

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**FACTORES DE LA MADRE O REPRESENTANTE LEGAL QUE INTERVIENEN  
EN EL CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS  
MENORES DE 5 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD N°5 LA MAGDALENA, 2019**

**DAYANA LISETH SIMBAÑA CAILLAGUA**

**DIRECTOR: MGTR. CLAUDIA MADRID**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SALUD Y GRUPOS VULNERABLES**

**QUITO, MAYO, 2020**

## **RESUMEN**

La administración de vacunas en niños menores de 5 años es un componente que determina la infancia del niño debido a que la adecuada administración produce inmunidad a ciertas enfermedades prevenibles. Para el cumplimiento de esto, es importante tomar en cuenta que la responsabilidad recae sobre la madre o el cuidador principal del niño/a, cabe recalcar que los factores de la madre o representante legal llegan a ser determinantes para el cumplimiento oportuno. Es importante recalcar que no toda la responsabilidad va dirigida a este grupo, sino también a la educación e información que brindan los profesionales de salud. Con el fin de analizar y describir los factores de la madre o representante legal que intervienen en el cumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de 5 años se realizó un estudio de tipo descriptivo-observacional de corte transversal entre julio y agosto de 2019, para esto se tomó en cuenta tres grupos importantes de factores, los cuales son: factores sociodemográficos, nivel de conocimiento y nivel de satisfacción, los cuales revelaran una relación directa con el cumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de cinco años por parte de las madres o representante legal. En cuanto a lo más destacado, se observó que la mayoría de las madres poseían un nivel de instrucción secundaria y superior, en su mayoría eran casadas y mestizas, predominando un nivel socioeconómico medio, además se evidenció un nivel de conocimiento alto, y se obtuvo un nivel de satisfacción medio determinando así, un cumplimiento del esquema de vacunación adecuado para los niños menores de cinco años.



**DIRECTOR**

Lic. Claudia Madrid Miele, Mg.

**LECTORES:**

Lic. Lourdes Gualoto, Mg.

Lic. Venus Medina, Mg, PhD

## **DEDICATORIA**

A mis padres, por brindarme todas las oportunidades para salir adelante en mi vida profesional y por confiar ciegamente en mí.

A mi prima, que me enseñó que a pesar de los obstáculos y problemas que se presentan en la vida, siempre es posible salir adelante si uno se lo propone.

A mi abuelita que desde siempre me cuidó, me amó y estuvo conmigo incondicionalmente, y que, a pesar de que ya no se encuentra conmigo sé que estaría feliz de estarlo en estos momentos.

A mi novio, por apoyarme incondicionalmente en toda mi formación académica, por sus consejos, confianza, apoyo, amor y sobre todo por ser el motor de mi corazón.

A mis amigas que me brindaron una amistad incondicional, cariñosa y respetuosa durante estos años de formación académica, en los cuales compartimos alegrías y decepciones que se presentaron en el camino.

## **AGRADECIMIENTO**

Un eterno agradecimiento a mis padres que han sido incondicionales en mis estudios y amorosos en mi vida.

A Dios, porque siempre he tenido todo y nunca me ha faltado nada para cumplir mis metas de vida.

A la Mg. Claudia Madrid Mieles, por su apertura, tiempo, paciencia y profesionalismo que tuvo en el desarrollo y culminación de este trabajo.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, que a través de sus docentes, han sido partícipes en mi formación universitaria y humana.

# ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	II
DEDICATORIA .....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	VII
LISTA DE TABLAS.....	IX
LISTA DE SÍMBOLOS O ABREVIATURAS .....	X
LISTA DE ANEXOS .....	XI
INTRODUCCIÓN .....	1
Capítulo I: ASPECTOS BÁSICOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	2
1.1 Planteamiento del problema .....	2
1.2. Justificación.....	3
1.3. Objetivos .....	4
1.4. Metodología .....	4
Tipo de estudio .....	4
Población y muestra .....	4
Plan de recolección.....	5
Plan de análisis .....	5
Capítulo II: MARCO TEÓRICO E HIPÓTESIS .....	6
2.1 Antecedentes .....	6
2.2. Reseña institucional.....	6
2.3 Bases Teóricas.....	6
2.3.1 Vacuna.....	6
2.3.2 Clasificación de las vacunas.....	6
Según la microbiología.....	6
Según la fabricación .....	7
2.3.3 Esquema de vacunación en niños menores de cinco años.....	7
2.3.3.1 Meningitis Tuberculosa: Vacuna BCG .....	7
2.3.3.2. Vacuna HB .....	8
2.3.3.3. Rotavirus .....	9
2.3.3.4. Bopv .....	9
2.3.3.5. Vacuna pentavalente .....	10
2.3.3.6. Vacuna neumococo conjugado.....	11
2.3.3.7. Vacuna SRP.....	12
2.3.3.8. Fiebre amarilla.....	13
2.3.3.9. Varicela .....	14
2.3.4. Cadena de frío .....	14

2.4 Hipótesis.....	15
2.5 Operacionalización de variables.....	15
Capítulo III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	20
3.1 Resultados .....	20
3.1.1 Características sociodemográficas de la población .....	20
3.1.2 Variable nivel de conocimiento en relación con la edad de la madre .....	21
3.1.3 Variable tiempo de espera .....	22
3.1.4 Variable distancia del centro de salud a su domicilio .....	22
3.1.5 Variable nivel de satisfacción.....	22
3.1.6 Variable cumplimiento del esquema de vacunación en niños de dos meses.....	23
3.1.7 Variable de cumplimiento del esquema de vacunación en niños de 4 meses.....	23
3.1.8 Variable de cumplimiento del esquema en niños de 6 meses .....	24
3.1.9 Variable de cumplimiento del esquema de vacunación en niños de 12 meses.....	25
3.1.10 Variable de cumplimiento del esquema de vacunación en niños de 15 meses.....	26
3.1.11 Variable de cumplimiento del esquema de vacunación en niños de 1 año 6 meses.....	27
3.2 Discusión.....	28
CONCLUSIONES .....	30
RECOMENDACIONES .....	31
BIBLIOGRAFÍA.....	32

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1.	
Variables sociodemográficas de las madres encuestadas.....	20
Tabla 2.	
Nivel de conocimiento y edad de la madre .....	21
Tabla 3.	
Variable tiempo de espera.....	22
Tabla 4.	
Variable distancia del domicilio al centro de salud.....	22
Tabla 5.	
Variable nivel de satisfacción .....	22
Tabla 6.	
Cumplimiento del esquema de vacunación en niños de 2 meses .....	23
Tabla 7.	
Cumplimiento del esquema de vacunación en niños de 4 meses .....	23
Tabla 8.	
Cumplimiento del esquema de vacunación en niños de 6 meses .....	24
Tabla 9.	
Cumplimiento del esquema de vacunación en niños de 12 meses .....	25
Tabla 10.	
Cumplimiento del esquema de vacunación en niños de 15 meses .....	26
Tabla 11.	
Cumplimiento del esquema de vacunación en niños de 1 año 6 meses .....	27

## **LISTA DE SÍMBOLOS O ABREVIATURAS**

### **LISTA DE ABREVIATURAS**

**BCG:** “vacuna contra tuberculosis severa” (MSP, OPS, UNICEF, 2005, pág. 98).

**HB:** “hepatitis B” (MSP, OPS, UNICEF, 2005, pág. 98).

**OPV:** “vacuna ora contra la poliomielitis” (MSP, OPS, UNICEF, 2005, pág. 98).

**FA:** “fiebre amarilla” (MSP, OPS, UNICEF, 2005, pág. 98)

**SRP:** “vacuna triple vial contra el sarampión rubeola y parotiditis” (MSP, OPS, UNICEF, 2005, pág. 98).

**DPT:** “difteria, tétanos y tosferina (perstussis)” (MSP, OPS, UNICEF, 2005, pág. 98).

## **LISTA DE ANEXOS**

**ANEXO 1.** Esquema de vacunación nacional/Ecuador 2019

## INTRODUCCIÓN

En anteriores años se ha reportado una baja cobertura de vacunas en niños menores de 5 años, debido a esto, la OMS refiere que el número aproximado de muertes en niños que son menores de 5 años causada por enfermedades que se pueden impedir con la vacunación (excluyendo el sarampión) son 890.000 (OMS, 2009).

En Ecuador según el MSP en 2017, afirma que se observa una disminución gradual de las coberturas de vacunación en los últimos cuatro años, en cuanto a las vacunas que han tenido un mayor descenso en su administración, encontramos que en el 2010, hubo una caída notable para la tercera dosis de polio y presentó una cobertura de 91%, pero para el 2016 la cobertura disminuyó a un 78%, de igual manera la vacuna pentavalente, según datos del 2015, presentó una cobertura de 92%, mientras que para el 2016 disminuyó a 82% (MSP, Senplades, OPS, OMS , 2017).

La investigación es de interés debido a que es importante identificar los factores de la madre o representante legal que intervienen en el cumplimiento debido a que estas personas son los principales cuidadores y responsables de que esta acción se cumpla o no, junto con esto se requiere evaluar el grado de conocimiento y satisfacción que las madres refieren tener sobre la vacunación.

Los objetivos principales fueron: 1) Determinar las características sociodemográficas de la madre o representante legal que acuden al Centro de Salud N°5 La Magdalena para el cumplimiento del esquema de vacunación, 2) determinar el nivel de conocimiento que tienen las madres de familia o el representante legal, sobre los aspectos generales de la vacunación, 3) establecer el nivel de satisfacción de la madre o representante legal sobre el trato de las enfermeras vacunadoras e información que proporciona la unidad de salud y 4) identificar el cumplimiento del esquema de inmunizaciones mediante la observación de los carnés de vacunación en niños menores de 5 años.

En cuanto a la metodología el presente estudio fue de tipo descriptiva-observacional y con el uso de una estrategia transversal debido a que los instrumentos fueron aplicados en el periodo de julio y agosto de 2019. Mediante un cálculo se obtuvo la muestra que fue de 72 personas a quienes se procedió aplicarles el consentimiento informado y posteriormente las encuestas y la lista de chequeo mediante la observación de los carnés de vacunas. Todo esto realizado a partir de las variables de estudio las cuales fueron: factores sociodemográficos, conocimiento de la madre o representante legal sobre aspectos generales de las vacunas, nivel de satisfacción y cumplimiento del esquema de vacunación.

# Capítulo I: ASPECTOS BÁSICOS DE LA INVESTIGACIÓN

## 1.1 Planteamiento del problema

¿Los factores sociodemográficos, el nivel de satisfacción y el nivel de conocimiento sobre aspectos generales de las vacunas de la madre o representante legal inciden en el cumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de 5 años?

La OMS refiere que el número aproximado de muertes en niños que son menores de cinco años debido a enfermedades que se pueden impedir con la vacunación (excluyendo el sarampión) son 890.000 (OMS, 2009).

Según el MSP en 2017, afirma que se observa una disminución gradual de las coberturas de vacunación en los últimos cuatro años, en cuanto a las vacunas que han tenido un mayor descenso en su administración, encontramos que en el 2010, hubo una caída notable para la tercera dosis de polio y presentó una cobertura de 91%, pero para el 2016 la cobertura disminuyó a un 78%, de igual manera la vacuna pentavalente, según datos del 2015, presentó una cobertura de 92%, mientras que para el 2016 disminuyó a 82% (MSP, Senplades, OPS, OMS , 2017).

Se comprende como vacuna a toda sustancia preparada que esta direccionada a producir exoneración o inmunidad, resistiéndose a una determinada enfermedad, esto sucede mediante la estimulación de la elaboración de anticuerpos, por ejemplo, puede ser una sustancia hecha de microorganismos muertos o inactivados, o de resultados obtenidos del microorganismo (OMS, 2019).

La última semana de abril de cada año está marcado por la OMS y sus socios como la Semana Mundial de la Inmunización, su objetivo es promover el uso de vacunas para proteger a las personas de todas las edades contra enfermedades, debido a que la inmunización salva millones de vidas y es ampliamente reconocida como una de las intervenciones de salud más exitosas y rentables del mundo (OMS , 2019, pág. 1).

“Adicional a esto, la OMS manifiesta que se podrían evitar 1,5 millones de muertes adicionales si mejorara la cobertura de inmunización global” (OMS , 2019, pág. 1).

“Otro dato importante es que se estima que 19.9 millones de niños menores de un año no recibieron la vacuna DTP3” (OMS , 2019, pág. 1).

En la última gaceta epidemiológica semanal N°9 del 2019, según el reporte de enfermedades inmunoprevenibles, se presentan 2281 casos de varicela, los cuales en menores de 4 años representan un número de 307 casos para hombres y 251 para mujeres, siendo la provincia del Guayas la más afectada, en cuanto al tétanos existen 6 casos, los cuales, para los niños menores de 4 años existe 1 caso que puede estar asociado al parto y a la no vacunación, por parte de la hepatitis B, se presentan 31 casos, los cuales se encuentran en su mayoría en la provincia de Esmeraldas, sin

casos reportados en los niños con edad menor a 4 años; por último para la tosferina, se presentan 5 casos en total, de los cuales 4 casos son en niños de 0 a 11 meses, siendo la provincia de Guayaquil la más afectada (MSP, 2019).

La relevancia del problema radica en que aún, aplicando las estrategias que el MSP brinda con el fin de aumentar la cobertura de vacunación, en los últimos años, los datos muestran que habido un descenso en la cobertura. Debemos tener en cuenta que los esquemas de vacunación inconclusos representan un problema real para la sociedad, debido a que la persona se vuelve un ser incapaz de protegerse, siendo así blanco para presentar varios tipos de enfermedades que son perjudiciales para la salubridad y que pueden tener consecuencias graves, incluso la muerte; además es importante saber que los factores sociodemográficos, nivel de conocimiento y nivel de satisfacción que fueron tomados en cuenta en esta investigación pueden ser determinantes al momento de cumplir adecuadamente con el esquema de vacunación, por otro lado es importante recalcar que la responsabilidad del cumplimiento no solo se relaciona con la madre o representante legal, sino también con la información o capacitación que brindan los profesionales de salud (Guamangallo & Flores , 2017).

Otro de los problemas radica que durante los últimos años la salud pública y sus profesionales han demostrado preocupación por el rechazo de la sociedad a cumplir con el esquema de vacunación; provocando ciertos resultados negativos, como es la aparición de brotes de enfermedades que existían en el pasado y se creían erradicadas en el presente (Lopera, 2016).

## **1.2. Justificación**

Se requiere identificar los factores de la madre o representante legal que intervienen en el cumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de 5 años, con el fin de saber si dichos factores afectan de manera directa o no al cumplimiento antes mencionado, y a la par se busca determinar el nivel de conocimiento y satisfacción que poseen las madres de familia tienen acerca de la administración de las vacunas. Actualmente el Ecuador cuenta con 19 vacunas y 2 inmunoglobulinas, que no solamente benefician a los niños y niñas, sino también a todos los ciclos de vida, las vacunas que deben ser administradas dentro de los 5 años de vida son: BCG, Hepatitis B, Rotavirus, IPV, bOPV, Pentavalente, Neumococo conjugada, influenza estacional, DPT, SRP, FA y Varicela (Olaya & Posada, 2018).

La realización de esta investigación causa interés ya que en prácticas en el área de vacunas del Centro de Salud N°5 La Magdalena se observa de manera diaria y continua carnés de vacunación atrasados o incompletos, que en ciertos casos es imposible la colocación de la vacuna atrasada a pesar de que los padres la requieran para sus hijos.

La presente investigación se realizó a través de la observación de los carnés de vacunas de niños menores de 5 años y encuestas realizadas a las madres o representantes legales, las cuales nos permitieron indagar sobre los factores sociodemográficos, el conocimiento básico en vacunas que poseen y el nivel de satisfacción que poseen acerca de la unidad de salud y el personal que realiza la acción de vacunar.

### **1.3. Objetivos**

- **General**

Describir los factores (sociodemográficos, nivel de conocimiento, nivel de satisfacción y cumplimiento del esquema de vacunación) de la madre o representante legal que intervienen en el cumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de 5 años.

- **Específicos**

Determinar las características sociodemográficas de la madre o representante legal que acuden al Centro de Salud N°5 La Magdalena para el cumplimiento del esquema de vacunación familiar.

Determinar el nivel de conocimiento que tienen las madres de familia o el representante legal, sobre los aspectos generales de la vacunación.

Establecer el nivel de satisfacción de la madre o representante legal sobre el trato de las enfermeras vacunadoras e información que proporciona el centro de salud.

Identificar el cumplimiento del esquema de vacunación familiar mediante la observación de los carnés de vacunación de los niños menores de cinco años.

### **1.4. Metodología**

#### **Tipo de estudio**

La presente investigación fue de tipo descriptiva-observacional debido a que se explora una situación real (Grove, Gray, & Burns , 2016, pág. 33). En este caso, la descripción de los factores presentes para el cumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de 5 años. Otra característica, es el uso de una estrategia transversal referida a la aplicación de los instrumentos en el periodo de julio y agosto 2019. Las variables en estudio permitieron la observación la situación que pretendíamos encontrar en un momento determinado.

#### **Población y muestra**

La población total estuvo constituida por N=7630 niños con edad menor a cinco años que habitan en el sector de la Magdalena de la ciudad de Quito. Mediante el uso de una herramienta para determinación de tamaño muestral de acceso libre, se calculó la proporción de la muestra que fue de 72, lo valores preestablecidos fueron 95% para el nivel de confianza, precisión de 5% y

proporción de 5%. No se tomó en cuenta la proporción de pérdidas debido a la falta de tiempo para abarcar un número más grande de tamaño muestral.

### **Plan de recolección**

Se realizó a partir de utilización de un consentimiento informado con la respectiva información del estudio, posteriormente se pidió a cada madre de familia o representante legal que nos permitieran la observación de los carnés de vacunación para llenar la lista de chequeo, adicional a esto se realizó un cuestionario que contenía preguntas sociodemográficas, de conocimientos generales sobre vacunas y satisfacción de las madres de familia o representante legal con el servicio de las enfermeras vacunadoras y el centro de salud.

### **Plan de análisis**

Para el análisis de la información se tabularon todos los datos en el programa Excel, en cuanto a los ítems que conformaban los factores sociodemográficos (edad, etnia, nivel socioeconómico, estado civil y educación) fueron presentados de forma individual, para la obtención de nivel de conocimiento se agruparon 5 de 21 preguntas contenidas en el instrumento; para conocimiento alto se estimó que sean correctas de 5 a 4 preguntas, para conocimiento medio se consideró que debían ser correctas de 3 a 2 preguntas y para conocimiento bajo se consideró que debían ser correctas de 1 a 0 preguntas. En cuanto a nivel de satisfacción se agruparon 7 de 21 preguntas del instrumento con niveles de medición ordinal, para la categoría de satisfacción alta se tomaron en cuenta de 7 a 6 preguntas favorables, para satisfacción media se consideraron de 5 a 3 preguntas y para satisfacción baja de 2 a 0 preguntas. Se utilizó estadística descriptiva con el objetivo de organizar y presentar el conjunto de datos en números absolutos y porcentajes.

## Capítulo II: MARCO TEÓRICO E HIPÓTESIS

### 2.1 Antecedentes

En el año 2018, Katherine Ocampo en su trabajo de investigación titulado: “Incumplimiento del esquema de vacunas en niños y niñas menores de 24 meses en el centro de salud de Chontacruz”, concluye que: “las madres encuestadas no vacunaron a sus niños por las reacciones post vacunas que presentan, en menor porcentaje porque estaban enfermos y en mínimo porcentaje por alergias a ciertas vacunas” (Ocampo, 2018, pág. 31).

En el año 2016, Veliz, Campos y Vega en su trabajo de investigación titulado: Conocimiento y actitudes de los padres en relación con la vacunación de sus hijos concluye que:

Los padres de estos niños entre dos y más meses de edad tienen, en general, alguna idea de las vacunas que su hijo debe recibir durante la infancia, pero no tienen el conocimiento preciso del calendario vigente, ni del nombre de las vacunas (Véliz, Campos, & Vega, 2016, pág. 32).

### 2.2. Reseña institucional

El Centro de Salud N°5 La Magdalena está ubicado en la Provincia de Pichincha en el Sur de Quito en las calles María Duchicela S9-10 y Caranqui. Es un centro de salud de Primer nivel que corresponde al Ministerio de Salud Pública. Cuenta con dos plantas, en la primera cuenta con los servicios de: odontología, ginecología, nutrición y dietética, consulta externa, sala de toma de signos vitales, sala de tamizaje neonatal, cuarto de almacenamiento de vacunas, sala de procedimientos, isla de información, sala de espera y sala de vacunas. En el segundo piso se encuentran las oficinas administrativas. La sala de vacunas cuenta con una Licenciada en enfermería encargada, un interno de medicina y de enfermería, tiene capacidad para dos pacientes por turno y cuentan con las 19 vacunas brindadas por el MSP.

### 2.3 Bases Teóricas

#### 2.3.1 Vacuna

Las vacunas están conformadas por gérmenes enteros, activos o muertos, o por fracciones de estos, pero exento de su aptitud de producir una enfermedad, siendo así su objetivo activar la inmunidad para la creación de mecanismos de protección ante un posible ataque de un germen salvaje hacia nuestro cuerpo (Álvarez, Características generales de las vacunas, 2015).

#### 2.3.2 Clasificación de las vacunas

*Según la microbiología*

- **Vacunas bacterianas:** son constituyentes de bacterias, frecuentemente de polisacáridos capsulares puros, ya sean de manera separada o combinada con una proteína que conduce a un incremento de la inmunidad (Asociación Española de Pediatría, 2019).

- **Vacunas víricas:** “Contienen fragmentos específicos del virus en cuestión (gripe)” (Asociación Española de Pediatría , 2019, párr 47).

#### *Según la fabricación*

- **Atenuadas:** se producen mediante pases continuos del microorganismo por medios de cultivo, con el fin de conseguir la disminución de la virulencia, pero manteniendo su capacidad de inmunogenicidad (Asociación Española de Pediatría , 2019, párr 44).
- **Inactivas:** en este caso se inactiva al microorganismo a través de medios físicos o químicos, en este tipo de vacunas la respuesta de inmunidad suele ser menor que las de las vacunas atenuadas por lo que necesita de un adyuvante y de varias dosis (Asociación Española de Pediatría , 2019, párr 45).
- **Vacunas toxoides:** “Compuestas por toxinas producidas por los microorganismos que se detoxifican, eliminando su poder patógeno, pero conservando su capacidad inmunógeno (vacunas frente a tétanos, difteria)” (Asociación Española de Pediatría , 2019, párr 50).

### **2.3.3 Esquema de vacunación en niños menores de cinco años**

#### **2.3.3.1 Meningitis Tuberculosa: Vacuna BCG**

Es una afección peligrosa aguda que se presenta a partir de un problema primario o cuando la enfermedad extrapulmonar perjudica a varios órganos aledaños. El agente etiológico de esta afección es la bacteria *Mycobacterium tuberculosis* o *Bacilo de Koch* (MSP, OPS, UNICEF, 2005).

Los signos y síntomas que suelen presentarse inicialmente son dolor de cabeza intenso, dureza de nuca, hipertermia, pueden haber convulsiones, parálisis parcial, sensaciones de cosquilleo, parálisis de la mitad del cuerpo, problemas neurológicos, hidrocefalia, problemas motores, con o sin presencia de tuberculomas cerebrales y signos de anomalías del líquido cefalorraquídeo (MSP, OPS, UNICEF, 2005).

- **Definición de la vacuna:** “Es una suspensión de bacilo vivos atenuados de la cepa virulenta de *Microbacterium bovis*” (MSP, OPS, UNICEF, 2005, pág. 25).
- **Efectividad y protección:** esta vacuna prevé la propagación vía sanguínea a partir del foco primario, mostrando así una inmunogenicidad de 80% para todas las estructuras de tuberculosis infantil más graves, es decir; la meníngea y miliar, estos beneficios se obtienen cuando se completa el esquema de vacunas en el ciclo del recién nacido (MSP, OPS, UNICEF, 2005).
- **Vía, dosis y grupo etáreo para su aplicación:** la vía recomendada es intradérmica, la dosis única recomendada es de 0,05ml a 0,1 ml para los recién nacidos dentro de las primeras 24 horas (MSP, 2019).

- **Procedimiento de reconstitución y administración del vial de la vacuna BCG:** es importante que el disolvente haya estado en la refrigerado un día antes; para la preparación se debe romper el diluyente para aspirar su contenido en una jeringuilla de 2ml, después abra el frasco liofilizado y coloque el diluyente en la ampolla para su dilución, posteriormente aspire el contenido y administre (MSP, OPS, UNICEF, 2005).
- **Eventos adversos:** cuando se utiliza la técnica correcta en el lugar de inyección se produce una pápula que se disipa en un tiempo de 15 a 30 minutos. Entre la segunda y tercera semana se presenta una pústula que elimina líquido seroso, volviéndose una úlcera en ciertas ocasiones, la misma que se cierra de forma espontánea convirtiéndose en una costra que suele desprenderse luego de 12 semanas, proporcionando una cicatriz permanente. (MSP, OPS, UNICEF, 2005, pág. 25).

Cuando existen errores en la técnica de administración de la vacuna se pueden producir las siguientes reacciones “absceso localizado, adenitis supurada y cicatriz que loide extensa” (MSP, OPS, UNICEF, 2005, pág. 25).

- **Restricción:** “Recién nacido con peso menor de 2000 gramos, enfermedad infecciosa aguda grave, lesiones cutáneas generalizadas, niños que tienen su inmunidad comprometida por inmunodeficiencia celular, SIDA, leucemia, linfoma o malignidad generalizada o en tratamiento con preparados inmuno-supresivos” (MSP, OPS, UNICEF, 2005, pág. 25).

### 2.3.3.2. Vacuna HB

El virus de la HB produce una patología hepática que puede ser aguda o crónica y que en su totalidad es de procedencia endémica, este virus se puede transmitir mediante contacto directo con sangre o fluidos corporales de la persona que está infectada, el contagio puede ser de manera vertical; es decir de madre a hijo mientras continúa el embarazo, o puede ser horizontalmente mediante juegos o contactos en el hogar, por otro lado también se puede transmitir mediante contacto sexual o agujas u objetos corto-punzantes que han sido expuestas fluidos corporales (Guía Mundial de la Organización Mundial de Gastroenterología, 2015).

El virus que provoca esta enfermedad es “DNA del grupo *Hepadnaviridae* tipo 1, el reservorio son los seres humanos y su periodo de incubación es de 45 a 160 días con un promedio de 12 días” (MSP, OPS, UNICEF, 2005, pág. 44).

- **Definición de la vacuna:** “Esta vacuna comprende el antígeno de clase purificada de carga vírica, obtenido por recombinación hereditaria del ADN” (MSP, OPS, UNICEF, 2005).

- **Efectividad y protección:** “Tres dosis inducen protección en el 95-98% de los vacunados con títulos protectores a las 2 semanas de la segunda dosis. La respuesta inmune decae en mayores de 40 años” (MSP, OPS, UNICEF, 2005, pág. 42).
- **Vía, dosis y grupo etáreo para su aplicación:** “administrar IM 0.5 ml hasta los 9 años de edad, en recién nacidos y lactantes se aplica en tercio medio lateral del muslo, en mayores de 10 años, adolescentes, embarazadas y adultos 1 ml IM en el deltoides” (MSP, OPS, UNICEF, 2005, pág. 42).
- **Eventos adversos:** “Son leves y transitorias (eritema, induración y dolor en el sitio de la inyección). Las generales se resuelven rápido (dolor abdominal, náusea, cansancio, vómitos, diarrea, cefalea). Muy rara vez hay hipotensión, prurito, síncope, broncoespasmo, angioedema, vasculitis y linfadenopatía” (MSP, OPS, UNICEF, 2005, pág. 44).
- **Restricción:** “Hipersensibilidad al timerosal o hidróxido de Aluminio, presencia de fiebre alta” (MSP, OPS, UNICEF, 2005, pág. 44).

#### 2.3.3.3. Rotavirus

La gastroenteritis por rotavirus es el principal origen de diarrea en niños menores de 5 años, se caracteriza por aproximadamente 20 episodios de vómito y diarrea acuosa en 24 horas, duración de entre 3 a 5 días, fiebre de hasta 40 grados y decaimiento generalizado. (Mazón, 2017, pág. 11)

- **Definición de la vacuna:** “cepa de rotavirus humano RIX4414 (vivos, atenuados)” (CIMA, 2016, pág. 1).
- **Efectividad y protección:** “eficacia estimada en 98% para protección contra toda gastroenteritis severa por rotavirus y 95% contra la hospitalización por gastroenteritis” (Normas nacionales de vacunación , 2019, pág. 184).
- **Vía, dosis y grupo etáreo para su aplicación:** “inmunización activa entre las 6 y 24 semanas de edad (CIMA, 2016, pág. 1)”. “Dosis de 1,5 ml” (CIMA, 2016, pág. 1).
- **Eventos adversos:** Los efectos más frecuentes son: diarrea, irritabilidad, dolor abdominal y flatulencia (CIMA, 2016).
- **Restricción:** “Hipersensibilidad después de una administración anterior de vacuna de rotavirus, sujetos con malformación congénita no corregida del tracto gastrointestinal que podría predisponer una invaginación intestinal, sujetos que padezcan diarrea o vómitos” (CIMA, 2016, pág. 1).

#### 2.3.3.4. Bopv

“La poliomielitis es una patología trasmisible, causada de principalmente por el virus de la poliomielitis, un enterovirus de la familia *Picornaviridae*” (OPS, 2014, pág. 3).

Por lo general se transmite por vía fecal-oral, debido a que el virus se multiplica en los intestinos y se elimina por medio de las heces, por lo que, si las condiciones de saneamiento y medidas de higienización son carentes, las personas se pueden contagiar a través de la manipulación de la comida con las manos sucias o el agua contaminada (OPS, 2014).

- **Definición de la vacuna** “Constituida por una mezcla de virus vivos atenuados de la polio tipos 1, 2 y 3” (OPS, 2014, pág. 29).
- **Efectividad y protección:** “Con la actual potencia antigénica de la vacuna, estandarizada de acuerdo con las referencias de la OMS, la seroconversión después de tres dosis es del 100%. La duración de la inmunidad, luego de completar el esquema de inmunización con los refuerzos, es duradera” (OPS, 2014, pág. 28).
- **Vía, dosis y grupo etáreo para su aplicación** Se recomienda 1 dosis de 2 gotas por vía oral en los niños de 6 meses de edad (MSP, 2019).
- **Eventos adversos:** “La parálisis flácida asociada a la vacuna es uno de los 30 efectos adversos más importantes. Se presenta 1 caso por cada 1,5 millones de aplicación de primeras dosis y su frecuencia disminuye con la aplicación de las dosis sucesivas” (MSP, 2019, pág. 29).
- **Restricción:** “En caso de enfermedad aguda severa con temperatura mayor de 39°C, la aplicación será diferida y no debe aplicarse en niños con antecedentes alérgicos a la estreptomicina, neomicina y polimixina, aunque en la práctica es casi imposible conocer este antecedente” (MSP, 2019, pág. 29).

### 2.3.3.5. Vacuna pentavalente

#### Difteria

Es una patología bacteriana aguda que perjudica a las amígdalas, faringe, laringe, nariz, piel y algunas veces a las conjuntivas y a los órganos genitales, el agente principal que causa esta enfermedad es *Corynebacterium diphtheriae*, por lo general las lesiones que representan a esta enfermedad son placas de color gris con bordes edematizados que al intentar desprender supuran sangre (MSP, OPS, UNICEF, 2005).

Se trasmite por contacto directo con un individuo enfermo, a través de secreciones respiratorias o con lesiones de la piel de un paciente, su periodo de incubación es de 2 a 5 días, aunque a veces es más prolongado y su periodo de transmisión es hasta que desaparezcan los bacilos virulentos de las secreciones y lesiones; generalmente dos semanas y rara vez excede las cuatro semanas (MSP, OPS, UNICEF, 2005, pág. 32).

#### Tosferina

Es una patología bacteriana aguda que se determina por un periodo catarral con características de tos irritante que dos semanas después resulta en una tos paroxística, esta enfermedad consta de

tres etapas: la fase catarral, fase paroxística y la fase de convalecencia (MSP, OPS, UNICEF, 2005, pág. 34).

El agente etiológico de esta enfermedad es la *Bordetella pertussis*, bacilo pleomórfico Gram negativo, el periodo de incubación es de 6 a 20 días, habitualmente entre 7 a 10 días, es altamente transmisible en la fase catarral temprana, se transmite por contacto directo con secreciones de las mucosas de las vías respiratorias de personas infectadas (MSP, OPS, UNICEF, 2005, pág. 34).

### **Tétanos neonatal**

Es una afección aguda del recién nacido que puede aparecer hasta los 28 días posteriores al nacimiento, los signos de alerta con los que se inicia esta enfermedad son irritabilidad, inquietud, llanto débil en crisis, trismus, risa sardónica, rigidez y espasmos musculares cordón umbilical durante la atención del parto con deficiente asepsia, por personal no calificado y prácticas ancestrales (MSP, OPS, UNICEF, 2005, pág. 36).

El agente etiológico de esta enfermedad es el *Clostridium tetani*, bacilo Gram positivo, el periodo de incubación es de 3 a 28 días con un promedio de 6 días, no se transmite de una persona a otra sino únicamente por contaminación del cordón umbilical durante la atención del parto con deficiente asepsia, por personal no calificado y prácticas ancestrales (MSP, OPS, UNICEF, 2005, pág. 36).

- **Definición de la vacuna:** “Hay varias vacunas simples de Hib que varían por el coadyuvante y por el conjugado, de las cuales el país ha seleccionado la combinación Pentavalente (DPT+HB+Hib)” (MSP, OPS, UNICEF, 2005, pág. 47).
- **Efectividad y protección:** “La eficacia de la vacuna es del 95%” (MSP, OPS, UNICEF, 2005, pág. 47).
- **Vía, dosis y grupo etáreo para su aplicación:** Esta vacuna consta de tres dosis de 0,5 ml cada una que deben ser administradas por vía intramuscular a los 2 meses de edad, 4 meses de edad y a los 6 meses de edad (MSP, 2019)
- **Eventos adversos:** “Las reacciones locales (eritema, edema y dolor) y la fiebre se resuelven en menos de 24 horas. A veces puede aparecer irritabilidad, letargia, rinorrea y erupción cutánea (posible urticaria)” (MSP, OPS, UNICEF, 2005, pág. 48).

#### **2.3.3.6. Vacuna neumococo conjugado**

El neumococo es un microorganismo que puede ocasionar infecciones severas, el nombre de la vacuna radica en que es capaz de producir neumonía, su agente etiológico es el *streptococcus pneumoniae* el cual produce una infección respiratoria específicamente a nivel de los pulmones, además puede causar meningitis y bacteriemia siendo estas enfermedades las más graves, por otro lado, también puede causar infecciones más leves como sinusitis y otitis (Asociación Española de Pediatría, 2020).

Los síntomas característicos con los que empieza la enfermedad son fiebre y escalofríos, además la aparición de dolor pleural, tos con expectoración de esputo mucopurulento, dificultad para respirar, aumento de la respiración y pulso, hipoxia y malestar general (Asociación Española de Pediatría , 2020). El reservorio son todos los seres humanos y por lo general la bacteria se localiza en el tracto respiratorio superior, su periodo de incubación varía entre 1 a 3 días y se transmite por vía aérea a través de gotitas, contacto oral directo o de forma indirecta con materiales contaminado previamente con secreciones (Asociación Española de Pediatría , 2020).

- **Definición de la vacuna:** “La vacuna neumovax está conformada por 23 polisacáridos de la cápsula de *Streptococcus Pneumoniae*” (Asociación Española de Pediatría , 2020, pág. 23).
- **Efectividad y protección:** “71% de efectividad” (Vallejo, 2018, pág. 18).
- **Vía, dosis y grupo etáreo para su aplicación:** se administra una dosis de 0,5 ml a los 2, 4 y 6 meses vía intramuscular (Hospital Universitario Austral, 2020).
- **Eventos adversos:** puede producir efectos locales leves como dolor y eritema en el sitio de punción, fiebre, ausencia de apetito y de forma inusual puede presentarse reacciones alérgicas (Hospital Universitario Austral, 2020).
- **Restricción:** “sensibilidad a la vacuna, infección febril” (Vallejo, 2018, pág. 18).

#### **2.3.3.7. Vacuna SRP**

El sarampión es una patología viral altamente transmisible por medio de aerosoles con puerta de entrada en el aparato respiratorio o por relación directa con secreciones respiratorias causando una afección sistémica, el único reservorio es el ser humano (Delpiano, Astroza, & Toro, 2015).

Se caracteriza porque tiene un periodo de incubación de aproximadamente 10 días y posterior a esto comienzan los primeros síntomas que son conocidos como pródromo; el cual es una fase que se caracteriza por la aparición de fiebre con picos de 39° a 40°C, tos, conjuntivitis y lesiones de Koplik, hasta llegar a día 14 que aparece el exantema de tipo maculo papular generalizado (Delpiano, Astroza, & Toro, 2015).

#### **Rubeola**

La rubeola es una patología benigna que produce exantema maculopapular difuso y fiebre, además puede presentar síntomas como malestar general y artralgias. El agente causal de la rubeola es el Togavirus, del género *Rubivirus*; este virus se contagia mediante el contacto con las secreciones nasofaríngeas de las personas infectadas, contacto directo o dispersión de gotitas respiratorias. Se caracteriza por tener un periodo de incubación de 12 a 23 días y su único reservorio es el ser humano (Servicio Extremeño de Salud, 2016).

#### **Parotiditis**

Es una edematización de la parótida causada por el virus de la familia *Paramyxoviridae*, género *Rubulavirus*, el cual se contagia mediante vía aérea por microgotas de saliva o por toque directo con las secreciones salivales de una persona infectada, su periodo de incubación es de 16 a 18 días, los principales síntomas de la enfermedad son la tumefacción parotídea dolorosa, malestar general, mialgias, cefalea, anorexia o febrícula y su único reservorio es el ser humano (Álvarez & Rodríguez, Parotiditis y otras afecciones de las glándulas salivales, 2015).

- **Definición de la vacuna:** “La Triple Viral SRP está compuesta por virus vivos atenuados contra sarampión, rubéola y parotiditis” (MSP, OPS, UNICEF, 2005, pág. 55).
- **Efectividad y protección:** La eficiencia para el sarampión es de 95%, respecto a la parotiditis es del 98%, estos beneficios son a partir de los 12 meses de edad, por lo que la inmunidad que brinda la vacuna es de larga duración (MSP, OPS, UNICEF, 2005).
- **Vía, dosis y grupo etáreo para su aplicación:** La dosis recomendada es de 2 dosis de 0,5 ml cada una y administradas por vía subcutánea a los 12 meses y 18 meses de edad (MSP, 2019).
- **Eventos adversos:** “Las reacciones leves, tales como alza térmica entre el quinto y el décimo segundo día posteriores a la vacunación ocurren en un 15% de vacunados y exantema en un 5% de vacunados” (MSP, OPS, UNICEF, 2005).
- **Restricción:** “se recomienda no vacunar a mujeres con embarazo” (MSP, OPS, UNICEF, 2005, pág. 56)

#### 2.3.3.8. Fiebre amarilla

Es una afección viral de tipo infecciosa aguda y de comienzo inesperado, se caracteriza por presencia de fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, dorsalgia, náuseas, vómitos, decaimiento y se puede presentar otro síntoma como es la albuminuria, en ciertas ocasiones anuria y leucopenia. En casos graves se puede presentar síntomas de hemorragia, ictericia moderada que al principio es leve y después intensa. La tasa de mortalidad llega a ser de 50% si e que se presentan casos de encefalitis, ictericia y hemorragias (MSP, OPS, UNICEF, 2005).

“El agente etiológico es el virus de la fiebre amarilla, del género *Flavivirus* del grupo B y la familia *Flaviviridae*” (MSP, OPS, UNICEF, 2005, pág. 58)

En el cuerpo humano es el reservorio ideal para este vector, las zonas selváticas son las más adecuadas para la transmisión de esta enfermedad, así mismo como los monos, marsupiales y mosquitos de la zona (MSP, OPS, UNICEF, 2005).

- **Definición de la vacuna:** “Está compuesta por virus vivo atenuado y se fabrica a partir de las cepas 17 D-204 y 17 DD, derivados de la cepa 17 D producida en huevos de pollos embrionarios” (MSP, OPS, UNICEF, 2005, pág. 60)

- **Efectividad y protección:** La eficacia de la vacuna de fiebre amarilla es del 100% y este se puede conservar hasta los 10 años de haberse administrado la vacuna (MSP, OPS, UNICEF, 2005).
- **Vía, dosis y grupo etéreo para su aplicación:** La sustancia se debe administrar previamente reconstituida y su aplicación es a través de la vía subcutánea con una dosis de 0,5 ml, esta vacuna está indicada para ser colocada a partir de los 12 meses de edad, con un refuerzo cada 10 años (MSP, OPS, UNICEF, 2005).
- **Efectos adversos:** Son muy raros, pero puede aparecer, fiebre, dolor de cabeza, dolor muscular con una duración de 5 a 14 días después de la aplicación de la vacuna (MSP, OPS, UNICEF, 2005).
- **Restricción:** “Menor de 6 meses por el peligro de encefalitis asociada a la vacunación a; en embarazadas por tratarse de virus vivo; en caso de antecedentes de reacciones anafilácticas a una dosis previa; historia de anafilaxia al huevo; pacientes inmunodeprimidos” (MSP, OPS, UNICEF, 2005, pág. 60).

#### 2.3.3.9. Varicela

Es una infección causada por un virus miembro de la familia Herpesviridae, su periodo de incubación es de 12 a 16 días de forma posterior la enfermedad se manifiesta provocando síntomas tales como, fiebre y mialgias las cuales duran de 1 a 2 días, posteriormente surge un rash generalizado, muy pruriginoso que evoluciona a lesiones paulares y vesiculares sobre todo a nivel de tórax anterior, posterior y el rostro, esta etapa dura de 4 a 7 días (Llumiyinga & Chico, 2019).

Este virus se transmite mediante gotas o el contacto con secreciones de una persona hacia otra, siendo su periodo de contagio más alto en estaciones de invierno y verano (Llumiyinga & Chico, 2019).

- **Definición de la vacuna:** “varicela zoster” (Vallejo, 2018, pág. 20).
- **Efectividad y protección:** “posee una inmunidad de 80-85%” (Vallejo, 2018, pág. 20).
- **Vía, dosis y grupo etéreo para su aplicación:** “se administra 0,5 ml por vía intramuscular a la edad de un año y tres meses” (Vallejo, 2018, pág. 20).
- **Efectos adversos:** puede causar fiebre y dolor, eritema o picazón en el sitio de la inyección (Vallejo, 2018).
- **Restricción:** “desnutrición, hipersensibilidad a la eritromicina, pacientes inmunodeprimidos o enfermedades catastróficas” (Vallejo, 2018, pág. 20).

#### 2.3.4. Cadena de frío

Conjunto de pautas, acciones, medios y materiales que consolidan una adecuada manutención de las vacunas en condiciones correctas de luz y temperatura, asegurando así la inmunogenicidad

desde la salida del laboratorio que las fabrica hasta la administración en el beneficiario (MSP, OPS, UNICEF, 2005).

### Elementos de la cadena de frío

- “Recursos humanos
- Recursos materiales
- Recursos financieros” (MSP, OPS, UNICEF, 2005)

### Equipos y otros elementos

- **Congelador:** funciona para la conservación de las vacunas de tipo viral y congelación y manutención de paquetes fríos, existen en todos los niveles de la cadena de frío (MSP, OPS, UNICEF, 2005).
- **Cuarto de frío:** utilizado para guardar grandes volúmenes de biológicos, existen solo en el nivel nacional, regional y subregional (MSP, OPS, UNICEF, 2005).
- **Refrigerador:** es un equipo que está compuesto por un espacio para congelación y otro de refrigeración, se utiliza en todos los niveles de la cadena de frío y debe ser únicamente compuesto de una sola puerta (MSP, OPS, UNICEF, 2005).
- **Termos:** son aparatos utilizados para el transporte de los biológicos a nivel provincial u área, este aparato conserva una temperatura de +2 a +8°C con una duración de 72 horas sin previo destape, si el termo se destapa el tiempo se reduce a 36 horas (MSP, OPS, UNICEF, 2005).

## 2.4 Hipótesis

Los factores sociodemográficos, el nivel de satisfacción y el nivel de conocimiento sobre aspectos generales de las vacunas de la madre o representante legal inciden en el cumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de 5 años.

## 2.5 Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Indicadores	Escala
Educación de la madre o representante legal	“Proceso de socialización de los individuos, al educarse una persona asimila y aprende conocimientos”	Primaria	Nivel de instrucción que alcanzó la madre	Número de madres de familia con educación primaria/ total de madres de familia	Cualitativa ordinal
		Secundaria		Número de madres de familia con educación secundaria/ total de madres de familia	Cualitativa ordinal

	(Definición.D E, 2019).	Pregrado		Número de madres de familia con educación de pregrado/ total de madres de familia	Cualitati va ordinal
Edad de la madre o representant e legal	“Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento” (Oxford University Press, 2019).	15-24 años	Años de vida que tiene una persona	Número de madres de 15-24 años/número total de madres	Cuantitat iva continua
		25-34 años		Número de madres de 25-34 años/número total de madres	Cuantitat iva continua
		35-44 años		Número de madres de 35-44 años/número total de madres	Cuantitat iva continua
		>45 años		Número de madres de >45 años/número total de madres	Cuantitat iva continua
Estado civil de la madre o representant e legal	“Situación de una persona dentro de una agrupación jurídicamente constituida” (Reinoso, 2015).	Soltero	Condición en el que una persona se encuentra de manera legislativa	Número de madres o representante legal solteros/número total de madres o representante legal	Cualitati va nominal
		Casado		Número de madres o representante legal casados/número total de madres o representante legal	Cualitati va nominal
		Divorciado		Número de madres o representante legal divorciados/número total de madres o representante legal	Cualitati va nominal
		Unión libre		Número de madres o representante legal en unión libre/número total de madres o representante legal	Cualitati va nominal
Grupo étnico de la madre o representant e legal	“Comunidad que no solo comparte una ascendencia común sino además de costumbres, un territorio,	Blanco	Autoidentifica ción de una persona hacia un grupo de personas con ciertas características	Número de madres o representante legal blancos/número total de madres o representante legal	Cualitati va nominal
		Mestizo		Número de madres o representante legal	Cualitati va nominal

	creencias, una cosmovisión, un idioma o dialecto y una aproximación simbólica al mundo semejante” (CEPAL, UNFPA, UNICEF, 2011).		e historia en común.	mestizos/número total de madres o representante legal	
		Afrodescendiente		Número de madres o representante legal afrodescendientes/número total de madres o representante legal	Cualitativa nominal
		Indígena		Número de madres o representante legal indígenas/número total de madres o representante legal	Cualitativa nominal
		Montuvio		Número de madres o representante legal montubios /número total de madres o representante legal	Cualitativa nominal
Nivel socioeconómico de la madre o representante legal	“Capacidad económica y social de un individuo, una familia o un país” (Definición ABC, 2019).	Alto	Posición económica que posee una persona	Número de madres con un nivel de socioeconómico alto/número total de madres	Cualitativa ordinal
		Medio		Número de madres con un nivel de socioeconómico medio/número total de madres	Cualitativa ordinal
		Bajo		Número de madres con un nivel de socioeconómico bajo/número total de madres	Cualitativa ordinal
Conocimiento de la madre o representante legal	“Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje” (Definición DE, 2019).	Alto	Información que posee una persona sobre algún tema	Número de madres con un nivel de conocimiento alto/número total de madres	Cualitativa ordinal
		Medio		Número de madres con un nivel de conocimiento medio/número total de madres	Cualitativa ordinal
		Bajo		Número de madres con un nivel de conocimiento bajo/número total de madres	Cualitativa ordinal

Tiempo de espera	“Se define como el tiempo que un usuario espera su turno hasta recibir el servicio o atención de salud” (Pashanaste & Pinedo, 2016, pág. 25)	Siempre <hr/> A veces <hr/> Nunca	Tiempo en el que se demoran en brindar un servicio o atención	Número respuestas proporcionadas por las madres que refieren su opinión sobre tiempo de espera. Frecuencias absolutas y descripción porcentual.	Cualitati va ordinal
Distancia del domicilio a la unidad de salud	“Tiempo en el que una persona demora en ir de un lugar a otro” (Definición.D E, 2019).	Cerca <hr/> Lejos <hr/> Muy lejos Si conoce No conoce	Percepción de distancia una persona sobre a distancia de su casa al centro de salud	Número de madres que se encuentran cerca /número total de madres  Número de madres que se encuentran lejos /número total de madres  Número de madres que se encuentran muy lejos /número total de madres	Cuantitati va  Cuantitati va  Cuantitati va

Satisfacción con las enfermeras	“Es la sensación que un individuo experimenta al lograr el equilibrio entre una necesidad o grupo de necesidades y el objeto o los fines que la reducen” (García, Luján, & Martínez, 2007).	Siempre	Percepción de las personas sobre el trato que brindan las personas	Número de madres que siempre refieren satisfacción /número total de madres	Cualitativa ordinal
		A veces		Número de madres que a veces refieren satisfacción /número total de madres	Cualitativa ordinal
		Nunca		Número de madres que nunca refieren satisfacción /número total de madres	Cualitativa ordinal
Satisfacción con el servicio centro de salud	“Es la sensación que un individuo experimenta al lograr el equilibrio entre una necesidad o grupo de necesidades y el objeto o los fines que la reducen” (García, Luján, & Martínez, 2007).	Si	Percepción de las personas sobre el servicio del centro de salud	Número de madres que se encuentran satisfechas con el servicio del centro de salud /número total de madres	Cuantitativa
		No		Número de madres que no se encuentran satisfechas con el servicio del centro de salud /número total de madres	Cuantitativa

Cumplimiento del esquema de vacunación	“Refiere a ejecutar algo, remediar a alguien o proveerle de aquello que le falta, hacer algo que se debe” (Definición.D E, 2018).	Cumple de acuerdo con la edad	Cumplir con la colocación de vacunas según el esquema establecido	Número de madres que cumplen con el esquema de vacunación de acuerdo con la edad /número total de madres
		No cumple de acuerdo con la edad		Número de madres que no cumplen con el esquema de vacunación de acuerdo con la edad /número total de madres
		Cumple con retraso de la fecha indicada		Número de madres que cumplen con retraso de la fecha indicada el esquema de vacunación/número total de madres

## Capítulo III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 3.1 Resultados

#### 3.1.1 Características sociodemográficas de la población

La tabla 1 muestra las características de la población encuestada, dentro de los hallazgos más resaltantes fue que la totalidad de las participantes N=72 eran mujeres, madres y en su mayoría pertenecientes a la etnia mestiza. El grado de educación predominante fue secundaria, 48,6% arrojó que eran mujeres casadas. La mayoría de las participantes se encontraban en el grupo etareo entre 25-35 años y casi la totalidad pertenecían al nivel socioeconómico medio. En la siguiente tabla, se muestra la distribución de las respuestas en cada categoría. (Ver tabla 1).

**Tabla 1. Variables sociodemográficas de las madres encuestadas**

Ítems	Frecuencia	%
<b>Grado de instrucción</b>		
Primaria	03	4,2%
Secundaria	35	48,6%
Superior	34	47,2%
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100%</b>
<b>Estado Civil</b>		
Soltera	18	25%
Casada	35	48,6%
Divorciada	02	2,8%

Unión Libre	17	23,6%
Total	72	100%
<b>Etnia</b>		
Blanco	03	4,2%
Mestizo	68	94,4%
Afrodescendiente	01	01,4
Total	72	100%
<b>Nivel socioeconómico</b>		
Alto	02	02,8%
Medio	66	91,7%
Bajo	04	05,6%
Total	72	100%

*Fuente: Instrumento aplicado*

### 3.1.2 Variable nivel de conocimiento en relación con la edad de la madre

La información obtenida de 72 encuestas realizadas a madres y representantes legales evidencia, que el mayor porcentaje de madres en edades comprendidas entre 20-39 años poseen un alto nivel de conocimiento sobre aspectos básicos de las vacunas obteniendo el 84,84%. Al realizar los análisis de asociación entre las variables se obtuvo un valor Phi 0,460 y una  $p=0,005$  lo que indicó una relación significativa entre las mismas (Ver tabla 2).

**Tabla 2. Nivel de conocimiento y edad de la madre**

		Edad de la madre			Total
		15-19 años	20-39 años	40-64 años	
<b>Nivel de conocimiento</b>	<b>Alto</b>	03 (9,09%)	28 (84,84%)	02 (6,06%)	33 (100%)
	<b>Medio</b>		21 (72,41%)	08 (27,58%)	29 (100%)
	<b>Bajo</b>	03 (30,00%)	07 (70,00%)		10 (100%)
<b>Total</b>		06 (8,33%)	56 (77,77%)	10 (13,88%)	72 (100%)

*Fuente: Instrumento aplicado*

### 3.1.3 Variable tiempo de espera

La tabla 3 muestra la opinión de las mujeres encuestadas acerca del tiempo de espera para recibir la atención, como se observa la mayoría de las encuestadas respondieron que el tiempo de espera a veces es adecuado. (Ver tabla 3).

**Tabla 3. Variable tiempo de espera**

Opciones de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	26	36,1%
A veces	41	56,9%
Nunca	05	06,9%
Total	72	100,0%

*Fuente: Instrumento aplicado*

### 3.1.4 Variable Distancia del centro de salud a su domicilio

La tabla 4 muestra la opinión de las encuestadas acerca de la distancia del domicilio al centro de salud, como aspecto relevante se observa que el 75% de las encuestadas, es decir; la mayoría refirieron que su domicilio se encuentra cerca del centro de salud. (Ver tabla 4).

**Tabla 4. Variable Distancia del domicilio al centro de salud**

Opciones de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Cerca	54	75,0
Lejos	16	22,2
Muy lejos	2	2,8
Total	72	100,0

*Fuente: Instrumento aplicado*

### 3.1.5 Variable nivel de satisfacción

La tabla 5 indica el nivel de satisfacción que poseen las encuestadas en cuanto a la atención de las enfermeras vacunadoras y de la atención que brinda el centro de salud, como aspecto importante se observa que el 58,3% de las encuestadas indican tener un nivel medio de satisfacción. (Ver tabla 5).

**Tabla 5. Variable nivel de satisfacción**

Opciones de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Alto	25	34,7%

Medio	42	58,3%
Bajo	05	6,9%
Total	72	100%

*Fuente: Instrumento aplicado*

### 3.1.6 Variable cumplimiento del esquema de vacunación en niños de dos meses

La tabla 6 muestra el cumplimiento del esquema de vacunas en niños de 2 meses con un total de 14 niños en este grupo. Los aspectos más importantes de mencionar es que, existe un 100% de cumplimiento en todas las vacunas que corresponden a esta edad. Además, es necesario recalcar que el “atraso” no significa incumplimiento. (Ver tabla 6).

**Tabla 6. Cumplimiento del esquema de vacunación en niños de 2 meses**

Vacunas	Cumple	No cumple	Cumple con atraso	Total
<b>BCG</b>	10 (71,42%)	0,0 (0,0%)	04 (28,57%)	14 (100%)
<b>HB</b>	11 (85,71%)	0 (0,0%)	2 (14,28%)	14 (100%)
<b>Rotavirus</b>	08 (57,14%)	0 (0,0%)	06 (42,85%)	14 (100%)
<b>Fipv</b>	8 (57,14%)	0 (0,0%)	6 (42,85%)	14 (100%)
<b>Pentavalente</b>	8 (57,14%)	0 (0,0%)	6 (42,85%)	14 (100%)
<b>Neumococo</b>	8 (57,14%)	0 (0,0%)	6 (42,85%)	14 (100%)

*Fuente: Instrumento aplicado*

### 3.1.7 Variable de cumplimiento del esquema de vacunación en niños de 4 meses

La tabla 7 muestra el cumplimiento del esquema de vacunación en niños de 4 meses con un total de 5 niños en este grupo etareo, como aspecto relevante se puede observar que la mayoría de las vacunas registran un 100% de cumplimiento a pesar de registrar atraso; por otro lado, solo la vacuna Hb presenta un caso de incumplimiento que corresponde al 20%. En términos grupales se determina que existe un 98% de cumplimiento en el esquema de vacunación que corresponde a 4 meses.

**Tabla 7. Cumplimiento del esquema de vacunación en niños de 4 meses**

Tipo de vacuna	Cumple	No cumple	Cumple con atraso	Total
<b>BCG</b>	01 (20%)	0,0 (0,0%)	04 (80%)	5 (100%)
<b>HB</b>	03 (60%)	01 (20%)	01 (20%)	5 (100%)
<b>Rotavirus 2 meses</b>	03 (60%)	00 (0,0%)	02 (40%)	5 (100%)

<b>Rotavirus 4 meses</b>	02 (40%)	00 (0,0%)	03 (60%)	5 (100%)
<b>Fipv 2 meses</b>	03 (60%)	00 (0,0%)	02 (40%)	5 (100%)
<b>Fipv 4 meses</b>	02 (40%)	00 (0,0%)	03 (60%)	5 (100%)
<b>Pentavalente 2 meses</b>	03 (60%)	00 (0,0%)	02 (40%)	5 (100%)
<b>Pentavalente 4 meses</b>	02 (40%)	00 (0,0%)	03 (60%)	5 (100%)
<b>Neumococo 2 meses</b>	03 (60%)	00 (0,0%)	02 (42,85%)	5 (100%)
<b>Neumococo 4 meses</b>	02 (40%)	00 (0,0%)	03 (60%)	5 (100%)

*Fuente: Instrumento aplicado*

### 3.1.8 Variable de cumplimiento del esquema en niños de 6 meses

La tabla 8 muestra el cumplimiento del esquema de vacunación en niños de 6 meses con un total de 9 niños en este grupo, como se puede observar únicamente en Hb existe dos casos de incumplimiento que corresponde al 22,2%, el resto de las vacunas presentan un 100% de cumplimiento en todas las vacunas pertenecientes a este grupo. Cabe recalcar que todas las vacunas se cumplen a pesar de que exista “atraso”. (Ver tabla 8). En términos grupales se determina que existe un 98,28% de cumplimiento en el esquema de vacunación que corresponde a 6 meses.

**Tabla 8. Cumplimiento del esquema de vacunación en niños de 6 meses**

<b>Tipo de vacuna</b>	<b>Cumple</b>	<b>No cumple</b>	<b>Cumple con atraso</b>	<b>Total</b>
<b>BCG</b>	05 (55,5%)	0,0 (0,0%)	04 (45,5%)	9 (100%)
<b>HB</b>	05 (55,5%)	02 (22,2%)	02 (22,2%)	9 (100%)
<b>Rotavirus 2 meses</b>	04 (45,5%)	00 (0,0%)	05 (55,5%)	9 (100%)
<b>Rotavirus 4 meses</b>	05 (55,5%)	00 (0,0%)	04 (45,5%)	9 (100%)
<b>Fipv 2 meses</b>	04 (45,5%)	00 (0,0%)	05 (55,5%)	9 (100%)
<b>Fipv 4 meses</b>	05 (55,5%)	00 (0,0%)	04 (45,5%)	9 (100%)
<b>Bopv 6 meses</b>	03 (33,3%)	00 (0,0%)	06 (66,6%)	9 (100%)
<b>Pentavalente 2 meses</b>	04 (45,5%)	00 (0,0%)	05 (55,5%)	9 (100%)
<b>Pentavalente 4 meses</b>	05 (55,5%)	00 (0,0%)	04 (45,5%)	9 (100%)

<b>Pentavalente 6 meses</b>	03 (33,3%)	00 (0,0%)	06 (66,6%)	9 (100%)
<b>Neumococo 2 meses</b>	04 (45,5%)	00 (0,0%)	05 (55,5%)	9 (100%)
<b>Neumococo 4 meses</b>	05 (55,5%)	00 (0,0%)	04 (45,5%)	9 (100%)
<b>Neumococo 6 meses</b>	04 (45,5%)	00 (0,0%)	05 (55,5%)	9 (100%)

*Fuente: Instrumento aplicado*

### 3.1.9 Variable de cumplimiento del esquema de vacunación en niños de 12 meses

La tabla 9 muestra el cumplimiento del esquema de vacunación en niños de 12 meses con un total de 11 niños en este grupo, como se puede observar existe un 100% de cumplimiento de todas las vacunas que corresponden a esta edad; a pesar del “atraso” que se presenta. (Ver tabla 9).

**Tabla 9. Cumplimiento del esquema de vacunación en niños de 12 meses**

<b>Tipo de vacuna</b>	<b>Cumple</b>	<b>No cumple</b>	<b>Cumple con atraso</b>	<b>Total</b>
<b>BCG</b>	06 (54,54%)	0,0 (0,0%)	05 (45,45%)	11 (100%)
<b>HB</b>	08 (72,72%)	0,0 (0,0%)	03 (27,27%)	11 (100%)
<b>Rotavirus 2 meses</b>	04 (36,36%)	0,0 (0,0%)	07 (63,63%)	11 (100%)
<b>Rotavirus 4 meses</b>	04 (36,36%)	0,0 (0,0%)	07 (63,63%)	11 (100%)
<b>Fipv 2 meses</b>	04 (36,36%)	0,0 (0,0%)	07 (63,63%)	11 (100%)
<b>Fipv 4 meses</b>	04 (36,36%)	0,0 (0,0%)	07 (63,63%)	11 (100%)
<b>Bopv 6 meses</b>	04 (36,36%)	0,0 (0,0%)	07 (63,63%)	11 (100%)
<b>Pentavalente 2 meses</b>	04 (36,36%)	0,0 (0,0%)	07 (63,63%)	11 (100%)
<b>Pentavalente 4 meses</b>	04 (36,36%)	0,0 (0,0%)	07 (63,63%)	11 (100%)
<b>Pentavalente 6 meses</b>	04 (36,36%)	0,0 (0,0%)	07 (63,63%)	11 (100%)
<b>Neumococo 2 meses</b>	04 (36,36%)	0,0 (0,0%)	07 (63,63%)	11 (100%)
<b>Neumococo 4 meses</b>	04 (36,36%)	0,0 (0,0%)	07 (63,63%)	11 (100%)
<b>Neumococo 6 meses</b>	04 (36,36%)	0,0 (0,0%)	07 (63,63%)	11 (100%)
<b>Fiebre amarilla 12 meses</b>	06 (54,54%)	0,0 (0,0%)	05 (45,45%)	11 (100%)
<b>SRP 12 meses</b>	06 (54,54%)	0,0 (0,0%)	05 (45,45%)	11 (100%)

*Fuente: Instrumento aplicado*

### 3.1.10 Variable de cumplimiento del esquema de vacunación en niños de 15 meses

La tabla 10 muestra el cumplimiento del esquema de vacunación en niños de 15 meses con un total de 8 niños en este grupo, como se puede observar la mayoría de las vacunas tienen un cumplimiento del 100% en las vacunas que corresponden a esta edad, únicamente en las vacunas de fiebre amarilla, SRP y varicela, se presenta un caso de incumplimiento el cual representa el 12,5% respectivamente. (Ver tabla 10). En términos grupales se determina que existe un 97,65% de cumplimiento en el esquema de vacunación que corresponde a 15 meses.

**Tabla 10. Cumplimiento del esquema de vacunación en niños de 15 meses**

<b>Tipo de vacuna</b>	<b>Cumple</b>	<b>No cumple</b>	<b>Cumple con atraso</b>	<b>Total</b>
<b>BCG</b>	06 (75%)	0,0 (0,0%)	02 (25%)	8 (100%)
<b>HB</b>	06 (75%)	0,0 (0,0%)	02 (25%)	8 (100%)
<b>Rotavirus 2 meses</b>	05 (62,5%)	0,0 (0,0%)	03 (37,5%)	8 (100%)
<b>Rotavirus 4 meses</b>	05 (62,5%)	0,0 (0,0%)	03 (37,5%)	8 (100%)
<b>Fipv 2 meses</b>	05 (62,5%)	0,0 (0,0%)	03 (37,5%)	8 (100%)
<b>Fipv 4 meses</b>	05 (62,5%)	0,0 (0,0%)	03 (37,5%)	8 (100%)
<b>Bopv 6 meses</b>	05 (62,5%)	0,0 (0,0%)	03 (37,5%)	8 (100%)
<b>Pentavalente 2 meses</b>	05 (62,5%)	0,0 (0,0%)	03 (37,5%)	8 (100%)
<b>Pentavalente 4 meses</b>	05 (62,5%)	0,0 (0,0%)	03 (37,5%)	8 (100%)
<b>Pentavalente 6 meses</b>	05 (62,5%)	0,0 (0,0%)	03 (37,5%)	8 (100%)
<b>Neumococo 2 meses</b>	05 (62,5%)	0,0 (0,0%)	03 (37,5%)	8 (100%)
<b>Neumococo 4 meses</b>	05 (62,5%)	0,0 (0,0%)	03 (37,5%)	8 (100%)
<b>Neumococo 6 meses</b>	05 (62,5%)	0,0 (0,0%)	03 (37,5%)	8 (100%)
<b>Fiebre amarilla 12 meses</b>	01 (12,5%)	01 (12,5%)	06 (75%)	8 (100%)
<b>SRP 12 meses</b>	01 (12,5%)	01 (12,5%)	06 (75%)	8 (100%)
<b>Varicela 15 meses</b>	02 (25%)	01 (12,5%)	05 (62,5%)	8 (100%)

*Fuente: Instrumento aplicado*

### 3.1.11 Variable de cumplimiento del esquema de vacunación en niños de 1 año 6 meses

La tabla 11 muestra el cumplimiento del esquema de vacunación en niños 1 año 6 meses con un total de 25 niños en este grupo etáreo, Como se puede observar todas las vacunas correspondientes a este grupo de edad presentan un 100% entre cumplimiento adecuado y con atraso. (Ver tabla 11).

**Tabla 11. Cumplimiento del esquema de vacunación en niños de 1 año 6 meses**

<b>Tipo de vacuna</b>	<b>Cumple</b>	<b>No cumple</b>	<b>Cumple con atraso</b>	<b>Total</b>
<b>BCG</b>	19 (76%)	0,0 (0,0%)	06 (24%)	25 (100%)
<b>HB</b>	19 (76%)	0,0 (0,0%)	06 (24%)	25 (100%)
<b>Rotavirus 2 meses</b>	19 (76%)	0,0 (0,0%)	06 (24%)	25 (100%)
<b>Rotavirus 4 meses</b>	19 (76%)	0,0 (0,0%)	06 (24%)	25 (100%)
<b>Fipv 2 meses</b>	19 (76%)	0,0 (0,0%)	06 (24%)	25 (100%)
<b>Fipv 4 meses</b>	19 (76%)	0,0 (0,0%)	06 (24%)	25 (100%)
<b>Bopv 6 meses</b>	19 (76%)	0,0 (0,0%)	06 (24%)	25 (100%)
<b>Pentavalente 2 meses</b>	19 (76%)	0,0 (0,0%)	06 (24%)	25 (100%)
<b>Pentavalente 4 meses</b>	19 (76%)	0,0 (0,0%)	06 (24%)	25 (100%)
<b>Pentavalente 6 meses</b>	19 (76%)	0,0 (0,0%)	06 (24%)	25 (100%)
<b>Neumococo 2 meses</b>	19 (76%)	0,0 (0,0%)	06 (24%)	25 (100%)
<b>Neumococo 4 meses</b>	19 (76%)	0,0 (0,0%)	06 (24%)	25 (100%)
<b>Neumococo 6 meses</b>	19 (76%)	0,0 (0,0%)	06 (24%)	25 (100%)
<b>Fiebre amarilla 12 meses</b>	20 (80%)	00 (0,0%)	05 (20%)	25 (100%)
<b>SRP 12 meses</b>	19 (76%)	00 (0,0%)	06 (24%)	25 (100%)
<b>Varicela 15 meses</b>	19 (76%)	00 (0,0%)	06 (24%)	25 (100%)
<b>SRP 18 meses</b>	16 (64%)	00 (0,0%)	09 (36%)	25 (100%)
<b>DPT 18 meses</b>	16 (64%)	00 (0,0%)	09 (36%)	25 (100%)
<b>BOPV 18 meses</b>	16 (64%)	00 (0,0%)	09 (36%)	25 (100%)

*Fuente: Instrumento aplicado*

## 3.2 Discusión

El programa ampliado de inmunizaciones (PAI), desde hace varios años ha sido partícipe de eliminar las principales enfermedades inmunoprevenibles, además de participar en la prevención y vigilancia efectiva de otras enfermedades, este programa permite el acceso universal a los servicios gratuitos de inmunizaciones de toda la comunidad ecuatoriana en todos los niveles y establecimientos de salud, para llevar a cabo esto se ha desarrollado y aplicado varias estrategias basadas en técnicas y conocimientos contemporáneos, las mismas que son respaldadas por los profesionales de salud en el país (MSP, OPS, UNICEF, 2005).

Algunas de las vacunas que son administradas dentro de los establecimientos de salud donde se da el nacimiento de los recién nacidos son la vacuna BCG Y hepatitis B. La OMS (2018) afirma:

La vacunación del lactante con la BCG, al nacer o lo antes posible, es uno de los componentes clave del pilar 1 de la Estrategia Fin a la Tuberculosis, se calcula que una elevada cobertura mundial (90%) y el uso generalizado de la BCG en los programas de vacunación sistemática del lactante podrían prevenir más de 115 000 muertes por cohorte de nacimiento en los primeros 15 años de vida. (p. 8)

De la misma manera en cuanto a la vacuna de la hepatitis B la OPS (2019) afirma:

En las Américas, desde 1982 se implementa la vacunación para prevenir la hepatitis B. En América Latina y el Caribe, todos los países han introducido oficialmente la vacuna en sus programas de inmunización infantil y presentan tasas de cobertura de casi el 90% en promedio. Además, más del 99% de las unidades de sangre donadas en la región son tamizadas para los virus de la hepatitis B y C. (p. 1)

Los aspectos más importantes en cuanto a los factores sociodemográficos de las madres son que la mayoría tenían un nivel de instrucción secundaria con una cifra de 48,6% e instrucción superior de 47,2 y predominaba el nivel socioeconómico medio con un 48,6%, todos estos datos direccionaban a las madres al cumplimiento del esquema de vacunación de niños menores de 5 años. Por otro lado, en un estudio realizado en Perú sobre Factores que influyen en el incumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de 5 años, Aliaga & Miche (2017) concluyen que “los factores que influyen para el incumplimiento de la vacunación en niños son la menor instrucción de la madre y el menor nivel socioeconómico (...)” (p.32). Esta información nos permite darnos cuenta de que mientras más alto es el nivel socioeconómico y el nivel de instrucción existen más posibilidades para que las madres cumplan adecuadamente con el esquema de vacunación en los niños.

En nivel de conocimiento se evidenció que la mayoría de las madres, es decir; 45,83% poseían un nivel de conocimiento alto sobre aspectos generales de vacunas, de la misma manera en un

estudio en Lima-Perú sobre factores relacionados al cumplimiento del calendario de vacunación en madres primerizas de menores de un año en un Hospital Nacional de Lima, Castillo (2017) concluye que “el 52% conoce el calendario de vacunación, reacciones adversas y otros (...)” (p.47).

En cuanto al tiempo de espera en la presente investigación se evidenció que el 36,1% refirieron que el tiempo de espera siempre es adecuado, el 56,9% a veces es adecuado y solo el 6,9% no es adecuado, de la misma manera en un estudio realizado en Loja, Ecuador sobre el incumplimiento del esquema de vacunas en niños y niñas menores de 24 meses en el centro de salud de Chontacruz, Sánchez (2018) concluye que “las madres señalan en porcentaje similares que si es adecuado (43,6%) y algunas veces el tiempo de espera (43,6%), tan solo un pequeño porcentaje menciona que es tiempo de espera no es adecuado (12,8%)” (p. 35).

En relación a la distancia del domicilio al centro de salud solo el 2,8% de las madres encuestadas respondieron que viven muy lejos, de la misma forma en un estudio realizado en Loja, Ecuador sobre el incumplimiento del esquema de vacunas en niños y niñas menores de 24 meses en el centro de salud de Chontacruz, Sánchez (2018) concluye que “de las madres encuestadas (...) un mínimo de las madres señala que no asisten a la cita programada porque viven lejos” (p. 40). De esta manera podemos darnos cuenta de que la distancia del domicilio a la unidad de salud no es un impedimento para que las madres cumplan con el esquema de vacunación, sino que por el contrario cumplen debido a que el centro de salud queda cerca de sus lugares residenciales.

En el presente estudio se evidenció que existe un 98,98% de cumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de cinco años, a diferencia un estudio realizado en Lima-Perú, Chafloque, Escobedo & Vicente identificaron que solo “un 42,7% cumplen con las vacunas en el tiempo estipulado para su edad” (p. 13).

## CONCLUSIONES

- Con respecto a las características sociodemográficas de las madres, se refleja que la mayoría tenían un nivel de instrucción secundaria y superior con (48,6% y 47,2%) respectivamente, en cuanto al estado civil la mayoría eran casadas con 48,6% y mestizas en un 94,4% predominando un nivel socioeconómico medio de 91,7%; todos estos factores estuvieron relacionados positivamente en el cumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de 5 años.
- El nivel de conocimiento fue relacionado con la edad de la madre, donde se apreció que en el grupo comprendido entre 20-39 años las madres sobresalen con un nivel de conocimiento alto y medio (84,84% y 72,41%) respectivamente; con relación a aspectos generales de las vacunas.
- Se evidenció que a pesar de que las madres poseen un nivel medio de satisfacción (58,3%) con respecto al trato de las enfermeras vacunadoras y la información que brinda el centro de salud, cumplen con asistir a la vacunación de sus hijos oportunamente.
- Las madres encuestadas refirieron que el tiempo de espera a veces es adecuado y que el nivel de satisfacción es medio, se demostró que a pesar de esto las madres acuden a cumplir con el esquema de vacunación que a sus hijos les corresponde.
- En cuanto al cumplimiento de las vacunas de 2 meses se observó el 100% de cumplimiento adecuado para la edad y atraso en el cumplimiento.
- Para el cumplimiento de las vacunas se observó que los siguientes grupos de edad obtuvieron el 100% de cumplimiento: 2 meses, 12 meses y 1 año 6 meses.
- En cuanto al grupo de edad de 4 meses se observó un cumplimiento de 98%, para el grupo de 6 meses se observó un cumplimiento de 98,28% y en el grupo de edad de 15 meses se observó un cumplimiento de 97,65%.
- De forma grupal el cumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de cinco años es del 98,98%.
- Las estrategias que implementó y continúa realizando el MSP en cuanto al programa ampliado de inmunizaciones son efectivas debido a que favorecen el aumento de los porcentajes de coberturas de vacunación.

## RECOMENDACIONES

- Implementar, en futuras investigaciones, métodos que permitan establecer asociaciones estadísticas entre las variables estudiadas y el cumplimiento del esquema de inmunización para la comprobación de los resultados descriptivos.
- En próximas investigaciones se recomienda tomar en cuenta todos los barrios que conforman el sector la Magdalena y realizar la recolección de datos casa a casa o en forma de barrido, con el fin de tener una muestra más representativa acerca de la situación de la población.
- Establecer medidas en el centro de salud, en relación con el trato de las enfermeras vacunadoras y los servicios de información brindados acerca de aspectos generales de las vacunas; con el fin de lograr mayores porcentajes de satisfacción por parte de los usuarios.
- Se recomienda que las enfermeras vacunadoras dentro de la capacitación que brindan al momento de la administración de las vacunas hagan más énfasis en el cumplimiento de las vacunas en la fecha establecida para prevenir atrasos o incumplimiento.
- Exista mayor difusión del programa de inmunizaciones hacia la población de la Magdalena para mejorar el nivel de conocimiento de todas las madres

## BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez , F., & Rodríguez, V. (2015). *Parotiditis y otras afecciones de las glándulas salivales* . Obtenido de [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2014/xviii03/02/153-160\\_parotiditis\\_y\\_otras.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2014/xviii03/02/153-160_parotiditis_y_otras.pdf)
- Álvarez, F. (2015). *Características generales de las vacunas*. Obtenido de [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix10/02/n10-666-674\\_FcoAlvarez.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix10/02/n10-666-674_FcoAlvarez.pdf)
- Asociación Española de Pediatría . (2019). *Generalidades de las vacunas* . Obtenido de <https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-1>
- Asociación Española de Pediatría . (2020). *Vacuna neumococo*. Obtenido de <https://vacunasaep.org/familias/vacunas-una-a-una/vacuna-neumococo>
- CEPAL, UNFPA, UNICEF. (2011). *La caja de herramientas para la inclusión de pueblos indígenas y afodescendientes en los censos de población y vivienda* . Obtenido de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1446/3/S2011512\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1446/3/S2011512_es.pdf)
- CIMA. (2016). *Ficha técnica rotarix*. Obtenido de [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/05330009/FT\\_05330009.html#4-5-interacci-n-con-otros-medicamentos-y-otras-formas-de-interacci-n](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/05330009/FT_05330009.html#4-5-interacci-n-con-otros-medicamentos-y-otras-formas-de-interacci-n)
- Definición.DE. (2018). *Cumplimiento* . Obtenido de <https://definicion.de/cumplimiento/>
- Definición.DE. (2019). *Conocimiento* . Obtenido de <https://definicion.de/conocimiento/>
- Definición.DE. (2019). *Creencia* . Obtenido de <https://definicion.de/creencia/>
- Definición.DE. (2019). *Educación*. Obtenido de <https://definicion.de/educacion/>
- Definición.DE. (2019). *Traslado*. Obtenido de <https://definicion.de/traslado/>
- DefiniciónABC. (2019). *Definición de Nivel socioeconómico*. Obtenido de <https://www.definicionabc.com/economia/nivel-socioeconomico.php>
- Delpiano, L., Astroza, L., & Toro, J. (2015). *Sarampión*. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v32n4/art08.pdf>
- García, M., Luján, M., & Martínez, M. (2007). *Satisfacción laboral del personal de salud*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2007/eim072b.pdf>
- Grove, S., Gray, J., & Burns , N. (2016). *Investigación en enfermería* . Barcelona: Elsevier.
- Guamangallo, T., & Flores , M. (Marzo de 2017). *Incumplimiento del esquema de vacunas en niños menores de 2 años del centro de salud Marianitas en Quito*. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/9861/1/T-UCE-0006-106.pdf>
- Guía Mundial de la Organización Mundial de Gastroenterología. (2015). *Hepatitis B*. Obtenido de <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/hepatitis-b-spanish-2015.pdf>
- Hospital Universitario Austral. (2020). *Vacuna antineumocócica conjugada*. Obtenido de <https://www.hospitalaustral.edu.ar/vacunas/vacuna-antineumococica-conjugada/>

- LlumiQuinga, M., & Chico, D. (2019). *Estado de inmunización y riesgo biológico en profesionales de salud del primer nivel de atención del distrito 17D09 en el año 2019*. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16908/1.%20Tesis%20Estado%20de%20inmunizaci%C3%B3n%20y%20riesgo%20biol%C3%B3gico%20en%20profesionales%20de%20salud.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Lopera, E. (2016). *El movimiento antivacunas* . Obtenido de [file:///C:/Users/PC/Downloads/antivacunas\\_tripas.pdf](file:///C:/Users/PC/Downloads/antivacunas_tripas.pdf)
- Mazón, P. (2017). *Repositorio USFQ*. Obtenido de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/6749/1/133063.pdf>
- MSP. (2019). *Esquema Nacional de Vacunación-Ecuador 2019*. Obtenido de [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/01/ESQUEMA-DE-VACUNACIO%CC%81N.DIC\\_.2019.ok\\_.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/01/ESQUEMA-DE-VACUNACIO%CC%81N.DIC_.2019.ok_.pdf)
- MSP. (7 de Marzo de 2019). *Gaceta Epidemiológica Semanal No. 09*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/03/GACETA-GENERAL-SE-09-2019.pdf>
- MSP, OPS, UNICEF. (2005). *Vigilancia epidemiológica del PAI*. Obtenido de [https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=inmunizaciones&alias=598-manual-normas-pai-2&Itemid=599](https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=inmunizaciones&alias=598-manual-normas-pai-2&Itemid=599)
- MSP, Senplades, OPS, OMS . (2017). *Evaluación de la Estrategia Nacional de Inmunizaciones* . Obtenido de [https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=inmunizaciones&alias=673-evaluacion-de-la-estrategia-nacional-de-inmunizaciones-ecuador-2017&Itemid=599](https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=inmunizaciones&alias=673-evaluacion-de-la-estrategia-nacional-de-inmunizaciones-ecuador-2017&Itemid=599)
- Normas nacionales de vacunación . (2019). *Rotavirus*. Obtenido de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/epidemiologia/inmunizaciones/normas-rotavirus.pdf>
- Ocampo, K. (2018). Incumplimiento del esquema de vacunas en niños y niñas menores de 24 meses en el Centro de Salud de Chontacruz. Loja, Loja , Ecuador .
- Olaya, K., & Posada, C. (2018). *Rol de enfermería en la vacunación en niños menores de cinco años en Guayaquil*. Obtenido de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/10123/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-458.pdf>
- OMS . (2019). *Cobertura de inmunización* . Obtenido de <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>
- OMS. (Enero de 2009). *Datos sobre la inmunización en el mundo*. Obtenido de [https://www.who.int/immunization/newsroom/GID\\_SP.pdf](https://www.who.int/immunization/newsroom/GID_SP.pdf)
- OMS. (2019). *Vacunas*. Obtenido de <https://www.who.int/topics/vaccines/es/>
- OPS. (2014). *Introducción de la vacuna inactivada contra la poliomielitis* . Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/Polio-ipv-2014-spa.pdf>
- OPS. (2019). *OPS/OMS alienta a los países de las Américas a actuar para reducir las muertes por hepatitis y mejorar la prevención y el tratamiento*. Obtenido de [https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1791:ops-](https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1791:ops-)

oms-alienta-a-los-paises-de-las-americas-a-actuar-para-reducir-las-muertes-por-hepatitis-y-mejorar-la-prevencion-y-el-tratamiento&Itemid=360

Oxford University Press. (2019). *Edad*. Obtenido de <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/edad>

Pashanaste, D., & Pinedo, L. (2016). *TIEMPO DE ESPERA Y SATISFACCIÓN DE USUARIOS EN CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD MORONACocha, IQUITOS 2015*. Obtenido de <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3314/TESIS%20FINAL%20PINEDO%20PASHANASTE--.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Reinoso, F. (2015). *Estudio jurídico de los atributos de la personalidad*. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22822/1/tesis.pdf>

Servicio Extremeño de Salud. (2016). *Protocolo de vigilancia epidemiológica de Rubéola*. Obtenido de [http://www.areasaludbadajoz.com/SALUD\\_PUBLICA/EPIDEMIOLOG%3%8DA/protocolo\\_rubeola\\_2016\\_extremadura1.pdf](http://www.areasaludbadajoz.com/SALUD_PUBLICA/EPIDEMIOLOG%3%8DA/protocolo_rubeola_2016_extremadura1.pdf)

Significados. (2019). *Significado de cultura*. Obtenido de <https://www.significados.com/cultura/>

Vallejo, R. (2018). *Factores asociados al incumplimiento del esquema de vacunación en niños de 0 a 5 años de edad que pertenecen a un subcentro de salud de la ciudad de Guayaquil*.

Véliz, L., Campos, C., & Vega, P. (2016). *Conocimiento y actitudes de los padres en relación a la inmunización de sus hijos*. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v33n1/art05.pdf>

Weekly epidemiological record. (2018). *Documento de posición de la OMS sobre las vacunas BCG*. Obtenido de [http://www9.who.int/immunization/policy/position\\_papers/pp\\_bgc\\_2018\\_ES.pdf](http://www9.who.int/immunization/policy/position_papers/pp_bgc_2018_ES.pdf)

## ANEXO(S)

### Anexo 1. Esquema nacional de vacunación-Ecuador 2019


ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN-ECUADOR 2019

CICLOS DE VIDA	GRUPOS PROGRAMÁTICOS	TIPOS DE VACUNA	TOTAL DOSIS	DOSES* RECOMENDADA	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN						
						NÚMERO DE DOSIS		REFUERZOS		REFUERZOS		
						1 DOSIS	2 DOSIS	4TA DOSIS (1 REFUERZO)	5TA DOSIS (2 REFUERZO)	6TA DOSIS (3 REFUERZO)		
<b>NIÑEZ</b>	Menores de un año	BCG <sup>o</sup>	1	0,05 ml - 0,1 ml	I.D.	Dosis única R.N dentro de las primeras 24 horas de nacido						
		HB	1	0,5 ml	I.M.	R.N dentro de las primeras 24 horas de nacido						
		ROTAVIRUS	2	1,5 ml	V.O.	2 m	4 m					
		IPV <sup>o</sup>	2	0,1 ml	I.D.	2 m	4 m					
		bOPV	1	2 gotas	V.O.					6 m		
		Pentavalente (DPT + HB + Hib) <sup>o</sup>	3	0,5 ml	I.M.	2 m	4 m	6 m				
		Neumococo conjugata	3	0,5 ml	I.M.	2 m	4 m	6 m				
	Influenza Estac. (H3N2 Triv. Pediátrica (desde los 6 a 12 meses)	2	0,25 ml	I.M.	1 er contacto	al mes de la primera dosis						
	Difteria, Tetanos, Tosferina (DPT)	1	0,5 ml	I.M.						1 año después de la 3ra. dosis de Pentavalente (primer refuerzo DPT)		
	Vacuna bivalente oral contra la Polio (bOPV)	1	2 gotas	V.O.						1 año después de la 3ra. dosis de antipolio (primer refuerzo OPV)		
	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							
	Varicela	1	0,5 ml	S.C.	15 meses							
	Influenza Estacional Triv. Pediátrica	1	0,25 ml	I.M.	1 er contacto							
	24 a 25 meses	Influenza Estacional Triv. Pediátrica	1	0,25 ml	I.M.	1 er contacto						
36 a 59 meses	Influenza Estacional Triv. Pediátrica	1	0,5 ml	I.M.	1 er contacto							
5 años	DPT <sup>o</sup>	1	0,5 ml	I.M.						Segundo refuerzo DPT		
	bOPV	1	2 gotas	V.O.						Segundo refuerzo OPV		
9 años	HPV	2	0,5 ml	I.M.	1 er contacto	6 meses después de la 1. dosis						
<b>ADOLESCENCIA</b>	15 años	dT <sup>o</sup>	1	0,5 ml	I.M.						Tercer refuerzo con toxoide @fanco-testrasa	
<b>ADULTOS</b>	Vacunación en grupos de riesgo:	MEF: Embarazadas	-	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.						
		Hombres	-	20 µg /1 ml	I.M.	Completar esquema según historia vacunal. Conservando los intervalos de 0, 1 mes, 6 meses.						
		Personal de Salud, Trabajadoras sexuales, privados de la libertad, personas viviendo con VIH.	SR	1	0,5 ml	S.C.	Viajeros a países con circulación endémica de sarampión-rubéola y para control de brotes.					
		Viajeros	FA	1	0,5 ml	S.C.	Viajeros a países con circulación endémica de fiebre amarilla una dosis provee inmunidad para toda la vida.					
		Embarazadas, personal de salud, enfermos crónicos desde 6 meses en adelante, adultos de 65 años y más, personas privadas de libertad, personas con discapacidad.	Influenza Estacional Triv. Adulto	1	0,5 ml	I.M.	1 er contacto					

MSP (2019). Esquema Nacional de Vacunación-Ecuador 2019. [Ilustración]. Recuperado de: [https://www.salud.gov.ec/wp-content/uploads/2020/01/ESQUEMA-DE-VACUNACION%CC%81N.DIC\\_.2019.ok\\_.pdf](https://www.salud.gov.ec/wp-content/uploads/2020/01/ESQUEMA-DE-VACUNACION%CC%81N.DIC_.2019.ok_.pdf)

## ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN-ECUADOR 2019

GRUPO DE EDAD	ENFERMEDADES QUE PREVIENE LA VACUNA	VACUNA	FRECUENCIA Y EDAD DE APLICACIÓN
Menores de un año	Meningitis Tuberculosa y Tuberculosis pulmonar diseminada	BCG	Dosis única: de preferencia dentro de las 24 horas de nacidos (esta vacuna puede aplicarse también hasta los 11 meses 29 días).
	Hepatitis B por transmisión vertical (madre con antecedente de HB)	HB pediátrica cero	Una dosis al Recién Nacido (en las primeras 24 horas de nacido).
	Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	Rotavirus	1° dosis: a los 2 meses de edad (máximo hasta lo 3 meses de edad). 2° dosis: a los 4 meses de edad (máximo hasta los 7 meses 29 días de edad).
	Poliomielitis (Parálisis flácida aguda)	IPV (Vacuna Inactivada de Polio)	1° dosis: a los 2 meses de edad (máximo hasta los 11 meses 29 días). 2° dosis: a los 4 meses de edad (máximo hasta los 11 meses 29 días). Intervalo entre dosis IPV 1 IPV2 debe tener 8 semanas.
		bOPV	3° dosis: a los 6 meses de edad (máximo hasta los 11 meses 29 días).
	Difteria, tóserina, tétanos, hepatitis B, neumonías y meningitis por haemophilus influenzae tipo b	PENTAVALENTE (DPT+HB+HB)**	1° dosis: a los 2 meses de edad (máximo hasta los 11 meses 29 días). 2° dosis: a los 4 meses de edad (máximo hasta los 11 meses 29 días). 3° dosis: a los 6 meses de edad (máximo hasta los 11 meses 29 días).
	Neumonías, meningitis, otitis por streptococo neumoniae	Neumococo conjugada	1° dosis: a los 2 meses de edad (máximo hasta los 11 meses 29 días). 2° dosis: a los 4 meses de edad (máximo hasta los 11 meses 29 días). 3° dosis: a los 6 meses de edad (máximo hasta los 11 meses 29 días).
Influenza (Gripe Estacional)	Influenza Pediátrica	1° dosis: de 6 a 11 meses 0 días, 2° dosis: un mes después de la 1° dosis.	
12 a 23 meses	Difteria, Tóserina, Tétanos	DPT	Primer Refuerzo con DPT: al 1 año de la tercera dosis de Pentavalente (máximo hasta los 23 meses 29 días).
	Poliomielitis	bOPV	4° dosis con b OPV: al 1 año de la tercera dosis de bOPV (máximo hasta los 23 meses 29 días).
	Sarampión, Rubéola y Parotiditis (Paperas)	SRP	1° dosis de SRP a los 12 meses de edad. 2° dosis: a los 18 meses de edad; el intervalo mínimo entre dosis es de 6 meses (máximo hasta los 23 meses 29 días).
	Fiebre Amarilla	FA	Dosis única a los 12 meses de edad (máximo hasta 23 meses 29 días).
	Varicela	Varicela	Dosis única a los 15 meses de edad (máximo hasta 23 meses 29 días).
	Influenza (Gripe Estacional)	Influenza Pediátrica	1 dosis: entre 12 y 23 meses de edad (dosificación de acuerdo a esta edad).
24 a 59 meses	Influenza (Gripe Estacional)	Influenza Pediátrica	1 dosis: entre 24 y 35 meses de edad (dosificación de acuerdo a esta edad). 1 dosis: entre 36 y 59 meses de edad (dosificación de acuerdo a esta edad).
5 - 15 años	Difteria, Tétanos, Tóserina	DPT (5 años)	5ta dosis con toxoide diftérico, pertussis y tetanos. 2da dosis de refuerzo DPT (máximo hasta los 5 años 11 meses 29 días).
	Poliomielitis	bOPV	5ta dosis con bOPV. Segundo Refuerzo bOPV (máximo hasta 5 años 11 meses 29 días).
	Cáncer cérvico uterino por virus del papiloma humano	HPV (9 años)	1° dosis: al primer contacto niñas de 9 años. 2° dosis: a los 6 meses de la primera dosis (máximo hasta los 10 años 6 meses 0 días).
	Difteria y tétanos	dT (15 años de edad)	6ta dosis: a los 15 años de edad con toxoide diftérico y tetánico para adulto (verificar carné) y debe tener antecedente de 3 dosis con pentavalente, 4 dosis o primer refuerzo con DPT, 5 dosis o segundo refuerzo con DPT - (máximo hasta 15 años 11 meses 29 días).
Adultos	Difteria y Tétanos (Mujeres en edad fértil, embarazadas y hombres)	dT (Toxoide Tetánico y Diftérico adulto) de 16 a 49 años	Completar esquema según historia vacunal; si no existiera antecedente vacunal proceder a iniciar el esquema: 1° dosis: al primer contacto; 2° dosis: al mes de la 1° dosis; 3° dosis: a los 6 meses de la 2° dosis; 4° dosis al año de la 3° dosis; 5° dosis al año de la 4° dosis.
	Influenza (Gripe estacional)	Influenza Estacional (Grupos de riesgo)	Embarazadas, pacientes puerperas, personal de Salud, personas con discapacidad, personas privadas de libertad, enfermos crónicos de 5 a 64 años, adulto mayor (65 años y más).
	Fiebre amarilla	Vacuna Antiamarilla (FA)	1. Viajeros internacionales o nacionales, que acudan a lugares endémicos con riesgo de transmisión de FA (DOSIS ÚNICA) siempre y cuando no tenga antecedente vacunal. 2. Personas que habitan en zonas de riesgo de transmisión de FA (DOSIS ÚNICA).
	Hepatitis B	H B (adultos)	1. Personas privadas de libertad 2. Personal de salud 3. Trabajadores/as sexuales y otros grupos de riesgo. Administrar 3 dosis conservando los intervalos de 0, 1 mes, 6 meses. Si tienen esquema incompleto (verificando carné de vacunación) continuar con la dosis respectiva, no iniciar el esquema.

MSP (2019). Esquema Nacional de Vacunación-Ecuador 2019. [Ilustración]. Recuperado de: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/01/ESQUEMA-DE-VACUNACION%CC%81N.DIC\\_.2019.ok\\_.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/01/ESQUEMA-DE-VACUNACION%CC%81N.DIC_.2019.ok_.pdf)