



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre nutrición e
inmunización infantil de niños de 0 a 2 años. Centro de Salud Parque
Iberia Cuenca 2019

Proyecto de investigación previo a la obtención
del título de Médico

AUTORES:

Ana Belén Valero Martillo

Ci: 0105386379

anita_2905_@hotmail.com

José Raúl Ugalde Ortega

Ci: 0104444054

jose_u4@outlook.com

DIRECTORA

Dra. Nancy Eulalia Auquilla Díaz

Ci: 0102916160

Cuenca- Ecuador

10/02/2020



RESUMEN

Antecedentes: durante la infancia, la inadecuada alimentación e inmunización genera un riesgo para el desarrollo de las capacidades cognitivas y predispone a la presentación de enfermedades.

Objetivo: determinar, conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre nutrición e inmunización infantil de niños de 0 a 2 años. Centro de Salud Parque Iberia Cuenca 2019.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo, observacional. La muestra estuvo constituida por 128 madres de niños de 0 a 2 años, que acudieron a la consulta externa del Centro de Salud Parque Iberia. Para ello se realizó una encuesta previamente validada. La información obtenida se compilo en un formulario de recolección de datos. Los datos fueron tabulados y analizados utilizando el programa SPSS versión 24.0.

Resultados: La exploración de los conocimientos sobre nutrición indican que las muestras saben sobre las ventajas de la lactancia materna en la mayoría de los casos; opinan que la lactancia promueve el crecimiento y buen desarrollo. Las vacunas son consideradas un medicamento utilizado en prevención de enfermedades, sin embargo, existe un desconocimiento sobre el cuadro de vacunación de los menores de 2 años.

Conclusiones: mediante la investigación realizada se determinó que, en general, los conocimientos y actitudes de las madres sobre nutrición están relacionadas con el grupo de edad de las madres, su nivel de educación y el trabajo fuera del hogar principalmente. Se observó que en su mayoría las madres conocen sobre lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria, sin embargo, existe un porcentaje de madres que realiza prácticas de alimentación incorrecta y que se asocian principalmente con las horas de trabajo fuera del hogar. Existe un déficit de conocimiento sobre el cuadro de vacunación, lo que genera prácticas inadecuadas en los menores de 2 años, donde se observó que está relacionado principalmente con el nivel de instrucción de las madres.

Palabras Clave: Nutrición infantil. Inmunización. CAP. Lactancia materna



ABSTRACT

Background: In the first stage of childhood, poor diet, and inadequate immunization generates a high risk of developmental delay affecting cognitive abilities and suffering from diseases. The lack of education and information of the mother, leads to a diet with deficit of quantity and quality for the child during the first years, as well as the risk of suffering preventable diseases.

Objective: To determine the knowledge, attitudes and practices of mothers about child nutrition and associated immunization in children with ages from 0 to 2 years, in the Parque Iberia Health Center of the city of Cuenca, February-May 2019 period.

Methodology: A descriptive, observational study was carried out. The sample was made up of 128 mothers of children children from 0 to 2 years old, who attended the external consultation of the Iberia Park health center. To do this, they will be surveyed and the information compiled in a Data Collection Form. The data were tabulated and analyzed using the SPSS statistical program version 24.0. Frequencies and percentages were used for interpretation.

Results: Mothers reside in urban areas and with a medium level of education. Their knowledge of nutrition indicates that they know the advantages of breastfeeding in most cases, they believe that the feeding and consumption of complementary drinks generally think that they should be around 6 months, and that the less than 6 months should only breastfeed. Vaccines consider it a medicine to prevent diseases, there is a deficit in knowledge about the vaccination picture.

Conclusions: Mothers' knowledge about nutrition and immunization is not the most correct, especially in vaccination, they show positive attitudes and their practices are closely linked to the knowledge they possess.

Keywords: Child nutrition. Immunization. CAP. Breastfeeding



ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
AGRADECIMIENTO.....	11
DEDICATORIA.....	12
CAPÍTULO I	13
1. INTRODUCCIÓN.....	13
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	17
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	17
CAPÍTULO II	19
2.2. FUNDAMENTO TEÓRICO	19
CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS HASTA LOS 2 AÑOS	20
DESARROLLO MOTOR	20
EFECTOS DE LA MAL NUTRICIÓN.....	21
ALIMENTOS ADECUADOS EN NIÑOS DE 0-2 AÑOS	22
LACTANCIA MATERNA.....	23
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.....	25
CONSISTENCIA DE LOS ALIMENTOS PARA NIÑOS DE 0-2 AÑOS	25
PRÁCTICAS ALIMENTICIAS EN EL INFANTE HASTA LOS 2 AÑOS	26
CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES SOBRE NUTRICIÓN INFANTIL	27
ACTITUDES DE LAS MADRES SOBRE NUTRICIÓN INFANTIL.....	28
PRÁCTICAS DE LAS MADRES SOBRE NUTRICIÓN INFANTIL	29
INMUNIZACIÓN.....	29
TIPOS DE INMUNIZACIÓN	31



REACCIONES ADVERSAS DE LA INMUNIZACION.....	35
CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES SOBRE INMUNIZACIÓN.....	36
ACTITUDES DE LAS MADRES SOBRE INMUNIZACIÓN	37
PRÁCTICAS DE LAS MADRES SOBRE INMUNIZACIÓN	38
3. OBJETIVOS.....	39
3.1 OBJETIVO GENERAL	39
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	39
CAPÍTULO IV	40
4. METODOLOGÍA	40
4.1 TIPO DE ESTUDIO	40
4.2 ÁREA DE ESTUDIO.....	40
4.3 UNIVERSO DE ESTUDIO, SELECCIÓN, MUESTRA Y UNIDAD DE ANÁLISIS.....	40
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	40
4.5 VARIABLES	41
4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	46
4.7 PROCEDIMIENTOS.....	47
4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.....	47
4.9 ASPECTOS ÉTICOS	47
PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS	48
5. RESULTADOS.....	49
CAPÍTULO VI	63
6. DISCUSIÓN.	63
CAPÍTULO VII	65
7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFÍA	65



7.1 CONCLUSIONES.....	65
7.2 RECOMENDACIONES	66
7.3 BIBLIOGRAFÍA	67
ANEXOS	73
ANEXO 1: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	73
ANEXO 2: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE NUTRICIÓN	75
ANEXO 3: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE INMUNIZACIÓN	78



CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Ana Belén Valero Martillo, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “Conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre nutrición e inmunización infantil de niños de 0 a 2 años. Centro de Salud Parque Iberia Cuenca 2019”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 10 de febrero del 2020

Ana Belén Valero Martillo

0105386379



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Ana Belén Valero Martillo, autora del proyecto de investigación “Conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre nutrición e inmunización infantil de niños de 0 a 2 años. Centro de Salud Parque Iberia Cuenca 2019”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 10 de febrero del 2020

Ana Belén Valero Martillo

0105386379



CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, José Raúl Ugalde Ortega, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “Conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre nutrición e inmunización infantil de niños de 0 a 2 años. Centro de Salud Parque Iberia Cuenca 2019”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 10 de febrero del 2019

José Ugalde

José Raúl Ugalde Ortega

C.I: 0104444054



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, José Raúl Ugalde Ortega, autor del proyecto de investigación “Conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre nutrición e inmunización infantil de niños de 0 a 2 años. Centro de Salud Parque Iberia Cuenca 2019”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 10 de febrero del 2019

José Ugalde

José Raúl Ugalde Ortega

C.I: 0104444054



AGRADECIMIENTO

A mis padres Santiago y Ana; por ser el pilar fundamental, por su amor y sacrificio que han hecho posible mi formación académica. A mis hermanas Gabriela, Michaela, Megan, por su apoyo durante toda la carrera. A mi amigo José Ugalde, por su amistad, paciencia y compromiso durante todos mis años de vida universitaria.

ANA BELEN VALERO MARTILLO



DEDICATORIA

A mis padres José y Jenny; con su esfuerzo y sacrificio, han hecho posible mi formación académica. A mis hermanas Tatiana y Mónica, por ser un constante apoyo dentro de mi vida académica. A mi amiga Ana Valero, por el esfuerzo brindado, amistad y el apoyo durante el transcurso de esta carrera.

JOSÉ UGALDE ORTEGA



CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

La desnutrición es la causa más importante de retraso en el crecimiento infantil. En el Ecuador 371 mil niños menores de 5 años están en desnutrición crónica, de estos 90 mil tienen desnutrición grave siendo la población indígena la más afectada. En la región sierra se concentra el 60% de la desnutrición, de estos el 63% corresponde a desnutrición crónica severa, el 71% viene de hogares que se clasifican como pobres. Los principales factores son: la pobreza, una alimentación deficiente y baja calidad de agua (1).

En la primera etapa de la infancia una inadecuada alimentación, genera un alto riesgo de retraso en el desarrollo, afectando las capacidades cognitivas, ocasionando bajos rendimientos. Otro factor que repercute es la falta de educación e información de la madre sobre alimentación y nutrición, lo que conlleva a una dieta con déficit de cantidad y calidad durante los primeros años (1).

En relación a vacunas, tienen como objetivo proteger de las principales enfermedades en el país como tuberculosis, difteria, tétanos, tos ferina, neumococo, entre otras. Estas enfermedades han disminuido su incidencia en los últimos años, debido a la implementación de campañas de inmunización, razón por la cual se considera vital para la conservación de la salud del infante (1).

En el Ecuador la salud esta legislada como un derecho, lo que vuelve más importante la educación de las responsables del cuidado y bienestar de los niños, para fortalecer su desarrollo a futuro, y que se cumpla este derecho. El objetivo de la investigación es describir conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre nutrición e inmunización infantil de niños de 0 a 2 años del Centro de Salud Parque Iberia Cuenca 2019. Los resultados brindaran directrices para plantear estrategias nutricionales y de inmunización que contribuyen el desarrollo y crecimiento de la población infantil.



1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los primeros años ocurre el mayor crecimiento y desarrollo de los niños. Las primeras etapas se constituyen en un periodo de maduración y adaptación al medio ambiente, por lo que es importante una alimentación adecuada con todos los grupos de alimentos y de acuerdo a su edad. Este conocimiento es esencial para las madres de los niños, pues ellas serán las principales encargadas de velar por su desarrollo y crecimiento (1).

Tanvir Hasana de Bangladesh, en su investigación sobre la desnutrición en niños menores de 5 años, señala que la desnutrición infantil es un grave problema de salud pública en los países de ingresos bajos y medios y que la educación materna puede contribuir a reducirla. El estudio examinó el impacto a largo plazo de la educación materna y cuantificó el nivel de educación requerido para que las madres reduzcan el riesgo de una mal nutrición en sus hijos (2).

En este mismo estudio, se utilizaron datos agrupados de cinco encuestas demográficas y de salud a nivel nacional realizadas en 1996-1997, 1999-2000, 2004, 2007 y 2011 para examinar la asociación entre la educación materna (sin educación, primaria, secundaria o más) y la desnutrición en los niños, medida por retraso del crecimiento y bajo peso. La prevalencia de la desnutrición fue consistentemente alta entre los hijos de madres con menor educación en comparación con los de las madres con educación superior (2).

Francis Odhiambo en Nairobi, Kenia en el 2018, investigó el papel del conocimiento nutricional y las actitudes de los cuidadores en las dietas de los niños. Se realizaron encuestas transversales repetidas en 151 hogares seleccionados al azar en las temporadas de abundancia y escasez, para recopilar datos de la dieta, el conocimiento nutricional y las actitudes de los cuidadores evaluados mediante el cuestionario administrado por el entrevistador. El 65% de los cuidadores habían alcanzado una educación primaria o menos. Hubo una correlación positiva entre el conocimiento



nutricional de los cuidadores y sus actitudes. En este estudio se encontró que el conocimiento sobre nutrición del cuidador está relacionado con el estado nutricional de los infantes, sin embargo, las actitudes no tuvieron una contribución significativa (3).

Los investigadores Judith Kuchenbecker, Kasungu y Mzimba en Malawi 2018, realizaron una intervención de educación nutricional incorporada en un proyecto de seguridad alimentaria, implementado por socios de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación y un proyecto de investigación implementado por una institución de investigación académica independiente, que evaluó el impacto de la educación nutricional en niños, el estudio examina el impacto potencial de una educación nutricional dirigida principalmente a la comunidad y el crecimiento de los niños de 6 a 23 meses de edad a través de un aumento de diversidad dietética (4). Se observa que la diversidad dietética complementaria en esta comunidad estaba por debajo del umbral recomendado por la OMS; se realizan intervenciones educacionales de 10 sesiones en un grupo de madres con niños de 6 a 23 meses y un grupo de control donde no se realiza ningún tipo de intervención. Al final del estudio se observa que en el grupo de madres de niños donde se intervino habían mejorado significativamente su alimentación y la diversidad dietética en comparación con los niños en el área de control. Este resultado demuestra que una educación nutricional facilitada fue efectivo a nivel comunitario (4).

Bryan J. Vonasek en Uganda 2016, examina los conocimientos y las actitudes de las madres respecto a las inmunizaciones infantiles para determinar si estas variables se correlacionan con la cobertura de vacunación oportuna de sus hijos. De septiembre a diciembre de 2013, se lleva a cabo una encuesta transversal de 1,000 mujeres en el distrito rural de Sheema en el suroeste de Uganda (5). La encuesta recopiló datos sociodemográficos, conocimientos y actitudes sobre inmunizaciones infantil. En el estudio se incluyó, mujeres con un hijo entre un mes y cinco años de edad donde el 88% de estos niños recibieron inmunizaciones oportunas y apropiadas para su edad.



El 93,5% de las mujeres afirma que las inmunizaciones infantiles protegen a los niños de las enfermedades. Cuando se les preguntó por qué la cobertura de vacunación era baja en su comunidad, las dos respuestas más comunes fueron "temor a los efectos secundarios" y "desinterés" (44% cada una). Los estudios aclaran que el conocimiento y las actitudes locales, permiten que las decisiones y las políticas relacionadas con los programas de vacunación sean efectivas mejorando las tasas de vacunación infantil (5).

Ingvil Saeterdal 2014, indica en un estudio donde se incluyeron dos ensayos aleatorios grupales que compararon las intervenciones dirigidas a las comunidades con las prácticas de inmunización de rutina. El primero es un estudio de la India donde se alentó a las familias, los maestros, los niños y los líderes de las aldeas a asistir a reuniones informativas en las que recibieron información sobre la vacunación infantil y podían hacer preguntas; este estudio mostró que la intervención incrementó el número de niños que recibieron vacunas. En el segundo estudio de Pakistán, las personas que se consideraban de confianza en la comunidad fueron invitadas a reuniones para discutir las tasas de cobertura de la vacuna en su comunidad y los costos y beneficios de la vacunación infantil, se les pidió que desarrollaran planes de acción locales en sus comunidades; el estudio demostró de la misma manera un aumento en la aceptación de las vacunas (6).

En el plano nacional, nuestro país registra tiene una de las tasas más altas de desnutrición en América. Se ha estimado que el retraso en el crecimiento afecta al 25–29% de los niños menores de cinco años, la desnutrición global se encontró en el 6.2% y la desnutrición aguda en el 2.3%. Mientras que en la provincia de Azuay se estima un 17% (7). El retraso en el crecimiento es un problema de salud pública a nivel nacional y se observa que este se da principalmente en los niños indígenas en Ecuador, con tasas estimadas de hasta 58%. En el Ecuador se reportan altas tasas de retraso en el crecimiento en los primeros 2 años de vida: 3.2% para niños menores de 5 meses, 9.8% para niños de 6 a 11 meses y 28.4% para niños de 12 a 23 meses.



En cuanto a las tasas de desnutrición aguda se describen: 2.1% para niños menores de 5 meses, 3% para niños de 6 a 11 meses y 4.6% para niños de 12 a 23 meses de edad; mientras que la prevalencia de sobrepeso en los niños fue de 5.3% para niños menores de 5 meses, 3.9% para niños de 6 a 11 meses y 4.1% para niños de 12 a 23 meses (8).

En cuanto a inmunización la incidencia más alta de protección contra una enfermedad prevenible por vacunas registrados en el país ocurre en el primer año de vida. En el Ecuador existe menores tasas de vacunación en la población indígena, en conjunto con menor asistencia a las visitas prenatales (9).

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Según las revisiones previamente expuestas la importancia de la nutrición e inmunización en niños de 0 a 2 años son necesarias para un correcto desarrollo y crecimiento para los mismos, por este motivo se plantea la siguiente interrogante.

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre nutrición e inmunización infantil de niños de 0 a 2 años en el centro de salud Parque Iberia, de la ciudad de Cuenca

1.3 JUSTIFICACIÓN

El tema de “Conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre nutrición e inmunización infantil de niños de 0 a 2 años en el Centro de Salud Parque Iberia Cuenca 2019” permite determinar la educación que tienen las madres sobre alimentación e inmunización según la edad permitiendo la prevención de enfermedades y asegurando una salud adecuada permitiendo una vida digna.

El equipo que se encuentra en los centros de salud debe enfocarse en la prevención y promoción primaria, educando oportunamente a las madres quienes son las encargadas de implementar conductas de alimentación e inmunización. Para permitir la adecuada educación de las madres es necesario conocer la realidad de nuestro



entorno, por este motivo se considera necesario la realización de la presente investigación.

Referente a líneas de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, este estudio se enmarca en nutrición e infecciones comunes; a su vez, se integra dentro del Sistema Nacional de Salud dentro del área en atención primaria en salud, de acuerdo con las prioridades de investigación del Ministerio de Salud Pública.

Los resultados de la investigación se difundirán a manera de informe entre el personal académico de la Facultad de Ciencias Médicas; de igual manera, en la población partícipe del presente estudio.



CAPÍTULO II

2.2. FUNDAMENTO TEÓRICO

Los aportes nutricionales de los lactantes, niños y los adolescentes deberían proporcionar un crecimiento y desarrollo adecuado. El período de nutrición durante la lactancia es esencial para el desarrollo cognitivo ya que las tasas de crecimiento son más altas en la infancia temprana que en cualquier otro período de la vida; estas disminuyen rápidamente a partir del segundo mes de la vida postnatal (10). El principal período de riesgo de retraso del crecimiento se presenta de los 4 a 24 meses de edad, por lo tanto, es fundamental identificar los déficits nutricionales de forma precoz y tratarlos de forma intensiva para evitar efectos adversos durante el crecimiento (11).

La importancia de los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres en cuanto a nutrición durante las primeras etapas de vida es fundamental para el niño en crecimiento ya que, durante la etapa de la lactancia se da el principal desarrollo del cerebro de los seres humanos y en un lactante pequeño, los requerimientos de energía del cerebro son relativamente altos, por lo que una buena alimentación es esencial dentro de esta etapa en especial para un correcto desarrollo cognitivo (10).

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y la Academia Americana de Pediatría (AAP) recomiendan el uso de las gráficas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para controlar el crecimiento de todos los lactantes y niños (alimentados con lactancia materna o artificial) desde el nacimiento hasta los 2 años de edad (11).

Si un niño, no tiene los aportes de nutrientes necesarios para su edad corre el riesgo de malnutrición; la clasificación de un niño como desnutrido depende de su posición en los cuadros estándar de peso-talla para la edad. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio proporcionan un marco para medir el progreso de las naciones. Varios de estos



objetivos se relacionan con la desnutrición infantil, que sigue siendo un importante contribuyente a la morbilidad y mortalidad infantil, y representa aproximadamente el 45% de las muertes infantiles en todo el mundo (12,13).

La desnutrición es un proceso patológico, sistémico, potencialmente reversible, que puede presentar diversos grados de intensidad. La mayor parte de estudios sobre desnutrición infantil proviene de observaciones realizadas en países subdesarrollados donde la pobreza, el suministro inadecuado de alimentos y las condiciones insalubres conducen a una alta prevalencia de desnutrición. La clasificación de Waterlow de la desnutrición toma en cuenta el peso de un niño para la altura (desgaste) y la altura para la edad (retraso del crecimiento) (14).

Crecimiento y desarrollo en niños hasta los 2 años

La nutrición en edades tempranas tiene sus efectos en el desarrollo de las funciones mentales superiores, la dieta es responsable de la provisión de sustratos a partir de los cuales se obtiene la energía requerida para el desarrollo y funcionamiento del cerebro (15).

El sistema nervioso central es más vulnerable a la influencia nutricional en los períodos en que el crecimiento, el desarrollo y la plasticidad son mayores. En el caso de los seres humanos, esto se extiende desde el comienzo del tercer trimestre del embarazo hasta los 2 años de edad. Una buena alimentación es fundamental en las primeras etapas del crecimiento de los niños, desde que nacen un adecuado aporte de nutrientes garantizará el desarrollo de funciones mentales superiores como el motor, cognitivo, sensoriomotora y socio afectiva (15).

Desarrollo motor

Los movimientos consisten en alternancia de flexión y extensión que generalmente son simétricos y varían en fuerza con el estado de alerta del niño, se incluyen los reflejos involuntarios primitivos, estos patrones de movimiento que requieren la actividad integrada de múltiples grupos musculares que están presentes desde el nacimiento (15) (16). Evidencia de estudios transversales y prospectivos han



demostrado que el retraso en el crecimiento es un indicador de desnutrición crónica y se asocia con una reducción del desarrollo cognitivo y motor. Por lo tanto, una nutrición adecuada es esencial para el cerebro desde la concepción hasta la vida adulta tardía (17) (18).

Efectos de la mal nutrición

Las consecuencias más destacadas por efecto de la desnutrición en el paciente pediátrico son: la anemia, inmunosupresión, trastorno en el aprendizaje, pérdida de masa muscular, estos podrían afectar el adecuado desarrollo del infante (19). La desnutrición crónica o el retraso en el crecimiento afecta a más de 160 millones de niños, la prevalencia global de obesidad en los niños es aproximadamente del 13%, y el 43% de los niños en edad preescolar viven con anemia (20).

La consecuencia más grave de la desnutrición es la muerte prematura. La restricción del crecimiento junto con una inadecuada lactancia materna en el primer mes de vida contribuye al 19% de todas las muertes en niños menores de 5 años; es decir alrededor de 1.3 millones de muertes por año. Se consideran los efectos del retraso en el crecimiento, el desgaste y las deficiencias de vitamina A y Zinc, el déficit de estos elementos contribuyen de manera conjunta al 45% de las muertes infantiles globales es decir 3,1 millones de muertes por año, y muchos más con secuelas de por vida como incapacidades o atrofas (21).

La malnutrición y una inmadurez inmunológica están asociadas ya que el riesgo de muerte infantil por enfermedades infecciosas aumenta incluso con una desnutrición leve, y a medida que aumenta la gravedad de la desnutrición, el riesgo de muerte aumenta exponencialmente. La desnutrición perjudica la función inmune y otras defensas del huésped; como resultado las infecciones infantiles son más graves y duraderas en niños desnutridos y tienen más probabilidades de ser fatales que las mismas enfermedades en niños que se encuentran con un buen estado nutricional (21). Las infecciones pueden agravar el estado nutricional, y los niños entran en un ciclo de infecciones repetidas generando repercusiones físicas y cognitivas (21).



Consecuencias de mal nutrición infantil

Condición	Muertes	% de muertes en <5 años
Restricción del crecimiento Fetal	817,000	11.8
Desnutrición Crónica	1,017,000	14.7
Desnutrición Aguda	875,000	12.6
Déficit de Zinc	116,000	1.7
Déficit de vitamina A	157,000	2.3
Lactancia materna inadecuada	804,000	11.6
6 factores conjuntos	3,097,000	44.7

Modificado de Nelson Textbook of Pediatrics. Nutrition, Food Security, and Health (21).

Alimentos adecuados en niños de 0-2 años

Se recomienda lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y continuar la lactancia materna hasta los 2 años de edad. La introducción de alimentos a los 6 meses de edad para complementar la lactancia materna se evalúa por la frecuencia de alimentación y la diversidad dietética (20).

Los 7 grupos de alimentos considerados en el paquete de alimentación para lactantes y niños pequeños de la OMS son:

Niños de 6 a 24 meses de edad: 1: granos, raíces y tubérculos, 2: legumbres y nueces, 3: productos lácteos, 4: alimentos de carne, 5: huevos, 6: frutas y verduras ricas en vitamina A y 7: otras frutas y verduras (20).



Los niños que reciben al menos cuatro de los siete grupos de alimentos en un día determinado se definen como tener una dieta que cumple con el mínimo nivel recomendado de diversidad dietética (22).

Según la guía de alimentación de lactantes y niños pequeños de la OMS la frecuencia mínima de comidas se evalúa según la proporción y según el número mínimo de alimentos por día; por lo tanto:

Infantes de 6-8 meses de edad: necesitan un aporte de 200kcal/día, deben alimentarse 2 veces al día de alimentos sólidos, semisólidos o blandos para niños que reciben leche materna.

Infantes de 9 a 23 meses de edad: necesitan un aporte de 300kcal/día, deben alimentarse 3-4 veces al día de alimentos sólidos, semisólidos o blandos, alimentos finamente picados o aplastados y alimentos que el niño pueda agarrar con la mano para niños que reciben leche materna.

Infantes de 12 a 23 meses de edad: necesitan un aporte de 550kcal/día, alimentos de familia, picados o si es necesario aplastados 3-4 veces al día.

Infantes de 6 a 23 meses de edad que no reciben lactancia materna: deben alimentarse 4 veces al día de alimentos sólidos, semisólidos o blandos (22).

LACTANCIA MATERNA

Muchas organizaciones de salud, como la Academia Americana de Pediatría (AAP), la Sociedad Canadiense de Pediatría, la OMS, el Instituto de Medicina (sus siglas en inglés IOM) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos han declarado que la lactancia materna es la práctica normativa para la alimentación y nutrición infantil. todos los infantes, incluidos los recién nacidos prematuros (23).

La Agencia para la Investigación y Calidad del Cuidado de la Salud (sus siglas en inglés AHRQ) revisó los resultados infantiles en el mundo industrializado y encontró que la lactancia materna ha documentado ventajas médicas y del desarrollo neurológico a corto y largo plazo y se asocia con un riesgo reducido de enfermedades



como: otitis media aguda, gastroenteritis, infecciones graves del tracto respiratorio inferior, dermatitis atópica, asma en niños pequeños , obesidad, diabetes tipos 1 y 2 (24). Se ha demostrado beneficios para las madres que dan de lactar, reduciendo el riesgo de cáncer de mama, cáncer de ovario y diabetes tipo 2 (25).

La leche humana es dinámica puesto que los nutrientes y sus concentraciones varían con el tiempo, el tipo de alimento y entre las mujeres. La leche humana varía entre calostro, leche de transición y leche madura (23).

El calostro es el líquido secretado por la glándula mamaria durante los primeros 7 días después del nacimiento, consiste en una mezcla de contenido de conductos mamarios, leche recién secretada y células inmunológicamente activas tiene un intenso color amarillo, debido a una alta concentración de carotenoides, α -caroteno, β -caroteno, β -criptoxantina, luteína y zeaxantina, y posee altos niveles de vitamina E, proteína e inmunoglobulina, especialmente inmunoglobulina A (IgA), y bajos niveles de grasa (23).

La leche de transición es la que se produce entre el calostro y la leche madura, de aproximadamente 7 a 10 días después del parto. Su contenido de nutrientes cambia gradualmente de calostro a leche madura. La proteína, la inmunoglobulina y el contenido de vitaminas solubles en grasa disminuyen, mientras que la lactosa, la vitamina soluble en agua, la grasa y el contenido calórico total aumentan (23).

La leche materna madura es una fuente confiable de todos los nutrientes para infantes sanos a término, a excepción de la vitamina D y el hierro, durante los primeros 4 a 6 meses.

Se ha demostrado que uno de los problemas principales para no amamantar a los infantes es, el círculo social que rodean a las madres, carece de los conocimientos y las habilidades para ayudarlas de manera efectiva generando falta de apoyo a la madre con el abandono de la lactancia (25). La lactancia materna es crucial para mejorar los resultados de salud pública de niños y adultos y se considera como un



indicador clave de rendimiento para los departamentos de salud pública e impactos en muchos otros, como la obesidad y la desnutrición (25).

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

La alimentación complementaria es el período en que un niño pasa de consumir leche materna o sustitutos de la leche materna como la leche de fórmula a alimentos familiares. Es un período fundamental donde las prácticas alimenticias complementarias son inadecuadas (26).

Esto se debe a que las prácticas inadecuadas de alimentación complementaria, como la introducción de alimentos semisólidos demasiado temprano, la falta de higiene o el suministro de alimentos que no contienen nutrientes adecuados, son las principales causas de enfermedades como desnutrición, obesidad, diarrea, falta de crecimiento, infecciones y desarrollo mental deficiente de los niños; en donde la educación se ha propuesto como un medio eficaz para mejorar las prácticas de alimentación complementaria (26).

La Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda que el jugo no se ofrezca a bebés menores de 6 meses y para los mayores de 1 año se proporcione en cantidades limitadas (24).

En el desarrollo, los infantes están listos para recibir alimentos complementarios cuando inicia la coordinación ojo-mano y el reflejo de extrusión disminuye (23).

Consistencia de los alimentos para niños de 0-2 años

La OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (sus siglas en inglés UNICEF) recomiendan la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, es decir, 180 días y la adición de alimentos complementarios a los 6 meses de edad con la lactancia continua hasta al menos 2 años (27).

Cuando la leche materna ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del niño, se debe realizar la transición de la lactancia materna exclusiva a alimentación complementaria (período de 6 a 18-24 meses), es un período clave en donde la malnutrición comienza en muchos infantes, lo que contribuye a la alta prevalencia de malnutrición en niños menores de cinco años en todo el mundo (27).



La alimentación complementaria debe ser oportuna y adecuada en cantidades, frecuencia y consistencia, y usar una variedad de alimentos para cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento mientras se mantiene la lactancia materna. Los alimentos deben prepararse y administrarse de manera segura, lo que significa que los alimentos deben tener la textura adecuada para la edad del niño (27). Existen varias razones por las que no se recomienda la alimentación temprana como su relación con una menor duración de la lactancia materna. El consumo temprano de alimentos sólidos también se ha relacionado con el desarrollo de afecciones crónicas, como la obesidad infantil, enfermedad celíaca, diabetes y el eccema (27). Los lactantes amamantados con leche materna o leche de fórmula no requieren agua adicional a menos que sea necesaria por una afección específica que implique un exceso de pérdida de agua (24).

Prácticas alimenticias en el infante hasta los 2 años (24).

Nacimiento a 4-6 meses

- Alimentación del pezón, pecho o biberón.
- Mano en botella durante la alimentación (2-4 meses).
- Mantiene la postura semiflexionada durante la alimentación.
- Promoción de la interacción infante-padres.

6-9 meses o alimentación de transición

- Alimentando en una posición más vertical
- Cuchara para alimentos finos y ligeros hechos puré.
- Utiliza ambas manos para sujetar la botella
- Alimentación con los dedos introducidos en la boca
- Masticación de sólidos fácilmente disolubles.
- Preferencia por los padres para alimentar

9-12 meses

- Utiliza una copa o taza para bebidas



- Come papillas, comida triturada
- Alimentación con los dedos para sólidos fácilmente disolubles.
- Masticar incluye acción de mandíbula rotativa.

12-18 meses

- Autoalimentación; agarra la cuchara con mano entera
- Sostiene la taza con las 2 manos.
- Beber con 4-5 sorbos consecutivos
- Sostiene la botella

> 18-24

- Deglutir con cierre de labios.
- La autoalimentación predomina.
- Mastica amplia gama de alimentos.
- Movimientos de la lengua de arriba abajo.

Conocimientos de las madres sobre nutrición infantil

Se realizó un estudio transversal que incluyó entrevistas en las comunidades de Nwoya y Amuru de la subregión de Acholi 2018, que tenían las tasas más altas de desnutrición en la subregión. La población de estudio consistió en cuidadores de niños de 6 a 23 meses de edad; el conocimiento, la actitud y las prácticas se evaluaron mediante un cuestionario estándar adaptado con modificaciones de la OMS (28).

El estudio demuestra que la educación es un factor importante que determina la adopción y el uso de las prácticas de salud recomendadas y que un bajo nivel de educación en los encuestados podría ser responsable de que no se cumplan las prácticas recomendadas de alimentación complementaria, se puede observar también que la mayoría de los cuidadores (67.1%) habían alcanzado solo la educación primaria (28).

Esta investigación demuestra que existe déficit de conocimiento de los padres acerca de alimentación como por ejemplo, una proporción muy baja de cuidadores conocían la importancia de incluir alimentos de origen animal en la dieta del niño y aunque esta



situación podría atribuirse al bajo nivel de educación entre los cuidadores también es posible que los cuidadores no hayan recibido información adecuada sobre este aspecto específico del conocimiento nutricional (28).

Se analiza otro estudio descriptivo de corte transversal en los tugurios de Shahdrah en la ciudad de Bahawalpur 2018, basándose en que las prácticas adecuadas de amamantamiento y destete son formas efectivas de reducir la morbilidad y mortalidad infantil. El estudio tuvo como objetivo conocer las prácticas de lactancia materna y destete en infantes de seis meses a 1 año. Se evalúa el conocimiento y la actitud de las madres de los lactantes con respecto a los hábitos de alimentación infantil, en este estudio se concluye que las madres que tenían conocimiento sobre los beneficios de la leche materna tenían prácticas de amamantamiento (29).

Actitudes de las madres sobre nutrición infantil

Para observar las actitudes de las madres se realiza un estudio transversal entre 190 madres de lactantes rurales de 0 a 6 meses de edad en el centro de salud en Tuna en la ciudad de Ghana 2016, los datos se recopilaron mediante un cuestionario que contenía preguntas cerradas y abiertas, donde se manifiesta que la práctica de la lactancia materna exclusiva está determinada por el conocimiento y las actitudes de las madres, al igual que por los factores sociales, demográficos y culturales (30).

La mayoría de las madres tenían una actitud positiva con la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, pero a pesar de ello, las madres no dieron de lactar a sus hijos, entre las principales razones fueron que consideraban que la leche materna era inadecuada para satisfacer las necesidades nutricionales del niño y otras madres manifestaban que no entendieron los consejos de los profesionales de la salud (30).

La educación materna se asoció con una mayor probabilidad de lactancia materna exclusiva y las madres cuyos niños tenían menos de 3 meses tenían más probabilidades de la lactancia materna que las que tenían hijos con una edad ≥ 3 meses. Además, un mayor conocimiento se asoció con la probabilidad de lactancia



materna exclusiva. El conocimiento y las actitudes de las madres hacia la lactancia materna exclusiva fueron favorables. Se observó que el conocimiento de la lactancia materna exclusiva, la edad del niño y el nivel de educación materna son determinantes importantes de la práctica de la misma (30).

Estudios demuestran una relación significativa entre el nivel de conocimiento y el grupo de edad de las madres demostrando que las madres del grupo de 25 a 35 años de edad tienen mejores conocimientos y una mejor actitud sobre los comportamientos nutricionales en los infantes. En base de los resultados, se recomienda que exista una adecuada capacitación a las madres por parte de los médicos de familia y el personal de los centros de salud (31).

Prácticas de las madres sobre nutrición infantil

Se destacan investigaciones como el estudio en comunidades indígenas del norte de Tailandia 2017, en la que un tercio de los niños menores de 5 años sufren de desnutrición; el personal del sistema de salud local y personas de la comunidad que cuidaban a infantes y niños pequeños informaron que la lactancia materna predominante ocurría durante 1 a 3 meses, pero no era exclusiva debido a la introducción temprana de alimentos como agua y / o arroz (32). La lactancia materna exclusiva durante 6 meses fue impedida por la necesidad de que las madres volvieran a trabajar en el campo, con la introducción temprana de alimentos sólidos, administrados principalmente por otros miembros de la familia que cuidaban a los niños (32).

Se observó que un problema habitual es la dedicación de las mujeres a trabajar y la falta de tiempo para cuidar a sus hijos pequeños, acompañado de pobreza e inseguridad alimentaria; por lo tanto el estudio concluye que existe la combinación de factores, que el limitado tiempo de atención de las mujeres, la pobreza y la inseguridad alimentaria contribuyen a una mala nutrición de los niños en la vida temprana (32).

INMUNIZACIÓN

Es el proceso de inducir la inmunidad artificialmente mediante inmunización activa o inmunización pasiva. También ocurre naturalmente a través de la transmisión



transplacentaria de anticuerpos a un feto, que brinda protección contra muchas enfermedades infecciosas durante los primeros meses de vida (33).

La inmunidad es relevante en pediatría por la repercusión de sus deficiencias y porque la inmadurez inmunológica condiciona las respuestas a las agresiones, con una alta susceptibilidad a las infecciones (34).

La inmunización es ampliamente reconocida como uno de los mayores logros de salud pública de los tiempos modernos. En gran parte como consecuencia de la inmunización, las incidencias anuales de difteria, poliomielitis parálitica, sarampión, rubéola y *Haemophilus influenzae* tipo b en países desarrollados han disminuido en más del 99%, en comparación con el promedio anual de incidencia de estas enfermedades en el siglo XX (35).

De manera similar, la vacunación contra el rotavirus se ha asociado con disminución en las hospitalizaciones y visitas al servicio de urgencias para enfermedades diarreicas en niños pequeños. La inmunización infantil también ha conducido a disminuciones significativas en varias enfermedades infecciosas en adultos, incluyendo neumococo, rotavirus y varicela (35).

La vacunación es una de las medidas de mayor impacto en salud pública y un eje clave en la prevención de las enfermedades infecciosas. En el mundo son inmunizados más de 100 millones de niños al año, lo que ha permitido disminuir la mortalidad y la carga de enfermedad por problemas infecciosos en la infancia (36).

La inmunización de rutina contribuye a la reducción de la mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunación entre los niños. A nivel mundial, se estima que aproximadamente dos a tres millones de muertes se producen anualmente como resultado de enfermedades prevenibles por vacunación con alrededor de 1,5 millones de muertes entre niños menores de cinco años. Las vacunas previenen la enfermedad en las personas que las reciben y protegen a las personas que entran en contacto con personas no vacunadas (37).



Las vacunas son preparaciones de proteínas, polisacáridos o ácidos nucleicos de patógenos, que se administran en el sistema inmunológico como entidades individuales, como parte de partículas complejas o por agentes vivos atenuados para inducir respuestas específicas que inactivan, destruyen o suprimen el patógeno (33). La vacunación ayuda a preservar la salud de los niños, sin embargo, uno de cada cinco no está recibiendo las vacunas básicas, predisponiendo a enfermedades. Una de las causas es la poca o nula información que recibe la madre sobre los procesos de vacunación (38).

Los neonatos están protegidos de infecciones por los anticuerpos producidos por la madre transportados a través de la placenta a la circulación fetal y por los anticuerpos en la leche ingerida transportada a través del epitelio intestinal de los recién nacidos mediante un proceso especializado conocido como transcitosis o transporte transcelular (39).

Los recién nacidos carecen de la capacidad de generar respuestas inmunitarias efectivas, por este motivo su principal defensa contra infecciones es la inmunidad pasiva proporcionada por los anticuerpos maternos, sin embargo, después es necesario la administración de vacunas ya que estas cumplen el papel de estimular el sistema inmunológico de la misma forma que una infección, pero sin desarrollar la enfermedad (39). La vacunación garantiza que el cuerpo genere sus propios anticuerpos. Los programas de inmunización buscan la protección contra enfermedades infecciosas graves, con la vacunación la incidencia de infecciones disminuye significativamente (40).

TIPOS DE INMUNIZACIÓN

Inmunización activa

Las vacunas se definen como la totalidad o partes de microorganismos administrados para prevenir una enfermedad infecciosa. Las vacunas pueden consistir en microorganismos inactivados completos como por ejemplo poliomielitis o hepatitis A; partes del organismo como lo son las vacunas contra la tos ferina o hepatitis B, ; polisacáridos como las vacunas contra el polisacárido neumocócico y meningocócico;



cápsulas de polisacárido conjugadas a los portadores de proteínas como las vacunas contra el Hib, neumocócicas y meningocócicas conjugadas; microorganismos vivos atenuados como las vacunas contra el sarampión, las paperas, la rubéola, la varicela, el rotavirus y la influenza atenuada y los toxoides como el tétanos o la difteria (41).

Las vacunas pueden inducir la inmunidad al estimular la formación de anticuerpos, la inmunidad celular o ambos. Parece ser que la protección inducida por la mayoría de las vacunas está mediada principalmente por los linfocitos B, que producen anticuerpos y estos pueden inactivar toxinas, neutralizar virus y prevenir su unión a receptores celulares, facilitar la fagocitosis y la destrucción de bacterias, interactuar con el complemento para la lisis de las bacterias y prevenir la adhesión a las superficies de la mucosa al interactuar con la superficie de la célula bacteriana (41).

La administración de una vacuna o toxoide hace que el cuerpo produzca una respuesta inmune contra el agente infeccioso o sus toxinas. La inmunización activa generalmente resulta en inmunidad a largo plazo (42).

Inmunización pasiva

Está destinada a reducir o impedir la infección para esto se aplica anticuerpos exógenos, en lugar de producir anticuerpos a través del propio sistema inmunológico, la inmunidad pasiva se logra mediante la administración de anticuerpos preformados. La protección es inmediata, pero transitoria, y dura de semanas a meses. Los productos utilizados incluyen: inmunoglobulina administrada por vía intramuscular, intravenosa o subcutánea, preparaciones de inmunoglobulina administradas intramuscular o intravenosa, anticuerpos de origen animal y anticuerpos monoclonales (41).

Etapas de inmunización

El Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización patrocinado por los Centros para el Control de Enfermedades, la Academia Americana de Pediatría (AAP) y la Academia Americana de Medicina Familiar (AAFP: por sus siglas en inglés) trabajan en conjunto

para emitir un calendario nacional para las vacunas que se recomiendan habitualmente (42).

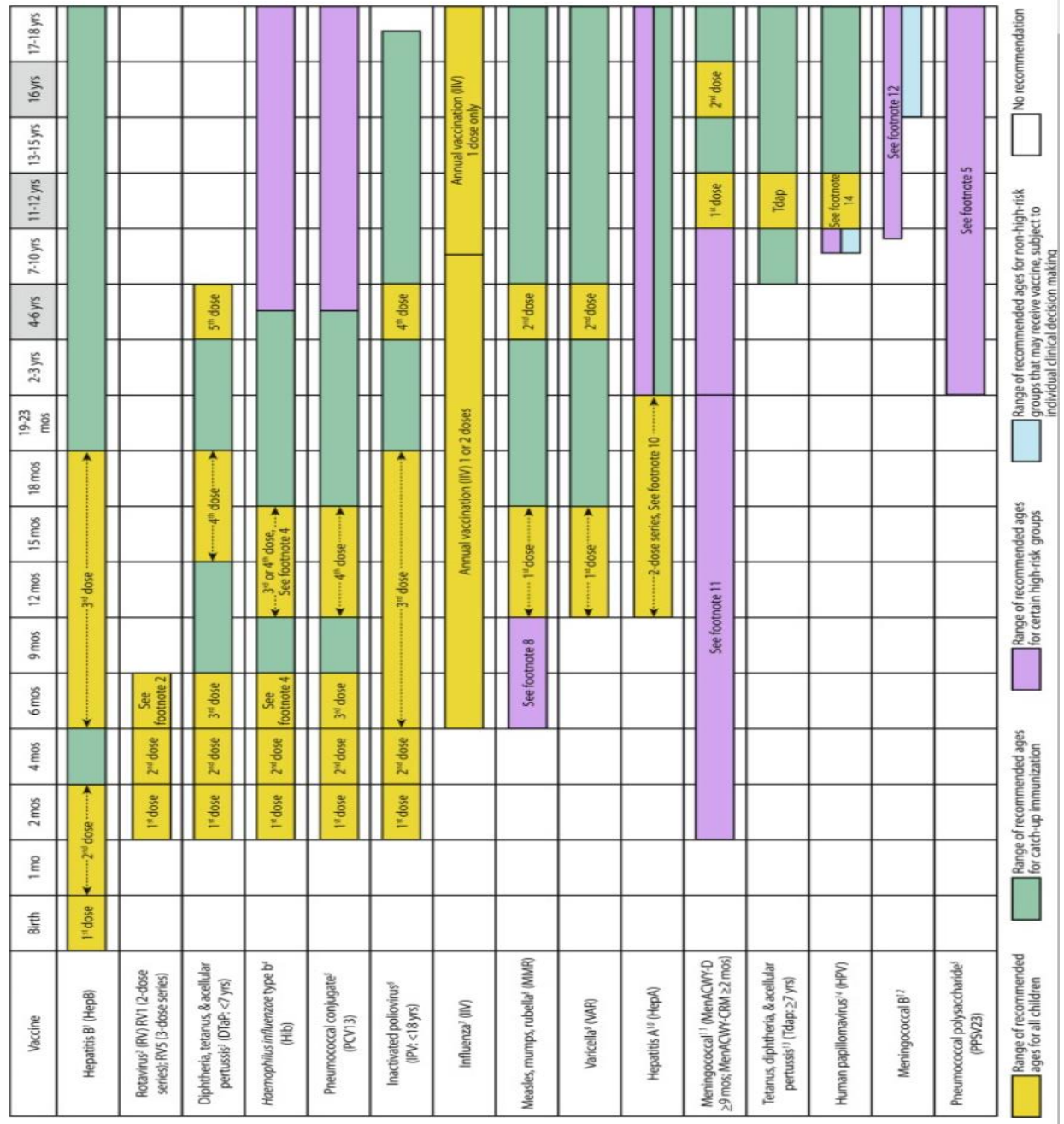


Figura 1. Cuadro de vacunación recomendado para niños y adolescentes de 18 años o menos, Estados Unidos, 2019

Fuente: Goldman-Cecil Medicine 2016

Figura 2. Cuadro de vacunación recomendado Ministerio de Salud Pública, Ecuador 2019



SUBSECRETARÍA NACIONAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL
ESTRATEGIA NACIONAL DE INMUNIZACIONES
ESQUEMA DE VACUNACIÓN FAMILIAR ECUADOR 2019



Ciclo de Vida	Grupos programáticos	Tipos de Vacuna	Total dosis	Dosis* recomendada	Vía de administración	Frecuencia de administración						
						1 dosis	2 dosis	3 dosis	4ta dosis (1 Refuerzo)	5ta dosis (2 Refuerzo)	6ta dosis (3 Refuerzo)	
NIÑEZ	Menores de un año	BCG ^a	1	0.05 ml - 0.1 ml	I.D.	Dosis única RN dentro de las primeras 24 horas de nacido						
		HB	1	0.5 ml	I.M.	RN dentro de las primeras 24 horas de nacido						
		Rotavirus	2	1.5 ml	V.O.	2m	4m					
		fIPV	2	0.1 ml	I.D.	2m	4m					
		bOPV	1	2 gotas	V.O.	2m	8m					
		Pentavalente (DPT+HB+Hib) ^a	3	0.5 ml	I.M.	2m	4m	6m				
		Neumococo conjugada	3	0.5 ml	I.M.	2m	4m	6m				
		Influenza Estac. (HN) Triv. Pediátrica	2	0.25 ml	I.M.	Al mes de la primera dosis						
		Influenza Estac. (HN) Triv. (desde los 6 a 12 meses)	2	0.25 ml	I.M.	1er contacto						
		Difteria, Tétanos, Tosferina (DPT)	1	0.5 ml	I.M.			1 año después de la tercera dosis de Pentavalente (Primer refuerzo DPT)				
	Vacuna bivalente oral contra la Polio (bOPV)	1	2 gotas	V.O.			1 año después de la tercera dosis de antipolio (Primer refuerzo OPV)					
	12 a 23 meses	Sarampión, rubéola, parotiditis (SRP)	2	0.5 ml	S.C		12 meses	18 meses				
		Fiebre Amarilla (FA)	1	0.5 ml	S.C		12 meses					
		Variola	1	0.5 ml	S.C.		15 meses					
		Influenza Estacional Triv. Pediátrica	1	0.25 ml	I.M.		1er contacto					
Influenza Estacional Triv. Pediátrica		1	0.25 ml	I.M.		1er contacto						
24 a 35 meses	Influenza Estacional Triv. Pediátrica	1	0.25 ml	I.M.		1er contacto						
	Influenza Estacional Triv. Pediátrica	1	0.25 ml	I.M.		1er contacto						
36 a 59 meses	DPT ^b	1	0.5 ml	I.M.					Segundo refuerzo DPT			
	bOPV	1	2 gotas	V.O.					Segundo refuerzo OPV			
5 años	HPV	2	0.5 ml	I.M.		1er contacto	6 meses después de la primera dosis					
	dT ^c	1	0.5 ml	I.M.						Tercer refuerzo con toxoide difterico-tetánico		
ADOLESCENCIA	MEF-Embarazadas	dT ^c	-	0.5 ml	I.M.	Completar esquema según historia vacunal, si no existiera antecedente vacunal, proceder a iniciar el esquema, conservando los intervalos de 0, 1 mes, 6 meses, 1 año, 1 año hasta completar las 5 dosis que requiere el esquema de adulto						
		HB	-	20 µg/1 ml	I.M.	Completar esquema según historia vacunal, si no existiera antecedente vacunal, proceder a iniciar el esquema, conservando los intervalos de 0, 1 mes, 6 meses, 1 año, 1 año hasta completar las 5 dosis que requiere el esquema de adulto						
ADULTOS	Viajeros en grupos de riesgo	SR	1	0.5 ml	S.C	Viajeros a países con circulación endémica de sarampión-rubéola y para control de brotes						
		FA	1	0.5 ml	S.C	Viajeros a países con circulación endémica de fiebre amarilla (una dosis provee inmunidad para toda la vida)						
ADULTOS	Viajeros con discapacidad	Influenza estacional Triv. Adulto	1	0.5 ml	I.M.	1er Contacto						

^a De acuerdo al fabricante
^b Niños con reacción anafiláctica al componente DPT de la pentavalente o niños con esquema atrasado de 1 a 4 años y que no accedieron a la pentavalente deberá administrarse HB según normativa (0-1-6)
^c Este esquema se aplica siempre y cuando haya recibido las 3 dosis de Pentavalente y el primer refuerzo con DPT, caso contrario proceder como con el esquema de las MEF
^d Verificación del carnet y cumplir el esquema. Si no hay evidencia de vacunación anterior se debe proceder como se detalla en el casillero de MEF
^e Verificación con carnet para el seguimiento del esquema. Si no hay evidencia de vacunación anterior se debe proceder como se detalla en el casillero de MEF
Ante reacción anafiláctica de componente pertussis de la DPT, utilizar DT pediátrica +HB pediátrica



Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades recomiendan las siguientes estrategias probadas específicas para aumentar las tasas de cobertura de vacunación: evaluar y proporcionar retroalimentación sobre las tasas de vacunación de práctica / proveedor, mantener registros precisos de inmunización, recomendar la vacunación a los padres y reforzar cuándo regresar para la vacunación (41).

REACCIONES ADVERSAS DE LA INMUNIZACION

Ninguna vacuna es completamente segura o completamente efectiva. Las reacciones adversas de las vacunas pueden ser: locales, sistémicas y alérgicas (42).

Las reacciones locales: son las más frecuentes pero las menos graves.

Las reacciones adversas sistémicas: incluyen fiebre, malestar, mialgias, cefalea y pérdida de apetito; estos síntomas, que son comunes e inespecíficos, pueden ocurrir en personas vacunadas ya sea por la vacuna o por algo no relacionado con la vacuna.

Las reacciones alérgicas: infrecuentes debido a que son consideradas las más peligrosas, estas reacciones pueden ser provocadas por el antígeno de la vacuna o por otro elemento de la vacuna como el material del cultivo celular, estabilizante, conservante o el antibiótico que impide la proliferación bacteriana; las reacciones alérgicas que amenazan la vida ocurren alrededor de una tasa por millón de dosis (42). El riesgo de una reacción alérgica se puede minimizar mediante la realización de un correcto examen de detección antes de la vacunación (42).

1. Contraindicaciones

a. La reacción anafiláctica a una vacuna o al componente de una vacuna contraindica dosis adicionales de esa vacuna o vacunas que contienen esa sustancia (43).

2. Precauciones (43)

- a. Enfermedades moderadas o graves con o sin fiebre
- b. Vacuna contra la fiebre amarilla durante la lactancia.

3. No se consideran contraindicaciones:

- a. Enfermedad aguda leve con o sin fiebre baja, terapia antimicrobiana actual o fase de convalecencia de la enfermedad



b. Reacción local leve a moderada dolor, enrojecimiento, hinchazón, después de una dosis de un antígeno inyectable; fiebre baja o moderada después de una dosis de vacuna previa

c. Desnutrición

d. Antecedentes familiares de eventos adversos a la inmunización.

e. Contacto doméstico no inmunizado o inmunodeficiente; las excepciones son la viruela en situaciones no emergentes y el virus de la influenza atenuado en vivo en los contactos cercanos de personas con inmunosupresión grave que requieren un ambiente protegido

Conocimientos de las madres sobre inmunización

Se realiza un estudio en el distrito de Atakumosa comunidad rural en el estado de Osun, en el suroeste de Nigeria 2016, donde existen 27 centros de salud primarios y dos centros de salud integrales, que brindan inmunización de rutina. El estudio es de tipo transversal de base comunitaria entre septiembre y octubre de 2013 y se entrevistó a madres de niños de 12 a 23 meses de edad (37).

Existen hallazgos que sugieren que una atención prenatal y una inmunización antes del parto está asociado con que las madres busquen servicios de atención médica después del parto. Los factores que influyeron positivamente en el cumplimiento del calendario recomendado de inmunización de rutina incluyeron la asistencia de las madres a la atención prenatal, las que recibieron como mínimo una dosis de inmunización con toxoide tetánico, las que tenían un buen conocimiento de la inmunización y aquellas con un adecuado acceso a información sobre inmunización de rutina. Este estudio identificó esta asociación, ya que se encontró que las madres con buen conocimiento de la inmunización de rutina tienen el doble de probabilidades de inmunizar completamente a sus hijos (37).

Ammar Ihsan Awadh, en Malasia 2014, realiza un estudio donde se demostró que los factores relacionados con los servicios de inmunización y el conocimiento y las actitudes de los padres fueron las razones principales de las vacunas incompletas o inexistentes; puesto que en una revisión de 126 documentos de la literatura para



identificar las razones por las cuales los niños tenían vacunas incompletas o no, la falta de conocimiento de los padres fue el factor más citado en 58 de los documentos (44). Se ha encontrado que los hijos de madres que tienen conocimiento sobre la inmunización y su importancia, tenían tasas de inmunización mucho mayores en comparación con los niños cuyas madres no tenían conocimiento de inmunización demostrando que el conocimiento de los padres sobre los programas de vacunación es un factor predictor para el estado de inmunización de los niños (44).

Omer Qutaiba B Al-Iela, Irak 2014, realizó un estudio no experimental de diseño observacional para evaluar la tasa de inmunización entre niños menores de 2 años donde cada niño tenía una tarjeta de inmunización para registrar los detalles de las inmunizaciones recibidas y para determinar el conocimiento y las prácticas de inmunización de los padres. Los datos se recopilaron a través de un cuestionario desarrollado y validado mediante entrevistas. La mayoría de estudios encontraron una fuerte relación entre la cobertura de inmunización pediátrica y el conocimiento de los padres y las prácticas de vacunación y mostró una correlación positiva entre estos factores (45).

Actitudes de las madres sobre inmunización

Se llevó a cabo una investigación para evaluar el conocimiento, la actitud y la práctica en el condado de Xunhua Salar Autonomus, China 2014, sobre la inmunización infantil, donde se diseñó un cuestionario cerrado para evaluar alrededor de 240 cuidadores primarios. Los resultados mostraron que la mayoría de los cuidadores entienden los beneficios de la inmunización y están dispuestos a vacunar a sus hijos; también los resultados indican que la probabilidad de que un niño se vacune disminuye con el nivel educativo más bajo de los cuidadores (46).

Esto es consistente con la literatura similar encontrada en estudios realizados en, la República Democrática Popular Lao, Roma y África que mostraron que la educación superior generalmente se asocia con una mayor cobertura de inmunización. En esta investigación se observa que la mayoría de los cuidadores alrededor del 80% no



sabían que sus hijos podrían ser vacunados de forma gratuita ya que más del 95% de los cuidadores creían que las vacunas eran efectivas, sin embargo, el 34,6% de los niños perdieron oportunidades de vacunación o retrasaron la vacunación (46). Los resultados de este estudio mostraron que los posibles factores de riesgo asociados con la probabilidad cada vez mayor de que un niño pierda o demore la vacunación fueron: suministros inadecuados de servicios de vacunas, falta información sobre el programa de inmunización y menor nivel educativo de los cuidadores (46).

Prácticas de las madres sobre inmunización

En Malasia, se realizó una encuesta piloto prospectiva de corte transversal entre 88 padres que asistieron a instalaciones de salud pública que administran vacunas; el formulario de recogida de datos constaba de dos partes, la primera parte contenía datos sociodemográficos de los padres y la segunda parte consistió en el cuestionario de conocimiento y práctica (47).

Los padres con niños inmunizados actualizados tuvieron puntuaciones de conocimiento y práctica significativamente mejores que los padres que no, el nivel de conocimiento de los padres se asoció positivamente con su práctica hacia la inmunización (47).

Se realizó un estudio de corte transversal 2014, con un cuestionario de 18 ítems previamente evaluado con 467 padres seleccionados al azar de la región de Hail en Arabia Saudita durante 1 año. El cuestionario validado constó de tres secciones que recopiló información sobre la demografía de los participantes, el conocimiento de los padres sobre los beneficios de la vacuna y las prácticas de los padres con respecto a la inmunización de sus hijos. La mayoría de los encuestados había recibido una educación formal, alrededor del 94.1%, el 62.9% de los padres tenía un empleo remunerado y un 73.3% tenía un ingreso mensual regular y la mayoría de los encuestados estaban al tanto de las vacunas infantiles y completaron las vacunas obligatorias para niños de hasta 5 años (48).



CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre nutrición e inmunización infantil de niños de 0 a 2 años. Centro de Salud Parque Iberia Cuenca 2019.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar sociodemográficamente a la población de estudio.
- Determinar el nivel de conocimiento sobre la nutrición e inmunización que las madres poseen.
- Identificar las actitudes de las madres respecto a la nutrición e inmunización.
- Definir las prácticas de las madres sobre la nutrición e inmunización infantil.



CAPÍTULO IV

4. METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo de corte transversal.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO

La investigación se desarrolló en el Centro de Salud Parque Iberia localizado en la Parroquia Yanuncay en las calles Isabela Católica y Ramón y Cajal en la Ciudad de Cuenca en la provincia del Azuay.

4.3 UNIVERSO DE ESTUDIO, SELECCIÓN, MUESTRA Y UNIDAD DE ANÁLISIS

El universo estuvo constituido por las madres de familia que acudieron con sus hijos de 0 a 2 años a la consulta externa.

Muestra

La muestra fue conformada por las madres que acudieron al centro de salud durante 3 meses y aceptaron en participar en la investigación mediante la firma del consentimiento informado (Anexo 1), a las cuales se les aplicó un cuestionario previamente validado de estudio, (Anexo 2) y (Anexo 3).

Unidad de análisis y observación

Madres de niños de edades entre 0-2 años que acudieron a la consulta externa del Centro de Salud Parque Iberia, que cumplían con los criterios de inclusión.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión

Madres de niños en edades de 0-2 años, de ambos sexos, que acudieron a consulta externa del Centro de Salud Parque Iberia, y firmaron el consentimiento informado.



Criterios de exclusión

No participaron en este estudio madres de niños mayores a 2 años, madres de niños con enfermedades inmunosupresoras diagnosticadas previamente.

4.5 VARIABLES

Independientes:

Características del niño: edad en meses, sexo del niño.

Dependientes:

Características de la madre: conocimientos, actitudes y prácticas, edad, residencia, instrucción, trabajo.

4.5.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta la realización de la encuesta.	Cronológica	Años cumplidos	Numérica
Sexo	Condición orgánica que diferencia al hombre de la mujer.	Fenotípica	Tipo de sexo	Masculino
				Femenino
Conocimientos	Es el acúmulo de información, adquirido de forma científica o empírica. Todo acto de conocimiento supone una referencia mutua o	Sociocultural	Conocimientos sobre nutrición infantil.	Si
				No
			Término de la lactancia.	Numérica
			Alimentación complementaria.	Numérica



	relación entre: SUJETO – OBJETO.		Edad de adición de condimentos (sal y azúcar) a la alimentación.	Numérica
			Definición de Vacunas.	Es una vitamina para prevenir una enfermedad.
				Es un medicamento para prevenir una enfermedad.
				Es un antiparasitario para prevenir una enfermedad.
				Desconoce
			Conoce usted el cuadro de vacunación de su hijo.	Si
				No
			Vacunas que debe recibir un recién nacido.	Pentavalente y APO
				BCG y hepatitis B
				Antipolio e influenza
Desconoce				
Efectos adversos de las vacunas.	Llanto y/o disminución del apetito			

				Fiebre, dolor y/o enrojecimiento en la zona de aplicación.
				Alergia durante los primeros días.
				Desconoce
Actitudes	Procedimiento que conduce a un comportamiento en particular. Es la realización de una intención o propósito, es el comportamiento habitual que se produce en diferentes circunstancias.	Sociocultural	Madre le dio de lactar a su niño.	Si
				No
			Razón por la cual no le da de lactar a su niño.	Nominal
			Razón por la cual le da de lactar a su niño.	Nominal
			Importancia de las vacunas.	Los hace crecer sanos y fuertes.
Previene enfermedades.				
Permite que se desarrollen adecuadamente.				
Desconoce				
Prácticas	Serie de comportamientos relacionados.	Sociocultural	Edad en la que lacto el niño.	Numérica



			Edad en la que el niño ingirió otro tipo de leche.	Numérica
			Ingesta de líquidos (agua, infusiones, bebidas azucaradas).	Numérica
			Recipiente que el niño usa para beber líquidos.	Mamadera
				Vaso con pico
				Vaso/ taza
			Cuchara	
			Alimentos consume el niño.	Nominal
			Edad comenzó el niño a ingerir otros alimentos diferentes a la leche materna.	Numérica
			Tipo de alimento comenzó la alimentación del niño.	Nominal
			El niño ya come la comida familiar.	Si
				No
			Bebidas brinda al niño.	Bebidas azucaradas
				Colas



				Jugos artificiales en polvo o líquido.
				Aguas saborizadas
				Infusiones: Té, hierbas, café u otros.
			Medidas ante la presencia de fiebre.	Aplicar paños tibios más Paracetamol.
				Llevarlo al centro de salud más cercano.
				Lo baña con agua tibia en un ambiente cerrado.
				A, C son correctas.
				Desconoce
			Edades en las que se debe vacunar su hijo.	RN, 2, 4, 6 meses, 1 año, 15 meses y 18 meses.
				2, 4, 6 meses.
				RN, 2, 4, 6 meses, 1 año.
				2, 6 meses, 1 año y 18 meses.
Residencia		Sociocultural		Urbana



	Es un adjetivo que hace referencia a lo perteneciente o relativo a la vida en la ciudad o en el campo.		Lugar donde habita,	Rural
Instrucción	Referencia a la acción de instruir (enseñar, adoctrinar, comunicar conocimientos. Conocimientos adquiridos y el curso que sigue un proceso que se está instruyendo.	Sociocultural	Ultimo año de estudio.	Analfabeta
				Primaria Incompleta
				Secundaria incompleta
				Secundaria incompleta
				Universitaria incompleta
Universitaria Completa				
Trabajo fuera del hogar	Ocupación que ejerce habitualmente una persona a cambio de un salario.	Sociocultural		SI
				NO

4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

4.6.1 MÉTODO

Se realizó mediante método observacional directo.

4.6.2 TÉCNICAS

A los participantes que cumplían los criterios de inclusión, y una vez fue explicado el procedimiento, se entregaron los cuestionarios, cuyas respuestas quedaron registradas en el formulario de recolección de datos.



4.6.3 INSTRUMENTOS

Se utilizó un cuestionario estructurado y previamente validado tomado de la tesis “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre nutrición infantil de los niños de 0 a 2 años que acuden al hospital cantonal de Paute. 2012” de la autora María Caridad Chipa Carpio avalizado en la Universidad de Cuenca, Ecuador y de la tesis “Conocimiento sobre inmunizaciones en madres de menores de 2 años del centro de salud “Nicanor Merchán”, Cuenca 2016” de las autoras Nancy Beatriz Sotamba y Nelly Fabiola Juca Carpio legitimado en la Universidad de Cuenca.

4.7 PROCEDIMIENTOS

4.7.1 Autorización: se solicitó la autorización pertinente para la aplicación de los formularios mediante un oficio dirigido al director del Centro de Salud Parque Iberia.

Se entregó a las madres de los participantes el consentimiento informado (Anexo 1), a quienes se les dio a conocer los objetivos de este trabajo de investigación. Una vez firmado el consentimiento, se procedió a aplicar el cuestionario respectivo.

4.7.2 Supervisión: en todo el momento de la investigación se contó con la supervisión del director de investigación.

4.8 Plan de tabulación y análisis

Los datos fueron analizados mediante el programa SPSS.V.22 y Excel 2016, y clasificados de acuerdo a las variables, para hacer una descripción de los conocimientos actitudes y prácticas de las madres de niños de 0-2 años. Se obtuvieron frecuencias relativas, frecuencias absolutas, se presentaron en tablas para el análisis y se utilizó la estadística descriptiva.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

Se recogió el consentimiento informado de las madres de los niños de 0 a 2 años que acudieron a consulta externa en el centro de salud Parque Iberia, documento que expresa el deseo de participar o no de la investigación (Anexo 1). El manejo de la



información fue exclusivamente para motivos de la investigación, los formularios fueron llenados de manera anónima a través de un código numérico.

Procedimientos para garantizar aspectos éticos

1. Se solicitó la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.
2. Se obtuvo el permiso del director del Centro de Salud Parque Iberia de la ciudad de Cuenca.
3. Se entregó el consentimiento informado a las madres de los participantes de los niños menores de 2 años.
4. Se informaron los objetivos del estudio antes de la aplicación del cuestionario.
5. Se indicó la confidencialidad de los datos y que sus nombres no serán expuestos de ninguna forma.
6. Los participantes pueden retirarse del estudio en el momento que consideren adecuado.



CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

Tabla 1. Caracterización de los 128 encuestados según las variables sociodemográficas.

EDAD DE LOS NIÑOS	Frecuencia n= 128	Porcentaje %
Menor de 6 meses	26	20,3
6 a 11 meses	37	28,9
1 a 2 años	65	50,8
SEXO DE LOS NIÑOS		
Femenino	67	52,3
Masculino	61	47,7
EDAD DE LA MADRE		
Menor de 20 años	10	7,8
21 a 40 años	118	92,2
RESIDENCIA		
Urbana	127	99,2
Rural	1	0,8
INSTRUCCIÓN DE LA MADRE		
Primaria incompleta	3	2,3
Primaria completa	11	8,6
Secundaria incompleta	29	22,7
Secundaria completa	66	51,6
Universidad incompleta	10	7,8
Universitaria completa	9	7
TRABAJO FUERA DEL HOGAR		
SI	40	31,3
NO	88	68,7
TOTAL	128	100

Fuente: Base de datos.

Autores: Valero,A; Ugalde,J.



El promedio de edad de las madres investigadas fue de $25,1 \pm 4,57$ años, quienes tuvieron hijos mayoritariamente de sexo femenino (52,3%), con una edad promedio de $12,79 \pm 7,73$ meses. La casi totalidad de madres investigadas tenían su residencia en la ciudad. Algo más de la mitad de ellas accedieron a instrucción secundaria completa (51,6%), y apenas un 7% logro culminar su instrucción superior. Prevalcen las que realizan su trabajo dentro del hogar (68,7%).

5.2. Conocimientos sobre Nutrición e Inmunización.

Tabla 2. Conocimientos de las madres sobre Nutrición infantil.

Conocimiento sobre ventajas de la lactancia	Frecuencia n= 128	Porcentaje %
Ayuda al crecimiento	50	39
Mejoría del Sistema Inmunológico	32	25,0
Desarrollo cognitivo	12	10,2
Alimentación adecuada	11	8,3
Aumento de peso	9	7,0
Desconoce	14	10,3
¿Hasta qué edad se debe dar la lactancia materna?		
6 meses	5	3,9
1 año	14	10,9
1,5 años	28	21,9
2 años o más	76	59,4
Desconoce	5	3,9
¿Edad a la que debe empezar a comer?		
5-6 meses	116	90,6
8-9 meses	4	3,1
12 meses	2	1,6
18-24 meses	4	3,1
Desconoce	2	1,6
¿Edad de agregar sal o azúcar a la comida?		
1 mes	3	2,3
5-6 meses	90	70,3
7-9 meses	15	11,7
10-12 meses	18	14,1
Desconoce	2	1,6
¿El niño menor de 6 meses debe únicamente lactar?		
SI	112	87,5
NO	15	11,7
Desconoce	1	0,8
TOTAL	128	100

Fuente: Base de datos.

Autores: Valero,A; Ugalde,J.



Las madres opinaron que la lactancia materna tiene ventajas para el crecimiento de los niños (39%) mejoría del sistema inmunológico (25%) y únicamente el 10,3% desconoce las ventajas de la lactancia materna. En cuanto al cese del período de lactancia las encuestadas opinaron en el 59,4% de los casos que debe culminar alrededor de los dos años o más. Respecto al inicio de la alimentación complementaria, el 90,6% de las madres indica que los niños(as) deben empezar a comer alrededor de los 5 a 6 meses; sin embargo, se observa que a esa misma edad el 70,3% de madres sugiere que se le puede agregar sal o azúcar a sus alimentos. Para el 87,5% de las madres el niño menor de 6 meses debe únicamente lactar.



Tabla 3. Conocimientos de las madres sobre Inmunización infantil.

CONOCIMIENTOS SOBRE INMUNIZACIÓN INFANTIL		
¿Qué es una vacuna?	Frecuencia n= 128	Porcentaje %
Medicamento preventivo	112	87,5
Vitamina preventiva	13	10,2
Desconoce	3	2,3
¿Conoce el cuadro de vacunación de su hijo?		
SI	83	64,8
NO	45	35,2
Vacunas que debe recibir un recién nacido		
Pentavalente y APO	37	28,9
BCG y Hepatitis B	56	43,8
Antipolio e Influenza	4	3,1
Desconoce	31	24,2
Vacunas antes del 1er año de vida		
Al menos 6	77	60,2
BCG, Antipolio e Influenza	4	3,1
Desconoce	47	36,7
Efectos adversos de las vacunas		
Llanto y pérdida de apetito	26	20,3
Fiebre, dolor y eritema en puntura	85	66,4
Alergia por unos días	3	2,3
Desconoce	14	10,9
TOTAL	128	100

Fuente: Base de datos.
Autores: Valero,A; Ugalde,J.



El 87,5% de las encuestadas opinó que la vacuna es un medicamento para prevenir enfermedades. El 10,2% señala que es una vitamina con el mismo objetivo y tan solo el 2,3% no sabe. El 64,8% refiere conocer el cuadro de vacunación de su hijo(a) mientras que existe un 35,2% que no lo conocía. En cuanto a las vacunas que debe recibir un RN existe una diversidad de criterios, se observó que un 43,8% cree que debe recibir BCG y Hepatitis B, el 28,9% Pentavalente y APO, se observó también que un 24,2% desconoce. En cuanto a las vacunas en el 1er año de vida, el 60,2% opina que son al menos 6 vacunas, mientras un 36,7% no conoce. En canto a los efectos adversos de la vacunación son la fiebre, dolor y eritema en la zona de puntura para el 66,4% de las encuestadas el llanto y la pérdida del apetito para el 20,3% y desconocidos únicamente para el 10,9%.



5.3. Actitudes sobre Nutrición e Inmunización.

Tabla 4. Actitudes de las madres sobre Nutrición infantil.

ACTITUDES SOBRE NUTRICIÓN INFANTIL	Frecuencia n= 128	Porcentaje %
¿Le dio de lactar a su niño(a)?		
SI	92,0	71,9
NO	36,0	28,1
¿Por qué no le dio de lactar a su niño(a)?		
No producía leche	12,0	33,3
El niño(a) no quiso	11,0	30,6
Falta de tiempo	8,0	22,2
Estaba enferma	3,0	8,3
Estaba internada	2,0	5,6
Subtotal	36,0	100,0
¿Por qué le dio de lactar a su niño(a)?		
Para su crecimiento	35,0	38,0
Mejorar sus defensas	26,0	28,3
Para alimentarlo	14,0	15,2
Por recomendación	6,0	6,5
Para aumentar su peso	2,0	2,2
Mejorar su mente	1,0	1,1
Desconoce	8,0	8,7
Subtotal	92,0	100,0
TOTAL	128	100

Fuente: Base de datos.

Autores: Valero,A; Ugalde,J.

El 71,9% de las madres encuestadas le dio de lactar a su hijo(a), principalmente para su crecimiento (38%) y para mejorar su madurez inmunológica (defensas) el 28,3%. Las madres que no dieron de lactar aducen falta de producción de leche (33,3%), que el niño(a) no quiso (30,6%) y la falta de tiempo (22,2%), como motivos fundamentales.



Tabla 5. Actitudes de las madres sobre Inmunización infantil.

**ACTITUDES SOBRE INMUNIZACIÓN
INFANTIL**

¿Por qué son importantes las vacunas?	Frecuencia n= 128	Porcentaje %
Previene enfermedades	96,0	75,0
Los hace crecer sanos y fuertes	16,0	12,5
Permiten su desarrollo adecuado	13,0	10,2
Desconoce	3,0	2,3
TOTAL	128	100

Fuente: Base de datos.

Autores: Valero,A; Ugalde,J.

Para las madres la principal importancia de la vacunación es, en el 75% de los casos, para prevenir enfermedades, para un 12,5% los hace crecer sanos y fuertes, mientras que un 10,2% opina que les permite un desarrollo adecuado y únicamente el 2,3% desconoce la utilidad de las vacunas.



5.4. Prácticas sobre Nutrición e Inmunización.

Tabla 6. Prácticas de las madres sobre Nutrición infantil (Preguntas 1 a 4).

PRÁCTICAS SOBRE NUTRICIÓN INFANTIL		
¿Hasta qué edad le dio de lactar a su hijo(a)?	Frecuencia n= 100	Porcentaje %
Aún lacta	69,0	69
Hasta los 6 meses	7,0	7
Hasta el año	10,0	10
De 1 a 2 años	14,0	14
Subtotal	100	100,0
¿A qué edad le dio a su hijo(a) otro tipo de leche?		
Aún lacta	51,0	39,8
A los 6 meses	34,0	26,6
A los 8-9 meses	5,0	3,9
A los 10-15 meses	13,0	10,2
Solo lactancia materna	11,0	8,6
Fórmula	14,0	10,9
¿Amamantó a su niño? (P3)		
SI	100,0	78,1
NO	28,0	21,9
A partir de qué edad le dio a su niño(a) bebidas azucaradas		
Desde los primeros meses	23,0	18,0
A los 6 meses	52,0	40,6
A los 7-8 meses	9,0	7,0
A los 10-12 meses	14,0	10,9
24 meses	1,0	0,8
No consume	29,0	22,7
TOTAL	128	100

Fuente: Base de datos.

Autores: Valero,A; Ugalde,J.

De todas las madres encuestadas la mayoría refirió que sus hijos (69%) aún lactan, aunque en el 39,8% de los casos desde los primeros meses ya recibían otro tipo de leche, y en el 26,6% esto ocurrió a los 6 meses. El 78,1% de las madres amamantó a su hijo(a). Las bebidas azucaradas comenzaron a dárselas a los 6 meses principalmente (40,6%), aunque en el (18%) de los casos esto ocurrió antes.



Tabla 7. Prácticas de las madres sobre Nutrición infantil (Preguntas 5 a 7).

PRÁCTICAS SOBRE NUTRICIÓN INFANTIL

Recipiente que usa su niño(a) para beber líquido	Frecuencia n= 128	Porcentaje %
Mamadera	92	71,9
Vaso con pico	29	22,7
Vaso/Taza	5	3,9
Cuchara	2	1,6
¿Qué alimentos consume su niño?		
Frutas	28	15,8
Sopas	27	15,2
Leche materna	21	11,8
Leche	21	11,8
Papillas	14	7,9
Verduras	13	7,3
Carnes	11	6,2
Fórmula	10	5,6
Jugos	10	5,6
Coladas	9	5,2
Arroz	9	5,2
Papas	4	2,4
¿A partir de qué edad comenzó a darle otro tipo de alimentación?		
Desde los primeros meses	39	30,5
A los 6 meses	59	46,1
A los 7-8 meses	6	4,7
A los 11-12 meses	4	3,1
18 meses	1	0,8
Aún no	19	14,8
TOTAL	128	100

Fuente: Base de datos.

Autores: Valero,A; Ugalde,J.



Según las madres encuestadas opinaron que la mamadera (71,9%) es el recipiente más empleado para que los niños beban líquido. Los alimentos más utilizados en la dieta de los niños fueron las frutas (15,8%), sopas (15,2%) y la leche, tanto materna (11,8%) como de otro tipo (11,8%). Los niños(as) comenzaron a recibir otro tipo de alimentación a los 6 meses se encontraron entre (46,1%) y antes de los 6 meses de vida dentro del (30,5%).



Tabla 8. Prácticas de las madres sobre Nutrición infantil (Preguntas 8 a 11).

PRÁCTICAS SOBRE NUTRICIÓN INFANTIL

¿Con qué tipo de alimentos comenzó la alimentación de su hijo?	Frecuencia n= 120	Porcentaje %
Frutas	41,00	34,10
Papillas	16,00	13,33
Jugos	16,00	13,33
Sopas	14,00	11,60
Leche	8,00	6,66
Fórmula	8,00	6,66
Coladas	8,00	6,66
Infusión	5,00	4,10
Verduras	2,00	1,66
Arroz	1,00	0,83
Carnes	1,00	0,83
¿A qué edad comenzó a consumir la comida familiar?		
6 meses	5,00	3,90
8-11 meses	10,00	7,80
12 meses	23,00	17,9
13-18 meses	21,00	16,4
24 meses	1,00	0,80
Aún no consume	68,00	53,10
¿Qué bebidas le da a su hijo(a)?		
Bebidas azucaradas	45,00	35,1
Colas	9,00	7,03
Jugos artificiales	5,00	3,9
Aguas saborizadas	18,00	14
Infusiones	27,00	21
Ninguna	24,00	18,7
TOTAL	128	100

Fuente: Base de datos.

Autores: Valero,A; Ugalde,J.



Las madres encuestadas manifestaron que el comienzo de la alimentación del niño(a) fue en casi un tercio de los casos basado en frutas (34,1%), igualmente una octava parte plantean papillas o jugos y un 11,6% sopas. La mayoría de los niños(as) (53,1%) aún no consume comida familiar, y los que lo hacen generalmente es a partir del año de vida. Las bebidas más utilizadas son las azucaradas (35,1%) y las infusiones (21,%).



Tabla 9. Prácticas de las madres sobre Inmunización infantil.

PRÁCTICAS SOBRE INMUNIZACIÓN INFANTIL		
¿Qué medidas adoptaría si su hijo presenta fiebre?	Frecuencia n= 128	Porcentaje %
Paños tibios + paracetamol	27	21,1
Ir al centro de salud cercano	30	23,4
Baños con agua tibia en lugar cerrado	9	7
La 1 y la 3 son correctas	62	48,4
¿Cuáles son las edades en las que se vacuna?		
RN, 2, 4, 6, 12, 15 y 18 meses	46	35,9
RN, 2, 4, 6, 12 meses	31	24,2
2, 6, 12, 18 meses	11	8,6
2, 4, 6 meses	6	4,7
Desconoce	34	26,6
TOTAL	128	100

Fuente: Base de datos.

Autores: Valero,A; Ugalde,J.

Las prácticas muestran que las madres prefieren los cuidados en casa (76,6%) a asistir a un centro de salud (23,4%). Por otro lado, difieren en las edades de vacunación, mientras y un 26,6% desconoce estas edades.



CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN.

El estudio reveló que las madres que participaron en la investigación conocen algunas ventajas de la lactancia materna como: promueve el crecimiento del niño, mejora de su sistema inmunológico, aporta al desarrollo cognitivo, es considerado como la alimentación adecuada y finalmente que ayuda para el aumento de peso. Lo antes indicado, se parece a lo encontrado por Khalil Ahmed en un estudio realizado en Pakistan 2018 (30), en el que las madres mencionaron parecidos efectos beneficiosos de la lactancia materna, agregando además que sus ventajas van desde fisiológicas a psicológicas, por lo que consideran que es ideal para el crecimiento y desarrollo adecuado de los infantes, pues, a su decir, reduce la incidencia de enfermedades al mejorar la inmunidad y disminuir las posibilidades de desarrollar alergias, obesidad o diabetes.

En el mismo ámbito de los conocimientos, la exploración de aquellos relacionados con la inmunización infantil mostró que un alto porcentaje (87,5%) reconoce el carácter preventivo de las vacunas dato que es ligeramente inferior al encontrado en el estudio realizado por Vonasek, Bryan J. en el 2016, en donde el (93,5%) de las mujeres afirmó que las inmunizaciones infantiles protegen a los niños de las enfermedades prevenibles en la infancia (5). Se determinó también que un 26,6% desconoce a qué edad se debe vacunar a los niños. Por su parte, existen evidencias de la relación entre nivel educativo y actitud positiva hacia las inmunizaciones, así, Ammar Ihsan Awadh, en Malasia 2014 mostró que las madres que accedieron a una educación de tercer nivel tenían un mejor conocimiento sobre las prácticas de inmunización y una actitud positiva respecto a las mismas en un 58%, versus 22% de madres que recibieron instrucción secundaria y cuya actitud no era mejor. En nuestro caso, la actitud positiva se reconoció en el 75% de las madres investigadas, las mismas que en su mayoría había accedido a instrucción secundaria (44).

Por su parte, Thamir M. Alshammar 2018, demuestra que las practicas correctas de inmunización están relacionadas principalmente una educación formal superior, un



empleo remunerado un ingreso mensual regular por lo que, las madres que participaron en su estudio y cumplían con estas condiciones tenían hijos con esquema de vacunas completo (48).

Respecto a las actitudes de las madres hacia la lactancia, el estudio reveló que aquellas que no dieron de lactar esgrimieron como razones principales la falta de producción de leche, que el niño no quiso o la falta de tiempo. Al respecto, Mogre, V, Tuna, investigando un tema parecido en Ghana 2016, evidenció que las principales razones por las que las madres no daban de lactar estaban relacionadas con consideraciones tales como: que la leche materna era inadecuada para satisfacer las necesidades nutricionales del niño, la falta de tiempo, y finalmente el no haber comprendido el mensaje dado por los profesionales de la salud (30).

La investigación demostró también que las prácticas de las madres están directamente relacionadas con el nivel educativo, pero principalmente se asocian con el trabajo fuera del hogar. Así, se determinan prácticas adecuadas cuando la madre permanece en el hogar, en tanto que éstas se ven afectadas con el retorno al trabajo fuera de la casa. A propósito, Anna Roesler en Thailandia 2018, refiere que algunas madres vuelven a trabajar fuera del hogar cuando el infante tiene de 1 a 3 meses, lo que se asocia con un incremento en la introducción de la alimentación complementaria precoz y una disminución de la lactancia materna. Nuestra investigación reveló que la mayoría de las madres encuestadas continuaba dando de lactar hasta los dos años lactan, aunque el 39,8% reconoció que sus hijos recibieron también otro tipo de leche, y de ellos 10.9% recibió antes de los 6 meses.

Respecto al inicio de la alimentación complementaria, las madres mayoritariamente señalaron que los niños(as) deben empezar a comer alrededor de los 5 a 6 meses, en tanto que para el 87,5% indica que los niños menores de 6 meses deben únicamente lactar. En suma, se podría decir que la mayoría de madres encuestadas tiene un conocimiento significativo acerca del inicio de la alimentación complementaria.



CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFÍA

7.1 CONCLUSIONES

Las madres que participaron en la investigación son mujeres adultas entre 20 y 40 años, residentes en zonas urbanas con nivel de instrucción medio completo en su mayoría, y la mayor proporción trabaja dentro del hogar.

Se demostró que el conocimiento sobre lactancia materna y alimentación complementaria conlleva a prácticas adecuadas de nutrición, lo que se refleja en el estudio realizado donde la mayor parte de madres indican que la alimentación complementaria debe ser agregada a partir de los 6 meses, y el menor de 6 meses debe alimentarse con lactancia materna exclusiva. En cuanto a la inmunización, las vacunas son consideradas un medicamento usado en la prevención de enfermedades por casi la totalidad de las madres encuestadas, sin embargo, existe un desconocimiento sobre el cuadro de vacunación según la edad del niño/a.

Las actitudes muestran un alto porcentaje de criterios a favor de la lactancia materna para el crecimiento y prevención de enfermedades de los niños/as. Las madres que no dieron de lactar aducen falta de producción de leche, que el niño(a) no quiso lactar y la falta de tiempo, como motivos principales para no dar de lactar. Demostrando que las madres que abandonan la lactancia materna desconocen las principales ventajas de la misma y de las técnicas de amamantamiento.

Las prácticas reflejan que la mayoría de niños reciben lactancia materna, aunque en un porcentaje importante se administran otras bebidas desde edades tempranas. El inicio de la alimentación complementaria en casi un tercio de los casos es basado en frutas, la mayoría de los niños(as) aún no consumen la comida familiar, y los que lo hacen generalmente es a partir del año de vida.

La mayoría de madres tienen una actitud positiva acerca de las prácticas de inmunización en sus hijos a pesar de haber recibido únicamente instrucción secundaria.



En cuanto a inmunización la mayoría de las madres encuestadas manifiesta que prefieren los cuidados en casa a asistir a un centro de salud, lo cual indica que se necesita reforzar temas en cuanto a las prácticas de inmunización en las madres de estos los niños.

7.2 RECOMENDACIONES

Fortalecer la información que poseen las madres sobre los programas de nutrición y vacunación, a partir de acciones de educación, supervisión y evaluación a las madres de familia.

Realizar visitas domiciliarias para captar a las madres que no vacunan a sus hijos, promoviendo la atención primaria en salud y la importancia del plan de vacunación y su cumplimiento, con el fin de evitar complicaciones en el desarrollo del niño(a).

Fomentar investigaciones similares en otras comunidades del país para con el fin de comparar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de las madres y su principal asociación, y así identificar dónde se encuentran los principales problemas para elaborar un plan de prevención más enfocado.



7. 3 BIBLIOGRAFÍA

1. Marchand DB. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) Quito: Ministerio de Salud Pública; 2017.
2. MT H. The role of maternal education in the 15-year trajectory of malnutrition in children under 5 years of age in Bangladesh. *Maternal and Child Nutrition*. 2018; 12(4): p. 4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25720451.1>
3. Oduor FO. Caregivers ' nutritional knowledge and attitudes mediate. *Maternal and Child Nutrition*. 2018; 15(1). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/mcn.12633>
4. Kuchenbecker J. Nutrition education improves dietary diversity of children 6-23 months at community-level: Results from a cluster randomized controlled trial in Malawi.. *PloS one*. 2017; 12(4). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28426678.1>
5. Vonasek BJ. Do Maternal Knowledge and Attitudes towards Childhood Immunizations in Rural Uganda Correlate with Complete Childhood Vaccination? *PLoS ONE*. 2016; 11(2): p. 70. Disponible en: https://link.gale.com/apps/doc/A444363865/OVIC?u=msu_main&sid=OVIC&xid=2a2ff84c
6. Saeterdal I. Interventions aimed at communities to inform and/or educate about early childhood vaccination. *Cochrane database of systematic reviews*. 2014;(11). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25408540.1>
7. Roche ML. Infant and young child feeding practices and stunting in two highland provinces in Ecuador. *Maternal and Child Nutrition*. 2016; 13(2). Disponible en: <http://search.ebscohost.com.proxy1.cl.msu.edu/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=122198138>



8. Ortiz J. Determinants of child malnutrition in rural and urban Ecuadorian highlands. *Public Health Nutrition*. 2014; 17(9). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24073991.1>
9. Rivadeneira MF. Socioeconomic inequalities and measles immunization coverage in Ecuador: A spatial analysis. *Vaccine*. 2018; 36(35). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30061028>
10. Haemer MA. Normal Childhood Nutrition & Its Disorders. En William W. Hay J. *Current Diagnosis & Treatment: Pediatrics.*: McGraw-Hill; 2018.
11. Parks EP. Requerimientos Nutricionales. En Kliegman RM. Nelson, *Tratado de Pediatría*. Espana : Elsevier; 2016. p. 282-300.
12. Oruamabo RS. Child malnutrition and the Millennium Development Goals: much haste but less speed? *Archives of disease in childhood*. 2015; 100. Disponible en: https://adc.bmj.com/content/100/Suppl_1/S19
13. Iserson KV. Malnutrition. En Iserson KV. *Providing Care in Extreme Environments*. New York: McGraw-Hill; 2016.
14. Mason JB. Nutritional Principles and Assessment of the Gastroenterology Patient. En Feldman MM. Sleisenger and Fordtran's *Gastrointestinal and Liver Disease.*: El Servier ; 2016. p. 57-82.
15. Escolano-Margarit MV. Nutrition and the Developing Brain. En Swaiman KF. *Swaiman's Pediatric Neurology.*: Elsevier ; 2017.
16. Feldman HM. Developmental/Behavioral Pediatrics. En Elsevier , editor. *Zitelli and Davis' Atlas of Pediatric Physical Diagnosis.*; 2018. p. 71-100.
17. Sudfeld CR. Malnutrition and Its Determinants Are Associated with Suboptimal Cognitive, Communication, and Motor Development in Tanzanian Children.. *The Journal of nutrition*. 2015; 145(12). Disponible en: <https://doi.org/10.3945/jn.115.215996>



18. Goyal MS. Brain Nutrition: A Life Span Approach. Annual Review of Nutrition. 2018; 38. Disponible en: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-nutr-082117-051652>
19. Mark R. Corkins M. Why Is Diagnosing Pediatric Malnutrition Important? Nutrition in clinical practice. 2017; 32(1). Disponible en: <https://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1177/0884533616678767>
20. PhD AMW. Assessing and Improving Childhood Nutrition and Growth Globally. Pediatric Clinics of North America. 2017; 64(4). Disponible en : <https://www.clinicalkey.com/#!/content/journal/1-s2.0-S0031395517300330>
21. Ashworth A. Nutrition, Food Security, and Health. En Kliegman RM. Nelson Textbook of Pediatrics.: Elsevier; 2019. p. 331-342.
22. Manikam L. Complementary Feeding Practices for South Asian Young Children Living in High-Income Countries: A Systematic Review. Nutrients. 2018; 10(11). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30400582.1>
23. Baker RD. Infant and Toddler Nutrition. En Wyllie RM. Pediatric Gastrointestinal and Liver Disease.: Elsevier; 2016. p. 1053-1066.
24. Parks EP. Feeding Healthy Infants, Children, and Adolescents. En Elsevier , editor. Nelson Textbook of Pediatrics.; 2019. p. 321-331.
25. Spiro A. The public health benefits of breastfeeding. Perspectives in public health. 2017; 137(6). Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1757913917734139>
26. Arikpo D. Educational interventions for improving primary caregiver complementary feeding practices for children aged 24 months and under.. Cochrane database of systematic reviews. 2018; 5. Disponible en: <https://www-cochranelibrary-com.proxy1.cl.msu.edu/cdsr/table-of-contents>
27. Assiut U. National Library of Medicine CLinical Trials. [Internet].; 2017. Acceso 16 de Abril de 2019. Disponible en: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03206424>.



28. Nassanga P. The status of nutritional knowledge, attitude and practices associated with complementary feeding in a post-conflict development phase setting: The case of Acholi sub-region of Uganda.. Food science & nutrition. 2018; 6(8). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/fsn3.829>
29. Ahmed K. Breastfeeding and Weaning: Practices in Urban Slums of Southern Punjab, Pakistan.. Cureus. 2018; 10(2). Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/10450-breastfeeding-and-weaning-practices-in-urban-slums-of-southern-punjab-pakistan>
30. Mogre V. Knowledge, attitudes and determinants of exclusive breastfeeding practice among Ghanaian rural lactating mothers. International Breastfeeding Journal. 2016; 11(1). Disponible en: <https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13006-016-0071-z>
31. Rezaei OM. Analyzing the level of knowledge and attitude of the mothers referring the urban health centers of Birjand about nutritional behaviors. Journal of education and health promotion. 2014; 3(37). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4089104/>
32. Roesler A. Local perspectives and context in relation to feeding practices of children under 2 years in the mountain villages of northern Thailand.. Public health nutrition. 2018; 21(16). Disponible en: <https://doi-org.proxy1.cl.msu.edu/10.1017/S1368980018001957>
33. MD BAD. Immunization Practices. En Kellerman RD. Conn's Current Therapy 2018.: Saunders; 2018. p. 1309-1320.
34. Pediatría AE. Cruz Tratado de Pediatría. 11th ed. S.A EMP, editor.; 2014.
35. Daley MF. Immunization. En Hay J,WW. Current Diagnosis & Treatment: Pediatrics. New York: McGraw-Hil; 2018.



36. Tavira DJMA. Neonatología. En Tavira DJMA. Neonatología. Mexico D.F; 2016. p. 16.
37. Adedire EB. Immunisation coverage and its determinants among children aged 12-23 months in Atakumosa-west district, Osun State Nigeria: a cross-sectional study.. BMC Public Health. 2016; 16(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5006522/>
38. UNICEF. <https://www.unicef.org>. [Internet]; 2017. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/inmunizacion>.
39. MBBS AKA. Effector Mechanisms of Humoral Immunity. En Abbas AK,M. Cellular and Molecular Immunology.: Philadelphia, PA : Elsevier; 2018. p. 275-298.
40. Centros para el Control y la Prevencion de Enfermedades. www1.nichd.nih.gov. [Internet].; 2013.. Disponible en: <http://www.cdc.gov/vaccines/parents/infants-toddlers.html>.
41. Bernstein HH. Immunization Practices. En Kliegman RM. Nelson Textbook of Pediatrics.: Elsevier ; 2019. p. 1347-1366.
42. Strikas RA. Immunization. En Goldman LM. Goldman-Cecil Medicine.: Elsevier; 2016. p. 65-78.
43. MD AEB. Immunoprophylaxis. En Hughes HK,M. Harriet Lane Handbook.: Elsevier; 2018. p. 412-442.
44. Awadh AI. Does an educational intervention improve parents' knowledge about immunization? Experience from Malaysia. BMC pediatrics. 2014; 14(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4287312/>
45. Al-Iela OQB. Are parents' knowledge and practice regarding immunization related to pediatrics' immunization compliance? a mixed method study. BMC Pediatrics. 2014; 14(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3904208/>



46. Shengliang Zhang M. A cross-sectional survey to evaluate knowledge, attitude and practice (KAP) regarding measles vaccination among ethnic minorities.. Ethnicity & disease. 2014; 25(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25812259>
47. Awadh Al. Immunization knowledge and practice among Malaysian parents: a questionnaire development and pilot-testing. BMC Public Health. 2014; 14(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4226879/>
48. Alshammari TM. Parental perceptions, attitudes and acceptance of childhood immunization in Saudi Arabia: A cross sectional study.. Vaccine. 2018; 36(1). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X17316146>



ANEXOS

ANEXO 1: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES SOBRE NUTRICIÓN E INMUNIZACION INFANTIL DE NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS.
CENTRO DE SALUD PARQUE IBERIA CUENCA 2019

Datos del equipo de investigación: (puede agregar las filas necesarias)

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	Ana Belén Valero Martillo	0105386379	Universidad de Cuenca
	José Raúl Ugalde Ortega	0104444054	Universidad de Cuenca

¿De qué se trata este documento? (Realice una breve presentación y explique el contenido del consentimiento informado). Se incluye un ejemplo que puede modificar

Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en el Centro de Salud Parque Iberia. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

Introducción

El tema de conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre nutrición e inmunización infantil en niños de 0 a 2 años es fundamental ya que permite determinar la educación que tiene cada madre sobre la alimentación y las vacunas según la edad y necesidades de cada niño, previniendo enfermedades y asegurando una salud adecuada.

Objetivo del estudio

Determinar los conocimientos, las actitudes y prácticas de las madres que acuden a consulta en el Centro de Salud Parque Iberia en un periodo de 3 meses, sobre nutrición infantil e inmunización asociadas en niños/as con edades de 0 a 2 años.

Descripción de los procedimientos

Se solicitará la autorización pertinente para la aplicación de los formularios mediante un oficio dirigido al director del Centro de Salud Parque Iberia.

Se entregará a las madres de los participantes el consentimiento informado, a quienes se les dará a conocer los objetivos del trabajo de investigación, una vez firmado el consentimiento, se procede a aplicar el cuestionario respectivo que tomara alrededor de 10 a 15 minutos, los formularios serán llenados de manera anónima y no se divulgará datos personales de los encuestados.

Los datos serán analizados mediante el programa SPSS y Excel, será clasificado de acorde a las variables, para hacer una descripción de los conocimientos actitudes y prácticas de las madres de niños de 0-2 años y se utilizará la estadística descriptiva.

En todo el momento de la investigación se contará con la supervisión del director de investigación.

Riesgos y beneficios

Riesgo de quebranto de la confidencialidad de datos; para lo cual los investigadores elaborarán formularios que serán llenados de manera anónima y no se divulgará datos personales de los encuestados.

Los resultados de la investigación serán entregados a la autoridad correspondiente del Centro de Salud Parque Iberia para su posterior difusión entre la población de estudio de esa manera se reconoce cuáles son los conocimientos, las actitudes y prácticas de las madres de los niños de 0 a 2 años y de esta manera se puede tomar planes en beneficio a fomentar una alimentación saludable y una inmunización oportuna.



Otras opciones si no participa en el estudio

Ninguna

Derechos de los participantes *(debe leerse todos los derechos a los participantes)*

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
- 7) Derecho a reclamar una indemnización, en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio;
- 8) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 9) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 10) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 11) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 12) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 13) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;
- 14) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;
- 15) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Manejo del material biológico recolectado *(si aplica)*

No aplica

Información de contacto

Si tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame a la autora Ana Belén Valero Martillo al teléfono 0987847693 o envíe un correo electrónico a ana.valero@ucuenca.edu.ec

Consentimiento informado *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)*

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombres completos del/a participante

Firma del/a participante

Fecha

Nombres completos del/a investigador/a

Firma del/a investigador/a

Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. José Ortiz Segarra, presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: jose.ortiz@ucuenca.edu.ec



ANEXO 2: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE NUTRICIÓN



UNIVERSIDAD DE CUENCA Facultad de Ciencias Médicas

“Conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre nutrición e inmunización infantil de niños de 0 a 2 años. Centro de Salud Parque Iberia Cuenca 2019”

Número de formulario: _____
Clínica _____

Número de Historia

Fecha: __//__//__

Datos del niño/niña:

Edad: _____ Sexo: _____

Datos de la madre o cuidador

Edad: _____ Sexo: _____

Residencia: Urbana _____..... Rural _____.....

Instrucción:

- Analfabeta
- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Universitaria incompleta
- Universitaria completa

¿Trabaja usted fuera del hogar?

SI... NO ... ¿Cuántas horas?



Conocimientos sobre Nutrición

Anote tres ventajas de la lactancia materna

- 1.
- 2.
- 3.

¿Hasta qué edad se le debe dar de lactar al niño?

¿A qué edad debe comenzar a comer el niño?

¿A qué edad se le debe añadir sal o azúcar a la comida del niño?

¿Si el niño es menor de 6 meses toma solo leche materna?

Actitudes sobre Nutrición

¿Le dio de lactar a su niño?

- SI....
- NO....

¿Por qué no le da de lactar a su niño?

¿Por qué le da de lactar a su niño?

Prácticas sobre Nutrición

¿Hasta qué edad lacto su niño?

¿A qué edad le dio a su niño otro tipo de leche y cuál fue?

¿Le da a su niño teta?

¿A partir de qué edad le dio a su niño agua, infusiones, bebidas azucaradas?

¿Su niño para beber líquidos que recipiente usa?

- Mamadera
- Vaso con pico
- Vaso/ taza
- Cuchara



¿Qué alimentos consume su niño? (Anote mínimo 5)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

¿A qué edad comenzó su niño a ingerir otros alimentos diferentes a la leche materna?

¿Con qué tipo de alimento comenzó la alimentación de su hijo?

El niño ya come la comida familiar

SI ... NO ...

¿Desde qué edad consume la comida familiar?

Señale que bebidas le brinda a su hijo.

- Bebidas azucaradas
- Colas
- Jugos artificiales en polvo o líquido
- Aguas saborizadas
- Infusiones: Té, hierbas, café u otros



ANEXO 3: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE INMUNIZACIÓN



UNIVERSIDAD DE CUENCA Facultad de Ciencias Médicas

“Conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre nutrición e inmunización infantil de niños de 0 a 2 años. Centro de Salud Parque Iberia Cuenca 2019”

Número de formulario: _____
Clínica _____

Número de Historia

Fecha: __//__//__

Conocimiento sobre inmunizaciones

¿Qué es para usted una vacuna?

- Es una vitamina para prevenir una enfermedad
- Es un medicamento para prevenir una enfermedad
- Es un antiparasitario para prevenir una enfermedad
- Desconoce

¿Conoce usted el cuadro de vacunación de su hijo?

SI

NO

¿Cuáles son las vacunas que debe recibir un recién nacido?

- Pentavalente y APO
- BCG y hepatitis B
- Antipolio e influenza
- Desconoce

¿Qué vacunas debe recibir su hijo antes del primer año de vida?

- BCG, Pentavalente, Neumococo, APO, HvB, Rotavirus, Influenza, anti amarillita.
- BCG, Pentavalente, Neumococo, APO, HvB, Rotavirus, Influenza
- Solo BCG, Antipolio, Influenza
- Desconoce



¿Conoce usted los efectos adversos de las vacunas?

- Llanto y/o disminución del apetito
- Fiebre, dolor y/o enrojecimiento en la zona de aplicación
- Alergia durante los primeros días
- Desconoce

Actitudes sobre inmunización

¿Por qué son importantes las vacunas?

- Los hace crecer sanos y fuertes
- Previene enfermedades
- Permite que se desarrollen adecuadamente
- Desconoce

Prácticas sobre inmunización

¿Qué medidas adoptaría si su hijo presenta fiebre?

- Aplicar paños tibios más paracetamol
- Llevarlo al centro de salud más cercano
- Lo baña con agua tibia en un ambiente cerrado
- A, C son correctas
- Desconoce

¿Cuáles son las edades en las que se debe vacunar su hijo?

- RN, 2, 4, 6 meses, 1 año, 15 meses y 18 meses.
- 2, 4, 6 meses.
- RN, 2, 4, 6 meses, 1 año.
- 2, 6 meses, 1 año y 18 meses