

UNIVERSIDAD NACIONAL "PEDRO RUIZ GALLO"



FACULTAD DE ENFERMERÍA

TESIS

**"EL CUIDADO ENFERMERO A NIÑOS MENORES DE 4 AÑOS EN LA
ESTRATEGIA SANITARIA DE INMUNIZACIONES. ESTUDIO
COMPARADO EN DOS CENTROS DE SALUD DE CHICLAYO, 2014"**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORAS:

Bach. Enf. IDROGO DÍAZ, MARGARITA CAROLINA

Bach. Enf. MERA SIFUENTES, ZILKA MERCEDES.

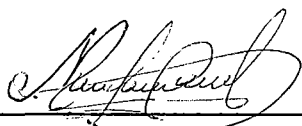
ASESORA:

Dra. ARANDA MORENO, LUCIA.

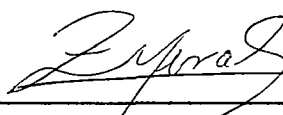
LAMBAYEQUE - 2014

LAMBAYEQUE 2014

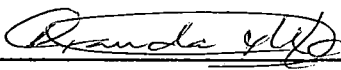
Presentada por:



Idrogo Díaz Margarita Carolina
Autora

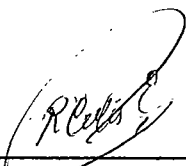


Mera Sifuentes Zilka Mercedes
Autora




Dra. Aranda Moreno Lucía
Asesora


Aprobada por:



Mg. Rosa Violeta Celis Esqueche
Presidente



Lic. Rosa A. del Carmen Larios Ayala
Secretaria



Mg. Viviana del Carmen Santillán Medianero
Vocal

DEDICATORIA

*A nuestros queridos padres por su amor, comprensión y apoyo incondicional para
concluir nuestra carrera profesional con éxito.*

Carolina y Zilka.

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento en primer lugar a nuestro Dios Todopoderoso, por darnos la vida, su infinito amor y darnos la fortaleza necesaria que nos ayuda a seguir esforzándonos cada día y lograr nuestras metas.

A nuestros queridos padres por su amor, apoyo y comprensión durante nuestro proceso de formación en cada una de las etapas de nuestra vida y por los constantes ánimos brindados para realizar el presente trabajo de investigación.

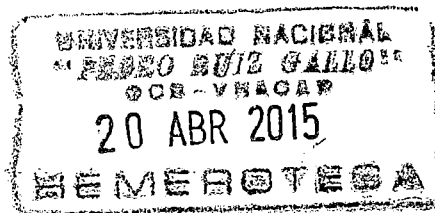
A la Dra. Lucia Aranda Moreno por su consideración, dedicación, apoyo, orientación y constante paciencia, que nos permitió hacer realidad el presente trabajo de investigación.

Al jurado asignado por sus valiosas y muy acertadas sugerencias durante la presente investigación e incondicional apoyo en todo el proceso de formación en aulas.

A las enfermeras que laboran y madres asistentes a la Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones de los Centros de Salud en estudio, donde se realizó la investigación, a todas ellas por su participación voluntaria, tiempo, apoyo e información brindada.

A todas aquellas personas de una u otra manera contribuyeron para la culminación de esta tesis.

Carolina y Zilka



ÍNDICE

Resumen

Abstract

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes	8
2.2. Bases Teóricas Conceptuales	9
2.3. Marco Contextual	32
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	37
3.1. Tipo y abordaje de Investigación	37
3.2. Población y Muestra	41
3.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	43
3.4. Análisis de Datos	45
3.5. Rigor Científico	45
3.6. Principios Éticos	47
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	50
CAPÍTULO V: CONSIDERACIONES FINALES Y	97
RECOMENDACIONES	99
Referencias Bibliográficas	101
Apéndice	107

RESUMEN

La Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones constituye para el MINSA uno de los pilares del área preventivo en la protección de la salud de niños, sin embargo en muchos de los centros de salud se observa limitaciones en cuanto a RRHH. de enfermería, material logístico, infraestructura, esta problemática motivó a investigar: ¿cómo es el cuidado enfermero a niños menores de 4 años en la estrategia sanitaria nacional de inmunizaciones (ESNI) en dos centros de salud de Chiclayo, 2014? el objetivo fue comparar, analizar y comprender el cuidado enfermero a niños menores de 4 años asistentes a la ESNI en los centros de salud en estudio. Investigación de tipo cualitativa, con abordaje de estudio comparado, aplicó muestreo estructural, trabajándose con 4 enfermeras y 8 madres y/o cuidadores asistentes a dicha estrategia. la información se obtuvo por entrevista abierta a profundidad, observación participante y análisis documental, se hizo un análisis de contenido, lo que permitió develar el cuidado enfermero a través de las siguientes categorías: el saber del cuidado enfermero según paradigmas, el proceso enfermero en el cuidar en inmunizaciones y el ser del cuidado enfermero; las consideraciones finales fueron que en ambos centros de salud, el saber del cuidado, está enmarcado en dos paradigmas básicamente: integración y transformación; en la categoría el proceso enfermero en el cuidar, las actividades están orientadas al proceso enfermero, aunque no de manera completa ni siguiendo adecuadamente el orden de cada etapa; en el ser del cuidado, el personal de enfermería emplean algunas estrategias como la comunicación asertiva y la empatía, que humanizan el cuidado.

Palabras claves: Cuidado enfermero, Inmunizaciones, Comparación

ABSTRACT

The Immunization Strategy for the Ministry of Health is one of the pillars in the area of preventive health protection of children, but in many of the health centers is observed limitations in terms of human relations in nursing, logistical supplies, infrastructure, this problem led to investigate: How is nursing care to children under 4 years in the National Immunization Strategy in two health centers in Chiclayo in 2014? The objective that guided the research was to compare, analyze and understand nursing care to children under 4 years in the National Immunization Strategy, in health centers in the study. Qualitative Research rate, comparative study approach, applied structural sampling and the conference with 4 nurses and 8 mothers and / or caregivers attending this strategy. Information was obtained by open-depth interviews, participant observation and document analysis, content analysis was made, which allowed revealing nursing care through the following categories: the knowing of the care as paradigms, the nursing process in caring in immunizations and nurse care being.in Concluding remarks were that in both health centers, the knowing of the care, is basically, framed in two paradigms: Integration and Transformation; category nurses in caring process, their activities be oriented nurse process, but not completely or adequately in the order of each stage; the being of care, nurses use some strategies such as assertive communication and empathy, that humanize care.

Keywords: nursing care, immunizations and comparison.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Las inmunizaciones están consideradas como segunda prioridad sanitaria según el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), y son la forma más efectiva de controlar y disminuir el riesgo de enfermedades inmunoprevenibles en la población¹.

En la actualidad, las enfermedades como, las formas graves de tuberculosis, la hepatitis viral tipo B, poliomielitis, difteria, pertusis, tétanos, neumonía y meningitis por haemophilus influenza tipo b, sarampión, rubéola, parotiditis, fiebre amarilla y otras, han disminuido en todas las etapas de vida, con prioridad en los niños menores de cinco años, gracias a la vacunación².

A nivel mundial, se estima que 22,6 millones de la población menor de 4 años de edad, aún no reciben las vacunas básicas¹. Y en el año 2003, en América Latina y el Caribe se reportó que 680,000 niños no completaron su programa de vacunación³.

En Perú, las inmunizaciones se implementó en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), que se constituye al final de la década del 70, lográndose coberturas promedio o menor al 20%; a partir de la década del 80 se evidencia un aumento significativo y sostenido de las coberturas de protección como resultado de la implementación del PAI⁴. Al concluir el año 1999 se obtuvo las siguientes coberturas en los niños menores de cinco años BCG 96.95%, Polio 95%, DPT 98.86%, AMA 92.52, HIB 79.8%, HVB 79.4%⁴.

La incorporación de nuevas vacunas contra la Fiebre Amarilla en 1995, la Hepatitis B en el 1996, Haemophilus Influenza en 1998, y la Vacuna Combinada desde 1999, cubrieron en un 30% a menores de 1 año⁴. Para el 2003 ingresó la vacuna contra el Sarampión, Rubéola, Parotiditis (SPR), en el 2004 y en el 2005 se universalizó el uso de la vacuna pentavalente⁴. Como resultado de la inclusión de nuevas vacunas, la incidencia de estas enfermedades inmunoprevenibles descendió paulatinamente, dejando de figurar entre las diez primeras causas de mortalidad infantil⁴.

Con el fin de mejorar el trabajo en inmunizaciones, es necesario integrar la participación activa tanto de los trabajadores de salud, los padres de familia y la comunidad organizada. Resaltando el papel que ha ejercido y siguen ejerciendo los profesionales de Enfermería, prueba de ello es que el Ministerio de Salud del Perú determinó que al menos una enfermera (o) por centro de salud sea el responsable de la hoy llamada, estrategia sanitaria de inmunizaciones⁵.

En la estrategia sanitaria de inmunizaciones de los centros de salud en estudio, se pudo observar que la enfermera extrae los paquetes fríos de la congeladora y espera que se descongelen, para luego colocarlos en los termos y colocar la cantidad de vacunas necesarias; y empezar la atención, el niño ingresa al consultorio de inmunizaciones acompañado de su madre o con otro familiar cuidador, después de haber esperado su turno, quienes usualmente acuden un par de horas antes para obtener un cupo de atención. Durante el turno de la mañana hay una enfermera que atiende, al igual que en el turno de la tarde. Una vez que

ingresan se observa un ambiente con muchas personas, enfermera, interna de enfermería, y en algunas ocasiones estudiantes.

Luego la madre se sienta donde la enfermera le indica, la cual le saluda cortésmente, y pide el carnet de atención integral del niño, aunque en ocasiones también es llamado carnet de vacunación, la madre entrega el carnet y la enfermera pide que acueste al niño en la camilla para que retire la ropa, y quede solo en pañal para pesarlo, en caso de lactantes y en niños menores de 5 años, se pide que lo dejen con la menor ropa posible; mientras tanto la enfermera revisa la historia clínica y ve que vacunas le faltan.

Después la enfermera pregunta con interés a la madre si su niño ha tenido fiebre, o toma algún medicamento o ha convulsionado antes. Una vez revisado el carnet y en algunas ocasiones la historia clínica indica a la madre que vacunas va a administrar, para lo cual se acerca a los termos, que ya ha preparado con un número prudente de vacunas, selecciona la vacuna, la prepara, aseptiza la zona de inyección, sujeta al niño, en ocasiones con ayuda de la madre y administra, luego le indica brevemente cuales podrían ser las reacciones post-vacunal que podría sucederle y como cuidar de su niño frente a estas posibles reacciones.

Finalmente termina de registrar y continúa con la atención, no demorándose más de 8 a 10 minutos por niño. También se pudo observar que en algunas historias clínicas, las enfermeras (os) se limitan a escribir que vacuna administró y la orientación post vacunal, que brindan.

Considerando la realidad descrita y por ser una investigación cualitativa con enfoque de estudio comparado se planteo la siguiente interrogante: ¿Cómo es el

cuidado enfermero a niños menores de 4 años en la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones en dos Centros de Salud de Chiclayo, 2014?

Siendo el objetivo que guió la investigación, analizar, comprender y comparar el cuidado enfermero a niños menores de 4 años en la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones, en los centros de salud en estudio.

La presente investigación se justifica en el cuidado holístico que brinda la enfermera, mediante su rol de promotora de la salud, a toda persona bajo su cuidado y en todas las etapas de vida, de acuerdo a las respuestas de las necesidades que toda persona posee; además enfermería como ciencia desarrolla teorías y modelos sobre el cuidado, constituyéndose en la piedra angular y el ser de enfermería, lo que permite realizar con más sentido y propósito su práctica profesional. Según Resolución Ministerial N°080-MINSA/DGSP-V 003 del año 2013, se aprueba la Norma Técnica de Inmunizaciones, señalando a la enfermera (o) como principal responsable de esta.

Es aquí donde el profesional de enfermería además de controlar y prevenir las enfermedades inmunoprevenibles, conoce la cultura de cada persona para enriquecerse y fortalecerse en la atención que brinda y fomenta así el cumplimiento de la asistencia de los padres de familia a la estrategia sanitaria de inmunizaciones.

Se trabajó con niños menores de 4 años, debido a que hasta esa edad se administra un gran número de vacunas. Así mismo, se tomó como lugar de ejecución las instituciones de salud, C.S. “José Olaya” del distrito de Chiclayo y

el C.S. “Atusparias” del distrito de José Leonardo Ortiz; en los cuales existe una gran demanda de niños menores de 4 años, pues ambos son de nivel I 4 y cuentan con un consultorio de Inmunizaciones.

Son escasos los trabajos de investigación que abordan el cuidado enfermero a niños en la estrategia sanitaria de inmunizaciones, razón por la cual nos motivó a realizar la investigación que pretende contribuir con el sano crecimiento y desarrollo de los niños, de tal forma que permita identificar las fortalezas y limitantes del cuidado enfermero que brinda y cómo influye en la situación de salud de nuestro país.

A través de este estudio comparado, delimitaremos como es el cuidado enfermero en ambos centros de salud, permitiendo develar el cuidado en los dos centros de salud, lo cual permitirá obtener las fortalezas y debilidades en el cuidado y evaluar de manera global como se está dando este cuidado.

A los profesionales de salud será de gran utilidad esta investigación, para que reformulen su labor de promocionar la salud y buscar transformar la realidad, abriendo nuevos campos de trabajo. Así mismo, sirve como fuente bibliográfica y aporte significativo en la realización de futuras investigaciones en la misma línea y como base teórica en el área del cuidado de la persona.

La importancia de este trabajo radicó en que permitirá concientizar a las instituciones de salud sobre la importancia de ofrecer cuidado enfermero a los niños menores de 4 años, con el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor

evidencia y la más actualizada, que aporta la investigación sobre el cuidado individualizado y humano.

En este contexto el profesional de enfermería tiene un papel protagónico e importante en la estrategia sanitaria de inmunizaciones, ya que como agente de cambio y líder en el área preventiva promocional brinda atención a la persona y familia utilizando como herramienta el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS). Para de esta manera asegurar un mejor estado de salud y desarrollo en la población infantil.

Para la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, significará una manera viable de ampliar el campo de la investigación científica en salud y orientarlo a la formación de nuevos profesionales. Y motivará a otros investigadores a realizar otros estudios que contribuyan a mejorar la calidad de vida de este grupo étnico.

En las investigadoras este trabajo impulsará el desarrollo de actitudes y capacidades de investigación, desarrollando un pensamiento crítico, fortaleciendo su rol investigador y así obtener la experiencia necesaria para orientar y reorientar el cuidado enfermero basado en evidencia científica.

Finalmente el presente informe está estructurado de la siguiente manera.

Capítulo I: Introducción, el cual contiene la realidad problemática, el problema, los objetivos, y la justificación e importancia.

Capítulo II: Marco teórico, aquí se encuentra los antecedentes, bases teóricas conceptuales y marco contextual.

Capítulo III: Marco metodológico, aquí se ubica el tipo de investigación, enfoque, población y muestra, métodos y técnicas de recolección de datos, análisis de los datos, rigor científico y principios éticos.

Capítulo IV: Resultados y discusión, aquí serán presentadas las categorías y sub categorías con su respectivo análisis.

Capítulo V: Consideraciones finales y recomendaciones.

Apéndice: Entrevista semi-estructurada abierta a profundidad, observación participante y consentimiento informado.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

No se encontraron antecedentes que se relacionen con los resultados de esta investigación.

2.2. Bases Teóricas Conceptuales

Con la finalidad de tener mayor claridad, respecto a los elementos de la investigación se inicia la revisión teórica con el objeto de estudio.

Cuidado Enfermero

El cuidado de enfermería evolucionó en la búsqueda de nuevos saberes y quehaceres, en la perspectiva de reafirmar la profesión como ciencia, arte y tecnología. La enfermería es una ciencia que tiene como objeto de trabajo específico el cuidado de las respuestas humanas de la persona, familia y comunidad frente a las experiencias de vivir y morir⁹; constituyéndose en la profesión el compromiso con el cuidado y el acto de servir, con el fin de mejorar las condiciones de vida humana.

El cuidado es una responsabilidad moral que trasciende los límites de la enfermería como profesión, para insertarse en el campo de los valores sociales y las acciones moralmente justificables⁹.

Para las investigadoras el término cuidado es la acción encaminada a hacer algo por alguien, ayudando al otro a crecer, realizarse y enfrentar dificultades propias de la vida.

Hasta la actualidad, el cuidado ha ido evolucionando con los acontecimientos y las corrientes de pensamiento que se han ido sucediendo a lo largo de la historia de la enfermería, lo que ha provocado situaciones de cambio del objeto de esta ciencia, para esto es necesario abordar los diferentes paradigmas y concepciones que han ido configurando al cuidado hasta la actualidad¹⁰. Los cuales son: paradigma de categorización, paradigma de integración y paradigma de transformación.

En el Paradigma de la Categorización, el cuidado es la intervención que la enfermera realiza mediante reglas aprendidas y que sirve para proporcionar el entorno adecuado que permita actuar a la naturaleza y recuperar la salud, consideran como el centro del cuidado a la enfermedad cuyo fin era eliminarla, los cuidados están fragmentados en tareas¹¹. Es decir la enfermera tenía el rol de actuar por la persona.

En el Paradigma de la Integración, el cuidado se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones lo que significa que se llevará a cabo para recuperar a la persona de su enfermedad, prevenir dicha enfermedad incluso, fomentar su salud. La enfermera aplica el cuidado después de identificar la necesidad de ayuda de la persona y considerar sus percepciones y su integralidad¹¹. Es decir la enfermera tenía el rol de actuar para la persona.

En el Paradigma de la Transformación, el cuidado se dirige a la consecución del bienestar y la estabilidad de la persona; de este modo, la intervención de enfermería supone respeto e interacción de la persona y enfermera, ambos se benefician para desarrollar el potencial propio y los cuidados acompañan a la

persona en el proceso de vivir¹¹. Es decir la enfermera tiene el rol de actuar con la persona y promover su potencial.

Los paradigmas son supuestos que permiten crear un marco conceptual a partir del cual se le da cierto sentido y significado. En este caso, los paradigmas que ha vivido y vive enfermería en el transcurso de su historia, han sido fundamentales para posicionar la definición que se tiene actualmente del Cuidado.

Los Cuidados de Enfermería se reconocen como el núcleo del quehacer profesional y el objeto de enfermería, y están condicionados por la propia sociedad que tiene necesidades específicas de atención, ya que el ser humano busca para el mantenimiento de la vida cuidados con mayor calidad, y de esta forma poder satisfacer sus necesidades¹¹⁻¹².

El Cuidado cuenta con un marco teórico filosófico, en donde se encuentran las teorías y modelos del cuidado, que han sufrido una rápida evolución hasta alcanzar un cuerpo doctrinal de conocimientos propio de una disciplina académica¹¹.

El Cuidado Enfermero cuenta con una metodología propia, que es el proceso enfermero, éste es un método sistemático y racional, centrado en la persona cuidada. Este proceso conlleva a la obtención de datos y su análisis con el fin de identificar respuestas humanas, así como el desarrollo y la revisión continua de un plan de intervenciones de enfermería destinadas a conseguir unos resultados establecidos de común acuerdo¹³.

El proceso enfermero se organiza en cinco etapas cíclicas interrelacionadas y progresivas: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación¹².

La Valoración, es un proceso continuo que se lleva a cabo durante “todas las fases del Proceso enfermero”, de allí que todas las fases del proceso dependen de la obtención exacta y completa de los datos necesarios¹⁰. El objetivo principal de la valoración es captar en cada momento la situación de salud que está viviendo la persona cuidada, así como su respuesta a la misma¹⁴. Y se desarrolla en cuatro fases.

La recolección de datos, es la fase donde se recoge toda la información necesaria para poder identificar el problema, las causas, las posibles variables o interferencias en el mismo (creencias, familia, situación social, etc.) y el marco de actuación que nos queda para solucionarlo.

Los métodos que se utilizan para la recolección de datos son: La Observación, permite que la enfermera recolecte datos objetivos de su sujeto de cuidado. En la ESNI es importante que el profesional de enfermería, valore al niño y al acompañante desde el momento del ingreso al consultorio y de manera continua hasta el momento de la salida de este¹⁴.

La Entrevista, permite recoger datos para completar la valoración, el diagnóstico y planificación de cuidados. La enfermera a cargo de la ESNI, realiza la entrevista de manera clara y sencilla, con el objetivo de obtener información relacionada a

los signos de riesgo presentes en sus niños, que puedan contraindicar la vacunación¹⁴.

El Examen Físico, es otro método, que implica la obtención de información observable y objetiva de la persona; utilizando los cuatro principales métodos de exploración; que son, inspección, palpación, percusión y auscultación¹⁴.

La Revisión Documental, consiste en obtener datos mediante la búsqueda en la historia clínica o documentos de identidad.

A su vez ésta recogida de datos es verificada, y se lleva a cabo la Validación/Verificación de los datos, consiste en confirmar que los datos obtenidos en la etapa anterior son ciertos¹⁴. En la ESNI estos datos brindados por la madre y/o cuidador, pueden ser comprobados mediante la revisión de la historia clínica y el carnet de vacunación.

Luego se organizan dichos datos para que sean efectivos, y entonces aparecerá la Organización de los datos, la cual consiste en agrupar datos en categorías o conjuntos de información, como por necesidades básicas según V. Henderson, por Necesidades Humanas, según la jerarquía de Maslow, modificada por R. Kalish y por patrones funcionales¹⁴.

Por último, el registro de los datos, consiste en dejar constancia por escrito de toda la información obtenida. Es importante registrar en la historia clínica y en el carnet todas las vacunas administradas, de manera, clara y evitando los borrones.

La segunda fase del Proceso enfermero (diagnóstico), es una función intelectual compleja, que incluye el análisis e interpretación de los datos obtenidos y la formulación de los diagnósticos de enfermería¹⁵.

La edición 2012-2014 de la NANDA está organizada por conceptos según los dominios de la Taxonomía II¹⁶⁻¹⁷. El Dominio I: Promoción de la Salud, el cual se define como la toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias usadas para mantener el control y fomentar el bienestar o la normalidad de la función. Dentro de este dominio se encuentra la Clase 2, referente al manejo de la salud: identificación, control, realización e integración de actividades para mantener la salud y el bienestar; dentro de esta clase se encuentra un diagnóstico de enfermería referente a inmunizaciones es el siguiente: (00186) Disposición para mejorar el estado de inmunizaciones.

El Dominio X: Principios vitales o Estilo de Vida, consiste en valorar aquellas creencias que tienen un valor intrínseco para la persona. Dentro de este dominio se encuentra la clase 3: hace referencia a la congruencia o equilibrio entre los valores, las creencias y las acciones; dentro de esta clase se encuentra un diagnóstico de enfermería referente a inmunizaciones es el siguiente: (00079) Incumplimiento del Tratamiento/ Calendario de Vacunación.

La tercera etapa del PE es la planificación, que consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo, identificadas en el diagnóstico de enfermería¹¹.

El componente de planificación del Proceso de Enfermería consta de cuatro fases: establecimiento de prioridades, según las necesidades de: Maslow y Kalish; elaboración de objetivos, los objetivos indican lo que será capaz de hacer el cliente como objetivo de las acciones de enfermería; desarrollo de intervenciones de Enfermería, consiste en elaborar intervenciones de enfermería que describan cómo ayudará el profesional de enfermería a que el cliente consiga los objetivos propuestos¹⁸. Y la documentación del plan, la etapa cuarta y final de la fase de planificación, consiste en la comunicación del plan por escrito a los otros miembros de enfermería, o sea el registro de los objetivos y de las intervenciones de una forma organizada¹⁸.

La Taxonomía NIC, es una clasificación normalizada completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. La estructura de la Taxonomía NIC tiene 3 niveles: 7 Campos, 30 Clases e 542 Intervenciones¹⁷; dentro del primer nivel, encontramos al campo 7 referente a comunidad, que son los cuidados que apoyan la salud de la comunidad; aquí encontramos dos intervenciones de enfermería referente a la ESNI, estas son las siguientes: (6530) Inmunización /Administración de vacunas y (5510) Educación sanitaria.

La Taxonomía NOC, trata de dotar a la enfermera de un sistema validado y un lenguaje propio para identificar, nombrar y medir los resultados que resultan de su práctica. Actualmente hay 7 dominios, 31 clases y 385 resultados¹⁷.

Dentro del dominio VII encontramos los siguientes resultados esperados relacionados con la ESNI: 2800 Salud comunitaria: inmunidad, 1900 Inmunización, comportamiento, 1602 Conducta de promoción de la salud, 1801

Conocimiento. Seguridad infantil, 1824 Conocimiento: de las enfermedades inmunoprevenibles¹⁶⁻¹⁷.

La Ejecución, es la fase que está enfocada en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados¹⁸. En la ESNI durante la ejecución el personal de enfermería, además de administrar la vacuna y de mantener la cadena de frío, brinda la educación necesaria a la madre y /o acompañante.

La evaluación es la fase final del proceso de enfermería y conlleva las respuestas a las preguntas: ¿están bien hechas las intervenciones planificadas para los problemas del cliente?, ¿se han conseguido los resultados que se esperaban?, Además, aun habiendo conseguido los resultados ¿eran las mejores intervenciones que podía hacer? ; En la ESNI es común preguntarse ¿Se registró correctamente la vacuna administrada en el carnet y la historia? ¿Es igual el número de vacunas registradas al número de vacunas administradas? ¿La madre entendió la importancia de la vacuna y sus síntomas post vacunales? Responder a estas preguntas con detalle significa declarar la eficiencia de la enfermera en la estrategia, haciendo una evaluación crítica con respecto a los cuidados ofrecidos al usuario, esto es, una evaluación cuidadosa y deliberada que será clave para la excelencia en la provisión de los cuidados de salud¹⁹.

Alfaro Lefevre apunta que es necesario aumentar al máximo el valor de la satisfacción por parte del consumidor, que no basta con dar buenos cuidados si no existe una retroalimentación para conocer los deseos de la persona con respecto a su plan de cuidados¹⁸.

Las fases del Proceso Enfermero están diseñadas para centrar el cuidado en la persona que demanda los cuidados de salud, el cual obtendrá los mejores resultados de la manera más eficiente.

El enfoque Humanista del cuidado, se basa en que los cuidados se planifican y se ejecutan teniendo en cuenta las necesidades, intereses, valores y deseos específicos de la persona, familia o comunidad²⁰. El profesional de enfermería debe considerar la mente, el cuerpo y el espíritu, y ver al ser humano de una manera holística. Esforzarse por comprender los problemas de salud de cada individuo y el correspondiente impacto del mismo en la percepción de bienestar de la persona y en su capacidad para las actividades de la vida diaria.

Entre las teorías que aportarán a la investigación, dentro de este enfoque es la “Teoría del Cuidado Humano” de Jean Watson, refiere que el cuidado es el arte y la ciencia del Caring, ideal moral de procesos transpersonales dirigidos a la promoción de la armonía “cuerpo-alma-espíritu”. El término “transpersonal” quiere decir ir más allá del propio ego y del aquí y ahora, pues permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la atención de la persona. Finalmente, el objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior.

Watson proyecta una reverencia por las maravillas y misterios de la vida, un reconocimiento de la dimensión de la vida espiritual, y una fundamental creencia en el poder interno de los procesos de cuidado humano para producir crecimiento y cambio²¹. También nos menciona que el cuidado empieza cuando la enfermera

entra en el campo fenomenológico de otra persona, percibe y siente lo vivido y responde a ello de forma que le permita exteriorizar los sentimientos o los pensamientos de la otra persona²².

Para las investigadoras el cuidado humano en enfermería es la ayuda que deben brindar las enfermeras a las personas- familias y entorno de una manera holística abarcando lo bio-psico-social-cultural y espiritual, ya que cada persona es un ser único e irrepetible, el cuidado de enfermería también es brindar promoción de enseñanza- aprendizaje mediante procesos educativos tal y como nos refiere Watson, la promoción de la enseñanza- aprendizaje es un factor de cuidado que permite mayor interacción entre enfermera, persona y familia²⁰.

Además, sostiene que el cuidado de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias²². Al ser considerado el cuidado como intersubjetivo, responde a procesos de salud- enfermedad, interacción persona- medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado. Ella conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal²³⁻²⁴.

Esta teórica enfoca cómo la enfermera brinda un cuidado basado en un compromiso moral mostrando preocupación por los sentimientos que presenten las personas, creando así una atmósfera de bienestar y confort en la persona²⁵.

Watson²⁰ insiste en que la enfermera, el que da el cuidado, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su persona cuidada.

En la investigación, se afirma que el cuidado humano, es el instrumento principal para la promoción de la salud y el desarrollo individual o de la familia. El cuidado integra el conocimiento biofísico y el de la conducta humana para producir o promover la salud y para ofrecer ayuda a quienes están enfermos. Las respuestas del cuidado aceptan a las personas no sólo por lo que son sino por lo que pueden llegar a ser.

La visión humanista del cuidado de Watson, es importante por cuanto cambia la visión de los cuidados de Enfermería en los sistemas hospitalarios, el cuidado debe adquirir una dimensión profunda que va más allá de una simple técnica, de planificar una atención, de recibir un turno, la de una educación rutinaria día a día; es estar ahí con el otro, es compartir sus sentimientos y sus emociones²⁶.

José Carlos Bermejo, doctor en teología pastoral sanitaria y máster en bioética, aporta a esta investigación, refiriendo que la competencia relacional es el conjunto de características de personalidad y comportamientos que facilitan la adquisición, desarrollo y mantenimiento de relaciones mutuamente satisfactorias²⁷.

Es también el saber hacer para sintonizar con las personas, ganarnos su confianza y crear un espacio para la cooperación y la resolución conjunta de problemas. Es decir, es la capacidad de interactuar consigo mismo, las personas y el medio, de una manera humanizante. Esta competencia se basa en conocimientos

objetivos “saber”, actitudes éticas “ser” y habilidades psicomotoras “ hacer”, que la enfermera debe poseer y ponerlas en práctica para brindar un cuidado humanizado durante el ejercicio de su profesión²⁸.

El saber del cuidado, se refiere al conjunto de ciertas prácticas científicas determinadas y el medio ideológico en el cual esos conocimientos son producidos, transmitidos y aplicados²⁹. Y su estructuración en Enfermería viene dado por el hecho de que el cuidado ha sido una actividad que durante siglos ha carecido de sistematización conceptual y de interés en la búsqueda de fenómenos a los cuales hay que dar una explicación, e incluso carecía de una sólida tradición historiográfica que permita hoy en día reconstruir el pasado³⁰.

El saber de enfermería participa de pensamientos mágicos religiosos y formas elementales de razonamiento del cuidado humano que tiene componentes sobrenaturales y naturales³⁰. En una comparación de este tipo de conocimiento y la constitución del saber de enfermería, es necesario observar que este se ve comprometido nuevamente con directrices que lo enmarcan en una concepción de saber popular en cuanto a la transmisión y elaboración de conocimientos relativos al saber y el quehacer de Enfermería, que lo reduce a un sistema no estructurado ni sistematizado, alimentado por la transmisión oral, tan solo recogido en un lenguaje popular al alcance de todos, ya que las actividades del cuidado humano de enfermería habrían quedado relegadas al ámbito privado de los doméstico.

En resumen, el saber de enfermería, era una transmisión oral mediante el lenguaje popular, se adquirían hábitos por repetición en el tiempo, que luego se convierten en normas rígidas, se dan las generalizaciones desde lo particular, no

hay conocimientos previos y se adaptan rápidamente a la realidad de la práctica. Por tanto, es dentro de la ciencia de enfermería que debe desarrollarse el cuerpo de conocimientos de enfermería.

En cuanto al hacer o quehacer del cuidado, enfatiza la realización de funciones, la asistencia al atender necesidades básicas, genera cuidados para la reducción de daños provocados por la enfermedad; la docencia se orienta en dos vertientes, la preventiva dirigida a la sociedad y otra dirigida a la educación enfocada a la enfermería en su modalidad formativa o de educación continua; la investigación con una dirección que permite fomentar indagaciones rigurosas que incrementan y aportan beneficios a su quehacer diario; y por último, funciones de administración dirigidas a lograr que el trabajo requerido sea efectuado en tiempos planeados y compatibles con los resultados esperados³¹.

El hacer de Enfermería se refiere al desarrollo de acciones contempladas en el ejercicio disciplinar y que está relacionado con la aplicación del Cuidado de Enfermería a los individuos, los grupos y los colectivos; donde se reconoce que se requiere de la aplicación de un método que permita la organización de las acciones.

El hacer de Enfermería se ve reflejado en el cuidado que brindan los profesionales, el cual cuenta con una metodología propia, que es el proceso enfermero. Éste es un método sistemático y racional, centrado en la persona cuidada. Este proceso conlleva a la obtención de datos y su análisis con el fin de identificar respuestas humanas, así como el desarrollo y la revisión continua de un plan de intervenciones de enfermería destinadas a conseguir resultados establecidos de común acuerdo³².

Y por último el Ser del cuidado, se refiere a las actitudes con las que debe contar el profesional de Enfermería, el solo referirse al término “cuidado” no es suficiente, pues se requiere desde el saber profesional otorgarle el sentido y las características definitorias que permitan orientar el quehacer profesional.

En este contexto ha de quedar claro que el Cuidado de Enfermería es la esencia y el sentido de la disciplina; alrededor de él gira, tanto el desarrollo conceptual como el ejercicio profesional, la investigación y la formación del recurso humano³³.

Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones

Teniendo en cuenta la importancia de no sólo tratar la enfermedad, sino prevenir la aparición de esta, y de promover la salud en todas las dimensiones de la persona, el país para fortalecer el nivel primario de atención de salud, creó estrategias sanitarias nacionales, para garantizar el cumplimiento de los lineamientos de política del sector salud, para alcanzar un adecuado nivel de vida y estado de salud³⁴.

Una estrategia, se define, como un conjunto de acciones que se lleva a cabo para lograr un determinado fin³⁴. Estrategia Sanitaria, es un conjunto de acciones que el MINSA ha planificado y desarrolla en el corto, mediano y largo plazo, con la finalidad de atender con eficacia, eficiencia y equidad los problemas prioritarios de salud del país³⁵.

Una estrategia sanitaria nacional, es la de inmunizaciones (ESNI), la cual fue creada el 27 de julio del 2004, tiene como finalidad señalar la prioridad política,

técnica y administrativa que el pueblo y Gobierno Peruano reconocen en las inmunizaciones³⁶.

Los objetivos de la ESNI son: Mantener el Perú libre de poliomielitis, sarampión y otras enfermedades inmunoprevenibles, Mantener coberturas superiores al 95%, Inclusión de nuevas vacuna en el esquema nacional de inmunizaciones, adquisición de biológicos y jeringas de excelente calidad, y por último mantener un óptimo sistema de vigilancia epidemiológica³⁷.

La Estrategia Sanitaria cuenta con una Norma Técnica de Salud, actualmente se trabaja con la del año 2013, la cual tiene como objetivo principal “desarrollar acciones de inmunizaciones con eficiencia y eficacia para proteger a la población en riesgo de contraer enfermedades prevenibles por vacunas y disminuir de esta manera la morbilidad causada por estas enfermedades”³⁶⁻³⁸.

El personal de Enfermería de la ESNI, brinda cuidados de salud en forma integral, oportuna, personalizada, científica, tecnológica y sistemática en los procesos de promoción de la salud y prevención de enfermedades inmunoprevenibles, a la persona, familia y la comunidad con el propósito de contribuir a elevar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población³⁹.

La inmunización es la actividad que promueve cambios positivos en la atención integral por etapas de vida y ha demostrado ser la de mayor costo beneficio y costo efectividad en los últimos dos siglos. Aunque se admite que las vacunas no son completamente eficaces, constituyen las intervenciones más seguras en salud³⁹.

La inmunidad, es la resistencia del organismo a una enfermedad específica, debido a la presencia en él de anticuerpos de la misma. La inmunidad específica se puede adquirir de dos maneras: natural, esta se subdivide en pasiva: los anticuerpos los produce la madre y pasan al niño vía tras placentaria y activa: el organismo genera anticuerpos por presencia de un antígeno, por ejemplo tras la recuperación de la enfermedad infecciosa; artificial esta se subdivide en pasiva: se adquiere mediante la sueroterapia, que consiste en suministrar suero sanguíneo de un donante inmune y activa son las vacunas³⁹.

Las vacunas, son suspensiones de microorganismos vivos, inactivos o muertos, fracciones de los mismos o partículas proteicas, que al ser administrados inducen una respuesta inmune que previene la enfermedad contra la que está dirigida³⁹.

Las vacunas inactivadas son producidas por el crecimiento de la bacteria o del virus en un medio de cultivo y que posteriormente han sido tratados con productos químicos o calor, lo que permite su inactivación, estas no pueden replicar y tampoco pueden causar enfermedad. La mayoría de estas vacunas suelen ser incompletas o de duración limitada, por lo que es necesaria más de una dosis³⁹.

Las vacunas vivas atenuadas, son microorganismos que han sido cultivados expresamente bajo condiciones en las cuales pierden sus propiedades nocivas, generalmente por cultivos repetidos. Para producir una respuesta inmune, las vacunas vivas se replican generalmente de manera más leve que la enfermedad natural. Estas vacunas son frágiles y se pueden dañar o destruir con la luz y el calor.

Los constituyentes de los inmunobiológicos generalmente son: líquido de suspensión: pueden ser tan simple como agua destilada o solución salina, o tan complejo como el medio biológico donde se haya producido; los adyuvantes: son compuestos que retardan la absorción del antígeno haciendo que este sea expuesto por más tiempo al sistema inmune, se utilizan compuestos de aluminio, alumbre o calcio; los preservantes o estabilizadores: se usan para inhibir o prevenir el crecimiento bacteriano en los cultivos virales, en el producto final o para estabilizar el antígeno. Son sustancias tales como el timerosal y/o antibióticos específicos⁴⁰.

Las vacunas se pueden administrar por distintas vías, puede ser por vía oral o inyectable (intradérmica, subcutánea o intramuscular). La vía específica para cada inmunobiológico, se da con el fin de evitar efectos indeseables, locales o generales, y para asegurar una máxima eficacia de la vacuna⁴⁰.

La Norma Técnica de Salud 2013, establece el Esquema Nacional de Vacunación, cuyo objetivo es la representación secuencial del ordenamiento y la forma de cómo se aplican las vacunas oficialmente aprobadas para el país⁴¹.

Tenemos en primer lugar, las vacunas que son administradas a los recién nacidos: La vacuna BCG, es una vacuna replicativa, liofilizada que contiene una suspensión de bacilos vivos de Calmette-Guerin, pertenecientes a una cepa de *Mycobacterium bovis* atenuada.

Brinda inmunidad prolongada, permitiendo prevenir formas graves de la enfermedad: tuberculosis meníngea o diseminada, en la población infantil, motivo

por el cual debe ser administrada en una dosis de 0.1 cc por vía intradérmica, con aguja de 27 x ½, en el momento más próximo al nacimiento hasta el menor de 1 año.

Debe tenerse especial cuidado en que personas se va a aplicar, puesto que está contraindicada en niños inmunocomprometidos, hijos de madres VIH positivas y en recién nacidos con peso inferior a 2500 gramos.

La Hepatitis B (Hbv) es una vacuna inactivada recombinante, se administra una dosis de 0.5 cc al recién nacido inmediatamente durante las primeras 12 horas hasta un máximo de 24 horas de nacimiento. Se vacunará a recién nacidos sanos que tengan un peso igual o mayor de 2000 gramos⁴¹.

Su presentación es monodosis, y se administra por vía intramuscular en el tercio medio del músculo vasto externo del muslo, con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 5/8", los refuerzos de esta vacuna lo reciben en 2°.4° y 6° mes en la vacuna pentavalente.

Los lactantes menores de 1 año, recibirán la Vacuna Pentavalente, es combinada y contiene 5 antígenos: toxoide diftérico y tetánico, bacterias inactivadas de Bordetella pertussis, polisacárido conjugado de Haemophilus Influenzae tipo b y antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B. Se administra en tres dosis a los 2, 4 y 6 meses respectivamente, cada dosis comprende la administración de 0.5 cc por vía intramuscular en la cara antero lateral externo del muslo, con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1"⁴¹.

La Poliovirus Inactivados, es una vacuna inyectable, de presentación multidosis y/o monodosis, se administra a los 2 meses de edad. La dosis es de 0.5 cc por vía intramuscular en el tercio medio de la cara antero lateral externo del muslo, con jeringa retractable de 1 cc y aguja 25 G x 1⁴¹.

La Vacuna Antipolio Oral, es una vacuna de virus vivo atenuado de presentación multidosis, se administra por vía oral, es decir directamente en la boca). Cada dosis consiste en dos gotas y se administra cuatro dosis, a los 4 meses, 6 meses, 18 meses y 4 años de edad.

La Vacuna rotavirus, es una vacuna de virus vivos atenuados, se administra por vía oral, indicada para la prevención de diarrea severa por rotavirus en menores de 6 meses de edad. No se debe aplicar después de los 6 meses. Se aplica en dos (02) dosis en el 2do y 4to mes, de presentación monodosis, cada dosis de 1.5 cc por vía oral⁴¹.

La Vacuna Antineumocócica es una vacuna conjugada (Pn-7v) que contiene 7 serotipos de neumococo (los más agresivos). Es muy eficaz contra las enfermedades graves causadas por neumococo, como la bacteriemia, meningitis, neumonía y para prevenir las infecciones del oído y la sinusitis.

En los niños hasta los 12 meses, son 3 dosis: al 2do mes, 4to mes y 12 meses. Se aplica 0.5 cc, por vía intramuscular en el tercio medio de la cara antero lateral externa del muslo, con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1". Entre los 12 y 23 meses y 29 días no vacunados previamente 2 dosis con intervalo de al menos 1 mes entre dosis. Cada dosis de 0.5 cc por vía

intramuscular en el tercio medio de la cara antero lateral externa del muslo. En niños de 2 años a 4 años, con comorbilidad no vacunados previamente, 1 dosis de 0.5 cc por vía intramuscular en la región deltoidea⁴¹;

La Vacuna contra Sarampión, Paperas y Rubéola (SPR), esta vacuna contiene virus vivos atenuados, se administra dos dosis a los niños menores de 5 años: la primera a los 12 meses y la segunda a los 18 meses de edad respectivamente. La vacuna es de presentación monodosis y/o multidosis, se administra 0.5 cc por vía subcutánea en el tercio medio de región deltoidea, con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 5/8"⁴¹.

La Vacuna Antiamarilica, esta vacuna es liofilizada, termoestable, que transfiere inmunidad duradera, está constituida por virus vivos atenuados, se aplica a los 15 meses de edad de manera universal en todo el país. Se administra una dosis de 0.5 cc por vía subcutánea en el tercio medio de región deltoidea con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 5/8" la vacuna es de presentación multidosis⁴¹.

La Vacuna contra la difteria, pertusis y tétanos (DPT), es una vacuna triple bacteriana, se administra como refuerzo en los niños de 18 meses y 4 años, como 1era y 2da dosis de refuerzo respectivamente, se administra por vía intramuscular en el tercio medio de la cara antero lateral externa del muslo, con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1". La vacuna es de presentación multidosis⁴¹.

La Vacuna contra Influenza es una vacuna de virus de las cepas A/H1N1, A/H3N2, que han sido inactivados por medios químicos. Esta vacuna no confiere una inmunidad de por vida en comparación con otras vacunas, debido al cambio anual de la composición antigénica de virus. En niños de 7 a 23 meses y 29 días, son dos dosis de 0.25 cc con intervalo de un mes por vía intramuscular en el tercio medio de la cara antero lateral externa de muslo con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1.11⁴¹.

El Profesional de Enfermería juega un papel fundamental en la ESNI, encargándose por un lado, de la vertiente técnica (mantenimiento de la cadena del frío) y por otro la vertiente de atención directa (administración de vacunas) en el Establecimiento de Salud.

En los Establecimientos de Salud nivel I, se debe designar entre el Profesional de Enfermería un responsable de inmunizaciones encargado de gestionar la provisión de vacunas, la logística de la cadena de frío, evaluar la actividad asistencial y educativa relacionada con la vacunación, supervisar el sistema de registro⁴⁰.

Es por ello que el personal que labora en la ESNI debe estar preparado tanto en el aspecto cognitivo- intelectual, técnico y humanístico, para que así brinde un cuidado humano enfermero y cumplan con las expectativas de los usuarios de los servicios de salud⁴⁰.

Este cuidado humano debe brindarse durante todo su actuar, desde el mismo momento del ingreso del niño menor de 5 años con su madre, expresando alegría

y empatía con su comportamiento gestual y verbal y fomentando una relación interpersonal con el niño y la madre, asimismo en el momento de la administración propiamente dicha de la vacuna, manifestando siempre compromiso por la persona cuidada, para el logro de su bienestar general, potenciando su dignidad humana y espiritualidad.

Al momento de la educación, el Profesional de Enfermería deben utilizar todos sus recursos para educar a la población en su propio beneficio personal y en el de la colectividad.

En el caso de inmunizaciones ha de estar encaminada a conseguir la aceptación de las vacunas y de los calendarios y protocolos de vacunación, especialmente que las madre y/o cuidadores puedan conocer los beneficios de la vacunación, actualmente ocultos, pues en muchas ocasiones no se percibe el riesgo de la enfermedad no conocida, y a desechar los falsos mitos y creencias establecidos en torno a las vacunas (falsas contraindicaciones, etc.)⁴².

El Profesional de Enfermería que trabaja en la ESNI, debe proporcionar una información veraz y actualizada para conseguir la aceptación de las vacunas. El cuidado humano enfermero se evidencia al momento de resolver dudas, inquietudes o preocupaciones que puedan tener la madre o cuidador asistente a dicha estrategia.

Además debe brindar cuidado directo a los niños vacunados, detectando y actuando de manera precoz frente a reacciones adversas a la administración de las vacunas, además el cuidado enfermero se ve mucho antes de la administración, ya

que el profesional de enfermería es responsable también de la conservación de las vacunas⁴⁰.

La cadena de frío es el sistema de procesos ordenados para la conservación, manejo y distribución de las vacunas dentro de los rangos de temperatura establecidos para garantizar capacidad inmunológica⁴⁰⁻⁴². Se inicia desde la producción, recepción, manipulación, transporte, almacenamiento, conservación y culmina con la administración al usuario final en los servicios de vacunación.

Debido a la gran importancia del mantenimiento de la cadena de frío el profesional de enfermería debe actuar en todo momento de manera honesta enfocándose en los valores éticos y morales de tal manera que asegure un adecuado grado de compromiso con la salud de los asistentes a la ESNI y para esto es necesario comprobar diariamente la temperatura, registrando la máxima y la mínima en la gráfica mensual, vigilar que el almacenamiento se realice de manera adecuada, supervisar la disponibilidad de vacunas, previniendo las necesidades, controlar la fecha de caducidad de cada lote eliminando las vacunas caducadas y comprobar la tarjeta de temperatura en el momento de recepción de vacunas⁴².

2.3. Marco Contextual

En nuestro país, el Ministerio de Salud, a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones, creada en el 2004, se ha desarrollado y actualizado las normas técnicas, pasando desde múltiples variantes con el fin de mejorar la calidad de vida de la población, a través de la prevención de las enfermedades

inmunoprevenibles, mediante la inclusión de nuevas vacunas con el objetivo de mantener las coberturas mayores al 95%, brindando atención integral y de calidad.

En el departamento de Lambayeque, encontramos la provincia de Chiclayo, lugar elegido para realizar la presente investigación, donde se encuentran ubicados los centros de salud en estudio, elegidos debido a la gran cantidad de población que reúne cada uno de ellos, el primero es el centro de salud “José Olaya” del distrito de Chiclayo “A” y el segundo es el centro de salud “Pedro Pablo Atusparias” del distrito de José Leonardo Ortiz, “B”. Ambos son considerados como centros de salud sobresalientes que día a día tratan de proyectarse a la comunidad para lograr sus objetivos, cuyas metas son trazadas por el Ministerio de Salud, mediante sus programas preventivo promocionales y asistenciales.

El C.S “José Olaya”, funciona desde hace 38 años, se encuentra ubicado en la avenida Salaverry 317, y está categorizado como nivel I- 4, pues cuenta con centro materno y la atención es todos los días y durante las 24 horas del día. Actualmente el área de influencia del centro de salud es de 9 pueblos jóvenes y 7 urbanizaciones, con la implementación del MAIS y la propuesta de intervención a la comunidad, y ha sido sectorizado conformándose XXII sectores cada uno con un promedio de 11 manzanas, con una población total para atender de 55 016 habitantes. Siendo la zona con mayor concurrencia los pueblos jóvenes “Baca Burga” y “9 de Octubre”.

El C.S “José Olaya”, cuenta con una infraestructura de material noble que consta de tres niveles. En el primer nivel se encuentra la estrategia sanitaria inmunizaciones en la parte final, es un ambiente cercano a consultorios médicos y

mide 7 x 5 m aproximadamente. El consultorio de inmunizaciones cuenta con un escritorio, una mesa, una computadora, una refrigeradora, una congeladora, 6 termos pequeños, 1 caja térmica, paquetes fríos, vacunas, jeringas, algodón, jabón líquido y material bibliográfico, que dota la GERESA según requerimiento.

El C.S. “Pedro Pablo Atusparias”, funciona desde hace 53 años, y brinda atención a la población perteneciente a los pueblos jóvenes de su jurisdicción del distrito de José Leonardo Ortiz, a las zonas de: “Atusparia”, “Urrunaga”, “María Parado de Bellido”, “José Santos Chocano”, “Micaela Bastidas”, “Francisco Cabrera”, con una población de 50249 habitantes; Siendo la zona con mayor concurrencia los pueblos jóvenes “Atusparia” y “Urrunaga”. Este Centro de Salud se encuentra ubicado en la calle Atusparias sin número, y está categorizado como nivel I- 4, pues también cuenta con centro materno y la atención es permanente las 24 horas todos los días.

El centro de salud “Atusparias”, cuenta con dos áreas delimitadas, de material noble y de un piso. Y la estrategia sanitaria de inmunizaciones está ubicada en la primera área, que mide 6 x 5 m aproximadamente. El consultorio de inmunizaciones cuenta con un escritorio, una mesa, una computadora, una refrigeradora, una congeladora, 8 termos pequeños, 1 caja térmica, paquetes fríos, un estante, vacunas, jeringas, algodón, jabón líquido y material bibliográfico, que dota la GERESA según requerimiento. Pero todos los materiales de inmunizaciones están en un ambiente aparte, considerado como almacén de vacunas.

El horario de atención establecido es de 7:30 am a 1:30 pm, turno mañana y de 1:30 a 7:30 pm turno tarde. Es por ello que cuenta con dos encargadas, una en cada turno. En ambos turnos se procede de la misma manera, la madre o cuidador llega al módulo de admisión y solicita su historia clínica, y el técnico la lleva al consultorio, entrega la historia a la enfermera, quien recibe historias, hasta llegar a un número de 30 atenciones por la mañana y 10 por la tarde.

La realidad observada sobre el cuidado enfermero que brindan las enfermeras (os) en ambos centros de salud es muy parecida, por lo que resume en lo siguiente.

Primero la enfermera con su personal sacan los paquetes fríos y se descongelen para luego colocarlos en los termos y coloca la cantidad de vacunas necesarias; luego empieza la atención, el niño ingresa al consultorio de inmunizaciones acompañado de su madre o con otro familiar cuidador, después de haber esperado su turno, que usualmente acuden un par de horas antes para obtener un cupo de atención. Una vez que ingresa la madre, se observa un ambiente con muchas personas, enfermera, interna de enfermería, técnica de enfermería, en algunas ocasiones estudiantes.

Luego la madre se sienta donde la enfermera le indica, la cual la saluda cortésmente, le pide el carnet de atención integral del niño, y algunas enfermeras lo piden como carnet de vacunas, y luego le indica que lo acueste en la camita de niños para que le quite la ropa, y lo deje solo en pañal para pesarlos, en caso de lactantes y en niños menores de 4 años se les pide que lo dejen con la menor ropa

posible; mientras tanto la enfermera revisa la historia clínica y ve que vacunas le faltan.

Luego realiza el examen físico, para detectar signos que contraindiquen la vacunación, mientras tanto hace algunas interrogantes a la madre, si su niño ha tenido fiebre o si está recibiendo tratamiento antibiótico o con corticoides. Después de haber revisado el carnet y en algunas ocasiones la historia clínica le indica a la madre que vacunas va a administrar, para lo cual se acerca a los termos, que están preparados y selecciona la vacuna, la prepara, aseptiza la zona de inyección, sujeta al niño, en ocasiones con ayuda y administra, luego le indica brevemente cuales podrían ser las reacciones adversas que podría sucederle y como cuidaría de su niño frente a estas posibles reacciones.

Finalmente terminan de registrar y continúan con la atención, no demorándose más de 8 a 10 minutos por niño. También se pudo observar que en algunas historias clínicas, las enfermeras (os) se limitan a escribir que vacuna recibió y la orientación post vacunal.

Observaciones, que han sido reflejadas en las manifestaciones de los usuarios, como, que observan muchas personas en un consultorio, faltando así a la privacidad; que no alcanzan cupo de atención, que muy rápido les han atendido, que no le han informado muy bien sobre su próxima cita, etc.

Aquí los profesionales de enfermería, rotan constantemente y su permanencia en general en la ESNI es de aproximadamente 12 meses, la designación del cargo es por parte del médico jefe de las instituciones de salud y no de manera voluntaria, debido a ello muchas no son capacitadas ni llevan un tiempo de

preparación anticipado; generalmente lo hacen mientras se encuentran a cargo de la ESNI, en otros casos es la enfermera que recién empieza a laborar en la institución de salud, es quien se asignada al turno tarde, por lo que no se siente preparada y le evocan sentimientos de temor y preocupación.

En ambos centros de salud la manera de evaluar al personal de enfermería es la misma, esto es realizado por el supervisor de inmunizaciones, quien es comisionado por la GERESA, es así que se evalúan indicadores de forma mensual, para poder determinar el nivel de producción, debido a que cada centro de salud cuenta con un presupuesto determinado para realizar sus actividades de vacunación comprendidas en su plan anual que es elaborado por la enfermera a cargo de la ESNI, obteniendo un monto adicional durante la realización de campañas de vacunación, siempre y cuando esto haya sido aprobado por la GERESA.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y Abordaje de la investigación

La presenta investigación es de tipo cualitativa, que consiste en descripciones detalladas de situaciones, interacciones y comportamientos que son observables, incorporando lo que expresan los participantes como sus pensamientos, sentimientos y reflexiones tal y como son sentidos y expresados por ellos y no como el investigador lo describe⁴³.

La investigación consistió en observar y comparar el cuidado enfermero brindado a los niños menores de 4 años en la estrategia sanitaria de inmunizaciones de dos centros de salud, se realizó a través de la recolección de información especializada y se obtuvieron respuestas a fondo acerca de lo que las personas piensan y sienten mediante la descripción detallada de situaciones, interacciones y comportamientos que son observables.

La investigación se realizó empleando el abordaje de Estudio Comparado⁴⁴. Cuya finalidad es observar y analizar con mayor profundidad las diversas cualidades del objeto de investigación, englobando las semejanzas y diferencias para luego unificar.

Características

Las características del estudio comparado son las siguientes³⁹:

- Toda comparación presupone una concepción apriorística de desigualdad o diferencia. Es decir, cualquier comparación no admite en ningún caso un planteamiento de homonimia o mismidad.

- Cualquier comparación debe contar de forma indispensable con unos criterios, ya sean cuantitativos, cualitativos o ambos, en función de los cuales sea posible ordenar y relacionar el objeto de estudio. Por consiguiente, es absolutamente necesario conocer en profundidad los términos o criterios de la comparación.
- La comparación, después de aseverar la existencia de los sujetos de la comparación, tiene por finalidad el descubrimiento de las semejanzas, las diferencias y las diversas relaciones que pueden establecerse.
- La comparación puede aplicarse a pequeñas variaciones o modificaciones de una misma estructura, pues en muchas situaciones, puede consistir únicamente en determinar el nivel de significación de una cualidad.
- La comparación es una acción de pensar relacionando. Aplicar la comparación a unos datos o hechos concretos sólo puede tener sentido auténtico si el objeto se considera en relación con unos parámetros o valores de carácter superior.
- La comparación supone una afinidad o proximidad geográfica e histórica.
- En toda comparación resulta de importancia el conocimiento exhaustivo de la realidad social y cultural.
- Toda comparación debe distinguir con claridad, entre los planteamientos estructurales o teóricos y la aplicación real de los mismos.

- La comparación acostumbra a tender hacia una unificación o generalización; pues un fin de la comparación reside en aunar, agrupar o englobar estas diferencias. En consecuencia, si la génesis o raíz de la comparación tiene un carácter eminentemente diversificador, el fruto esperado de la investigación comparativa es de índole unificador.
- Por último, toda comparación es un conjunto de relaciones recíprocas o interrelacionales, y el estudio de estas recíprocas relaciones aproxima a los pronósticos. Es decir, en todo momento se debe considerar el sentido prospectivo en un estudio comparado.

Etapas del Estudio Comparado

Según Franz Hilker y George Bereday, las etapas del estudio comparado son las siguientes⁴⁴:

Descripción

Se trata de conseguir un conocimiento amplio y más completo de aquello que se pretende comparar. Fundamentalmente se refiere a dos cuestiones principales: el examen de la información escrita (documentación) y/o visitas al escenario donde se desarrolla el objeto de estudio permitiendo el conocimiento personal in situ⁴⁴.

En la investigación se describió como es el cuidado enfermero a niños menores de 4 años en la Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones de dos centros de salud, a través de la recolección de información en el escenario in situ, mediante la entrevista a enfermeras (os) y familiares cuidadores, la observación participante y el análisis documental, durante el mes de mayo del 2014.

Interpretación

Se intenta dar explicaciones sobre el fenómeno estudiado, poniendo énfasis y profundizando la etapa descriptiva. Se trata de encontrar el por qué y el para qué de las descripciones hechas. Requiere de mayor conocimiento por parte del investigador del fenómeno estudiado⁴⁴.

En la investigación se analizó e interpretó la información recolectada, profundizando el estudio del objeto de investigación, mediante diferentes fuentes bibliográficas.

Yuxtaposición

Se coloca ordenadamente en paralelo los elementos de la realidad A y realidad B, sobre los que se trabajará, yuxtaponiéndose aquellos elementos que guardan correspondencia con sus iguales en otro sistema; pues cuando se coloca frente a frente los elementos seleccionados, se desprende una información sobre sus diferencias y semejanzas⁴⁴.

En la investigación después de haber plasmado las categorías con sus respectivas subcategorías, se expuso en paralelo los datos de ambos centros de salud, con el fin de ubicar de forma paralela las características que guardan relación entre sí.

Comparación

Se establece relaciones entre dos o más fenómenos de un mismo género, relaciones que sirven para deducir una congruencia, una afinidad o una discrepancia; para tratar de ver si las características de los fenómenos que se comparan se corresponden totalmente, en parte, o no se corresponden y luego ya

se pueden emitir conclusiones de la investigación, surgiendo un conocimiento nuevo emergido de la comparación⁴⁴.

En la investigación, después de realizar la confrontación de las categorías y subcategorías, fueron emergiendo las semejanzas y diferencias, lo cual fue discutido a la luz del marco teórico, y se emitieron las consideraciones finales por parte de las investigadoras, surgiendo así un nuevo conocimiento referente al objeto de investigación.

3.2. Población y Muestra

Población (N)

La población estuvo constituida por:

- Enfermeras (os) que laboran en la estrategia sanitaria de inmunizaciones de los centros de salud “A” y “B”.
- Familiares cuidadores, generalmente madres, de los niños menores de 4 años que son usuarios de la estrategia sanitaria de inmunizaciones de los centros de salud “A” y “B”.

Criterios de Inclusión de la Enfermera (o)

- Que labora en la estrategia sanitaria de inmunizaciones, sean nombradas o contratadas, de los centros de salud “A” y “B”.
- Que tengan laborando por lo menos doce meses.
- Que deseen participar y colaborar con la investigación de manera voluntaria.

Criterios de Inclusión del familiar cuidador

- Que tengan un hijo menor de cuatro años.
- Que pertenezcan a la zona de jurisdicción de los centros de salud “A” y “B”.
- Que sus hijos acudan puntualmente a la estrategia sanitaria de inmunizaciones de los centros de salud “A” y “B”.
- Que su nivel de instrucción sea secundaria completa.
- Que deseen participar y colaborar con la investigación de manera voluntaria.

Criterio de exclusión

- Que se encuentren con enfermedades concomitantes o discapacidades.
- Madres menores de edad.

Muestra (n)

La investigación contó con un muestreo estructural que constituye una estrategia no probabilística, válida para la recolección de datos, en especial para muestras pequeñas y muy específicas, donde los individuos que componen la muestra son seleccionados en virtud de sus posiciones sociales, situación en una red social, en una jerarquía.

Que consistió en:

- 4 enfermeras: que laboran en la estrategia sanitaria de inmunizaciones de los centros de salud “A” y “B” (dos por cada institución).

- 8 familiares cuidadores de los niños menores de 4 años: que son usuarios de la estrategia sanitaria de inmunizaciones de los centros de salud “A” y “B” (cuatro por cada institución).

3.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Para recolectar los datos se utilizó como técnica la entrevista semi-estructurada a profundidad, la observación participante y el análisis documental.

Entrevista Semi Estructurada a Profundidad

Entendiéndose a este tipo de entrevista, como un encuentro cara a cara entre el investigador y los participantes, lo que permite conocer bien e interpretar lo que nos quiere decir, para la investigación⁴⁰. El entrevistador/a quiere conocer lo que es importante y significativo para el entrevistado/a; llegar a comprender como ve, clasifica e interpreta su mundo en general o algún ámbito o tema que interesa para la investigación, en particular⁴⁵. Además es de carácter anónimo, y permite la fluidez de respuestas del participante.

Para la investigación se elaboró dos tipos de guías de entrevistas: guía de entrevista semiestructurada dirigida a la enfermera (o), y guía de entrevista semiestructurada dirigida al familiar cuidador. Para las cuales, se utilizó una grabadora manual que ayudó a obtener la información de manera completa y clara; y se realizó en un ambiente acondicionado que brinde privacidad y libertad para expresarse.

Observación Participante

La observación participante es la técnica de recolección de información que consiste en observar y captar la realidad social y cultural de una sociedad o grupo mediante inclusión o participación del investigador en el colectivo objeto del estudio⁴⁵.

En la investigación se utilizó la observación participante observando el lugar de trabajo de las enfermeras donde realizan su cuidado, se pudo observar que los materiales están debidamente ordenados y las paredes se encuentran decoradas con imágenes llamativas para los niños, el ambiente es agitado, con excesivo ruido y hacinamiento de personas, además ambos consultorios no son lo suficientemente amplios para brindar la comodidad necesaria a las madres y niños asistentes; las enfermeras brindan el cuidado a los niños en dicha estrategia, durante los horarios de atención: 7:30am - 1:30pm turno mañana y 1:30pm – 7:30 pm turno tarde), se realizó durante dos meses por cada centro de salud; esto fue posible debido a que ambas investigadoras se encontraban realizando el internado comunitario en los centros de A y B respectivamente. Se contó con un cuaderno de notas o diario de campo, donde se registró como es el cuidado que brinda la enfermera (o) a los niños en dicha estrategia.

Análisis Documental

Análisis documental que se utilizó en la investigación fue la revisión minuciosa de las historias clínicas y carnets de atención integral de salud de los niños menores de 4 años. Cuyo objetivo era, obtener información para verificar el

registro del cuidado brindado por parte de la enfermera (o) y así se contrastó con lo manifestado en las entrevistas y lo observado de la realidad.

3.4. Análisis de Datos

El análisis de datos es el proceso de identificación, codificación y categorización de los principales ejes de significado subyacente en los datos⁴⁶. En el proceso cualitativo, la recolección y el análisis de los datos ocurren en paralelo; asimismo, se concluirá el análisis si es que no se encontrara información novedosa (saturación). En cambio, si no existe claridad en el entendimiento del problema planteado, será necesario regresar al campo o contexto para recolectar más datos⁴⁶.

Se inició con la búsqueda de temas, en donde se descubrieron los elementos comunes entre sujetos y la variación neutral de los datos. Luego se obtuvo los discursos mediante los instrumentos de recolección de datos utilizados: entrevista semiestructurada a profundidad, observación participante y análisis documental, y se procedió a la transcripción de éstos, conservando en todo momento el principio de veracidad de la información. Finalmente se hizo un *análisis temático*, donde los discursos fueron leídos y releídos para descontextualizarlos y posteriormente contextualizarlos en categorías y subcategorías.

3.5. Rigor Científico

Según Guba y Lincoln⁴⁷, la calidad científica se determinó por los siguientes criterios:

Confidencialidad

Este criterio hace énfasis en el rol de la enfermera (o) en la utilización y desempeño dentro del ámbito de su profesión, tomando en cuenta los valores y principios éticos y bioéticos en el desarrollo de sus cuidados enfermeros.

En la investigación se garantizó que las declaraciones dadas por la enfermera (o) y los familiares cuidadores de niños menores de 4 años de edad, no serían publicadas como personas naturales, sino se les identificó con seudónimos, para asegurar el anonimato.

Credibilidad

La credibilidad es el grado o nivel en el cual los resultados de la investigación reflejen una imagen clara y representativa de la realidad o situación dada. Se buscará que los hallazgos del estudio sean reconocidos como verdaderos por los participantes, evitando subjetividades por parte de las investigadoras⁴⁷.

Para determinar la credibilidad en esta investigación se empleó, la grabadora durante las entrevistas, de tal manera que la información recolectada sea una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan, sienten y aseveran; se usaron transcripciones textuales idénticas de las entrevistadas para respaldar los significados e interpretaciones presentadas en el estudio. Se consideró la presencia

de las investigadoras sobre la naturaleza de los datos; y por último se discutió los comportamientos y experiencias en relación con la experiencia de los informantes.

Confiabilidad y/o validez de resultados

La información brindada por los participantes en la investigación no fue manipulada o alterada por las investigadoras. Por tanto, se mostraron contenidos emitidos en forma natural, espontánea y sin incorporación de prejuicios de las investigadoras.

Confirmabilidad

La investigación representó el inicio para que se pueda realizar otras investigaciones, mediante este criterio se ayudará a otros investigadores a seguir la ruta de lo que las investigadoras realizaron. Para ello se realizó un registro y documentación completa de la investigación⁴⁷.

Transferencia o Aplicabilidad

Se trata de examinar qué tanto se ajustarán los resultados con otro contexto, por tanto, el grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos⁴⁷. Es decir, se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones.

3.6. Principios Éticos:

La investigación se rige por los principios éticos según el Informe de Belmont⁴⁸.

Principio de Beneficencia

Se basa en no hacer daño ya sea físico o psicológico, para lo cual se tuvo especial cuidado en la formulación de las preguntas y no se realizaron procedimientos o técnicas peligrosas, informándole a los participantes cuáles son los beneficios que su participación fomentará, asegurando y garantizando a los participantes que la información proporcionada no será utilizada en su contra.

Con esta investigación, se buscó comprender el cuidado enfermero a los niños menores de 4 años y comparar este cuidado en dos centros de salud, así como conocer sus fortalezas y debilidades, generalizando el resultado, el cual se dio a conocer en el presente informe de investigación.

Principio del Respeto a la Dignidad Humana

Este principio comprende el derecho a la autodeterminación, y al conocimiento irrestricto de la información. La *Autodeterminación*, es la libertad para conducir sus propias acciones, incluyendo su participación voluntaria en el estudio, mediante el consentimiento informado, el cual garantiza que el sujeto de investigación exprese voluntariamente su deseo de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se proporciona, a través de un formulario de consentimiento informado entregado por las investigadoras. Y el *Conocimiento irrestricto de la información*, es que se detalla a los sujetos la naturaleza del estudio y los derechos del que goza.

En la investigación se informó a los participantes el tema de investigación, así mismo se les dio a conocer los derechos con los que goza, como son: participar

en la investigación libremente, conservar su identidad mediante el anonimato y hacer uso de un pseudónimo, brindar la información que el informante crea necesario, es decir hasta el momento que sienta que sus emociones no le permitan seguir declarando, manifestar sus desacuerdos, preguntar libremente en caso de alguna duda, el deseo de que su voz sea grabada por audio durante la entrevista, y por ultimo conocer los beneficios que le traerá la investigación.

Principio de Justicia

Este principio se basa en un trato justo, el cual permita que la elección de las posibles personas a investigar no sean víctimas de ningún tipo de discriminación, iniciando una confianza en base al diálogo, explicando el tema y así poder disipar dudas.

Los participantes de la investigación, fueron tratados con justicia, porque se fomentó la cortesía al hablar, tratándolas con respeto, se ofreció un ambiente reservado, de confort, se dispuso del tiempo que los informantes brindaron y sobre todo no se mostraron gestos ni ningún acto de discriminación por las investigadoras.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El cuidar, es una actividad indispensable para la supervivencia, desde que la humanidad existe, el cuidado ha sido relevante constituyendo una función primordial para promover y desarrollar aquellas actividades que permiten vivir a personas y grupos. En Enfermería el cuidado, es la esencia de Enfermería, que busca la satisfacción de las necesidades humanas de la persona, desde su nacimiento hasta su muerte, es decir en todas las etapas de vida.⁹

La práctica de los cuidados de Enfermería supone la adquisición de gran número de conocimientos, habilidades y actitudes esenciales para poder suministrar un cuidado de calidad. Los cuales se constituyen en un conjunto de elementos en los que se basa el ejercicio de la profesión, a la vez que le confieren la capacidad que ha de tener la enfermera(o) de basar su práctica en un marco conceptual definido, de aplicar el proceso científico y de establecer una relación enfermera- persona válida⁴⁹.

En este contexto, las investigadoras, buscan analizar, comprender y comparar el cuidado enfermero a niños menores de 4 años en la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI), en los centros de salud “A” y “B”, producto de la entrevista aplicada a los profesionales de Enfermería y madres de los niños menores de 4 años que se atienden en la ESNI en los centros de salud “A” y “B”, que voluntariamente accedieron a ser entrevistados, y según la observación participante y la revisión documental realizada; se han originado categorías y subcategorías, en base a los elementos del cuidado, saber, hacer y ser,

el cual por ser un estudio comparado en dos centros de salud, se presenta la siguiente síntesis comparativa.

SINTESIS COMPARATIVA			
<u>CENTRO DE SALUD "A"</u>		<u>CENTRO DE SALUD "B"</u>	
<u>I. EL SABER DEL CUIDADO ENFERMERO SEGÚN PARADIGMAS</u>		<u>I. EL SABER DEL CUIDADO SEGÚN PARADIGMAS</u>	
1.1	<i>El Cuidado Enfermero en la Óptica de Integración</i>	1.1	_____
1.2	<i>El Cuidado Enfermero en la óptica de transformación</i>	1.2	<i>El cuidado en la óptica de transformación</i>
<u>II. EL PROCESO ENFERMERO DEL CUIDAR EN LA ESTRATEGIA DE INMUNIZACIONES</u>		<u>II. EL PROCESO ENFERMERO DEL CUIDAR EN LA ESTRATEGIA DE INMUNIZACIONES</u>	
2.1	<i>La valoración del niño al iniciar la estrategia de Inmunizaciones</i>	2.1	<i>La valoración del niño al iniciar la estrategia de Inmunizaciones</i>
2.2	<i>Ausencia de evidencia escrita de utilización del diagnóstico de enfermería</i>	2.2	<i>Ausencia de evidencia escrita de utilización del diagnóstico de enfermería</i>
2.3	<i>Planificando el cuidado enfermero en la estrategia de Inmunizaciones</i>	2.3	<i>Planificando el cuidado enfermero en la estrategia de Inmunizaciones</i>
2.4	<i>Ejecutando el cuidado enfermero en la estrategia de Inmunizaciones</i>	2.4	<i>Ejecutando el cuidado enfermero en la estrategia de Inmunizaciones</i>
2.5	<i>Evaluación del proceso enfermero orientada solo al cumplimiento de metas</i>	2.5	<i>Evaluación del proceso enfermero orientada solo al cumplimiento de metas</i>

III. EL SER DEL CUIDADO ENFERMERO		III. EL SER DEL CUIDADO ENFERMERO	
3.1	Usando la comunicación asertiva	3.1	_____
3.2	Mostrando Empatía	3.2	Mostrando Empatía

I. EL SABER DEL CUIDADO ENFERMERO SEGÚN PARADIGMAS

Enfermería como disciplina científica, integrada por ciencia y profesión, está compuesta por conocimientos que se aplican a partir de una forma particular de ver una situación y de la relación sujeto y el objeto que permiten desarrollar su praxis.

El desarrollo del conocimiento en Enfermería ha venido evolucionado desde los primeros inicios de un hacer vocacional centrado en el oficio de tareas y actividades hacia la consolidación de una disciplina profesional, en la que se ha logrado desarrollar una serie de modelos y teorías articulados a la práctica profesional, que constituyen el cuerpo de conocimientos que sustentan el ejercicio profesional y disciplinar.

Hasta 1978, la vasta mayoría de conocimiento generado por las enfermeras era empírico. Las enfermeras sabían cómo reducir y hacer objetivo el conocimiento, sabían controlar las variables, lo que desconocían, era gran parte de los cimientos filosóficos de la práctica y de su conocimiento⁵⁰, se identificó cuatro patrones del conocimiento derivado del análisis y de la estructura de Enfermería; estos patrones fueron, el empírico, estético, personal y ético. Sin embargo, es necesario reconocer y aceptar la importancia de incluir el conocimiento político y

social en la preparación de las enfermeras planteado por Callista Roy, por su valor e importancia para Enfermería⁵⁰.

El saber de enfermería participa de pensamientos mágicos religiosos y formas elementales de razonamiento del cuidado humano que tiene componentes sobrenaturales y naturales⁵⁰. En una comparación de este tipo de conocimiento y la constitución del saber de enfermería, es necesario observar que este se ve comprometido nuevamente con directrices de saber popular en cuanto a la transmisión y elaboración de conocimientos relativos al saber y el quehacer de Enfermería, que lo reduce a un sistema no estructurado ni sistematizado, alimentado por la transmisión oral, tan solo recogido en un lenguaje popular al alcance de todos, ya que las actividades del cuidado humano de enfermería habrían quedado relegadas al ámbito privado de lo doméstico.

En resumen, el saber de enfermería, era una transmisión oral mediante el lenguaje popular, se adquirían hábitos por repetición en el tiempo, que luego se convierten en normas rígidas, se dan las generalizaciones desde lo particular, no hay conocimientos previos y se adaptan rápidamente a la realidad de la práctica.

El saber o conocer, es caracterizado por la sistematicidad y el rigor, propios de un conocimiento de naturaleza científica, que puede ser tanto cuantitativo como cualitativo, aunando a un fundamento filosófico y epistemológico, las cuales sin lugar a dudas son herramientas efectivas para el desarrollo del conocimiento que fortalece la práctica de Enfermería⁵⁰.

El saber es el conjunto de ciertas prácticas científicas determinadas y el medio ideológico en el cual esos conocimientos son producidos, transmitidos y aplicados³⁰. Y su estructuración en Enfermería viene dado por el hecho de que el cuidado ha sido una actividad que durante siglos ha carecido de sistematización conceptual y de interés en la búsqueda de fenómenos a los cuales hay que dar una explicación, e incluso carecía de una sólida tradición historiográfica que permita hoy en día reconstruir el pasado⁵⁰⁻⁵².

Paradigma es una corriente del pensamiento y manera de ver y comprender el mundo que influye en el desarrollo del conocimiento (Saber) y de la habilidad en el seno de las disciplinas. Los paradigmas son supuestos que permiten crear un marco conceptual a partir del cual se le da cierto sentido y significado⁵³.

La clasificación de los modelos de enfermería como paradigma, que aplica conceptos meta paradigmáticos como los de persona, entorno, salud y enfermería, contempla los trabajos en este campo de un modo que mejora la comprensión del desarrollo del conocimiento y arroja luz sobre el avance de la ciencia de la enfermería dentro de las visiones contempladas por estos paradigmas⁵³. En este sentido se presentan 3 paradigmas: categorización, integración y transformación, que a la vez se han fundamentado en las diferentes corrientes de pensamiento que han servido para orientar la disciplina de enfermería⁵².

Los resultados de la categoría: el saber del cuidado enfermero, según paradigmas, es reflejado en los discursos de las enfermeras al ser entrevistadas para conocer sus saberes, evidencian que en el centro de salud A, las enfermeras de inmunizaciones trabajan bajo un paradigma de Integración y otras en el

paradigma de Transformación, mientras que las enfermeras del centro de salud B lo hacen bajo el de Transformación.

1.1. El Cuidado Enfermero en la Óptica de Integración

El Paradigma de Integración, es una corriente que supondría una prolongación del paradigma de la categorización, ya que las concepciones del modelo exclusivamente biomédicas se irían transformando en orientaciones dirigidas hacia la visión global de la persona como centro de la práctica de enfermería⁵¹. El surgimiento de nuevas teorías (teoría de la motivación, del desarrollo y de los sistemas) y la evolución del pensamiento ponen de manifiesto el reconocimiento de la importancia que tiene el ser humano para la sociedad y en la disciplina de enfermería; se establece una clara diferencia entre ella y la disciplina médica.

La diferencia con el paradigma de categorización radica en que ahora debe considerarse el contexto en el que se produce el fenómeno para poder llegar a comprenderlo y explicarlo. Los trabajos de Enfermería de Henderson, Peplau y Orem quedan enmarcados dentro de este paradigma⁵². Según esta orientación, en los conceptos de metaparadigma de Enfermería se observa que:

La persona, es un todo formado por la suma de las partes que están interrelacionadas entre sí, en búsqueda constante de las mejores condiciones para detener o mantener su salud y bienestar⁵¹.

El entorno, constituido por los diversos contextos en los que vive la persona, supone una interacción constante en forma de estímulos positivos, negativos y de reacciones de adaptación⁵¹.

La salud, es un ideal que se debe conseguir; es decir, adquiere identidad y pierde su subordinación a la enfermedad. Salud y enfermedad son dos entidades distintas que coexisten e interaccionan de manera dinámica⁵¹.

El cuidado, amplía su objetivo y se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; lo que significa que se llevará a cabo para recuperar a la persona de su enfermedad, prevenir dicha enfermedad e incluso, fomentar su salud⁵¹. La enfermera aplica el cuidado después de identificar la necesidad de ayuda de la persona y considerar sus percepciones y su integralidad.

Este cuidado en manifiesto, es producto de las entrevistas que las enfermeras(os) que laboran en la Estrategia de Inmunizaciones de los centros de salud en estudio han manifestado. Y que por ser un estudio comparado, se presenta de la siguiente manera, aunque sólo haya habido manifestaciones en el centro de salud "A", lo cual emerge como diferencia:

CENTRO DE SALUD "A"

"Cuidado, son las actividades de enfermería en la cual se brinda atención a este grupo etario para prevenir enfermedades y así pueda sentir bienestar y salud, en todas sus necesidades"(Tulipán Enf)

"Mi cuidado está orientado a realizar las actividades descritas en la norma técnica de inmunizaciones,

CENTRO DE SALUD "B"

tratando de interrelacionar todas las partes de la persona” (Tulipán Enf)

Las manifestaciones anteriores, reflejan el significado que tiene la enfermera(o) sobre el cuidado que brinda bajo un paradigma de integración, aunque en su discurso refiera que procura la interrelación; es importante tener en cuenta que la enfermera “Tulipán”, ha egresado recientemente, de la universidad, contando sólo con un año de experiencia laboral y su actuar está guiado por los conocimientos adquiridos durante su formación en aulas. Además existe una norma técnica de inmunizaciones, que es usada como guía para el actuar de la enfermera, y la utiliza en su cuidado brindado, no solo piensa en prevenir enfermedades sino que lo hacen para cuidar la salud y alcanzar un bienestar que va mucho más allá de la enfermedad.

1.2. El Cuidado en la Óptica de Transformación

El Paradigma de Transformación, es una corriente que representa un cambio sin precedentes, se da una apertura social hacia el mundo. La Enfermería, inspirada en esta nueva situación dinámica, compleja, va experimentando también una transformación que ha desarrollado nuevas concepciones de la disciplina y supone una orientación de apertura al mundo⁵². Los modelos y teorías propuestos por Porse, Newman, Rogers y Watson quedan encerrados dentro de este paradigma. Esta nueva orientación de apertura social influye decisivamente en la disciplina de enfermería y sitúa los conceptos de los meta paradigmas de la siguiente manera:

La persona, es un todo indivisible que orienta los cuidados según sus prioridades. Es además indisoluble de su universo, en relación mutua y simultánea con el entorno cambiante. La persona, por tanto, coexiste con el medio⁵¹.

La salud, es un valor y una experiencia que cada persona la vive desde una perspectiva diferente, va más allá de la enfermedad, pero a la vez esta sirve para el proceso de cambio continuo de las personas⁵¹. Es una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno. El entorno, es ilimitado, es el conjunto del universo.

El cuidado, se dirige a la consecución del bienestar de la persona, tal y como ella lo define. De este modo, la intervención de enfermería supone respeto e interacción del que ambos, persona-enfermera, se benefician para desarrollar el potencial propio⁵¹. Este cuidado, se ve reflejado en las siguientes manifestaciones de las enfermeras(os).

CENTRO DE SALUD "A"

"El cuidado es la esencia de enfermería, el modo de ser, la relación entre dos o más personas; donde lo más importante es permitir que la otra persona crezca y se desenvuelva" (Girasol Enf)

"Mi cuidado es humano y ve a la persona, considerando sus dimensiones: física, psicológica, emocional, social y espiritual" (Girasol Enf)

CENTRO DE SALUD "B"

"Es el cuidado que se da a las personas para recuperar o promover su salud, mediante la interacción enfermera - persona" (Rubi Enf)

"Es un conjunto de actividades realizadas por el profesional de enfermería que busca restablecer o promover la salud en las personas atendidas, haciéndolo de manera humana" (Esmeralda Enf)

Es notoria que emerge la semejanza, en las enfermeras que trabajan en los consultorios de inmunizaciones de ambos centros de salud, cuyo saber del cuidado enfermero se ampara en el paradigma de la transformación. La enfermera del centro de salud “A”, manifiesta la importancia que tiene su cuidado, en cuestión de permitir el crecimiento y desenvolvimiento de la persona cuidada, en todas sus dimensiones. Mientras que en las enfermeras del centro de salud “B”, refieren establecer una interacción enfermera-persona, con el fin no sólo de recuperarse de la enfermedad sino promover salud; y lo más resaltante en las enfermeras de ambos centros de salud, es que existe la influencia de Watson J, con su teoría del cuidado humano; esto demuestra que buscan ampliar sus conocimientos, debido a la necesidad de ir a la vanguardia en los adelantos de enfermería, siendo este el caso de dos de las enfermeras de ambos centros de salud en estudio, que se encuentran realizando estudios de post grado.

Para King⁵⁶, las enfermeras proporcionan un servicio especial que satisface una necesidad esencial. Enseñan, guían y orientan a las personas y los grupos a conservarse sanos y les proporcionan cuidados cuando están enfermos.

Se coincide plenamente con el criterio de King⁵⁶, teniendo en cuenta el auge que tienen las acciones de promoción y prevención de la salud, esto es manifestado por las enfermeras que laboran en la ESNI en ambos centros de salud, puesto que asumen la responsabilidad de difundir la importancia de acudir al consultorio de inmunizaciones, para la prevención de enfermedades inmunoprevenibles.

Watson⁵⁵, el cuidado es el ideal moral de enfermería, un esfuerzo epistémico, el punto inicial de la acción y una transición única entre la enfermera y la persona. Leninger⁵⁵, en un sentido genérico se refiere a aquellos actos de asistencia, de soporte o facilitadores, que son dirigidos a otro ser humano o grupo con necesidades reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviar las condiciones de la vida humana.

Para Mayeroff⁵⁵⁻⁵⁸, el cuidado es ayudar a alguien a crecer hacia la autorrealización o auto crecimiento, se fundamenta en el valor que se siente por la otra persona, promueve la realización de quien da cuidado, para lo cual es necesario tener en cuenta los poderes y limitaciones, las necesidades y lo conducente al crecimiento del otro.

En el Paradigma de la Transformación, el cuidado se dirige a la consecución del bienestar y la estabilidad de la persona; de este modo, la intervención de enfermería supone respeto e interacción de la persona y enfermera, ambos se benefician para desarrollar el potencial propio y los cuidados acompañan a la persona en el proceso de vivir. Es decir la enfermera tiene el rol de actuar con la persona y promover su potencial.

El hacer enfermero, es importante que trascienda de las técnicas a los procedimientos mediados por la relación de ayuda; sin embargo, la enfermera debe utilizar también el método ya sea como proceso enfermero o como la investigación científica. Esto se verifica en este estudio cuando emerge la categoría:

II. EL PROCESO ENFERMERO DEL CUIDAR EN LA ESTRATEGIA DE INMUNIZACIONES

En la naturaleza de Enfermería se conjuga el ser disciplina y profesión, cuya misión es el cuidado especializado en el ser humano individual y colectivo, en diferentes momentos del proceso vital y en contextos culturales específicos para alcanzar mejores condiciones de vida; respecto a la vida y a la dignidad humana, su práctica requiere de un pensamiento interdisciplinario, de un actuar multifacético y en equipo, y de una visión holística del ser, focalizada en las respuestas de éste frente a los problemas de salud reales o potenciales y que permita explicar, predecir y controlar los fenómenos que abarcan el ámbito de la enfermería y lo que fundamenta su práctica o hacer⁶².

La enfermería es reconocida como una disciplina profesional por lo que tiene dos fundamentos: el cognoscitivo y el profesional. El primero de ellos tiene que ver con la ciencia de enfermería y se refiere al dominio de conocimientos específicos que diferencian una profesión de la otra y que delimitan un campo de estudio, de saber y de interpretación⁶². Mientras que el segundo fundamento se relaciona con la sustentación de la práctica o hacer, es decir, con la filosofía, los valores, la ética, la historia de enfermería y la práctica profesional e indica las mejores formas en que puede promover el cuidado humano, resaltando la importancia de hacer que el arte y el conocimiento de las ciencias sociales y humanísticas se destaquen en todos los aspectos de su ejercicio⁶¹.

El hacer o quehacer de enfermería enfatiza la realización de funciones, la asistencia al atender necesidades básicas, genera cuidados para la reducción de

daños provocados por la enfermedad; la docencia se orienta en dos vertientes, la preventiva dirigida a la sociedad y otra dirigida a la educación enfocada a la enfermería en su modalidad formativa o de educación continua; la investigación con una dirección que permite fomentar indagaciones rigurosas que incrementan y aportan beneficios a su quehacer diario; y por último, funciones de administración dirigidas a lograr que el trabajo requerido sea efectuado en tiempos planeados y compatibles con los resultados esperados⁶².

El hacer de Enfermería se refiere al desarrollo de acciones contempladas en el ejercicio disciplinar y que está relacionado con la aplicación del cuidado de Enfermería a los individuos, los grupos y los colectivos; donde se reconoce que se requiere de la aplicación de un método que permita la organización de las acciones.

El hacer de Enfermería se ve reflejado en el cuidado que brindan los profesionales, el cual cuenta con una metodología propia, que es el proceso enfermero. Éste es un método sistemático y racional, centrado en la persona cuidada. Este proceso conlleva a la obtención de datos y su análisis con el fin de identificar respuestas humanas, así como el desarrollo y la revisión continua de un plan de intervenciones de enfermería destinadas a conseguir resultados establecidos de común acuerdo⁶⁴.

Las características del proceso enfermero son las siguientes: es sistemático, que implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo; tiene como finalidad dirigirse a un objetivo; es dinámico, porque responde a un cambio continuo de la respuesta de la persona cuidada; es interactivo y colaborativo, que requiere que el profesional se comunique

directamente y de forma constante con las personas cuidadas y familias, lo que garantiza la individualidad de los cuidados de la persona; aplica el método científico y el pensamiento crítico; y tiene una base teórica, pues el proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen aportes de las ciencias biológicas, sociales y humanas, por lo cual es aplicable con cualquier modelo teórico de enfermería⁶⁴.

Además su orientación es cíclica, porque sus fases o etapas siguen una secuencia lógica, pero en un momento dado puede participar más de un componente, es decir se solapan unas a otras. Son cinco etapas interrelacionadas y progresivas, la valoración, el diagnóstico de Enfermería, la planificación, la ejecución y la evaluación⁵⁵.

Las investigadoras, presentan los resultados de la investigación en referencia al proceso enfermero en el cuidar en Inmunizaciones, según las fases del proceso enfermero en la ESNI de los centros de salud en estudio, se encontró semejanza en cuanto a la aplicación del proceso enfermero en el cuidar, pues si realizan sus actividades, teniendo como metodología al Proceso Enfermero, aunque no de manera completa ni siguiendo adecuadamente el orden de cada etapa; siendo la más resaltante la ausencia de evidencia escrita del diagnóstico de enfermería; así mismo, se presentan las manifestaciones de las enfermeras y madres de los niños menores de 4 años que se atienden en esta estrategia, además se ha aplicado la observación en el trabajo de campo y la revisión documental, para lograr una mayor validez en los resultados; que se verán reflejados en las siguientes fases del cuidado enfermero.

A continuación, los resultados de la valoración del proceso enfermero

2.1. La valoración del niño al iniciar la Estrategia de Inmunizaciones

La valoración, es un proceso continuo que se lleva a cabo durante todas las fases del proceso enfermero, de allí que todas las fases del proceso dependen de la obtención exacta y completa de los datos necesarios. El objetivo es captar en cada momento la situación de salud que está viviendo la persona cuidada, así como su respuesta a la misma⁵⁵.

La recolección de datos en la valoración, es la fase donde se recoge toda la información necesaria para poder identificar el problema, las causas, las posibles variables o interferencias en el mismo y el marco de actuación para solucionarlo. El objetivo de la recogida de datos es reunir información útil, necesaria y completa sobre la persona que se está valorando, de nada sirve la recogida extensa y anárquica de datos si no van enfocados y orientados al conocimiento de las situaciones que son necesarias para la enfermera¹⁹ y los métodos que se utilizan para la recolección de datos son, la observación, el examen físico, la entrevista y la revisión documental.

Una adecuada valoración durante el proceso, puede garantizar el éxito de las siguientes fases. A continuación se presentan algunas manifestaciones de las entrevistas a las profesionales de Enfermería y a las madres de familia, así como observaciones realizadas por las investigadoras.

CENTRO DE SALUD "A"

"Observo al niño de manera céfalo caudal e identifico los signos que contraindican la vacunación, como es la fiebre, y voy palpando todo su cuerpecito, si está caliente" (Girasol Enf)

"La enfermera me pregunta si mi niño ha tenido fiebre, porque si no, no puede vacunarle" (Celeste Ma)

CENTRO DE SALUD "B"

"Pregunto a la mamá, si ha tenido fiebre el niño, aunque la mayoría de veces no es necesario preguntarle porque las madres cuando ingresan a su consulta, se les ven preocupadas de saber si la vacuna le hará daño a su hijo en ese estado" (Esmeralda Enf)

"La enfermera me pregunta si estuvo resfriado o ha estado con fiebre recientemente, para saber si vacuna o no a mi hijo" (Amarillo Ma)

La entrevista, recoge datos cualitativamente, necesarios para el diagnóstico y planificación de cuidados. Consiste en comunicarse de manera horizontal, con la persona cuidada en forma directa o indirecta, la enfermera debe poseer una serie de habilidades y conocimientos, durante la entrevista, se debe dedicar toda la atención a la persona entrevistada, que en este caso es la madre o apoderado del niño o niña menor de 4 años; además de no entrevistar muy rápido; es importante que la enfermera sea una oyente empática, dejar que acaben las frases, evitar el impulso de interrumpir, permitir las pausas, utilizar frases suplementarias cortas y tener paciencia; cuando empieza la entrevista, debe presentarse dando su nombre; verificar el nombre del niño o niña y explicar brevemente el propósito⁶⁶.

En este método de recolección de datos la enfermera debe realizar la entrevista de manera clara y sencilla, con el objetivo de obtener información relacionada a los signos de riesgo presentes en sus niños, que pueden

contraindicar la vacunación⁶⁵. En la investigación, sólo hay resultados en cuanto a la entrevista que realiza la enfermera a la madre, sobre la presencia de fiebre; la preocupación por saber si hay fiebre o no, se debe, a que la fiebre está considerada como la única contraindicación para vacunar a un niño o niña, debido a que algunas vacunas pueden provocar reacciones inmunológicas desfavorables.

En la ESNI de los centros de salud, las enfermeras para garantizar una entrevista exitosa y lograr el objetivo, debe organizar sus actividades, para darse un tiempo suficiente y mantener centrada su atención.

Estos datos son corroborados mediante la observación:

CENTRO DE SALUD "A"

"en un día del cotidiano de la enfermera, se observa un ambiente pequeño, iluminado, con poca ventilación, agitado, con excesivo ruido y hacinamiento de personas, con niños gritando y corriendo, la enfermera toca cuidadosamente el rostro del niño para valorar la presencia de fiebre y pide el carnet de atención integral del niño, lo revisa y luego revisa minuciosamente la historia clínica, inclusive revisa lo escrito en meses anteriores, vuelve a revisar el carnet y pregunta a la madre si el niño ha estado o está con fiebre o recibiendo tratamiento antibiótico y si la vacuna anterior le causo alguna reacción..."
(Investigadora)

CENTRO DE SALUD "B"

"también en un día de trabajo de la enfermera...se observa que los materiales están debidamente ordenados, el ambiente está iluminado, es pequeño, con buena ventilación, y ruidoso debido a que los niños y madres en muchas ocasiones lloran por temor a la vacunación, la enfermera pregunta a la madre, rápidamente si el niño ha tenido fiebre recientemente, o si ha estado con fiebre"...

"Se observa que la enfermera revisa el carnet de atención integral del niño y mira la carátula inicia, y revisa la historia clínica muy rápidamente" (Investigadora)

Siendo la observación en la ESNI, un importante medio para recolectar datos, esta debe ser minuciosa, precisa y responder al momento, ser céfalo caudal, y que por medio de la vista, ver si el niño o niña está en condiciones de ser vacunado; porque pueden detectarse signos, decaimiento, palidez, resfriado, etc. Sin embargo, la valoración del niño que realizan las enfermeras en el centro de salud “A”, es más completa en la aplicación del examen físico, mientras que en el centro de salud B, la enfermera se limita sólo a interrogar a la madre.

El examen físico implica la obtención de información observable y objetiva de la persona; este método de recolección de datos debe efectuarse en dirección céfalo-caudal, considerando las diferentes regiones; utilizando los cuatro principales métodos de exploración; que son, inspección, palpación, percusión y auscultación⁶⁵.

Frente a lo mencionado se puede afirmar que, no sólo es necesario valorar la presencia de fiebre, antes de una vacunación. Sino que el cuidado enfermero, podría ser más profesional y humano, valorando con un adecuado examen físico. Pero también se puede observar en el cuadro anterior, que las madres manifiestan que las enfermeras le preguntan sobre la presencia de fiebre en el niño, que se puede considerar como una parte del discurso de una posible entrevista con la enfermera.

Estos datos difieren a lo encontrado en la revisión documental:

CENTRO DE SALUD "A"

"Se revisa la historia clínica y no escribió nada en cuanto a la valoración de la enfermera"
(Investigadora)

CENTRO DE SALUD "B"

"Se revisa la historia clínica y escribió en cuanto a la valoración que el niño está normo térmico y tranquilo" (Investigadora)

El otro método de recolección de datos durante la valoración del proceso enfermero, es la revisión documental, que consiste en obtener datos mediante la búsqueda en la historia clínica, carnets, documentos, libros de registro, etc.

Este método se aplica cuando la enfermera solicita el carnet de atención integral del niño o niña, dónde está la relación de vacunas por administrarse en la edad correspondiente para revisarlo y primordialmente revisa la historia clínica del niño o niña, donde se ha registrado las vacunas administradas con el nombre, dosis, vía etc., además de revisar si tuvo alguna interconsulta médica por reacción adversa a la vacunación.

Los resultados de la investigación, reflejan que la valoración de la enfermera al niño en el centro de salud "A", antes de vacunar, se centra en observar, realizar el examen físico, entrevistar a las madres de niños menores de 4 años y revisar el carnet de atención integral del niño o niña e historia clínica. Mientras que la enfermera del centro de salud "B", entrevista para saber si el niño tiene fiebre, esto es corroborado por las madres, y aunque no realiza ni la observación ni el examen físico, si hace uso de la revisión documental SOLO mediante la revisión del carnet de Atención Integral del Niño.

La semejanza está en que las enfermeras de ambos centros de salud, no registran lo que observan en la valoración; esto es probablemente al reducido tiempo del que disponen para brindar una buena atención, debido a que el número de niños asistentes es muy alto y la dotación de enfermería es escasa, pues sólo se cuenta con una enfermera por turno.

Por otra parte la diferencia es que la enfermera del centro de salud "A" realiza una revisión documental más detallada, pues no sólo revisa el carnet donde están registradas las vacunas, sino también la historia clínica, mientras que en el centro de salud B la enfermera revisa de manera rápida sólo el carnet, debido a que en ciertas ocasiones trata de superar el número de niños atendidos, por turno.

Una vez recogido los datos, deben ser verificados, mediante la validación y verificación de los datos, consiste en confirmar que los datos obtenidos en la etapa anterior son ciertos, con el fin de evitar conclusiones precipitadas que puedan llevar a un error en el diagnóstico⁶⁵; sin embargo, no quedan evidencias de la actuación de la enfermera y se podría decir, que no queda registro formal; por tanto, no hay evidencia legal.

Cabe mencionar que en la valoración se organizan dichos datos para que sean efectivos; es decir, se agrupan los datos en categorías o conjuntos de información, de tal forma que nos ayude a la identificación de problemas. La forma más habitual de organizar datos, es por necesidades básicas según V. Henderson, por Necesidades Humanas, según la jerarquía de Maslow, modificada por Kalish. También la organización de datos se realiza, por patrones funcionales, que son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las

personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo³².

La utilización de estas formas de organización de datos, permite que la enfermera realice una valoración sistemática y premeditada, de una manera ordenada, lo que facilita el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles de una correcta valoración⁶⁵. Sin embargo, en la investigación no existe ninguna información sobre la organización de los datos por cualquiera de las formas, anteriormente descritas.

Por último, para completar la valoración se registran los datos, que consiste en dejar constancia por escrito de toda la información obtenida. Lo que permite constituir un sistema de comunicación entre los profesionales de salud, facilitar la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad, permitir una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad, servir como prueba legal y permitir la investigación en Enfermería. Es importante registrar en la historia clínica y en el carnet todas las vacunas administradas, de manera, clara y evitando los borrones.

En la investigación se revisaron algunas historias clínicas, y el registro de datos de valoración que ha realizado la enfermera, no se encuentra escrito. Lo cual, desmerece a esta fase, porque no se evidencia que se ha aplicado los métodos de valoración para recolectar datos, impidiendo la correcta continuación de las siguientes fases del proceso enfermero. En realidad, esta debilidad es una dolencia de la profesión de Enfermería no sólo en la ESNI, sino en muchas otras realidades o campos de acción.

En la ESNI es importante que el profesional de enfermería, valore al niño y al acompañante desde el momento del ingreso al consultorio y de manera continua hasta el momento de la salida de este⁶⁵. Pues de la correcta valoración dependerán las fases siguientes del proceso enfermero; además teniendo en cuenta que la ESNI se considera un campo exclusivo de enfermería, donde las actividades realizadas son independientes y la enfermera es el profesional a cargo.

Una vez realizada la valoración, se continúa con la segunda fase del proceso enfermero, el diagnóstico de Enfermería.

2.2. Identificando sólo las Respuestas Humanas, sin evidencia escrita del Diagnóstico Enfermero

El primer paso identificado del proceso enfermero fue la valoración. El proceso enfermero es una teoría sobre cómo las enfermeras organizan los cuidados de la persona, familia y comunidad.

La Asociación Americana de Diagnósticos Enfermeros, actualmente conocida como NANDA, es el sistema más utilizado para realizar los diagnósticos de enfermería sobre aquellos problemas de salud que se encuentran dentro del campo específico de enfermería⁶⁹⁻⁷⁰.

Y es así como actualmente, existe el Diagnóstico Enfermero, la segunda fase del proceso enfermero. El cual es una función intelectual compleja, que incluye el análisis e interpretación de los datos obtenidos y la formulación de los diagnósticos de Enfermería.

Campbell, define el diagnóstico de Enfermería, desde el punto de vista metodológico, como la identificación de respuestas subjetivas, y el establecimiento de las modificaciones que debe introducir la enfermera para que los cambios se produzcan⁷¹. Los diagnósticos de Enfermería son razonamientos clínicos sobre respuestas individuales, familiares o de la comunidad a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales.

La palabra diagnóstico deriva del griego dia-gignoskein, que es conocer a través de, analizar la naturaleza de una situación. Así podemos definir los diagnósticos como la identificación de la naturaleza de una situación o problema de salud y de la causa posible de la misma. Es decir es un juicio clínico sobre una respuesta de la persona a procesos vitales y problemas de salud.

Los diagnósticos de Enfermería proporcionan la base para la selección de intervenciones y el logro de resultados, que son responsables las enfermeras⁷⁰.

Es necesario recalcar que todo diagnóstico enfermero, consta de dos etapas, las cuales son, la identificación e interpretación de datos y segundo la formulación de los diagnósticos enfermeros.

El análisis e interpretación de datos, se realiza en base al marco teórico conceptual que existe sobre el problema afectado y la enfermera aplica no sólo su capacidad de síntesis y deducción, sino también un pensamiento crítico y lógico. Mientras que para la formulación del diagnóstico enfermero, es preciso redactarlo con todos sus componentes, en base al formato PES, como son, el problema de salud, que es el título o etiqueta, es la descripción concisa del problema; la

etiología, son los factores que en esa situación contribuyen a causar el problema; y los signos y síntomas, que son las manifestaciones que con frecuencia se ven en ese diagnóstico en particular.

El diagnóstico enfermero tiene tres dimensiones, la dependiente, en el cual es la responsabilidad del médico y la enfermera ejecuta lo prescrito, la interdependiente, donde los problemas en los que colabora la enfermera y otros profesionales y la dimensión independiente, donde la responsabilidad es de la enfermera y no requiere supervisión de otro profesional de la salud. En la ESNI la dimensión del diagnóstico enfermero, mayormente es usada la independiente, pues el profesional de enfermería está capacitado para dirigir de manera correcta dicha estrategia.

Con el uso del término “Diagnóstico Enfermero” se hace evidente que las enfermeras diagnostican. En esta investigación, se puede observar que las enfermeras realizan los diagnósticos según lo manifiestan en ambos centros de salud, en estudio y se verifica en los siguientes discursos:

CENTRO DE SALUD “A”

“Si es específicamente al dolor, entonces el dolor va alterar la comodidad del niño, debido a la lesión tisular, que fue generada por la vacunación, que ocasiona la ruptura de la piel, estimulando las terminaciones nerviosas, por ello se va a producir dolor” (Girasol Enf)

CENTRO DE SALUD “B”

“Cuando viene un niño hay que identificar los signos que contraindican la vacunación, la fiebre es uno de ellos, provocando alteración sistémica, y este es el diagnóstico de enfermería más encontrado en los niños” (Rubí Enf)

Las manifestaciones de las enfermeras entrevistadas en los centros de salud “A” y “B”, reflejan semejanza y hacen referencia a una explicación científica de la necesidad humana afectada. Lo cual implica, que una vez identificado el problema, las enfermeras enfatizan lo biológico en la búsqueda de alguna alteración; todo ello, lo han interpretado y analizado; en base a sus conocimientos adquiridos durante su formación o la acumulación de experiencia o estudios de postgrado. Incluso en una entrevista catalogan a la alteración sistémica como diagnóstico enfermero, y según la NANDA, este no lo es.

Estos datos difieren a lo encontrado en la revisión documental:

CENTRO DE SALUD “A”

*“No se encuentra registrado ningún diagnóstico enfermero en las historias clínicas de los niños y niñas atendidos(as) durante el turno”
(Investigadora)*

CENTRO DE SALUD “B”

*“No se encuentra registrado ningún diagnóstico enfermero en las historias clínicas de los niños y niñas atendidos durante el turno”
(Investigadora)*

Otra semejanza en las enfermeras de ambos centros de salud, debido a que no se observó el registro de diagnóstico enfermero en la historia clínica, sin embargo las enfermeras durante la entrevista refirieron tener conocimientos y formular mentalmente el diagnóstico enfermero.

La edición 2012 - 2014 de la NANDA, clasifica a los diagnósticos por la taxonomía en dominios, desde el I hasta el XIII. Dentro de los cuales, sólo en 2 de

ellos, se han encontrado diagnósticos enfermeros, relacionados a la inmunización⁶⁹.

El Dominio I, denominado Promoción de la Salud. Se define como la toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias usadas para mantener el control y fomentar el bienestar o la normalidad de la función. Dentro de este dominio se encuentran dos clases, la Clase 1, es la toma de conciencia de la salud y la Clase 2, es el manejo de la salud, y dentro de esta clase se encuentra un diagnóstico de enfermería referente a inmunizaciones, el cual es, Disposición para mejorar el estado de inmunizaciones, con el código 00186⁶⁹.

El Dominio X, denominado Principios Vitales o Estilo de Vida. Son los principios que subyacen en las reacciones, pensamiento y conductas sobre los actos, costumbres o instituciones, contemplados como verdaderos o poseedores de un valor intrínseco. Dentro de este dominio se encuentran tres clases, la Clase 1 son los valores, la Clase 2 son las creencias y la Clase 3, es la congruencia de las acciones con los valores/creencias. Y dentro de esta última clase se encuentra un diagnóstico enfermero referente a inmunizaciones, denominado Incumplimiento del Tratamiento/ Calendario de Vacunación, con el código 00079⁶⁹.

Ambos diagnósticos son los únicos reconocidos por la NANDA. Pero sin lugar a duda, durante el día a día de Enfermería, se descubren nuevos diagnósticos en inmunizaciones, según la realidad donde cada enfermera labore, o incluso adaptar otros diagnósticos; pues la vacunación se lleva a cabo no sólo en niños, también adolescentes, mujeres gestantes, adultos y adultos mayores.

Finalmente, se afirma que el uso de los diagnósticos de enfermería a pesar de fragmentar a la persona, en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de salud, centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas e identificadas a través de una valoración propia, aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados, y sobre todo a organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional, delimitar la responsabilidad profesional, diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de salud de las hechas por otros profesionales y unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia y mejorar y facilitar la comunicación inter e intradisciplinar⁷⁰.

Los diagnósticos específicos para inmunizaciones propuestos por la NANDA son los siguientes: Disposición para mejorar el sistema inmunizaciones (00186) e Incumplimiento del tratamiento/ Calendario de Vacunación (00079), estos diagnósticos no son conocidos por el personal de enfermería de los centros de salud en estudio, posiblemente a la falta de difusión de los mismos o por el énfasis que el primero no es muy operativo y se dirige probablemente a las autoridades y el otro si va dirigido a la madre.

Si bien los diagnósticos ayudan a la Enfermería, su respaldo filosófico es el positivismo que fragmenta a la persona y enfatizan la enfermedad por tanto, son

biologistas y se afirma que el cuidado va mucho más que la atención o intervención a las respuestas humanas.

Luego emerge la otra etapa del proceso:

2.3. Planificando el Cuidado Enfermero en la Estrategia

Una vez concluida la valoración e identificado los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo cuidados de Enfermería, que conduzcan a la persona cuidada a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados⁷¹.

El componente de planificación del proceso enfermero consta de cuatro fases, el establecimiento de prioridades, según las necesidades según Maslow y Kalish; elaboración de objetivos, los objetivos indican lo que será capaz de hacer el cliente como objetivo de las acciones de enfermería; desarrollo de intervenciones de Enfermería, la tercera fase de la planificación consiste en elaborar intervenciones de enfermería que describan cómo ayudará el profesional de enfermería a que el cliente consiga los objetivos propuestos⁷². Y la documentación del plan, la etapa cuarta y final de la fase de planificación, consiste en la comunicación del plan por escrito a los otros miembros de enfermería, o sea el registro de los objetivos y de las intervenciones de una forma organizada⁷².

El plan de cuidados es un método de comunicación de la información importante sobre el cliente. El formato del plan le ayuda a procesar la información obtenida durante las fases de valoración y de diagnóstico. El plan sirve de centro

receptor cuando lo utiliza para documentar los resultados de la fase de planificación, facilita la comunicación mediante la identificación de la información oportuna y también proporciona un mecanismo para la evaluación de los cuidados prestados⁷².

La inmunización es la actividad de salud pública que ha demostrado ser la de mayor costo beneficio y costo efectividad en los últimos dos siglos⁷¹. Lo que hace aún mayor la necesidad de planificar, no sólo a nivel central y regional, sino también a nivel local, cuya responsabilidad recae únicamente en el profesional de Enfermería. Es por ello que se presentan algunas manifestaciones de las enfermeras entrevistadas y relatos de observaciones realizadas por las investigadoras, en el siguiente cuadro comparativo de dos centros de salud.

CENTRO DE SALUD "A"

"Lo primero que hago en el servicio, es repartir los 30 tickets (mitad para las del SIS y la otra mitad para particulares) a las mamás, según el orden de llegada, para organizarme mejor" (Girasol Enf)

"Saco los paquetes fríos del congelador, los agito hasta escuchar chac chac y una vez que estén en temperatura correcta, los coloco en los termos" (Girasol Enf)

"Además de las vacunas, verifico que haya jeringas, algodón en torunda y jabón, y si no hay pido a farmacia mediante hoja de requerimientos" (Girasol Enf)

CENTRO DE SALUD "B"

"Empiezo a recepcionar las historias de los niños que llegan por vacunas y las ordeno por número de acuerdo a la hora que llegaron. Y solo recibo 15 historias, que en reunión ya se acordó recibir así" (Rubí Enf)

"Saco las vacunas de la refrigeradora que utilizaré en el día y las coloco rápidamente en los termos para conservar la cadena de frío" (Rubí Enf)

"Verifico que tenga el material necesario para atención" (Esmeralda Enf)

Estas declaraciones muestran semejanza con las manifestaciones de las madres asistentes a la ESNI:

CENTRO DE SALUD "A"

"Vengo hacer mi cola desde muy temprano, porque entrega tickets solo a 30 mamás" (Celeste Ma)

CENTRO DE SALUD "B"

"Hago mi cola en admisión y llevo mi historia a vacunas, y espero que me llame la enfermera, según el número del ticket" (Plateado Ma)

Esas declaraciones fueron corroboradas con los datos recolectados mediante la observación participante:

CENTRO DE SALUD "A"

"el ambiente, donde se conserva la cadena de frío es ... La enfermera ordena su servicio, revisa sus paquetes fríos, retira vacunas a los termos, calculando una cantidad aproximada que podría usar" (Investigadora)

CENTRO DE SALUD "B"

"La enfermera ordena sus documentos de registro de vacunas, mientras los paquetes fríos se descongelan" (Investigadora)

Como se puede observar se muestra semejanza en la planificación del cuidado en la ESNI de ambos centros de salud. Las enfermeras revisan, desde un inicio que sus materiales estén completos, así como sus registros, y determinan las acciones que planifican para su cuidado enfermero. Esta fase aunque no sigue el esquema tradicional del proceso enfermero, refleja que en ambas enfermeras cuenta con una adecuada coordinación y realización de las actividades planificadas.

El plan de cuidados sirve como anteproyecto para dirigir las actividades de enfermería hacia el cumplimiento de las necesidades de salud del cliente. Y

proporciona un mecanismo para la prestación de una atención constante y coordinada y se utiliza como instrumento de comunicación entre los profesionales de enfermería y otros miembros del equipo de atención sanitaria⁷².

2.4. Ejecutando el Cuidado Enfermero en la Estrategia de Inmunizaciones

En muchas ocasiones, las enfermeras realizan actividades, sin valorar, analizar, planificar, sólo ejecutándolas. Siendo estas, imprecisas, desorientadas, sin búsqueda de resultados según objetivos. He ahí la importancia de llegar a esta fase, habiendo realizado las fases anteriormente descritas.

La ejecución, es la cuarta fase del proceso enfermero que comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocado en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados y el registro de estas⁷³. En la ESNI durante la ejecución el personal de enfermería, además de administrar la vacuna y de mantener la cadena de frío, brinda la educación necesaria a la madre y /o acompañante⁷⁵.

Para ello, el profesional de Enfermería posee habilidades, que pueden ser del tipo interpersonales, cognitivas y técnicas⁷⁵. Durante la ejecución es importante explicar a la persona cuidada, qué intervenciones van a llevarse a cabo, qué sensaciones cabe esperar, qué se espera que haga y cuál es el resultado esperado. En la investigación la persona cuidada es el menor de 4 años, por ello se explicará a la madre o familiar cuidador. También es importante garantizar la intimidad de la persona, por ejemplo es adecuado que mientras se vacuna al menor, en el lugar haya pocas personas para, no sólo por la intimidad de ellos,

sino para que se sientan con mayor confianza y seguridad y sean colaborativos con el cuidado brindado⁷⁵.

Esto se muestra en el siguiente cuadro comparativo, que muestran las intervenciones que realizan las enfermeras entrevistadas en la ESNI.

CENTRO DE SALUD "A"

"Preparo y administro las vacunas conservando siempre las medidas asépticas" (Girasol Enf)

"Al momento de administrar la vacunas busco estrategias para entretener al bebé y no sea tan traumático" (Girasol Enf)

"Administro la vacuna teniendo cuidado, aunque a veces por el tiempo no se hace como una quisiera" (Tulipán Enf)

"Después informo a la madre sobre la reacción pos vacunal y los cuidados que debe de tener en cuenta y le hago recordar a la madre la importancia de cumplir con el calendario de vacunación en las fichas indicadas" (Girasol Enf)

"Educo a la mamá sobre las reacciones post vacunales y los cuidados" (Girasol Enf)

"Registro en la historia clínica los datos más importantes como la vacuna recibida, la dosis y la próxima cita, y también en el carnet

CENTRO DE SALUD "B"

"Preparo y administro la vacuna siempre conservando la cadena de frío, primero me lavo bien las manos, eso es importantísimo" (Esmeralda Enf)

"Administro la vacuna con mucho cuidado". (Rubí Enf)

"Le informo a la mamá que vacuna le voy a poner y para qué sirve esa vacuna, contra que lo va a proteger y le explico que cuidados tener" (Rubí Enf)

"Educo a la mamá que vacuna le voy a poner, porque, donde, y que reacciones va a tener, trato de explicar lo mejor posible la importancia de la vacunación" (Esmeralda Enf)

"Registro en la historia, que vacunas he puesto y el número de dosis y escribo en el carnet de la madre cuando debe regresar"(Rubí

de vacunas" (Girasol Enf)

"Anoto en el carnet la fecha de la próxima cita y en la historia clínica la vacuna administrada: dosis, vía y educación post vacunal" (Girasol)

Enf)

"Anoto en el carnet el número de gotas de paracetamol que le debe dar para evitar la fiebre y su cita, y en la historia clínica registro si tuvo fiebre, la vacuna que he administrado, la dosis, vía de administración y consejería en cuidados post vacunales" (Esmeralda Enf)

Estas declaraciones se corroboran con las manifestaciones de las madres asistentes a la ESNI:

CENTRO DE SALUD "A"

"Para vacunar a mi bebé le empieza hacer jueguitos, para que no le duela mucho" (Azul Ma)

CENTRO DE SALUD "B"

"Después me dice que le ponga pañitos de agua fría por si hincha y panadol en gotitas" (Gris Ma)

"La enfermera siempre, me hace recordar la importancia de cumplir con todas las vacunas" (Amarillo Ma)

De lo anteriormente descrito emergen las semejanzas en la etapa de ejecución, debido a que las enfermeras de ambos centros de salud preparan y administran las vacunas conservando la cadena de frío y utilizando medidas asépticas e informan acerca de la importancia de las vacunas y las reacciones post vacunales; además las enfermeras registran su cuidado brindado en la historia clínica y en el carnet de vacunas.

Las múltiples semejanzas halladas, demuestran que las enfermeras, orientan sus cuidados siguiendo un orden predeterminado, adquirido de la experiencia y

guiándose de la norma técnica de inmunizaciones, que permite establecer las directrices en la administración de inmunobiológicos.

Aunque los procedimientos realizados, se asemejen es necesario adaptar las actividades a cada persona específica, respetando sus creencias, sus valores, edad, estado de salud y entorno, que son factores que pueden afectar al éxito de una actuación de Enfermería; proporcionar asesoramiento, apoyo y consuelo, en la investigación es necesario que las enfermeras asesoren y capaciten a las madres, tal como se han manifestado y brinden apoyo y consuelo a los niños cuando lloran, ocasionado por el dolor y el temor de las vacunas. Son estas actividades de Enfermería independientes, que potencian la eficacia de los planes de cuidados. Finalmente, se debe aplicar un enfoque holístico, donde el profesional de Enfermería siempre debe ver a la persona, como un todo y considerar sus respuestas en ese contexto⁷⁵.

Enfermería en la ESNI, brinda cuidados de salud en forma integral, oportuna, personalizada, científica, tecnológica y sistemática en los procesos de promoción de la salud y prevención de enfermedades inmunoprevenibles, a la persona, familia y la comunidad con el propósito de contribuir a elevar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población⁷⁶.

Con el objetivo de proporcionar la mejor protección, se recomienda que los niños sean vacunados tan pronto su sistema inmunitario sea capaz de responder a vacunas, con las dosis adicionales posteriores que sean necesarias. Algunas vacunas se insertan en varias ocasiones para no suponer una agresión al organismo infantil de una sola vez. Con este objetivo se creó a nivel nacional la

Norma Técnica de Salud 2013, la cual establece el Esquema Nacional de Vacunación, cuyo objetivo es establecer un calendario ordenado de vacunación a nivel nacional, para facilitar las intervenciones de inmunizaciones, teniendo como finalidad contribuir a mejorar la salud de la población mediante el control de enfermedades inmunoprevenibles⁷⁶.

El Esquema de Vacunación, es la representación secuencial del ordenamiento y la forma de cómo se aplican las vacunas oficialmente aprobadas para el país. Este debe ser: eficaz, sencillo, aceptado, ampliamente por el personal de salud y la comunidad; adaptado, a las necesidades de la población y sus características epidemiológicas, demográficos y socioeconómicas; unificado, para el área geográfica donde se aplica; actualizado, permanentemente en base al desarrollo de nuevas vacunas y la aparición de nuevas patologías, recrudescencia o desaparición de otras ya existentes⁷⁷.

El Profesional de Enfermería juega un papel fundamental en la ESNI, encargándose por un lado, de la vertiente técnica (mantenimiento de la cadena del frío) y por otro la vertiente de atención directa (administración de vacunas) en el Establecimiento de Salud. Es por ello que debe estar preparado tanto en el aspecto cognitivo- intelectual, técnico y humanístico, para que así brinde un cuidado humano enfermero y cumplan con las expectativas de los usuarios de los servicios de salud⁷⁶.

Finalmente, después de haber conocido las vacunas que se aplican en los menores de 4 años, el cual ha sido presentado como un marco referencial sobre lo

que se administra en la fase de ejecución del cuidado enfermero. Y a continuación procedemos a la última, pero no menos importante, fase de la Evaluación.

2.5. Evaluación del proceso enfermero orientada sólo al cumplimiento de metas

La evaluación es la quinta y última fase del proceso de enfermería. En este contexto, la evaluación es una actividad planificada, continuada y dotada de objetivos, en la cual los pacientes y los profesionales de enfermería determinan la evolución de la persona cuidada en relación con la consecución de los objetivos/resultados y la eficacia del plan de cuidados de enfermería⁷⁷. La evaluación es un aspecto importante del proceso de Enfermería, ya que las conclusiones extraídas de la misma determinan si es preciso suspender, continuar o modificar las intervenciones de enfermería.

Esta fase, se ilustra con las siguientes manifestaciones de las enfermeras:

CENTRO DE SALUD "A"

"Lo más importante en la estrategia es la producción, ya que a nosotras nos evalúan de acuerdo a ello, y por ser contrato el centro de salud me exige aún más" (Tulipán Enf)

CENTRO DE SALUD "B"

"Trato en lo posible de cumplir con todas las metas para poder llenar mi HIS, atendiendo a veces más persona de lo establecido, porque nos evalúan según la producción" (Rubí Enf)

En el centro de salud "A" la enfermera refiere centrar su interés sólo en la producción, al igual que la enfermera en el centro de salud "B", quien a su vez no sólo cumple con las metas estipuladas, sino que además en ciertas ocasiones intenta sobre pasar su producción.

Esas declaraciones fueron corroboradas con los datos recolectados mediante la observación participante:

CENTRO DE SALUD "A"

"La enfermera mira su reloj, se observa que demora menos de 8 minutos en atender al niño, prepara rápidamente la vacuna, aunque siguiendo técnicas asépticas como el lavado de manos, además de conservar la cadena de frío, después pide a la madre que acueste al niño en una camita y le quita la ropita para poder inyectar la vacuna, y al finalizar registra en la historia clínica y brinda educación post vacunal a la madre, para luego culminar con la descarga del kardex y sus anotaciones de enfermería en el cuaderno de la estrategia,, para poder terminar una hora antes para poder llenar su HIS y salir temprano, se pudo ver en su rostro angustia al ver pasar más del tiempo establecido en su hora de salida"...

"La técnica de Enfermería registra a todos los niños vacunados en un cuaderno de registro de la ESNI"
(Investigadora)

CENTRO DE SALUD "B"

"La enfermera, demora en atender a cada niño un promedio de 7 minutos, y entregar tickets adicionales, atendiendo por día 30 niños, hace ingresar a la madre, pide el carnet de vacunación y revisa la historia rápidamente, después empieza a preparar la vacuna, conservando las medidas asépticas como lavado de manos y también la conservación de la cadena de frío; pide a la madre que coloque al niño en la camilla y que lo sostenga, coloca la vacuna y empieza a registrar en la historia, y le dice a la madre las medidas que debe tomar para evitar complicaciones post vacunales o a veces más, quedándose media hora después de su turno llenando su His" (Investigadora)

De lo anterior mencionado emerge la semejanza en cuanto a la fase de evaluación en las enfermeras de ambos centros de salud, recalcan la importancia de cumplir con los indicadores de producción, dados por el MINSA; de allí que la evaluación en la ESNI sea en base a producción, dejando de lado el interés por verificar si cada etapa del proceso enfermero fue realizada correctamente o si los

objetivos planteados fueron cumplidos a cabalidad. Esto es debido a que si no se cumple con lo estipulado, en los indicadores de coberturas, las enfermeras reciben una llamada de atención.

Para culminar, se afirma que la evaluación es un proceso continuo, que se lleva a cabo durante o inmediatamente después de ejecutar una orden, permite al profesional de enfermería modificar la marcha de una intervención. La evaluación que se realiza a intervalos específicos pone de manifiesto el alcance de los progresos de la persona en relación con la consecución de los objetivos y permite al profesional de enfermería corregir cualquier deficiencia y modificar el plan de cuidados según sea necesario.

Haciendo una reflexión entre la primera y la segunda categoría, se concluye, la práctica (el quehacer) soluciona las necesidades humanas afectadas de la persona cuidada; mientras que la disciplina (el saber) entrelaza el pasado, el presente y el futuro, mediante un cuerpo de conocimientos que proporciona argumentos para el desempeño, en el área asistencial, comunitaria, gerencial, docente e investigativo.

III. EL SER DEL CUIDADO ENFERMERO

Cuando se piensa en el ser en particular, en aquello que constituye la esencia de Enfermería, en lo que distingue ésta disciplina de otras, en especial de aquellas que tienen como objeto de estudio la salud del ser humano, es inevitable referirse al Cuidado de Enfermería.

Por ello, cuando se indaga sobre lo esencial de Enfermería, el solo referirse al término “cuidado” no es suficiente, pues se requiere del saber profesional y de otorgarle el sentido y las características definitorias que permitan orientar el quehacer profesional; esta perspectiva comprende el ser de Enfermería en su naturaleza de Disciplina Profesional⁷⁸.

En este contexto ha de quedar claro que el Cuidado de Enfermería es la esencia y el sentido de la disciplina; alrededor de él gira, tanto el desarrollo conceptual como el ejercicio profesional, la investigación y la formación del recurso humano³³. Cabe resaltar que existe un análisis más profundo sobre el Cuidado Enfermero en la primera categoría, no sin antes mencionar en detalle sus elementos constitutivos.

En primer término, representa en gran medida la visión de interacción, lo que le da el carácter de ser una disciplina social; en segundo lugar, para ofrecer cuidado enfermero hace falta conocer el sujeto de cuidado en su individualidad, la situación de salud específica de éste sujeto y la forma particular del ejercicio profesional, y por último exige actuar con calidad científica, técnica y humana⁷⁷. Y es exactamente esta calidad humana, que convierte al cuidado enfermero en un cuidado humano.

Watson, J⁷⁹., autora de la “teoría del cuidado humano”, sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado de la persona, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de Enfermería.

El cuidado humanizado reúne actos como, pensar, ser, hacer, cuidar, lo que involucra tanto al ser cuidado, como al profesional que cuida, sin tener en cuenta el significado del cuidado, sino la esencia del ser humano, como un ser único, indivisible, autónomo y con libertad de escoger, es decir, en la comprensión del ser humano como un ser integral⁸⁰.

En la ESNI, es importante tratar de manera holística a los niños atendidos y a las madres asistentes, debido a que la enfermera se encuentra en contacto directo con ellos y la profesión de Enfermería exige una vocación específica que implica ejercer su trabajo con espíritu de servicio desde un primer contacto, teniendo en cuenta valores y principios morales para lograr un cuidado humano.

Cuidar implica conocer a cada persona, interesarse por él, entrando dentro de su ser, tener conocimiento propio, darse cuenta de sus actitudes, aptitudes, intereses y motivaciones; requiere su manifestación como persona única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo afectivo; y todo ello se consigue mediante la comunicación.

La comunicación es el corazón de la vida de un grupo. Cuando existe crecen las personas, se estiman, disfrutan estando y trabajando juntas; cuando falta las relaciones se deterioran, los miembros se distancian y disminuye el deseo de unión⁸¹.

La comunicación es un proceso constante que genera entre las personas una interacción que puede mantener a un individuo o a la sociedad en general en una relación mutua³⁵. Comunicación en sentido general se define como un proceso que

implica una interrelación entre dos o más personas con el fin de intercambiar ideas conocimientos, sentimientos y experiencias⁸². Actualmente, las personas para comunicarse, en cualquier realidad hacen referencia a tres estilos de comunicación, como son, la pasividad, agresividad y asertividad. Siendo la comunicación asertiva la ideal en toda sociedad.

Para mantener una buena comunicación, es preciso establecer una verdadera empatía, la misma que se ve reflejada en el rostro de la enfermera. Esa mirada cálida permite comprender más a fondo los sentimientos, emociones y estados de ánimo e interesarse por la persona que cuida, para así comprender el significado de su conducta, haciendo que el resto de sus intervenciones sean más útiles para dar lugar a la confianza⁸⁴. La empatía se nota en la actitud del profesional de Enfermería, en su cara y en sus palabras; para poder mostrar empatía tiene que mostrar a la persona que le importa su situación y sus preocupaciones, por pequeñas que sean.

En la presente investigación, los resultados de las enfermeras en los centros de salud en estudio, revelaron que las enfermeras del centro de salud A, hacen uso de la comunicación asertiva como parte de su cuidado; además las enfermeras de ambos centros de salud, tanto en el A como en el B demuestran usar la empatía, de lo anteriormente descrito emerge la primera sub categoría.

3.1. Usando la Comunicación Asertiva

La asertividad, es aquel estilo de comunicación abierto a las opiniones ajenas, dándole la misma importancia que a las propias. Parte del respeto hacia los

demás y hacia uno mismo, aceptando que la postura de los demás no tiene por qué coincidir con la propia y evitando los conflictos sin por ello dejar de expresarlo que se quiere de forma directa, abierta y honesta.

La comunicación asertiva, es la capacidad o cualidad de una persona para expresar conocimientos, sentimientos, actitudes, deseos y opciones de un modo adecuado a cada situación social que se le presente, teniendo en cuenta las características de la persona con quien se interactúa, el lugar y la forma en que se comunica y buscando siempre el respeto de los derechos propios y de los otros⁸³.

Se trata de una capacidad de comunicación, en la que nuestro pensamiento se manifiesta libremente, sin miedo a que los demás no compartan lo que pensamos y respetando los derechos y sentimientos de los demás; en síntesis es la “pérdida de miedo al comunicarte”⁸³. Tanto la comunicación pasiva como la agresiva encierran en el fondo sentimientos de miedo e inseguridad.

Ser asertiva o asertivo, también es la capacidad de decir los posibles aspectos en los que la otra persona está fallando, resaltando primero los aspectos positivos y luego los negativos, de lo contrario la otra persona está predispuesta y no querrá escuchar lo negativo o mejor dicho sus posibles fallas⁸²⁻⁸³. Es decir, es un comportamiento adecuado donde se puede expresarlo que se siente, piensa, cree o se necesita, sin ofender a los otros, abriendo posibilidades de diálogo y amistad con los demás.

La comunicación asertiva se manifiesta en la investigación solo en el centro de salud “A”, emergiendo la primera diferencia, cuyos resultados, se muestran en el siguiente cuadro comparativo de dos centros de salud en estudio.

CENTRO DE SALUD “A”

“Cuando algunas mamás me reclaman, yo les explico de buena manera que debo tomarme mi tiempo para brindar una buena atención a su hijo” (Girasol Enf)

CENTRO DE SALUD “B”

Lo manifestado en el cuadro anterior, refleja la comunicación asertiva que usa la enfermera del centro de salud “A” para explicar a la madre sobre el tiempo que le toma atender al niño y sobre todo llegar a la persona.

Esas declaraciones fueron corroboradas con los datos recolectados mediante la observación participante:

CENTRO DE SALUD “A”

“Se observa y escucha a la enfermera muy segura y delicada decir a una madre, que entiende su apuro por ir a cocinar y cuidar de sus otros hijos, pero debe tener paciencia y esperar, para así pueda brindar una buena atención a su niño, para que realice cada procedimiento de manera correcta, además los gestos de la enfermera son acordes con sus

CENTRO DE SALUD “B”

Se observa que la enfermera, a pesar de comunicarse con la madre y hacer contacto visual, no logra explicar a esta porque demora durante la atención a su niño, limitándose a quedarse callada cuando la madre le reclama el demorarse tanto. (Investigadoras)

*palabras, mostrando interés por que
la madre entienda la importancia de
ser minuciosa en la atención ”
(Investigadoras)*

Lo cual se confirma con lo observado por las investigadoras, es así que emerge una diferencia entre las enfermeras de los centros de salud en estudio, donde la enfermera del centro de salud A “Girasol”, manifiesta su comprensión a las madres por sus quehaceres del hogar, pero les pide paciencia para que ella haga su trabajo, lo mejor posible; emplear la asertividad es saber pedir, saber negarse, negociar y ser flexible para poder conseguir lo que se quiere; respetando los derechos del otro y expresando nuestros sentimientos de forma clara, es así que la enfermera del centro de salud A consciente de la importancia de la asertividad durante el proceso comunicativo, pone en práctica los conocimientos adquiridos en su formación de pregrado, y en post grado, para manejar de manera correcta las situaciones que se presentan en la ESNI.

El elemento básico de la asertividad consiste en resolverse a mostrar los deseos de forma amable, franca, etc., pero el punto fundamental consiste en atreverse; es por esto que la asertividad ofrece un modelo para las enfermeras en el desarrollo de actitudes donde la guía sea el respeto de los derechos e intereses básicos entre las personas sin que ninguna de las partes resulten afectadas³⁷. Sin embargo, para mantener una buena comunicación es preciso además, establecer respeto, confianza y empatía.

La empatía de los profesionales de Enfermería en los niños y niñas menores de 4 años en la ESNI, se ve reflejada en los resultados de la investigación, que se deja en evidencia cuando surge la siguiente subcategoría.

3.2. Mostrando Empatía

La empatía significa ponerse en el lugar de la otra persona para comprender más a fondo sus sentimientos, emociones y estados de ánimo e interesarse por ellos para así comprender el significado de su conducta⁸⁴.

Se entiende por empatía, como la capacidad de captar, entender y dar respuestas a las experiencias únicas del prójimo, intentando en todo momento comprender la forma individual en que cada persona vive sus necesidades, bien sea de salud o de otra índole, así como su punto de vista sobre las necesidades, que pueden o no coincidir con las necesidades identificadas de quien realiza la asistencia. De este modo será posible acercarse a la realidad de la persona que necesita ayuda⁸⁵.

En la investigación, la empatía se ve reflejada en el siguiente cuadro comparativo, de los centros de salud en estudio.

CENTRO DE SALUD "A"

"Trato de avanzar en atender a mis niños, porque las mamás están esperando desde la madrugada que hacen cola y deben ir a cocinar" (Girasol Enf)

CENTRO DE SALUD "B"

"Cuando vacuno a los niños, trato de hacerlo con suavidad para darles seguridad, sobre todo a los más grandecitos, porque se asustan mucho, tal como quisiera que atiendan a mis hijos" (Esmeralda Enf)

Esas declaraciones fueron corroboradas con los datos recolectados mediante la observación participante:

CENTRO DE SALUD "A"

"La enfermera prefiere seguir atendiendo de corrido a los niños del siguiente turno, porque su colega no ha podido llegar al establecimiento"
(Investigadoras)

CENTRO DE SALUD "B"

"La enfermera vacuna de manera rápida, pero con cuidado y hablándole al niño que es bueno para que no se enferme" (Investigadoras)

Estas declaraciones denotan una realidad de ideas coherentes entre lo manifestado y lo visto. La enfermera del centro de salud "A" realmente aplica el valor de la empatía, contribuyendo a brindar un cuidado humanizado, pues comprenden el apuro de las madres por avanzar, más aún si están desde muy temprano y además la empatía que siente con su colega de apoyarla por no haber podido acudir a su trabajo, y sobre todo creemos que esta actitud también tienen que ver con no dejar desatendidos a los niños del turno tarde.

La enfermera del centro de salud "B", también aplica la empatía, pero en los niños, cuando la enfermera manifiesta que vacuna con cuidado, trasladando al ámbito familiar, en pensar que así también quiere el cuidado para sus hijos; lo cual es corroborado por lo observado por las investigadoras.

De lo anteriormente expuesto se concluye, la semejanza en cuanto al ser del cuidado en las enfermeras de ambos centros de salud en estudio A y B, pues la empatía forma parte del cuidado brindado en ambas enfermeras de la ESNI, esto corrobora que las enfermeras tienen coherencia en su saber, su hacer y su ser

debido a que llevan sus conocimientos acerca del paradigma de la transformación a la práctica diaria de su cuidado, y a los nuevos conocimientos obtenidos en los estudios de post grado que se encuentran realizando ambas enfermeras, afianzando así la práctica de un cuidado humano.

Para enfermería la empatía se define como la capacidad que tiene la enfermera de comprender y responder afectiva y adecuadamente a las necesidades físicas, emocionales y espirituales de las personas.⁸⁵; en pocas palabras “ponerse en los zapatos de la otra persona”. Es importante conocer las ventajas de utilizar la empatía, una de ellas es que se pierde menos tiempo, creándose un ambiente de conexión y el profesional no malgasta tiempo intentando convencer al niño que cambie de actitud.

Otras ventajas para el profesional de Enfermería, son que le ayuda a comprender mejor a la persona cuidada, le crea un ambiente más relajado, se nota que su cuidado es más eficaz y eso crea más satisfacción con el trabajo, le ayuda a mantener su identidad y rol en la relación de ayuda, le aumenta su sensación de ser humano, le aumenta su eficacia y reduce la posibilidad de despistarse con conflictos irrelevantes y reduce posibles tensiones.⁸⁶

En resumen, la empatía es la capacidad que tiene el ser humano para conectarse a otra persona y responder adecuadamente a las necesidades del otro, a compartir sentimientos e ideas, de tal manera que logra que el otro se siente muy bien con él y capaz de sostener una conversación, para que así sea más fácil ponerse en su lugar y buscar respuestas adecuadas a sus necesidades.

Para concluir esta categoría, el concepto de ser es más que el de sujeto, persona o cosa, es un elemento del pensar, un conjunto de significados, denominado comúnmente como horizonte significativo. La existencia del ser, de estar ahí, en el mundo, en su cotidianidad, de ser parte del pensamiento, se manifiesta en el lenguaje, circunstancia que Enfermería debe tener siempre presente en la práctica del cuidado.

5.1. CONSIDERACIONES FINALES

En el presente estudio, se encontró que en la categoría: “El saber del cuidado enfermero según paradigmas” las enfermeras que brindan el cuidado a niños menores de 4 años en la ESNI, cuentan con el conocimiento necesario para desarrollar las actividades, y su saber está enmarcado en dos paradigmas básicamente. La primera semejanza que emerge es que las enfermeras de ambos centros de salud, ubican su conocimiento en el paradigma de transformación a pesar que una de las enfermeras del Centro de salud A se ubica aún en el paradigma de integración.

En la categoría “El proceso enfermero en el cuidar en inmunizaciones”, los resultados develaron la semejanza que existe en el cuidado enfermero brindado a niños menores de 4 años en la ESNI, donde las enfermeras si realizan sus actividades, teniendo como metodología al Proceso Enfermero, aunque no de manera completa ni siguiendo adecuadamente el orden de cada etapa.

Conscientes que la profesión de Enfermería exige una vocación específica que implica ejercer su trabajo con espíritu de servicio desde un primer contacto, las enfermeras que brindan el cuidado a niños menores de 4 años en la ESNI emplean estrategias que se puede afirmar van a la humanización de su cuidado, reflejando esto en la categoría “El ser del cuidado enfermero”, donde se puede notar la diferencia en las enfermeras de los centros de salud en estudio, debido a que sólo la enfermera del centro de salud “A” emplea un estilo de comunicación asertiva para explicar a la madre sobre el tiempo que le toma atender al niño y

sobre todo llegar a la persona, en cuanto a la enfermera del centro de salud B no se evidencia. Por otra parte surge la semejanza en las enfermeras de ambos centros de salud donde hacen uso de la empatía para comprender y responder afectiva y adecuadamente a las necesidades de las personas, esto puede deberse al compromiso moral que asume la enfermera al cuidar a la persona.

Finalmente se afirma que el cuidado enfermero está presente al llevar a cabo la estrategia de inmunizaciones; sin embargo, las enfermeras, quizá no están muy conscientes del cuidado humanizado, el cual requiere establecer una relación de ayuda donde la comunicación es el elemento principal, ya que la comunicación no es solo verbal, sino también gestual, teniendo en cuenta el binomio madre-niño, siendo esto importante para la educación

5.2. RECOMENDACIONES

- A los profesionales de enfermería, mejorar la relación de ayuda con las personas que cuidan, profundizar en marco teórico sus conocimientos acerca de la misma, seguir fortaleciendo las estrategias promotoras de relación de ayuda enfermera-persona con tuberculosis, así como, mostrar una actitud comprensiva, fortalecer su relación de ayuda a diario, elogiando y alentando a la persona, brindando ayuda no solo en la dimensión física de la persona, sino también, en la emocional, psicológica y espiritual, mediante un cuidado humanizado, para lograr de esta manera la adherencia al tratamiento de la persona y su recuperación.

- A las autoridades de la GERESA, a dotar de mayor personal profesional de Enfermería a los establecimientos de salud, para disminuir una gran limitante de la relación de ayuda como es, insuficiente número de profesionales de enfermería y múltiples funciones de los mismos en otras estrategias sanitarias, condiciones que no permite el desempeño eficaz y eficiente del personal de enfermería en todas sus capacidades y por ende la relación ayuda enfermera-persona con tuberculosis.

- A las autoridades de las instituciones de salud, dar las facilidades correspondientes para que la enfermera permanezca en un ambiente cómodo, adecuado según la norma técnica, para favorecer la cercanía y comunicación con la persona cuidada, pilares fundamentales de la relación de ayuda.

- A la Facultad de Enfermería, y a sus docentes, que continúen realizando investigaciones tipo cualitativa para tener un conocimiento más profundo y un

acercamiento directo con las personas que pasan un proceso de enfermedad tan difícil física, emocional, psicológica y socialmente, ya que los resultados de la investigación serán de gran beneficio, tanto para los investigados, como para los estudiantes de enfermería.

CAPÍTULO V

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de Salud. Cobertura Vacunal. [Página web]. 2013. [Consultado el 02 de marzo del 2014], Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs378/es/>
2. Organización Mundial de Salud. Panorama de las Enfermedades prevenibles por vacunación. Ponencia. Chiclayo, 2010.
3. Observatorio de Salud Pública de Santader. Sala de Situación sobre enfermedades inmunoprevenibles. [Página web]. 2013. [Consultado el 02 de marzo del 2014], Disponible en: http://web.observatorio.co/index.php?option=com_content&view=article&id=451:sala-de-situacion-sobre-enfermedades-inmunoprevenibles&catid=6:osps&Itemid=5
4. Ministerio de salud. Norma Técnica de Inmunizaciones. Lima, 2006.
5. Mendoza A. Situación actual de inmunizaciones en el Perú. Ponencia. Chiclayo, 2010.
6. Núñez. S. Participación de Enfermería en el Programa de Inmunizaciones. [Tesis en línea]. México, 2010. [Consultado el 30 de agosto del 2013]. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/jspui/bitstream/123456789/3397/1/PARTICIPACIONDEENFERMERIAENELPROGRAMADEINMUNIZACIONES.pdf>.
7. Álvarez H., Dávila M., y Mora Y. “Labor del Profesional de Enfermería en la Promoción del Programa Ampliado de Inmunización. [Tesis en línea]. Venezuela, 2011. [Consultado el 03 de marzo del 2014]. Disponible <http://www.buenastareas.com/ensayos/Tesis-De-Grado-Inmunizaciones/3204208.html>
8. Ríos M, Moncada S. Vivencias de las madres los niños que acuden a la Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones. La Victoria – Chiclayo, 2012. [Tesis pre grado]. Perú, 2012.
9. Enfermería Básica. Concepto de Enfermería. [Documento en línea] España, 2008. [Consultado el 24 de agosto del 2013], Disponible en: <http://enfermeriasbasica.galeon.com/>
10. Todo para Enfermería. Fundamento teórico- filosófico de la ciencia del cuidado. [Página web].Madrid, 2013. [Consultado el 01 de marzo del 2014], Disponible en: <https://sites.google.com/site/todoparaenfermeria/enfermeria-como-ciencia/fundamentoteorico-filosoficodelacienciadelcuidado>.
11. Kosier B. Fundamentos de Enfermería. México: Interamericana.1999
12. Potter A. Fundamentos de Enfermería. España: Harcourt.2002
13. Ruiz C. Características del proceso de enfermería. [Documento en línea].Perú, 2010. [Consultado el 05 de febrero del 2014], Disponible en: <http://programadenfermeria.blogspot.com/2012/06/caracteristicas-del-proceso-de.html>
14. Fundamentos para el desarrollo de la Enfermería. Valoración de Enfermería. [Documento en línea]. Perú, 2008. [Consultado el 05 de febrero del 2014]

- Vol. 3 pág. 16-18, Disponible en: http://www.ome.es/media/docs/G1-Doc.%20Valoraci%C3%B3n_enfermera.pdf
15. Andrade O. Diagnóstico. 2º etapa del Proceso Enfermero. [Artículo en línea]. España, 2011. [Consultado el 29 de enero del 2014], Disponible en: <http://materialdeenfermeria.blogspot.com/2010/04/diagnostico-2a-etapa-del-proceso-de.html>
 16. Nanda internacional. NANDA Diagnósticos Enfermeros 2012-2014. Definiciones y clasificación. Ed Elsevier España, S.L.2013.
 17. NANDA, NOC, NIC Consult. [Página web].2013.[Consultado el 06 de marzo del 2014], Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/login>
 18. Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5º Ed. Barcelona: Masson.2005
 19. Ruymán B. El Proceso Enfermero en Atención Primaria (V): Evaluación. [Revista en línea].Madrid, 2009. [Consultado el 22 de enero del 2014] Vol. 3 pág. 16-18, Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/viewFile/152/135>
 20. Rivera A. L, Álvaro T. Cuidado Humanizado de Enfermería. [Monografía en Línea]. Colombia, 2007. [Consultado el 26 de agosto del 2013], Disponible en: <http://www.docentes.unal.edu.co/lnriveraa/docs/CUIDADO%20HUMANIZADO%20DE%20ENFERMERIA%20VISIBILIZANDO%20LA%20TEORIA%20Y%20LA%20INVESTIGACION%20EN%20LA%20PRACTICA.pdf>.
 21. Tomey M. "Modelos y Teorías en Enfermería".7ª Ed. Madrid- España: HarcourtBrace; 2011.
 22. Watson Jean. Ponencia del primer Congreso Internacional de Enfermería. Facultad de enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. México; 2007
 23. Cotrina M. E. Cuidado de Enfermería. [Documento en línea]. [Consultado el 26 de agosto del 2013], Perú, 2009. Disponible en: <http://www.slideshare.net/drais020810/cuidado-de-enfermeria-9087117>
 24. Gonzales G. R, Bracho de L. C, Zambrano de G. A. El cuidado humano en el ejercicio de los profesionales de la salud. [Documento en línea]. [Consultado el 26 de agosto del 2013] Perú, 2010. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/vol6n2/6-2-4.pdf>.
 25. Aguilar A. R, Gómez L. P, Bustamante E. S. Reflexionando sobre el cuidado de enfermería. [Documento en línea]. [Consultado el 28 de agosto del 2013]. España.2008. Disponible en: <https://es-es.facebook.com/notes/cps...el-cuidado.../339512926066226>.
 26. Poblete M., Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras. Ed 3º Brasil.2007.
 27. Cánovas M. La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión. [Tesis doctoral]. Murcia, España, 2008. [Consultado 29 de mayo 2013]. Disponible en: <http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/3562/1/CanovasTomas.pdf>

28. Feijoo, P. Enfermería y terminalidad: Competencias relacionales. [Documento en línea]. Sn, 1998. [Consultado 02 enero del junio 2014]. Disponible en: http://sorkari.com/pdf/MuerteEnfermeria_SVNPARG.pdf
29. Argote, L., Burbano, C., Santamaría, C., & Vásquez, M. El desarrollo disciplinar: razón de ser, sentipensar y hacer en Enfermería. [Revista en línea]. Colombia, 2011. [Consulta: 5 de junio del 2014]. Rev. Colombia Médica. Vol. 42 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28322504010>
30. Pinto, N. El cuidado como objeto del conocimiento de Enfermería. [Documento en línea]. Colombia. [Consulta: 3 junio del 2014]. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xx1_5.pdf
31. Gómez, C. La profesionalización de la enfermería en Colombia. En: el arte y la ciencia del cuidado. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2002.
32. Ruiz, C. Características del proceso de Enfermería. [Documento en línea]. Perú, 2010. [Consulta: 18 de junio del 2014]. Disponible en: <http://programadenfermeria.blogspot.com/2012/06/caracteristicas-del-proceso-de.html>
33. Cabal, V. &Guarnizo, M. Enfermería como disciplina. Revista Colombiana de Enfermería. Volumen 6. España; 2010.
34. Bombilla T, A. Estrategias Sanitarias de Inmunizaciones- Esquema de Vacunación Nacional. [Documento en Línea]. Perú, 2012. [Consultado el 25 de octubre del 2013], Disponible en: <http://www.slideshare.net/aniko2011/inmunizaciones-15022523>
35. Castro C, Prutsky G. Estrategias Sanitarias Nacionales. [Documento en Línea]. Perú, 2009. [Consultado el 26 de febrero del 2014], Disponible en: <http://www.slideshare.net/roximaribeli/estrategias-sanitarias-nacionales-final-32>
36. Oré C, citado por Carpio M. Inmunizaciones-esquema-de-vacunacion-nacional-prevencion-de-enfermedades-infecciosas [Artículo en Línea]. Perú, 2011. [Consultado el 18 de febrero del 2014], Disponible en:[http://es.scribd.com/doc/85296768/Estrategias-Sanitarias-Nacionales-](http://es.scribd.com/doc/85296768/Estrategias-Sanitarias-Nacionales)
37. Ministerio de Salud (MINSA). Inmunizaciones. . [Documento en línea].Perú, 2013. [Consultado el 30 de mayo del 2013], Disponible en: www.minsa.gob.pe/portada/esninnm_default.asp
38. Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones de MINSA (ESNI). . [Documento en línea]. [Consultado el 20 de agosto del 2013].Disponible en:[http://es.scribd.com/doc/57899151/Estrategia-Sanitaria-de-Inmunizaciones-Clase.](http://es.scribd.com/doc/57899151/Estrategia-Sanitaria-de-Inmunizaciones-Clase)
39. Organización panamericana de la salud 2006, curso de gerencia para el manejo efectivo del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), Módulo II: vacunas del PAI, Washington, DC, OPS 2006).
40. USAID. MINSA Gerencia de Inmunizaciones. Diplomado. 4 mod.Peru:2011
41. Noma Técnica de Salud para el manejo de la Cadena de Frio en Inmunizaciones. 2011. [Documento en línea] Perú, 2011. [Consultado el 01

- de febrero del 2014], Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/destacados/archivos/360/RM600-2007.pdf>
42. Andina. MINSA Moderniza Cadena de Frío. [Revista en línea]. Perú, 2013. Consultado el 04 de marzo del 2014]. Disponible http://www.andina.com.pe/espanol/noticia-minsa-moderniza-cadena-frio-13630-equipos-para-conservacion-vacunas-467607.aspx#.UxaQm_l5P-s
 43. Polit DF, Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud. 6° ed. México: McGraw- Hill Interamericana;2000.
 44. Bereday. G. El fundamento de la metodología Comparativa en educación [Artículo en línea]. Sao Paulo, 2012. [Consultado el 14 de enero del 2014].Disponible en: <http://ddd.uab.cat/pub/educar/0211819Xn3p61.pdf>.
 45. Hernández R, Fernández C. Metodología de la Investigación. 5ª ed. México I; 2010
 46. González G. T, Cano A. A. Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa. [Documento en Línea].Perú, 2012. [Consultado el 06 de diciembre del 2013]. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.com/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_ME TODOLOGICA/concepto44.pdf.
 47. Guba, EG.; Lincoln, YS. (1981), citado por Rada D., en: El Rigor En La Investigación cualitativa: técnica de análisis, credibilidad, transparencia y confirmabilidad. [Documento en Línea].2006. [Consultado el 24 de diciembre del 2013], Disponible en: <http://www.redem.org/boletin/files/Dora20%Magaly%20Rada%202.doc>
 48. Observatorio de bioética y del informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. [Documento en línea]. USA, 1979. [Consultado 15 de Julio 2013]. Disponible en: <http://www.pcb.ub.edu/bioeticaidret/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
 49. Phaneuf, N. Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de Enfermería. [Documento en línea]. España, 1993. [Consulta: 2 de junio del 2014]. Disponible en: <http://faciasuncoma.com.ar/Carreras/Enfermeria/Alto%20Riesgo/Eje%201/Eje%201%20Cuidados%20de%20Enfermeria%20PAE.pdf>
 50. Sanabria, L., Otero, M., & Urbina, O. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de Enfermería. [Revista en línea]. Cuba, 2002. [Consulta: 10 de junio del 2014]. Rev. Cubana EducMedSuper de la Escuela Nacional de Salud Pública. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/ems07402.htm
 51. Tazon, M., García, J., & Asequinolaza, L. Relación y comunicación. La relación interpersonal: fundamento de la ciencia y disciplina de la Enfermería. Madrid: Editorial Difusión Avances de Enfermería; 2000.
 52. Marrineer, A., & Raile, M. Modelos y teorías de Enfermería. 4ta ed. Madrid: Editorial Harcoort; 1998.
 53. Kosier, B. Fundamentos de Enfermería. México: Interamericana;1999
 54. Potter, A. Fundamentos de Enfermería. España: Harcourt; 2002

55. Garcés, B., Ferrandis, F., & Del Rey, F. Fundamentos de Enfermería. Los modelos de cuidados. Madrid; 2001.
56. Tucker, S., Canobbio, M., Paquette, E., & Wells, M. Normas y cuidados del paciente: Guía de planificación de la práctica asistencia conjunta Vol. 1. España: Editorial HaurcourtBrace; 1997.
57. Auto percepción del rol enfermero en atención primaria. Metas de Enfermería; 1998.
58. Aniversario de Florence Nightingale. España: Metas de Enfermería; 1999.
59. Leddy, S., & Pepper, J. Bases conceptuales de la Enfermería profesional. New York: J. B. Lippincott; 1989.
60. Servicios de Cuidados de Enfermería, según modelo conceptual de Virginia Henderson. 2da ed. España: Metas de Enfermería; 1999.
61. Moreno, M. Conceptualización de Enfermería como disciplina profesional. Bogotá: Acofaen; 2006.
62. Reséndiz, C. Postura de la enfermera ante su quehacer profesional. [Revista en línea]. México, 2010. [Consulta: 18 de junio del 2014]. RevEnfermInstMex Seguro Soc. Disponible en:
63. Fundamentos para el desarrollo de Enfermería. Valoración de Enfermería. [Documento en línea]. Perú, 2008. [Consulta: 18 de junio del 2014]. Disponible en: http://www.ome.es/media/docs/G1-Doc.%20Valoraci%C3%B3n_enfermera.pdf
64. Blanco, C., Sarabia, R & Lázaro, M. Metodología de Enfermería. Valoración: Entrevista. [Documento en línea]. Cantabria. [Consulta: 22 de junio del 2014]. Disponible en: https://www.google.com.pe/?gfe_rd=cr&ei=MjO1U6XeH83DgATM0oGIBw&gws_rd=ssl#q=Metodolog%C3%ADa+de+Enfermer%C3%ADa.+La+Valoraci%C3%B3n%2C+Recogida+de+Datos%3A+Entrevista
65. Yura, H., & Walsh, M. The nursing process. Norwalk.
66. NANDA internacional. Diagnósticos Enfermeros 2012 - 2014. Definiciones y clasificación. Ed. España; Elsevier: 2013.
67. Andrade, O. Diagnóstico, la segunda etapa del Proceso Enfermero. [Artículo en línea]. España, 2011. [Consulta: 25 de junio del 2014], Disponible en: <http://materialdeenfermeria.blogspot.com/2010/04/diagnostico-2a-etapa-del-proceso-de.html>
68. Aniorte, N. El Diagnóstico Enfermero. [Documento en línea]. 2014. [Consulta: 28 de junio del 2014]. Disponible en: http://www.aniortenic.net/apunt_diagn_enfermer_2.htm
69. Carpenito, L. Manual de Diagnósticos de Enfermería. 9na Ed. España: Mc. Graw Hill; 2005.
70. Hernández, L. El proceso de Enfermería. [Documento en línea]. Cuba, 2010. [Consulta: 3 de julio del 2014]. Disponible en: <http://www.enfermeria.sld.cu/enfermeriacirag/proceso.html>
71. Mendoza A. Situación actual de inmunizaciones en el Perú. Ponencia. Chiclayo, 2010.
72. Alfaro, L. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5º Ed. Barcelona: Masson; 2005

73. Iyer P, Taptich B & Bernocchi D. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. México: Mc Graw- Hill Interamericana; 1997.
74. Material de Enfermería. Ejecución y evaluación. 4ª y 5ª etapa del Proceso de Enfermería. [Documento en línea]. 2010. [Consulta: 29 de junio del 2014]. Disponible en: <http://materialdeenfermeria.blogspot.com/2010/06/ejecucion-y-evaluacion-4a-y-5a-etapa.html>
75. Noma Técnica de Salud para el manejo de la Cadena de Frio en Inmunizaciones. 2011. [Documento en línea]. Perú, 2011. [Consulta: 1 de julio del 2014], Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/destacados/archivos/360/RM600-2007.pdf>
76. Organización Panamericana de la Salud - OPS. Curso de gerencia para el manejo efectivo del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), Módulo II: vacunas del PAI. Washington: OPS; 2006.
77. Arteaga, M. Ejecución de las intervenciones en el proceso de atención de Enfermería. [Documento en línea]. España. [Consulta: 1 de julio del 2014]. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/mod/resource/view.php?inpopup=true&id=61962>
78. Cabal, V. & Guarnizo, M. Enfermería como disciplina. Revista Colombiana de Enfermería. Volumen 6. España; 2010.
79. Gonzáles, T., & Quintero, D. Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias y gineco obstetricia de una institución de II y III nivel de atención. [Tesis en línea]. Colombia, 2009. [Consulta: 1 de julio del 2014]. Disponible en: <file:///F:/tesis05%20CUIDADO%20HUMANIZADO.pdf>
80. Alba, L., Fajardo, O., Tixtha, L., E., & Papaqui, H. La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México. [Revista en línea]. México, 2012. [Consulta: 2 de julio del 2014]. Rev. Enf Neurol (Mex) Vol. 11, No. 3. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123d.pdf
81. Prieto, G. Comunicación asertiva en Enfermería. [Documento en línea]. Colombia, 2009. [Consulta: 3 de julio del 2014]. Disponible en: http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=88:comunicacion&catid=35:conferencias&Itemid=37
82. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. La asertividad, habilidad de la enfermera dinámica. [Documento en línea]. México, 2005. [Consulta: 3 de julio del 2014]. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Vol. 13. Disponible en: <file:///F:/habilidad%20de%20asertividad%20en%20enfermeria.pdf>
83. Cánovas, M. La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión. [Tesis doctoral]. España, 2008. [Consulta: 3 de julio del 2014]. Disponible en: digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/3562/1/CanovasTomas.pdf
84. Sánchez, J., & Mora, H. Empatía y desgaste profesional en enfermeras del área de salud mental y psiquiátrica. [Documento en línea]. 2009. [Consulta: 4 de julio del 2014]. Disponible en:

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1771/1/Empatia-y-desgaste-profesional-en-enfermeras-del-area-de-salud-mental-y-psiquiatria.html>

85. La empatía y comunicación efectiva con el usuario. [Documento en línea]. [Consulta: 4 de julio del 2014]. Disponible en: <file:///F:/Empatiaycomunicefectiva.pdf>
86. Valverde C. Para hacernos el trabajo más fácil: la empatía. [Documento en línea]. 2006. [Consulta: 3 de julio del 2014]. Disponible en: <file:///F:/PARAHACERNOSELTRABAJOMASFACIL%20EMPATIA.pdf>



UNIVERSIDAD NACIONAL "PEDRO RUIZ GALLO"



FACULTAD DE ENFERMERÍA

GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DIRIGIDA AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA

I. OBJETIVO: recolectar información acerca de cuidado enfermero a niños menores de 4 años en la estrategia sanitaria de inmunizaciones de dos centros de salud de Chiclayo.

II. DATOS GENERALES:

- Seudónimo: _____
- Edad: _____ Sexo: _____
- Procedencia: _____
- Situación laboral: _____
- Tiempo de trabajo en la estrategia sanitaria: _____

III. INTERROGANTES:

Pregunta Orientadora

- Defina usted el Cuidado Enfermero:

- Relate lo más extenso posible todas las acciones que realiza como parte del Cuidado Enfermero:



UNIVERSIDAD NACIONAL "PEDRO RUIZ GALLO"



FACULTAD DE ENFERMERÍA

GUIA DE ENTREVISTA DIRIGIDA AL FAMILIAR CUIDADOR

I. OBJETIVO: Recolectar información acerca de cuidado enfermero a niños menores de 4 años en la estrategia sanitaria de inmunizaciones de dos centros de salud de Chiclayo.

II. DATOS GENERALES:

- Seudónimo: _____
- Edad: _____ Sexo: _____
- Zona de Residencia: _____
- Grado de instrucción: _____

III. INTERROGANTES:

Preguntas Orientadora

- Detalle, todo lo que la enfermera (o) realiza cuando acude usted con su niño a la estrategia sanitaria de inmunizaciones:



UNIVERSIDAD NACIONAL "PEDRO RUIZ GALLO"



FACULTAD DE ENFERMERÍA

GUIA DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

I. OBJETIVO: Recolectar información acerca de cuidado enfermero a niños menores de 4 años en la estrategia sanitaria de inmunizaciones de dos centros de salud de Chiclayo.

II. DATOS GENERALES:

- Seudónimo: _____
- Fecha: _____

III. OBSERVACIÓN

- Observar el cuidado enfermero en los siguientes momentos:

Al ingreso del turno

Hora: _____

Observación realizada:

Contexto: _____

Cuidado: _____

Durante el turno

Hora: _____

Observación realizada:

Contexto: _____

Cuidado: _____

A la salida del turno

Hora: _____

Observación realizada:

Contexto: _____

Cuidado: _____

GUIA DE REVISIÓN DOCUMENTAL

II. DATOS GENERALES:

- Seudónimo: _____
- Fecha: _____

III. REVISIÓN DEL CARNET E HISTORIAS CLINICAS

- **Detalle, lo que observa en estas revisiones documentales, en cuanto a la estrategia sanitaria de inmunizaciones:**

[illegible]



UNIVERSIDAD NACIONAL "PEDRO RUIZ GALLO"



FACULTAD DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Por la presente

Yo,.....acepto participar voluntariamente en esta investigación titulada: *"EL CUIDADO ENFERMERO EN LA ESTRATEGIA SANITARIA DE INMUNIZACIONES. ESTUDIO COMPARADO EN DOS CENTROS DE SALUD DE CHICLAYO. 2014"*, conducida por las investigadoras: Idrogo Díaz Margarita Carolina y Mera Sifuentes Zilka Mercedes de la UNPRG para optar título profesional de Enfermería, cuyo objetivo es analizar, comprender y comparar el cuidado enfermero en la estrategia sanitaria de inmunizaciones en dos centros de salud. Estando de acuerdo con la utilización de los datos de mi entrevista para los fines de la investigación, declaro que fui informado de los siguientes aspectos:

1. Mi participación será espontánea y tendré que responder preguntas en una entrevista, la cual será grabada y tomará aproximadamente 25 minutos.
2. La información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.
3. Que la información brindada será utilizada sólo para fines de trabajo científico.
4. Que las investigadoras estarán disponibles para cualquier aclaración que sea necesario respecto al asunto abordado.
5. Que tendré el derecho de retirar el consentimiento para mi participación cuando lo desee.
6. Confiando plenamente que todo lo expresado en esta entrevista será de estricta confidencialidad entre encuestado y las investigadoras.

Entrevistador

Entrevistado