



Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

Evidencia para la política pública en salud

■ Vacunación en adultos mayores: acción dirigida y prevención de complicaciones en enfermedades crónicas

Introducción

La vacunación de adultos de 60-64 años incluye la aplicación de dos dosis de la vacuna contra tétanos y difteria (Td) y una dosis de aplicación anual en el periodo preinvernal e invernal vs influenza.¹⁻² En el grupo de 65 y más años de edad, se aplican dos dosis de Td, una dosis de vacuna de neumococo (polisacáridos purificados 23 valente) y una dosis de influenza en periodo preinvernal e invernal.¹⁻² Las tres vacunas se aplican en actividades de vacunación permanente en establecimientos del sector salud. Por ser un número limitado de vacunas y dosis aplicadas, la memoria podría ser menos imprecisa, por lo que se presentan ambas alternativas de respuesta, denominándose cobertura a las dosis validadas en cartilla nacional de salud (CNS), y porcentaje a las respuestas respaldadas por la memoria de los entrevistados.

Resultados

Vacunación en adultos de 60 a 64 años

Cobertura y porcentaje de vacunación

- Las coberturas de vacunas de acuerdo a las dosis validadas en cartilla nacional de salud (CNS), que previene difteria y tétanos, influenza y el esquema completo de ambas vacunas fueron menores en la ENSANUT 2012 que en la ENCOVAM 2008.

- En cambio, el porcentaje a las respuestas respaldadas por la memoria de los entrevistados mostró que el porcentaje de individuos que reportaron haber sido vacunados para las mismas vacunas y el esquema completo fue mayor en la ENSANUT 2012 que en la ENCOVAM 2008, si bien los intervalos de confianza al 95% se traslapan en encuestas de 2012 y 2010, (cuadros I, II).

Vacunación en adultos de 65 y más años

Las coberturas de vacunas de acuerdo a las dosis validadas en cartilla nacional de salud (CNS), que previene difteria y tétanos, influenza, algunas neumonías y meningitis por neumococo (23 serotipos) y el esquema completo de ambas vacunas fueron menores en la ENSANUT 2012 que en la ENCOVAM 2008.

En cambio, el porcentaje a las respuestas respaldadas por la memoria de los entrevistados mostró que el porcentaje de individuos que reportaron haber sido vacunados para las mismas vacunas y el esquema completo fue mayor en la ENSANUT 2012 que en la ENCOVAM 2008, si bien en el caso de la vacuna contra la influenza los intervalos de confianza al 95% se traslapan en las encuestas de 2012, 2010 y 2008 (cuadros III y IV).

Consideraciones

- La mayor cobertura y porcentaje observada por vacuna individual, en comparación con el esquema completo, sugiere que no se está realizando vacunación oportuna y múltiple.

Cuadro I. Cobertura de vacunación en adultos de 60 a 64 años por vacuna y esquema completo. México

Vacuna	ENSA 2000	ENSANUT 2006			ENCOVAM 2008			ENCOVA 2010			ENSANUT 2012		
	%	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
						LI	LS					LI	LS
Td					77.0	74.3	79.4				66.2	59.3	72.5
Influenza					74.4	71.6	77.0				56.0	49.0	62.8
Esquema completo					61.5	58.4	64.5				46.5	39.7	53.3

En el año del levantamiento de la encuesta estas vacunas no formaban parte del esquema de vacunación vigente o no fueron evaluadas.
Se considera esquema completo el tener al menos una dosis de cada vacuna del esquema vigente, en el caso de influenza en el periodo invernal próximo o concurrente con el levantamiento de las encuestas.

Cuadro II. Porcentaje de vacunación en adultos de 60 a 64 años por vacuna y esquema completo. México

Vacuna	ENSA 2000	ENSANUT 2006			ENCOVAM 2008			ENCOVA 2010			ENSANUT 2012		
	%	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
						LI	LS					LI	LS
Td					50.2	48.0	52.4				68.1	64.7	71.3
Influenza		40.1	37.2	43.1	41.6	39.5	43.8	47.1	44.8	49.5	50.9	47.3	54.5
Esquema completo					31.8	29.8	33.9				44.0	40.4	47.6

En el año del levantamiento de la encuesta estas vacunas no formaban parte del esquema de vacunación vigente o no fueron evaluadas.
Se considera esquema completo el tener al menos una dosis de cada vacuna del esquema vigente, en el caso de influenza en el periodo invernal próximo o concurrente con el levantamiento de las encuestas.

Cuadro III. Cobertura de vacunación en adultos de 65 años y más por vacuna y esquema completo. México

Vacuna	ENSA 2000	ENSANUT 2006			ENCOVAM 2008			ENCOVA 2010			ENSANUT 2012		
	%	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
						LI	LS					LI	LS
Td					81.1	79.6	82.6				69.0	64.9	72.9
Influenza					75.9	74.2	77.5				63.3	59.0	67.3
Neumococo					70.4	68.5	72.2				62.0	57.3	66.5
Esquema completo					52.0	50.0	53.9				44.0	39.7	48.4

En el año del levantamiento de la encuesta estas vacunas no formaban parte del esquema de vacunación vigente o no fueron evaluadas.
Se considera esquema completo el tener al menos una dosis de cada vacuna del esquema vigente, en el caso de influenza en el periodo invernal próximo o concurrente con el levantamiento de las encuestas.

Cuadro IV. Porcentaje de vacunación en adultos de 65 años y más por vacuna y esquema completo. Mexico

Vacuna	ENSA 2000	ENSANUT 2006			ENCOVAM 2008			ENCOVA 2010			ENSANUT 2012		
	%	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
						LI	LS					LI	LS
Td					53.4	52.0	54.9				63.3	61.0	65.5
Influenza		45.0	42.7	47.3	49.2	47.7	50.7	49.9	48.4	51.4	52.4	49.9	55.0
Neumococo					33.8	32.4	35.3				44.7	42.3	47.0
Esquema completo					23.4	22.2	24.7				31.0	28.8	33.3

En el año del levantamiento de la encuesta estas vacunas no formaban parte del esquema de vacunación vigente, o no fueron evaluadas.
Se considera esquema completo el tener al menos una dosis de cada vacuna del esquema vigente, en el caso de influenza en el periodo invernal próximo o concurrente con el levantamiento de las encuestas.

- La cobertura y porcentaje de vacunación fueron similares en el grupo de 60-64 años en la ENSANUT 2012 (IC95% se traslapan)
- La cobertura fue superior al porcentaje de vacunación en los adultos de 65 y más años de edad
- Debido a que estas vacunas son de aplicación universal en estos grupos de edad, y se aplican esencialmente en las unidades de salud,¹⁻² los datos sugieren que la demanda por la población, y probablemente también la oferta de este servicio no es óptima.
- La comparación con otros países demuestra coberturas también bajas. Por ejemplo, en Estados Unidos la cobertura en el 2007 en adultos mayores de 65 años para vacuna antitetánica en los últimos 10 años es de 44.1% (IC95% 40.7 a 47.6); para vacuna antiinfluenza de la temporada anterior es de 68.8% (IC95 65.9 a 71.6) y para vacuna antineumocócica es de 65.6% (IC95% 62.6 a 68.6). La información disponible para la Comunidad Económica Europea es variable. La cobertura de vacuna antitetánica en adultos (25-35-45-55-65 y más de 75 años) en Bulgaria para 2009 es de 74%. En el caso de Portugal la cobertura en adultos mayores de 65 años en el 2010 para esta misma vacuna es de 61%.

Recomendaciones

- Impulsar y reforzar la capacitación planeación y estimación de metas de vacunación en establecimientos de salud. Abatir las falsas contraindicaciones para vacunar y el temor a la vacunación múltiple, mediante cursos específicos y talleres de casos clínicos en los que se refuerce la toma adecuada de decisiones en la práctica diaria, y atención integrada al adulto mayor. Reforzar el registro de dosis aplicadas en la Cartilla Nacional de Salud.
- Poner énfasis en la vacunación de personas con algún deterioro crónico en salud, y programar a partir de listados de pacientes, la vacunación dirigida, aumentando simultáneamente la oferta de vacunación universal en los servicios de salud, en asilos, nosocomios psiquiátricos y prisiones, lo que redundaría en ahorro de costos de atención de complicaciones atribuibles a enfermedades inmunoprevenibles.³⁻⁹
- Desarrollar estrategias de promoción y educación para la salud a adultos mayores y sus familiares, para reforzar el uso y cuidado de la CNS, como instrumento de seguimiento del esquema básico de vacunación.
- Promover la cultura de la vacunación en la tercera edad, como recurso para mejorar su calidad de vida.
- Asegurar el abasto oportuno y suficiente de vacunas, cartillas y otros insumos que permitan abatir oportunidades perdidas de vacunación.⁸⁻⁹
- Mejorar la utilización de las Cartillas Nacionales de Salud como fuentes de registro, validación y como instrumento educativo para el seguimiento y control médico.

Acciones

- Fortalecer la capacitación y supervisión al personal de salud en programa permanente, y previo a acciones intensivas de vacunación en el periodo preinvernal e invernal.
- Fortalecer la promoción de la salud sobre el uso, conservación y portación de las Cartilla Nacional de Salud.
- Promover unidades de primer nivel como modelo para la capacitación y rotación del personal de salud, en atención integrada al adulto mayor.
- Promover sitios de consulta telefónica e internet para aclaración de dudas sobre vacunación de adultos mayores.

Conclusiones

La cobertura y porcentaje de vacunación es insuficiente para alcanzar efectos favorables en la calidad de vida de este sector de la población y probablemente para disminuir los costos de atención de complicaciones de padecimientos crónicos que son prevenibles por vacunación.⁷ Los resultados aportan elementos para realizar intervenciones en capacitación, supervisión, promoción de la salud y gerencia del programa que favorezcan la obtención de coberturas elevadas de vacunación, en los ámbitos local, jurisdiccional, estatal y nacional.

Referencias

1. Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2002, prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano. Diario Oficial de la Federación, 20 de enero de 2004. México, DF.
2. Centro Nacional para la salud de la Infancia y la Adolescencia. Manual de vacunación 2008-2009, primera ed. México DF, 2008.
3. Gómez J M, Conill G JL, Pulido R JC, Pérez C A. Cantún I. Factores de riesgo de accidentes en la edad geriátrica. Rev Cubana Med Gen Integr 2004;20(5-6). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_5-6_04/mgi075_604.htm
4. Suárez R, Pescetto C. Sistemas de protección social para el adulto mayor en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública 2005;17(5-6):419-428.
5. Martín M, M Cristina. Riesgo de infecciones habituales del diabético tipo 2: Experiencia en un centro de salud a lo largo de 10 años. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. España, 2001. Disponible en: <http://www.ucm.es/eprints/4458/>
6. García S, Levine OS, Cherian T, Gabastou JM, Andrus J, Working Group members. Enfermedad neumocócica y vacunación antineumocócica en las Américas: programa de acción para la introducción acelerada de una vacuna. Rev Panam Salud Pública. 2006;19(5):340-348
7. Gutiérrez JP, Bertozzi SM. Vacunación contra influenza para adultos mayores en México: consideraciones económicas. Salud Publica Mex 2005;47:234-239.
8. Rivera Alcocer MA. Propuesta de intervención, para reducir la incidencia y complicaciones de enfermedades prevenibles por vacunación en adultos mayores de dos localidades del municipio de Tepoztlán, Morelos, 2006-2007. Proyecto terminal profesional de la Maestría en Salud Pública (Epidemiología), INSP, Cuernavaca, México, 2007.
9. Rojano Lastra E. Barreras para la vacunación en médicos de la delegación poniente del Distrito Federal, del ISSSTE. Tesis de maestría en Epidemiología. INSP, Cuernavaca, México, 2009.

Responsables: José Luis Díaz Ortega,* Elizabeth Ferreira,* Lourdes García,* Belem Trejo,† Martha María Téllez Rojo,† Juan Pablo Gutiérrez,† Mauricio Hernández Ávila.‡

* Centro de Investigación sobre Enfermedades Infecciosas. Instituto Nacional de Salud Pública

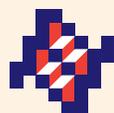
† Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas. Instituto Nacional de Salud Pública. México

‡ Dirección General del Instituto Nacional de Salud Pública. México

La información contenida en este documento será publicada en extenso en un número próximo de la revista Salud Pública de México.

Para mayor información sobre ENSANUT 2012:

<http://ensanut.insp.mx>



Instituto Nacional
de Salud Pública

