer día después de la fiebre, como manchas rojo-pálidas de menor tamaño que las del sarampión, las mismas que no son confluentes y quedan zonas de la piel sin alteraciones, otras veces el exantema es escalartiforme. Se observa ligera fotofobia, coriza, tos leve, sin conjuntivitis, ligera elevación de la temperatura por 1 o 2 días; entre el 30% al 50% de los casos pueden ser subclínicos. Afecta al feto cuando infecta a una embarazada en los primeros meses de gestación.

La artralgia y la artritis ocurren con frecuencia en adultos, pero en la mujer la artritis se presenta en menor frecuencia (70%), otros síntomas de la rubéola incluyen conjuntivitis y orquitis. Para el diagnóstico de laboratorio la confirmación de casos, es de suma importancia; el virus puede aislarse del hisopado nasal y faríngeo tomando una muestra en la fase temprana de la enfermedad de cero a cinco días siguientes del inicio de la erupción y una muestra de sangre para detección de anticuerpo IgM contra rubéola. En caso de brote aislar el virus de secreciones nasales y faríngeas (exudado).

El ser humano es el único huésped natural del virus de la rubéola y se transmite principalmente por medio de gotitas expulsadas del aparato respiratorio o suspendido en el aire que entran en contacto con las mucosas de las vías respiratorias altas o de las conjuntivas. El periodo de transmisibilidad es de 12 a 23 días; aproximadamente desde una semana antes y 4 días después de comenzar la erupción.

Todas las personas que no han sido inmunizadas o que no han padecido la enfermedad son susceptibles. La inmunidad pasiva es adquirida a través de los anticuerpos maternos y la inmunidad activa se adquiere por medio de la infección natural o la vacunación; los niños cuya madre ha adquirido inmunidad, generalmente permanecen protegidos por los anticuerpos de ella durante los primeros seis a nueve meses de vida.

El personal de salud involucrado en la atención a pacientes debe conocer la definición operacional de caso sospechoso para poder realizar una vigilancia adecuada. En la normativa 121 norma técnica de inmunizaciones se integran 7 definiciones operacionales de casos.

Caso sospechoso de sarampión / rubéola, se considera a cualquier paciente en quien un trabajador de salud sospeche sarampión o rubéola, o todo paciente con fiebre igual o mayor a 38.5°C y erupción.

Caso confirmado por laboratorio, es un caso sospechoso de sarampión o rubéola confirmado por laboratorio o vinculado epidemiológicamente a otro caso confirmado por laboratorio.

Caso confirmado clínicamente, es un caso sospechoso de sarampión o de rubéola, que, por cualquier motivo, no se investiga completamente. Esto podría incluir: los pacientes que fallecieron antes de que la investigación estuviese terminada, el paciente a quien no se le pudo hacer el seguimiento, o los pacientes sin muestras adecuados para el análisis de laboratorio.

Caso descartado, un caso sospechoso que ha sido objeto de una investigación completa, incluida la obtención a tiempo de una muestra de sangre, pero que no presenta pruebas serológicas que confirme una infección por el virus de sarampión o la rubéola.

Caso importado de sarampión/ rubéola, es un caso confirmado que, según las pruebas epidemiológicas o virológicas, estuvo expuesto al virus fuera del continente americano durante los siete a 21 días anteriores al inicio del exantema. En el caso de la rubéola, este plazo es de 12 a 23 días.

Caso relacionado con importación, es un caso confirmado que, según las pruebas epidemiológicas o virológicas, estuvo expuesto localmente al virus y forma parte de una cadena de transmisión iniciada por un caso importado.

Caso con fuente de infección desconocida, es un caso confirmado en el que no se pudo detectar la fuente de infección.

Una vez detectado un caso sospechoso se debe poner en práctica las actividades para el manejo de caso que se describen a continuación.

Manejo de caso para paciente sospechoso de sarampión y rubéola:

- Notificar en forma inmediata y por la vía más rápida al responsable de vigilancia y del PAI del SILAIS, a la Dirección de Vigilancia Epidemiológica y del Daño y al PNI del Nivel Central
- Visita a domicilio del caso con el propósito de identificar contactos intra y extra domiciliarios e iniciar la investigación de los mismos.
- Todo caso sospechoso de sarampión o rubéola, debe ser investigado y evaluado en el transcurso de las 48 horas siguientes de conocido el caso, que incluye la toma de muestra en este periodo.
- Identificar antecedentes de vacunación y constatarlo con tarjeta de registro para su confirmación, copia de la misma deberá ser enviada al hospital donde quedará ingresado el caso si así lo amerita y otra copia será enviada la PNI.
- Tomar la muestra de 5 ml de sangre venosa
- A los casos sospechosos detectados en los primeros 5 días de iniciada la erupción, para tipificación viral se toma secreción nasofaríngea con hisopo que se introduce en medio de transporte viral (MTV) y muestra de orina (10 a 50 cc), que se centrifugará por 30 minutos y cuyo sedimento se enviará en MTV al CNDR dentro de las 24 horas de tomada, conservada a temperatura de +2 °c a +8°c.
- Realizar monitoreo rápido de vacunados (MRV) en el área de residencia del caso sospechoso para calcular la cobertura local de vacunación SRP/SR en niños de 1 a 4 años e identificar susceptibles (no vacunados), de 5 a 14 años y de 15 a 39 años.
- Vacunación: Barrido casa a casa en un radio amplio a determinar si es una zona urbana, urbano marginal o dispersa, utilizando alguna de las vacunas en su forma combinada (SRP/SR). Se buscará susceptibles menores de 5 años y se aplicaran las vacunas (SRP/SR) que faltare según el esquema de vacunación.
- En caso de brote se tomarán 3 a 5 muestras de sangre por brote, el resto serán confirmados por nexo epidemiológico.
- En caso de brote, extender la vacunación a todos los menores de 15 años con SR, independientemente del estado vacunal en el municipio de residencia del caso, las áreas de salud visitadas por el caso y sus contactos. Igual procedimiento se realiza en las áreas

vecinas, hasta completar el 95% de cobertura. Según la evolución y características de los casos, el grupo de edad a vacunar podrá ser ampliado.

- Realizar búsqueda activa institucional y comunitaria, a fin de detectar la presencia y notificación de todos los casos sospechosos. (Ministerio de Salud, 2013)

El personal integrado en la vigilancia debe de conocer el riesgo de la reintroducción de estas enfermedades está latente y que de las actividades que se realicen inciden en los resultados de los indicadores que miden la calidad de la vigilancia tanto en el departamento y como en el país.

Indicadores de la vigilancia del sarampión y rubeola en Nicaragua.

- 1- Porcentaje de unidades que notifican semanalmente.
- 2- Tasa anual de notificación de casos sospechosos, municipios con población mayor de 50,000 habitantes deben notificar dos o más casos por año; municipios con población menor de 50,000 habitantes deben notificar uno o más casos por año.
- 3- Porcentaje de casos con investigación adecuada:
- 4- Porcentaje de casos con muestra de sangre adecuada, la cual deberá ser tomada al primer contacto con el paciente.
- 5- Porcentaje de muestras que llegan al laboratorio en menos de 5 días después de la toma.
- 6- Porcentaje de casos con muestra de sangre procesada y con resultados reportados en menos de 4 días desde la recepción de la muestra.
- 7- Porcentaje de casos sospechosos descartados por el laboratorio.
- 8- Porcentaje de brotes con muestras adecuadas e información de genotipos en al menos una detección/aislamiento viral.

El cumplimiento mínimo de estos indicadores debe ser de 80 %, para garantizar plenamente la calidad del sistema de vigilancia

Para realizar una investigación adecuada se deben cumplir los siguientes ítems:

- a) Notificación del caso inmediatamente de ser captado
- b) Llenado completo de la ficha con las 11 variables esenciales: Nombre y apellidos completos del paciente, lugar de residencia, sexo, fecha de nacimiento o edad, fecha de notificación fecha de investigación, fecha de inicio del exantema o erupción, fecha de toma de muestra, fecha de inicio de fiebre, fecha de vacunación previa con SRP, SR, antecedente de viaje o contacto con viajeros
- c) Toma de muestra adecuada
- d) Investigación en las primeras 48 horas: incluye visita domiciliaria y búsqueda de contactos.
- e) Vacunación de bloqueo
- f) Realización de búsqueda activa
- g) Realización de Monitoreo Rápido de vacunados.
- h) Realización de un informe.
- i) Casos confirmados con seguimiento de contactos por treinta días.

Departamento de Estelí

Durante el último brote del país en los años 90, no se tiene información documentada de cuál fue el comportamiento epidemiológico del sarampión y rubeola en el departamento de Estelí, hasta 1995 que se instauró la vigilancia integrada de estas dos enfermedades se cuenta con el número de casos sospechosos captados en el departamento y sus municipios, que desde 1995 hasta 2007 se notificaron 311 casos sospechoso, contando 8 unidades notificadoras, un personal que brinda asistencia médica o consulta con un total de 1,647 entre médicos generales, especialistas, enfermeras y personal de servicio social.

Sin embargo, la notificación de casos en los últimos diez ha disminuido de forma notable según la tabla número 1 Anexo 2. Esto indica que las actividades de vigilancia no están activas.

Conceptos

Conocimientos: son hechos o información adquirida por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad.

Actitud: es el comportamiento que emplea un individuo para realizar labores; forma de ser o el comportamiento al actuar.

Prácticas: Es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos, ejercicio o realización de una actividad de forma continuada o conforme a sus reglas

VII. Diseño Metodológico.

- **Área de estudio**

Estuvo constituida por el centro de salud Leonel Rugama con sus 34 sectores y el hospital regional San Juan de Dios, en el personal que labora en el área asistencial del sistema de salud del municipio Estelí enero 2019.

- **Tipo de estudio**

Se trata de un estudio tipo CAP de corte transversal.

- **Enfoque del estudio**

El enfoque de este estudio fue aplicar encuesta tipo CAP para determinar el conocimiento, actitudes y prácticas sobre la vigilancia de sarampión y rubeola en la red de servicio del Ministerio de salud del municipio de Estelí enero 2019.

- **Unidad de análisis**

La unidad de análisis fue el personal de salud que labora en el área asistencial la red de servicio del Ministerio de salud del municipio Estelí enero 2019.

- **Universo**

El universo fue **255** recursos humanos que laboran en las unidades de salud del municipio Estelí, según datos de recursos Humanos de enero 2019.

- **Muestra**

La muestra fue **131** recursos humanos que laboran en el área asistencial del sistema de salud del municipio de Estelí (médicos especialistas, médico general, médico servicio social, licenciados (as) en enfermería y enfermeros (as) en servicio social) en enero 2019.

Esta muestra se calculó a través de StatCalc de Epi Info, mediante un muestreo aleatorio con un nivel de confianza de 90%, una frecuencia esperada del 50% y un límite de confianza del 5%.

Para efectos de recolección de los datos, los informantes fueron distribuidos de la siguiente manera en las unidades de salud del municipio de Estelí enero 2019:

Centro de salud Leonel Rugama y sus sectores: 60

Hospital San Juan de Dios: 71

- **Tipo de muestreo:** Probabilístico aleatorio simple que cumplan con los criterios de inclusión del estudio.

- **Criterios de inclusión**

- 1- Personal que labora en el área asistencial la red de servicio del Ministerio del municipio Estelí en enero del 2019.
- 2- Personal que labora en el área asistencial independiente del programa asignado.
- 3- Que sea del perfil profesional: médicos especialistas, médico general, médico servicio social, licenciados (as) en enfermería y enfermeros (as) en servicio social) en enero 2019.
- 4- Personal que desea participar de la investigación.
- 5- De ambos sexos.

- **Criterios de exclusión**

- 1- Personal que no labore en las unidades definidas del municipio.
- 2- Perfil de enfermera comunitaria, auxiliar, técnica entre otras profesiones que no están incluidas en los criterios de inclusión.
- 3- Personal que labora en las unidades de salud del departamento y el municipio de Estelí que no sea asistencial.
- 4- Recurso Humano que fue contratado después del periodo de enero 2019.
- 5- Personal que no desee participar en la investigación.

- **Plan de Análisis**

1. Identificar las características sociodemográficas del personal en estudio.

- Edad según frecuencia y porcentaje
- Sexo según frecuencia y porcentaje
- Perfil profesional según frecuencia y porcentaje
- Lugar de trabajo según frecuencia y porcentaje
- Tiempo de trabajar según frecuencia y porcentaje
- Programa asignado según frecuencia y porcentaje

2. Para evaluar el conocimiento sobre la vigilancia de Sarampión y Rubeola del personal de este estudio se incluyeron 9 preguntas en la encuesta para evaluar este objetivo se tomaron los siguientes parámetros:

Excelente (90-100) los que respondieron a 8 o 9 preguntas de forma correcta, Muy Bueno (76-89) los que respondieron a 6 o 7 preguntas de forma correcta, Bueno (60-75) los que respondieron a 4 o 5 preguntas de forma correcta, y Deficiente (menor a 59), los que respondieron menos o igual a < 3 preguntas de forma correcta; por lo que calculara el promedio del total de preguntas según frecuencia y porcentaje

- Conocimiento sobre la Normativa 121 Norma técnica de inmunizaciones.
- Conocimiento de enfermedades prevenibles por vacunas.
- Conocimiento de casos sospechosos de sarampión o rubeola en el país.
- Conocimiento de definición operacional de caso sospechoso de sarampión y rubeola.
- Describir la definición operacional de caso sospechoso de sarampión y rubeola.
- Conocimiento de indicadores de vigilancia.
- Describir los indicadores de vigilancia
- ¿Qué hacer para una investigación adecuada?
- ¿Manejo de caso sospechoso de sarampión y rubeola?

3. Conocer las actitudes ante la vigilancia de Sarampión y Rubeola del personal en estudio: Estas se midieron a través de Favorable y Desfavorable según frecuencia y porcentaje; se considera favorable cuando se ubicaban en el 70% de las respuestas en totalmente de acuerdo y acuerdo, y se considera desfavorable cuando el 70% las respuestas se ubicaban en indeciso, desacuerdo y totalmente en desacuerdo.

- Acciones ante casos sospechosos
- Estrategias definidas para captación de casos sospechosos

4. Determinar Identificar las prácticas que realizan sobre la vigilancia de Sarampión y Rubeola del personal en estudio: Estas se midieron a través de Adecuadas e Inadecuadas según frecuencia y porcentaje lo cual se considera adecuada cuando el 60% de las respuestas eran Si y se considera inadecuada cuando el 60% de las respuestas eran No.

- Actividades de vigilancia epidemiológica
- Mecanismo para captación de casos sospechosos
- Manejo de casos detectados

- **Operacionalización de Variables.**

Objetivos específicos:

1. Conocer las características sociodemográficas del personal en estudio.

VARIABLES	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA/VALOR
Edad	Tiempo transcurrido en años, desde el nacimiento hasta el momento de recolectar la información	Según la encuesta aplicada	20- 29 años 30-39 años 40- 49 años 50-59 años
Sexo	Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres.	Según la encuesta aplicada	Masculino Femenino
Perfil Profesional	Es la descripción clara del conjunto de capacidades y competencias que identifican la formación de una persona.	Según la encuesta aplicada	Médico especialista Médico general Licenciada en enfermería Médico en servicio social Enfermera en servicio social.

Lugar de trabajo	Áreas del centro de trabajo, edificadas o no, en las que los trabajadores deban permanecer o a las que puedan acceder en razón de su trabajo	Según la encuesta aplicada	Hospital Regional San Juan de Dios Centro de Salud Leonel Rugama
Tiempo de Laborar	Se contabiliza por el número de horas que el empleado que ha desempeñado para desarrollar su actividad laboral dentro del periodo de tiempo de que se trate, días semanas, mes y años. (Antigüedad)	Según la encuesta aplicada	1 a 10 años 11 a 20 años 21 a 30 años 30 a más años
Programa asignado	Son secuencias de instrucciones para realizar una tarea determinada y para ejecutarla.	Según la encuesta aplicada	PAI AINMA Otros (Menciónelos)

2. Evaluar el conocimiento sobre la vigilancia de Sarampión y Rubeola del personal en estudio.

VARIABLES	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA/VALOR
Conocimientos sobre la vigilancia de sarampión y rubeola.	Es el nivel de conocimiento que tiene el personal asistencial sobre la vigilancia de sarampión y rubeola al momento del estudio	Según la encuesta aplicada	Excelente Muy Bueno Bueno Deficiente

3. Analizar las actitudes ante la vigilancia de Sarampión y Rubeola del personal en estudio

VARIABLES	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA/VALOR
Actitud respecto a la vigilancia de sarampión y rubeola.	Es la reacción que tiene el personal asistencial sobre la vigilancia de sarampión y rubeola.	Según la encuesta aplicada	Favorable Desfavorable

4. Identificar las prácticas que realizan sobre la vigilancia de Sarampión y Rubeola del personal en estudio

VARIABLES	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA/VALOR
Practica respecto a la vigilancia de sarampión y rubeola.	Son las acciones del personal asistencial sobre la vigilancia de sarampión y rubeola.	Según la encuesta aplicada	Adecuada Inadecuada

- **Técnicas e instrumentos de recolección de datos.**

Se realizó la aplicación de encuesta CAP directa a los(as) trabajadores aplicándose la encuesta previamente diseñada que recoge la percepción de los(as) trabajadores, para efectos de recolección de los datos, los informantes fueron distribuidos de la siguiente manera en las unidades de salud del municipio de Estelí enero 2019: Centro de salud Leonel Rugama y sus sectores: 60, Hospital San Juan de Dios: 71.

Esta información se codificó inicialmente, se introducen los datos en el programa estadístico SPSS versión 20. Una vez procesados los datos serán presentados los resultados en tablas de frecuencia simple y gráficos que permitirán el análisis de las variables en estudio en frecuencia y porcentajes.

A continuación, se presentan las variables de estudio de acuerdo con cada uno de los objetivos específicos:

1. Conocer las características sociodemográficas del personal en estudio.

- Edad
- Sexo
- Perfil profesional
- Lugar de trabajo
- Tiempo de trabajar
- Programa asignado

2. Identificar el conocimiento sobre la vigilancia de Sarampión y Rubeola del personal en estudio: Para evaluar este objetivo se tomaron los siguientes parámetros: Excelente, Muy bueno, Bueno, Regular y Deficiente, por lo que calculara el promedio del total de preguntas.

- Conocimiento sobre la Normativa 121 Norma técnica de inmunizaciones
- Conocimiento de enfermedades prevenibles por vacunas
- Conocimiento de casos sospechosos de sarampión o rubeola en el país
- Definición operacional de caso sospechoso de sarampión y rubeola
- Indicadores de vigilancia de sarampión y rubeola
- ¿Qué hacer para una investigación adecuada?
- ¿Manejo de caso sospechoso de sarampión y rubeola?

3. Conocer las actitudes ante la vigilancia de Sarampión y Rubeola del personal en estudio: Estas se midieron a través de Favorable y Desfavorable.

- Acciones ante casos sospechosos.
- Estrategias definidas para captación de casos sospechosos.

4. Determinar las prácticas que realizan sobre la vigilancia de Sarampión y Rubeola del personal en estudio: Estas se midieron a través de Adecuadas e Inadecuadas.

- Actividades de vigilancia epidemiológica.
- Mecanismo para captación de casos sospechosos.
- Manejo de casos detectados.

- **Plan de recolección de datos**

Fuente de información primaria, que se realizara a través de una encuesta al personal asistencial del municipio de Estelí.

Para la recolección de datos se utilizó una entrevista estructurada, anónima y administrada, previo consentimiento informado escrito al personal que labora en área asistencial de las unidades de salud del municipio de Estelí en periodo de enero 2019.

- **Consideraciones éticas**

Se le brindó a cada participante los objetivos a alcanzar con el fin de obtener información voluntaria y fidedigna. El personal asistencial que acepte ser parte del estudio se le facilitó una hoja de consentimiento informado para ser firmado, se le indicó que el cuestionario es anónimo y confidencial, que no se revelara ninguna información de forma individual y no será perjudicado; se solicitó la autorización de las unidades de salud para aplicar la encuesta al personal asistencial.

Los resultados de este estudio serán presentados a personal directivo con capacidad de toma de decisiones para fortalecer los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la vigilancia de sarampión y rubeola en el departamento de Estelí.

VIII. Resultados.

En este estudio sobre el conocimiento actitudes prácticas sobre la vigilancia de sarampión rubéola en la red de servicio del Ministerio de salud del municipio de Estelí, enero 2019. En el cual se entrevistaron 131 recursos y se obtuvieron los siguientes resultados por objetivos.

Características sociodemográficas del personal en estudio

Con respecto al grupo etáreo se encontró que el que más predominio fue el de 20 a 29 años con 36.6 % (48), 30 a 39 años con 26% (34), seguido de 40 a 49 años 26% (34) y con menos frecuencia las edades de 50-59 años con 11.5% (15).

En cuanto al sexo predominó el Femenino con el 79.4% (104), seguido del Masculino con el 20.6 % (27).

En cuanto al perfil profesional predominó el de licenciada de enfermería con 58% (76), médico general con 21.4% (28), médico en servicio social con 8.4% (11), médico especialista el 7.6% (10), enfermera en servicio social 3.8% (5) y licenciado(a) en enfermería el 0.8% (1).

En relación al lugar de trabajo del personal entrevistado laboran en el Hospital regional San Juan de Dios 54.2% (71), en el Centro de salud Leonel Rugama el 45.8% (60). En relación al tiempo de laborar en el MINSa se encontró de 1 a 10 años 59.5% (78), 11 a 20 años 19.1% (25), 21 a 30 años 16% (21), menos de 1 año 5.3% (7). En relación al programa asignado se evidenció el AINMA con 64.9% (85), Otra: sala de pediatría 12.2% (16), PAI 9.2% (12), Otros: consulta externa 9.2% (12), Otros: emergencia 3.1% (4), Otros: ARO, APS con 0.8% (1).

Conocimiento sobre la vigilancia de sarampión y Rubeola del personal en estudio

En cuanto al conocimiento del personal sobre la vigilancia del sarampión y la Rubeola se encontró, Bueno 56.5% (74), Deficiente 32.1% (42), Muy Bueno 6.9% (9) y Excelente 4.6% (6).

Actitudes ante la vigilancia de sarampión y rubeola del personal en estudio,

En relación a la actitud respecto a la vigilancia del Sarampión y la Rubéola se correlacionó que fue Favorable el 74.8% (98), Desfavorable el 25.2% (33).

Prácticas que realizan sobre la vigilancia de sarampión y rubeola del personal en estudio

En relación a la práctica respecto a la vigilancia del sarampión y la rubéola se corroboró que fue Adecuada el 68.7 % (90), y la Inadecuada el 31.3% (41).

IX. Análisis y Discusión de los resultados

En este estudio sobre el conocimiento, actitudes y prácticas sobre la vigilancia de sarampión y rubéola en la red de servicio del Ministerio de salud del municipio de Estelí, enero 2019. en el cual se entrevistaron 131 recursos se realiza el análisis y discusión de los resultados por objetivos:

Características sociodemográficas del personal en estudio.

Con respecto al grupo etáreo se encontró que el que más predominio fue el de 20 a 29 años con 36.6 % (48), 30 a 39 años con 26%(34), seguido de 40 a 49 años 26%(34) y con menos frecuencia las edades de 50-59 años con 11.5%(15), se correlaciona con el estudio Propuesta para mejorar la notificación de Eventos Supuestamente Atribuidos a Vacunación (ESAVI) mediante la identificación de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas en el personal de Centros de Salud en la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan, México 2015. Las siguientes características del personal encuestado, el 48.4% tenían más de 41 años de edad. (Ver anexo 3 tabla 1).

En cuanto al sexo predominó el Femenino con el 79.4% (104), seguido del Masculino con el 20.6 % (27), se correlaciona con el estudio propuesta para mejorar la notificación de Eventos Supuestamente Atribuidos a Vacunación (ESAVI) mediante la identificación de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas en el personal de Centros de Salud en la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan, México 2015. Las siguientes características del personal encuestado; 66.4% son del sexo femenino. (Ver anexo 3 tabla 2).

En cuanto al Perfil profesional predominó el de Licenciada de enfermería con 58%(76), Médico General con 21.4%(28), Médico en servicio social con 8.4%(11), Médico Especialista el 7.6%(10), Enfermera en servicio social 3.8%(5) y Licenciado en Enfermería el 0.8%(1), se correlaciona con el estudio propuesta para mejorar la notificación de Eventos Supuestamente Atribuidos a Vacunación (ESAVI) mediante la identificación de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas en el personal de Centros de Salud en la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan, México 2015. Las siguientes características del personal encuestado; el 32.8% son médicos generales, 32.0% son enfermeras. (Ver anexo 3 tabla 3).

En relación al lugar de trabajo del personal entrevistado laboran en el Hospital regional San Juan de Dios 54.2% (71), en el Centro de salud Leonel Rugama el 45.8% (60), esto se debió a que se tomaron a estas unidades como referencia para identificar como estaba el CAP sobre Sarampión y Rubéola. (Ver anexo 3 tabla 4).

En relación al tiempo de laborar en el MINSA se encontró de 1 a 10 años 59.5%(78), 11 a 20 años 19.1%(25), 21 a 30 años 16%(21), menos de 1 año 5.3%(7), se correlaciona con el estudio Propuesta para mejorar la notificación de Eventos Supuestamente Atribuidos a Vacunación (ESAVI) mediante la identificación de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas en el personal de Centros de Salud en la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan, México 2015. Las siguientes características del personal encuestado; el 42.2% tienen más de 10 años de antigüedad en el trabajo. (Ver anexo 3 tabla 5).

En relación al programa asignado se evidenció el AINMA con 64.9%(85), Otros sala de pediatría 12.2%(16), PAI 9.2%(12), Otros consulta externa 9.2%(12), Otros emergencia 3.1%(4), Otros: ARO, APS con 0.8%(1), se correlaciona con el estudio Propuesta para mejorar la notificación de Eventos Supuestamente Atribuidos a Vacunación (ESAVI) mediante la identificación de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas en el personal de Centros de Salud en la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan, México 2015. Las siguientes características del personal encuestado; el 32.8% son médicos generales, 32.0% son enfermeras, 55.5% están en el área de consulta externa. (Ver anexo 3 tabla 6).

Conocimiento sobre la vigilancia de Sarampión y Rubeola.

En cuanto al conocimiento del personal sobre la vigilancia del Sarampión y la Rubeola se encontró, Bueno 56.5% (74), Deficiente 32.1% (42), Muy Bueno 6.9% (9) y Excelente 4.6% (6), se evidenció con el estudio Propuesta para mejorar la notificación de Eventos Supuestamente Atribuidos a Vacunación (ESAVI) mediante la identificación de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas en el personal de Centros de Salud en la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan, México 2015. Resultados de conocimientos, el 81.4 y 85.5% personal médico y enfermera conocen el concepto de ESAVI, 47.5 y 52.2% no conocen la clasificación de ESAVI respectivamente. El ESAVI más frecuente por biológico inyectable lo conocen 98.3% médicos, 95.7% personal de enfermería. El ESAVI esperado por BCG es

conocido 100 y 98.6% por el personal médico y enfermería. El conocimiento sobre vacunas que producen exantema (SR, SRP) 81.4% por el personal médico, 78.3% por el personal de enfermería. (Ver anexo 3 tabla 7).

Actitudes ante la vigilancia de Sarampión y Rubéola del personal en estudio.

En relación a la actitud respecto a la vigilancia del Sarampión y la Rubéola se correlacionó que fue Favorable el 74.8%(98), Desfavorable el 25.2%(33), se evidenció con el estudio Propuesta para mejorar la notificación de Eventos Supuestamente Atribuidos a Vacunación (ESAVI) mediante la identificación de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas en el personal de Centros de Salud en la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan, México 2015, Resultados de Actitudes, se muestra las actitudes a la notificación de ESAVI, se observa 4.18 veces más probabilidad, de tener una actitud no favorable en el área de inmunizaciones estadísticamente significativa, comparado con el resto de las áreas. (Cruz, 2016), este estudio no se correlaciona porque existe una actitud Favorable sobre el desfavorable de la vigilancia del Sarampión y Rubéola en el personal del municipio de Estelí.

Prácticas que realizan sobre la vigilancia de Sarampión y Rubéola del personal.

En relación a la práctica respecto a la vigilancia del Sarampión y la Rubéola se corroboró que fue Adecuada el 68.7 %(90), Inadecuada el 31.3%(41), el cual no se correlaciona con el estudio Propuesta para mejorar la notificación de Eventos Supuestamente Atribuidos a Vacunación (ESAVI) mediante la identificación de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas en el personal de Centros de Salud en la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan, México 2015, por los Resultados de Prácticas Como se muestra los médicos tienen 4.9 veces más probabilidad de no identificar al responsable de notificar los ESAVI y 2.1 veces más probabilidad de no saber quién recaba información para notificar los ESAVI, con una diferencia estadística significativa.

X. Conclusiones.

En este estudio sobre el conocimiento actitudes y prácticas sobre la vigilancia de sarampión y rubeola en la red de servicio del Ministerio de salud del municipio de Estelí enero 2019. En el cual se entrevistaron 131 recursos se obtuvieron las siguientes conclusiones:

Con respecto al grupo etáreo se encontró que el que más predominó fue el de 20 a 29 años, seguido el de 30 a 39 años y el de 40 a 49 años y con menos frecuencia las edades de 50-59 años, En cuanto al sexo predominó el Femenino sobre el Masculino, En cuanto al Perfil profesional predominó el de Licenciada de enfermería, seguido el Médico General, Médico en servicio social, Médico Especialista, y Enfermera en servicio social. En relación al lugar de trabajo del personal entrevistado la mayoría laboran en el Hospital regional San Juan de Dios, seguido en el Centro de salud Leonel Rugama, En relación al tiempo de laborar en el MINSA se encontró de 1 a 10 años seguido de 11 a 20 años, 21 a 30 años, En relación al programa asignado se evidenció el AINMA, Otros: sala de pediatría, PAI, Otros: consulta externa, emergencia, ARO y APS.

Al Evaluar el conocimiento sobre la vigilancia de Sarampión y Rubeola del personal en estudio se encontró que predominó el Bueno, seguido del Deficiente, Muy Bueno, y Excelente.

En relación a la actitud respecto a la vigilancia del Sarampión y la Rubéola se correlacionó que fue Favorable sobre el Desfavorable.

En relación a la práctica respecto a la vigilancia del Sarampión y la Rubéola se corroboró que fue Adecuada sobre la Inadecuada.

XI. Recomendaciones.

Dirigidas a las autoridades de Salud del nivel Central y al SILAIS

Las supervisiones del Programa Ampliado de Inmunización deben hacerse por equipo departamental y municipal, ya que es un elemento importante que permite detectar de manera oportuna las debilidades y problemas que se presenta en la atención y capacidad de brindar una respuesta para fortalecer dichas debilidades.

Mejorar las coordinaciones con las instituciones privadas y nivel hospitalario para rescatar información sobre la atención brindada por el Programa Ampliado de Inmunizaciones, ya que esta información complementa el cumplimiento de las metas.

Diseñar y ejecutar planes de educación permanente al personal en las normas del Programa Ampliado de Inmunizaciones, principalmente al personal de nuevo ingreso y es importante dar seguimiento al personal en capacitación permanente.

Las evaluaciones del PAI principalmente sobre sarampión y rubéola deben hacerse con la participación de los Equipos de Salud Familiar y Comunitario (ESAFC), nivel municipal, hospital, privado y Silais para mejorar el conocimiento y la estructura personal.

Realizar el monitoreo al cumplimiento de los indicadores de la vigilancia de sarampión y rubeola y retroalimentar a los captadores de los casos con la información y cierre de los casos.

Asegurar el cumplimiento del Plan de Información Educación y Comunicación del Programa Ampliado de Inmunizaciones con medición de resultados pre y post intervención.

Al Hospital Regional San Juan de Dios y Centro de Salud Leonel Rugama

Se recomienda al responsable de la Sub Dirección docente estimular la realización de estudios sobre Conocimiento actitudes prácticas sobre la vigilancia de sarampión y rubeola en el personal que labora en el área asistencial del sistema de salud del municipio Estelí enero 2019.

Promover las supervisiones y monitoreos en las unidades de salud para el buen manejo de la norma 121, Norma técnica de inmunizaciones.

Promover en el comité de calidad la mejoría de calidad para el buen manejo de la norma 121, Norma técnica de inmunizaciones.

Garantizar la educación médica continúa sobre la norma 121, Norma técnica de inmunizaciones con énfasis en Concomimiento, actitudes y practicas sobre el sarampión y la Rubéola.

XII. Bibliografía

Cruz. (2016). *Propuesta para mejorar la notificación de Eventos Supuestamente Atribuidos a Vacunación (ESAVI) mediante la identificación de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas en el personal de Centros de Salud en la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan 2015*. Mexico.

Gómez, D. T. (2012). *Ministerio del Poder Popular para la Salud. Venezuela Dirección de Salud Guárico. Enfermera, Conocimientos y Practicas PAI*. Venezuela.

MINISTERIO DE SALUD. (2011). *Documento nacional para para la verificación de la eliminación del sarampion, rubeola y síndrome de rubeola congénita*. Managua.

Ministerio de Salud. (2013). *NORMA TECNICA DE INMUNIZACIONES Y MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE INMUNIZACIONES*. Managua.

Muñoz, A. C. (2015). *Evaluación del Programa ampliado de inmunizaciones en el menor de dos años, Choluteca*. Honduras.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. (ENERO 2018). *SARAMPION NOTA DESCRIPTIVA*.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, CE160/16. (2017). *PLAN DE ACCIÓN PARA LA SOSTENIBILIDAD DE LA ELIMINACIÓN DEL SARAMPIÓN, LA RUBÉOLA Y EL SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA EN LAS AMÉRICAS 2018-2023* . EUA.

Anexos

Anexo 1.

- **Encuesta sobre el Conocimiento actitudes prácticas sobre la vigilancia de sarampión y rubeola en la red de servicio del Ministerio de salud del municipio de Estelí enero 2019.**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio:

Conocimiento actitudes prácticas sobre la vigilancia de Sarampión y Rubeola en la red de servicio del Ministerio de salud del municipio Estelí enero 2019.

Autora: Lic. Ada Carolina Huete González

Propósito del estudio: Describir los Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre la vigilancia de sarampión y rubeola en la red de servicio del Ministerio de salud del municipio Estelí, dicha información será empleada en la realización de tesis monográfica, y podrá ser utilizada como referencia para la toma de decisiones y reforzamiento al personal.

La presente encuesta sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la vigilancia de sarampión y rubeola del municipio de Estelí en el año 2019. Consta de una serie de preguntas, redactadas en forma sencillas, con el objetivo de evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas acerca del tema antes descrito.

Las personas encuestadas pueden contestar de la manera tranquilamente posible dado que no se pide nombre ni identificación alguna, por lo que se asegura privacidad del encuestado, además la información se utilizara para fines estrictamente investigativos. Se pide al encuestado que lea detenidamente y conteste con el mayor interés posible, la respuesta que estime conveniente para cada pregunta.

Firma del participante _____ **Firma del investigador** _____

Encuesta sobre el Conocimiento actitudes prácticas sobre la vigilancia de sarampión y rubeola en la red de servicio del Ministerio de salud del municipio de Estelí, enero 2019.

- **Validación de encuesta:** se realizó en el Hospital escuela San Juan de Dios

CARACTERISTICAS DE LOS INFORMANTES

Edad: _____

Sexo: _____

Profesión: _____

Tiempo de laborar en el MINSA

21 a 30 años _____

11 a 20 años _____

1 a 10 años _____

Menos de 1 año _____

Lugar de trabajo: 1. Centro de salud _____

2. Hospital regional _____

Programa asignado: PAI _____

AINMA _____

Otros (Menciónelos) _____

CONOCIMIENTOS. 50pts

Marque con una X su respuesta. 20pts (3.3c/u)

¿Tiene usted conocimiento sobre la Normativa 121 Norma técnica de inmunizaciones?

1. Si _____ 2. No _____

¿Conoce usted algunas de estas enfermedades prevenibles por vacunas?

1. Si _____ 2. No _____

¿Hay casos sospechosos de sarampión o rubeola en el país?

1. Si _____ 2. No _____

¿Conoce usted la definición operacional de caso sospechoso de sarampión y rubeola?

1. Si _____ 2. No _____

Encierre la respuesta correcta. Definición operacional de caso sospechoso de sarampión y rubeola.

- a) Paciente que se presenta un pródromo de 2 a 3 días, fiebre, tos, coriza, manchas de Koplik el cabo de 3 o 4 días, exantema, inflamación de ganglios linfáticos postauricular.
- b) Cualquier paciente en quien un trabajador de salud sospeche sarampión o rubéola, o todo paciente con fiebre igual o mayor a 38.5°C y erupción.
- c) Se presenta pródromo de 3 a 4 días, fiebre, tos leve sin conjuntivitis y bronquitis, malestar y coriza.
- d) Todas las anteriores son correctas

¿Conoce usted cuales son los indicadores para la vigilancia de sarampión y rubeola?

1. Si _____ 2. No _____

¿Marque con una X cuál de los siguientes son los indicadores de la vigilancia de sarampión y rubeola? .10pts

- 1. Notificación de casos inmediatamente _____
- 2. Porcentaje de unidades que notifican semanalmente _____
- 3. Tasa anual de notificación de casos sospechosos _____
- 4. Porcentaje de casos con investigación adecuada _____
- 5. Porcentaje de casos con muestra de sangre adecuada, la cual deberá ser tomada al primer contacto con el paciente _____
- 6. Porcentaje de casos con muestra de heces, la cual deberá ser tomada al primer contacto con el paciente _____
- 7. Porcentaje de muestras que llegan al laboratorio en menos de 5 días después de la toma _____
- 8. Porcentaje de casos sospechosos descartados por el laboratorio _____

Encierre con un círculo las respuestas correctas sobre los pasos a ser cumplidos en una investigación adecuada. 10pts

- a) Notificación del caso inmediatamente de ser captado
- b) Llamar al SILAIS para el debido seguimiento
- c) Llenado completo de la ficha con las 11 variables esenciales: Nombre y apellidos completos del paciente, lugar de residencia, sexo, fecha de nacimiento o edad, fecha de notificación fecha de investigación, fecha de inicio del exantema o erupción, fecha de toma de muestra, fecha de inicio de fiebre, fecha de vacunación previa con SRP, SR, antecedente de viaje o contacto con viajeros

- d) Toma de muestra adecuada a los 4 días de iniciado los síntomas
- e) Investigación en las primeras 72 horas: incluye visita domiciliaria y búsqueda de contactos.
- f) Realizar vacunación de bloqueo, Monitoreo Rápido de Vacunación y Búsqueda Activa.
- g) Casos confirmados con seguimiento de contactos por 10 días.

Indique con F si es falso o V si es verdadero, manejo de caso sospechoso de sarampión y rubeola. 10 pts. (2pt c/u)

1. Notificar en forma inmediata y por la vía más rápida al responsable de vigilancia y del PAI del SILAIS, a la Dirección de Vigilancia Epidemiológica_____
2. Todo caso sospechoso de sarampión o rubéola, debe ser investigado y evaluado en el transcurso de las 24 horas siguientes de conocido el caso, que incluye la toma de muestra en este periodo_____
3. Tomar la muestra de 4 ml de sangre venosa_____
4. En caso de brote se tomarán 3 a 5 muestras de sangre por brote, el resto serán confirmados por nexa epidemiológico_____
5. Se realiza búsqueda activa institucional y comunitaria, a fin de detectar la presencia y notificación de todos los casos sospechosos_____

ACTITUDES. 30pts (4.2 c/u)

A continuación, encontrará otras proposiciones sobre las que deberá expresar su opinión. Para responder marque con una **X** la casilla correspondiente a su criterio, con base en la siguiente escala. (**TA totalmente de acuerdo**, **A de acuerdo**, significa que está de acuerdo, pero no totalmente. **I indeciso**, significa que no tiene una opinión clara al respecto. **D en desacuerdo**, significa que está en desacuerdo, pero no totalmente. **TD totalmente en desacuerdo**).

Proposiciones	TA	A	I	D	TD
1. Considera usted que las capacitaciones orientadas a la vigilancia de sarampión y rubeola son muy importantes?					
2. Considera usted que la vigilancia para la captación de casos sospechosos de sarampión y rubeola tiene alguna relevancia?					
3. Considera usted que la presencia de casos de sarampión y rubeola en otros continentes pueda afectar a nuestra niñez?,					
4. Considera usted que todo caso con fiebre y erupción que acude a las unidades de salud debe ser ingresado a la vigilancia de sarampión y rubeola?					

5. Considera usted que es importante llenar todos los ítems de la ficha epidemiológica de sarampión rubeola?					
6. Considera usted que la búsqueda activa es una metodología importante para captar caso sospechoso de sarampión y rubeola?					
7. Considera usted que el cumplimiento de todos indicadores de la vigilancia de sarampión y rubeola es indicativo de la calidad de esta vigilancia en su departamento?					

EN RELACIÓN A LA PRÁCTICA: 20pts (4c/u)

Preguntas	SI	NO
1. ¿Alguna vez usted ha captado un caso sospechoso de sarampión y rubeola, en su unidad de salud?		
2. ¿Ante un caso con fiebre y erupción, sospecha sarampión o rubéola?		
3. Ante la sospecha de un caso de sarampión usted realiza la notificación inmediata?		
4. ¿Alguna vez ha realizado monitoreos rápidos de vacunados ante casos sospechosos de sarampión y rubeola?		
5. Ante un caso sospechoso importado lo notifica inmediatamente?		

MUCHAS GRACIAS

Anexo 2

i. TABLA.1.

Notificación casos sospechosos de Sarampión/rubéola Estelí, 2008 al 2017

Municipio	Años de Reporte										
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Condega	1	0	0	2	1	0	0	0	0	1	1
Estelí	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1
San Juan de Limay	0	1	0	0	0	5	2	0	0	2	1
La Trinidad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Pueblo Nuevo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
San Nicolás	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Total 6 municipios	1	1	0	2	1	6	2	1	0	5	5

Esta normado por el Programa de Inmunizaciones que: Municipios con una población menor de 50,000 habitantes deben reportar 1 caso como mínimo al año (Condega, San Juan de Limay, La Trinidad, Pueblo Nuevo y San Nicolás). Municipios con una población mayor de 50,000 habitantes deben reportar 2 casos como mínimo al año (Estelí).

Anexo 3

ii. TABLAS.2. DE RESULTADOS

1.2 Tabla N° 1 Edad del personal en estudio Conocimiento actitudes prácticas sobre la vigilancia de sarampión y rubéola en la red de servicio del Ministerio de salud del municipio de Estelí enero 2019.

n = 131

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20-29 años	48	36.6
30-39 años	34	26
40-49 años	34	26
50-59 años	15	11.5
Total	131	100

Fuente: Encuesta

2.2 Tabla N° 2 Sexo del personal en estudio Conocimiento actitudes prácticas sobre la vigilancia de sarampión y rubéola en la red de servicio del Ministerio de salud del municipio de Estelí enero 2019.

n = 131

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	104	79.4
Masculino	27	20.6
Total	131	100

Fuente: Encuesta

3.2 Tabla N° 3 Perfil profesional del personal en estudio Conocimiento actitudes prácticas sobre la vigilancia de sarampión y rubéola en la red de servicio del Ministerio de salud del municipio de Estelí enero 2019.

n = 131

PERFIL PROFESIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Enfermera en servicio social	5	3.8
Licenciada en Enfermería	76	58
Licenciado en Enfermería	1	0.8
Médico en servicio social	11	8.4
Médico especialista	10	7.6
Médico General	28	21.4
Total	131	100

Fuente: Encuesta

4.2 Tabla N° 4 Lugar de trabajo del personal en estudio Conocimiento actitudes prácticas sobre la vigilancia de sarampión y rubéola en la red de servicio del Ministerio de salud del municipio de Estelí enero 2019.

n = 131

LUGAR DE TRABAJO	Frecuencia	Porcentaje
Centro de salud Leonel Rugama	60	45.8
Hospital regional San Juan de Dios	71	54.2
Total	131	100

Fuente: Encuesta

5.2 Tabla N° 5 Tiempo de laborar en el MINSA del personal en estudio Conocimiento actitudes prácticas sobre la vigilancia de sarampión y rubéola en la red de servicio del Ministerio de salud del municipio de Estelí enero 2019.

n = 131

TIEMPO DE LABORAR EN EL MINSA	Frecuencia	Porcentaje
1 a 10 años	78	59.5
11 a 20 años	25	19.1
21 a 30 años	21	16
Menos de 1 año	7	5.3
Total	131	100

Fuente: Encuesta

5.2 Tabla N° 6 Programa asignado al personal en estudio Conocimiento actitudes prácticas sobre la vigilancia de sarampión y rubéola en la red de servicio del Ministerio de salud del municipio de Estelí enero 2019.

n = 131

PROGRAMA ASIGNADO	Frecuencia	Porcentaje
AINMA	85	64.9
Otros: APS	1	0.8
Otros: ARO	1	0.8
Otros: Consulta externa	12	9.2
Otros: Emergencia	4	3.1
Otros: Sala de Pediatría	16	12.2
PAI	12	9.2
Total	131	100

Fuente: Encuesta

6.2 Tabla N° 7 Conocimiento del personal en estudio Conocimiento actitudes prácticas sobre la vigilancia de sarampión y rubéola en la red de servicio del Ministerio de salud del municipio de Estelí enero 2019.

n = 131

CONOCIMIENTO SOBRE LA VIGILANCIA DEL SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bueno	74	56.5
Deficiente	42	32.1
Excelente	6	4.6
Muy Bueno	9	6.9
Total	131	100

Fuente: Encuesta

7.2 Tabla N° 8 Actitud del personal en estudio Conocimiento actitudes prácticas sobre la vigilancia de sarampión y rubéola en la red de servicio del Ministerio de salud del municipio Estelí enero 2019.

n = 131

ACTITUD RESPECTO A LA VIGILANCIA DEL SARAMPIÓN Y RUBEOLA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Desfavorable	33	25.2
Favorable	98	74.8
Total	131	100

Fuente: Encuesta

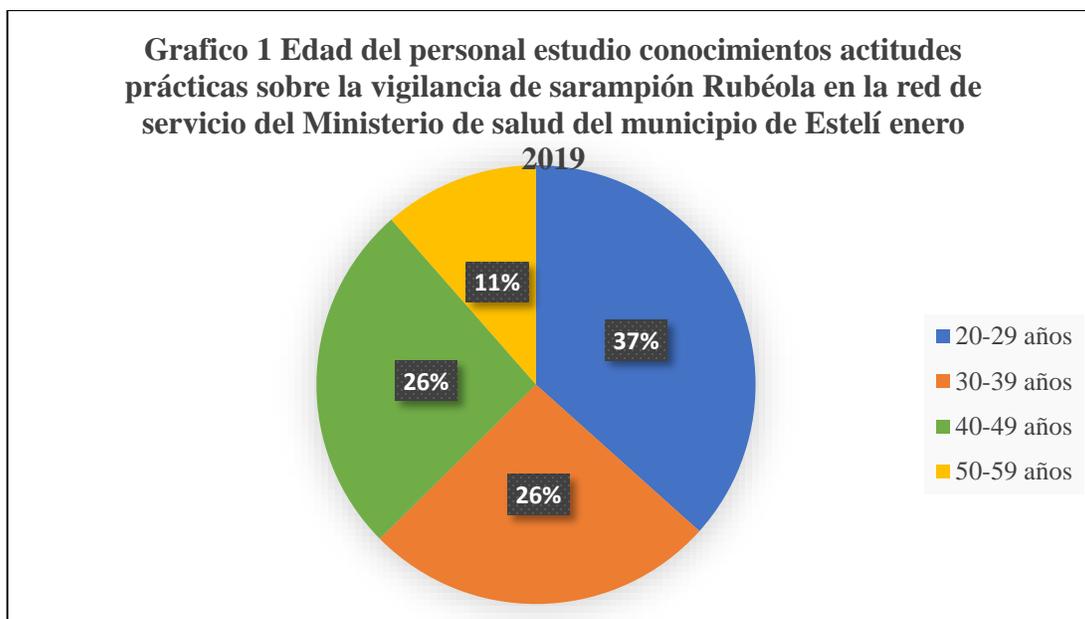
8.2 Tabla N° 9 Práctica del personal en estudio Conocimiento actitudes prácticas sobre la vigilancia de sarampión y rubéola en la red de servicio del Ministerio de salud del municipio Estelí enero 2019.

n = 131

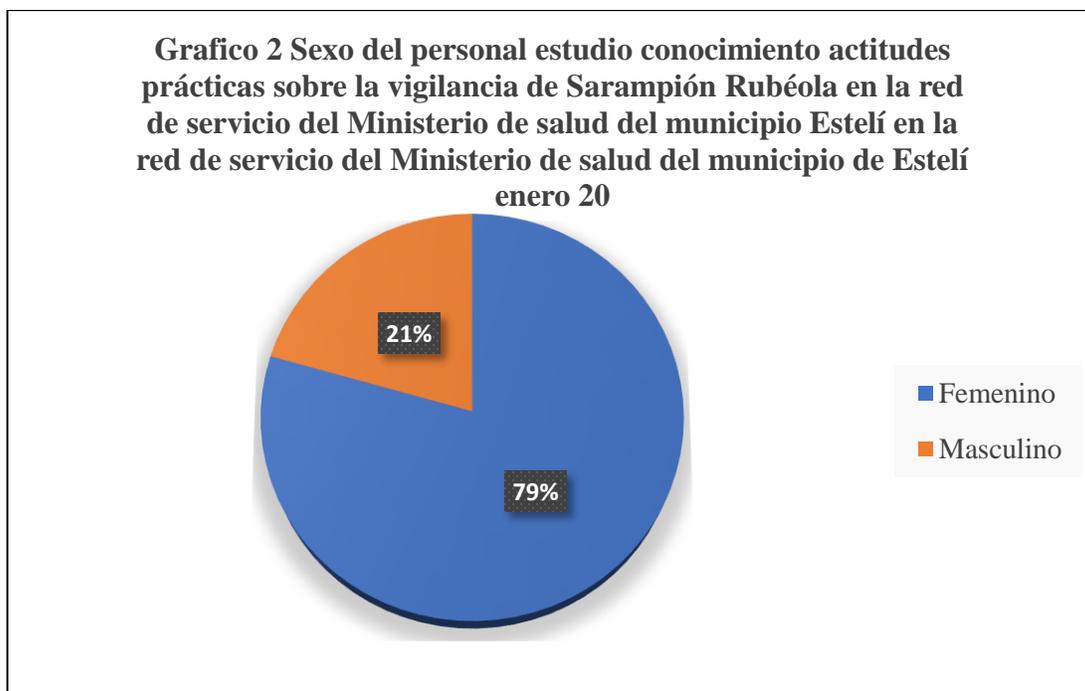
PRACTICA RESPECTO A LA VIGILANCIA DEL SARAMPIÓN Y RUBEOLA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Adecuada	90	68.7
Inadecuada	41	31.3
Total	131	100

Fuente: Encuesta

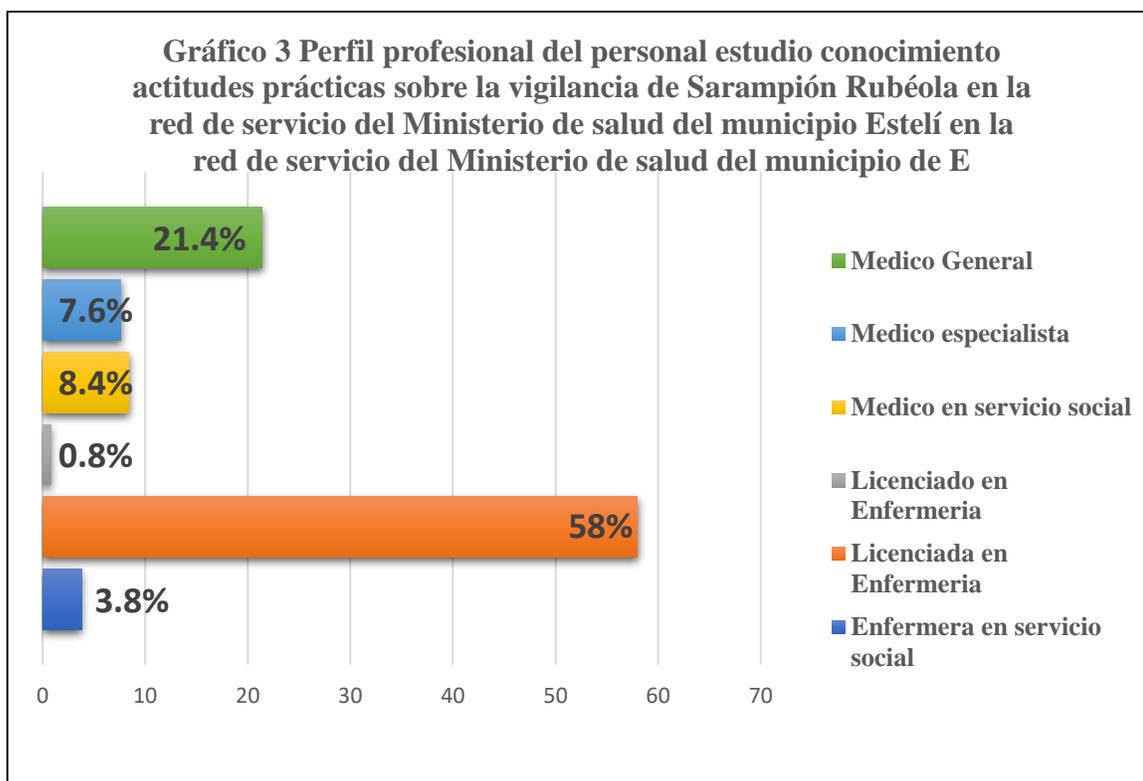
GRÁFICOS



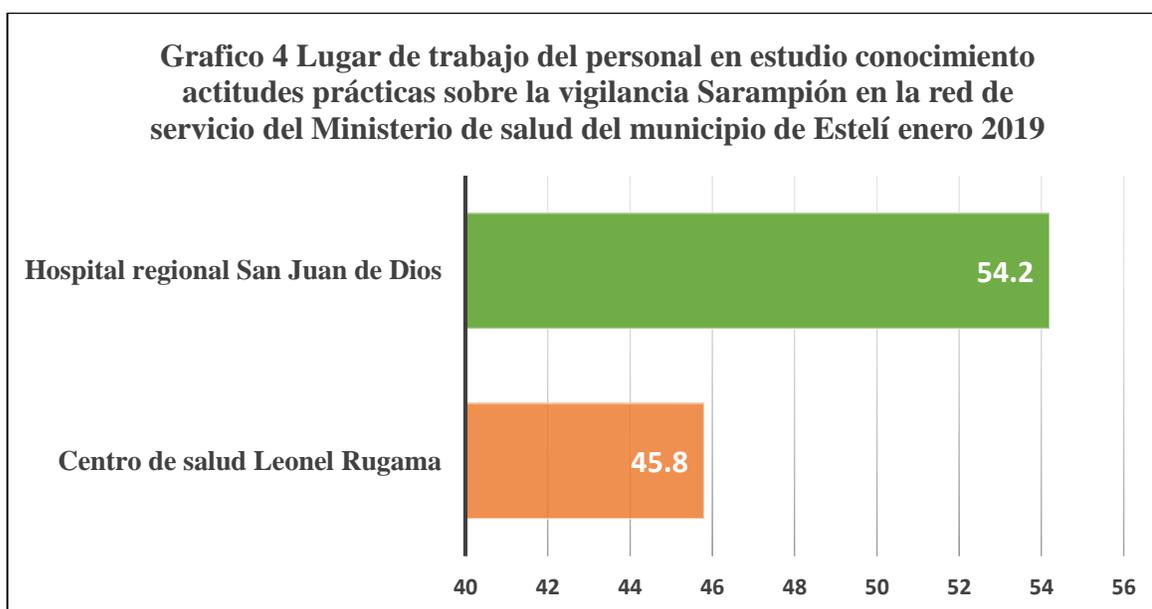
Fuente: Tabla N° 1



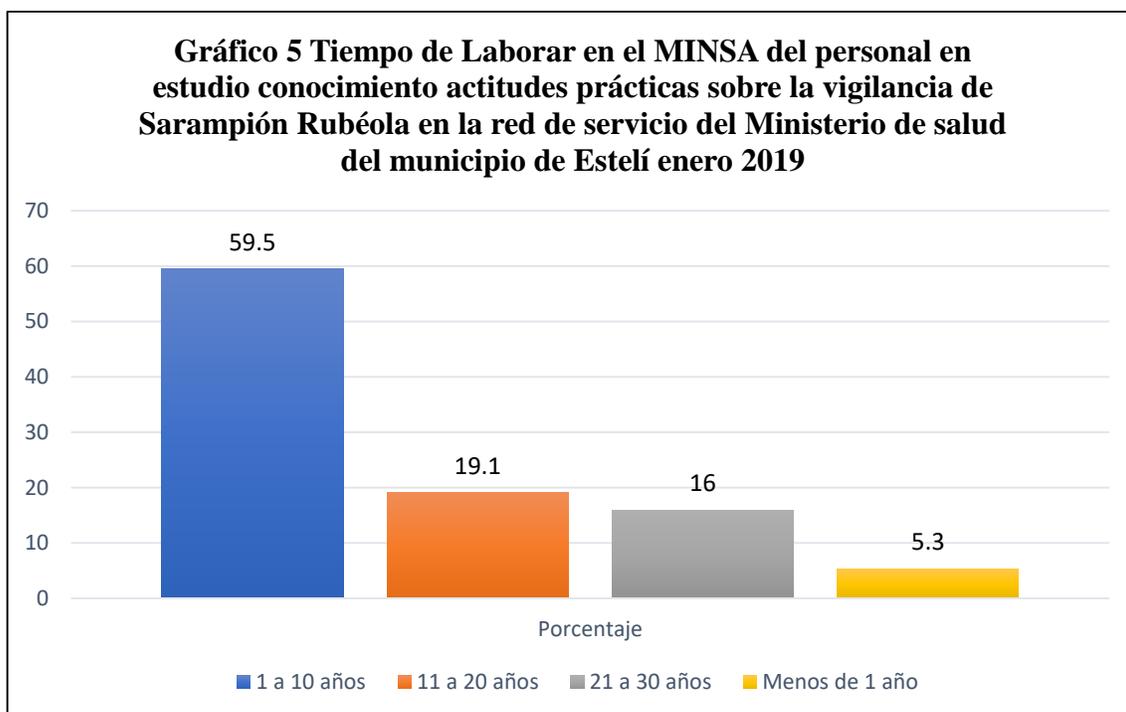
Fuente: Tabla N° 2



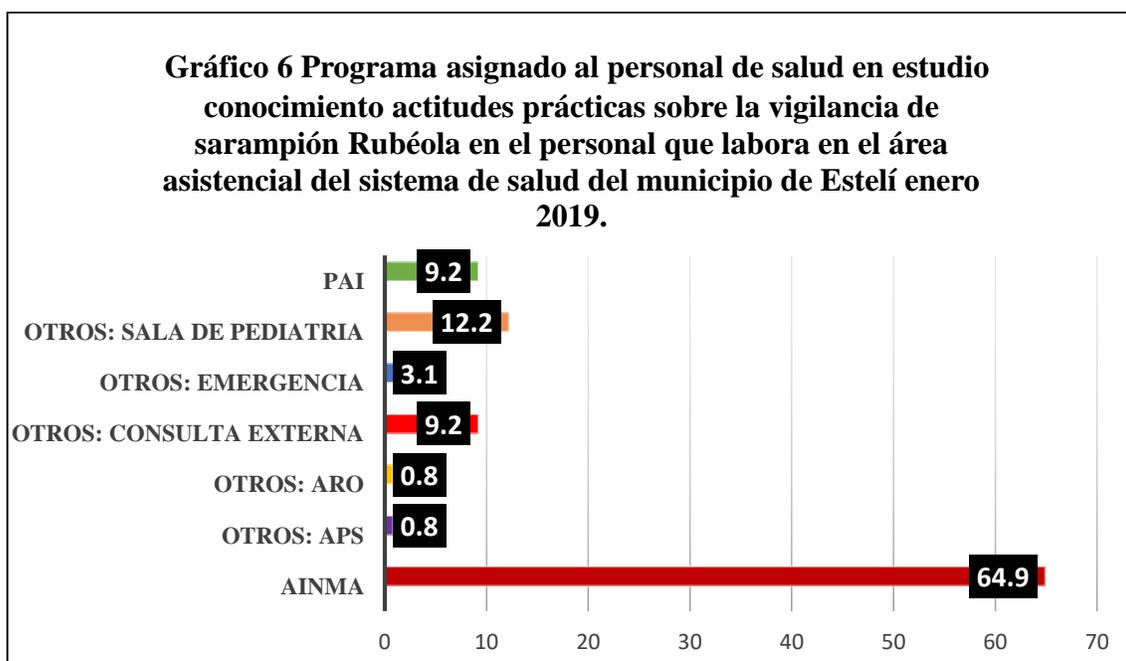
Fuente: Tabla N° 3



Fuente: Tabla N° 4

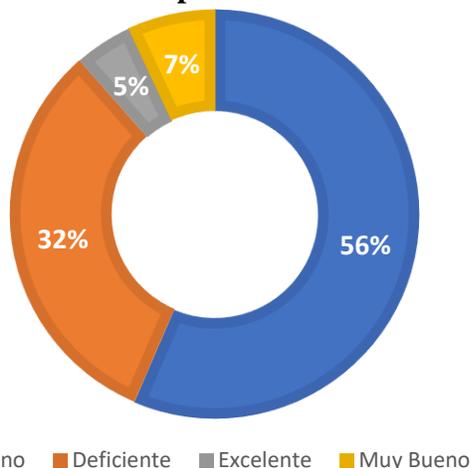


Fuente: Tabla N° 5



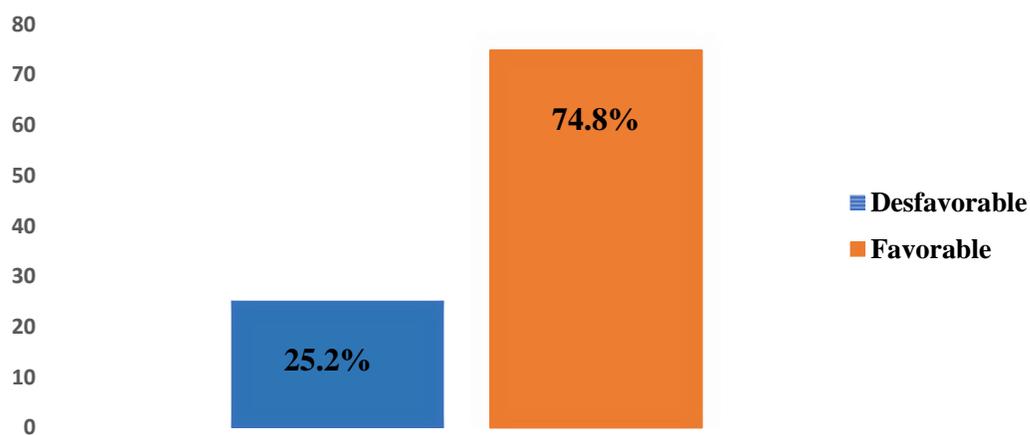
Fuente: Tabla N° 6

Gráfico 7 conocimiento del personal en estudio, conocimiento actitudes practicas sobre la vigilancia del sarampión y rubéola en la red de servicio del ministerio de salud del municipio de Estelí enero 2019

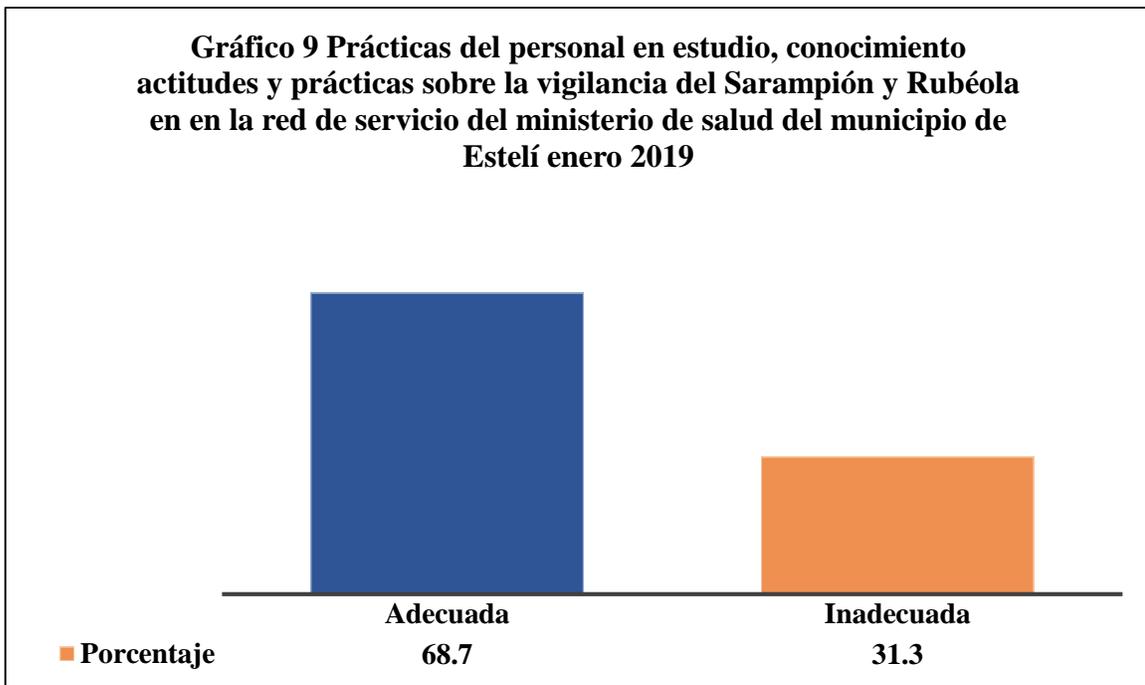


Fuente: Tabla N° 7

Gráfico 8 Actitud del personal en estudio, conocimiento actitudes practicas sobre la vigilancia del sarampion y rubeola en la red de servicio del ministerio de salud del municipio de Estelí enero 2019



Fuente: Tabla N° 8



Fuente: Tabla N° 9