

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN INMUNIZACIONES EN NIÑOS
MENORES DE 1 AÑO CENTRO ASISTENCIAL PRIMARIO III MANUEL
MANRIQUE NEVADO, JOSÉ LEONARDO ORTIZ – CHICLAYO,
2015-2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA Y
COMUNITARIA**

GREGORIA MARIBEL RODAS MONTENEGRO

**Callao, 2018
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|--|------------|
| ➤ DRA. ZOILA ROSA DÍAZ TAVERA | PRESIDENTA |
| ➤ LIC. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO | SECRETARIO |
| ➤ DRA. TERESA ANGÉLICA VARGAS PALOMINO | VOCAL |

ASESORA: DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 276

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 22/04/2018

Resolución Decanato N° 978-2018-D/FCS de fecha 12 de Abril del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	6
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Marco Conceptual	15
2.3 Definición de Términos	39
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	40
3.1 Recolección de Datos	40
3.2 Experiencia Profesional	40
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	41
IV. RESULTADOS	44
V. CONCLUSIONES	45
VI. RECOMENDACIONES	46
VII. REFERENCIALES	47

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de Salud (2018). Expresan que la inmunización es el proceso de inducción de inmunidad artificial frente a una enfermedad. Las inmunizaciones o vacunas son . Protegen contra enfermedades como el sarampión, paperas, rubéola, hepatitis B, polio, tétanos, difteria y tos ferina. Las vacunas son importantes tanto para los adultos, como para los niños. (p.8).

El sistema inmunitario ayuda a que su cuerpo luche contra los gérmenes produciendo sustancias para combatirlos. Una vez que lo hace, el sistema inmunitario "recuerda" el germen y puede luchar contra él nuevamente. Las vacunas contienen gérmenes muertos o debilitados. Cuando se le administra a una persona sana, la vacuna desencadena una respuesta del sistema inmunitario para que responda, creando inmunidad.

El presente informe de experiencia profesional titulado **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN INMUNIZACIONES EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO CENTRO ASISTENCIAL PRIMARIO III MANUEL MANRIQUE NEVADO, JOSE LEONARDO ORTIZ -CHICLAYO, 2015-2017** tiene como objetivo describir la función que desempeña el profesional de Enfermería en inmunizaciones a niños menores de un año.

El presente informe consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: **El capítulo I:** describe del planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, **el capítulo ii** Incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, **el capítulo III:** considera la presentación de la experiencia profesional, **capítulo IV :** resultados ; **capítulo V :** conclusiones, **capítulo VI** las conclusiones y el **capítulo VII** Referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

La inmunización sigue siendo considerada como una intervención eficaz que salva vidas y evita el sufrimiento; beneficia a los niños, no solo porque mejora la salud y la esperanza de vida, sino también por su impacto social y económico a escala mundial.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), La inmunización es una de las intervenciones de salud pública más costo eficaz y que más éxito ha tenido en todas las épocas. Ha permitido erradicar la viruela, reducir la incidencia mundial de poliomielitis en un 99% desde 1998, y disminuir de manera tajante la incidencia de enfermedades como el sarampión, la difteria, la tos ferina, el tétanos y la hepatitis B. Con nuevas vacunas en desarrollo y servicios de inmunización que se usan cada vez más para realizar otras intervenciones de salud, el futuro de la inmunización es promisorio. La vacunación estimula el desarrollo de los sistemas de salud y es una inversión económica acertada. (p.12).

La Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones diseña y norma los procesos de organización correspondiente, en el ámbito de su gestión institucional y sectorial para lograr objetivos funcionales como la cultura de salud, prevención y control de epidemias con un enfoque de equidad, derecho y ciudadanía.

A partir de 1977, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) inicio a impulsar la formación del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en los Países de la Región de las

Américas. Con la implementación del PAI, las coberturas de vacunación en las Américas incrementaron de niveles de 25% a 30% durante la primera parte de la década de los setentas, a coberturas cercanas a 60% a comienzos de los ochenta y a más de un 90% a principios del siglo XXI. (p.6).

ESNI ES un esfuerzo extraordinario dirigido por los países y territorios de las Américas para fomentar la equidad y el acceso a la vacunación. Las actividades de la SVA fortalecen los programas nacionales de inmunización para llegar a las poblaciones con acceso limitado a los servicios de salud regulares, como las que viven en las periferias Urbanas, zonas rurales y fronterizas y en comunidades indígenas.

La inmunización es una intervención de salud pública que 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 salud.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), la salud infantil en el Perú ha continuado mejorando en la última década; sin embargo persisten problemas que merecen preferente atención como la diarrea infantil, mejoramiento de la cobertura de vacunación y la superación del problema de morbilidad infantil en niñas y niños cuyas madres tienen menor nivel educativo, baja capacidad económica, residen en el área rural o en regiones de Sierra y Selva del país

Según el Ministerio de Salud (MINSA), las inmunizaciones se implementan en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) al

final de la década del 70, lográndose coberturas promedio o menor al 20%; a partir de los 80 se logró un aumento significativo y sostenido como resultado de la implementación de estrategias nacionales para el fortalecimiento de las actividades regulares del PAI. Reconociéndose que las inmunizaciones son consideradas como la segunda prioridad sanitaria en el país y que es la forma más efectiva de controlar y disminuir el riesgo de enfermedades inmunoprevenibles en la población en general, en especial, la población infantil que es la más vulnerable y susceptible de enfermar y morir, destacándose entre ellas a la Tuberculosis, Hepatitis B, Poliomiélitis, Difteria, Tétanos, Sarampión y Fiebre Amarilla.

Existen diversos antecedentes que muestran conocimiento bajo en las madres de niños menores de un año, 6,10 además de factores condicionantes 7,9 que influyen el retraso o incumplimiento del calendario de inmunizaciones, debido a que no tienen noción de la importancia de las vacunas.

Las vacunas mantienen a los niños, niñas vivos y sanos, protegiéndolos contra las enfermedades. La vacunación es especialmente importante para las familias más difíciles de alcanzar, ya que también puede ser un puente a otro tipo de atención que salva vidas para las madres y los niños en las comunidades aisladas, como los exámenes nutricionales para los niños, las mosquiteras contra la malaria, los suplementos de vitamina A y los comprimidos de desparasitación.

Esta problemática motivó la realización de este informe de investigación y las experiencias vividas en CAP III Manuel Manrique Nevado –JLO-CHICLAYO , en donde se observó un alto

nivel de incumplimiento del calendario vacuna, a pesar de todos los esfuerzos que realiza el MINSA para proteger mediante las inmunizaciones a la población infantil del país. Ante este contexto surge el problema de investigación.

1.2. Objetivos

Describir la intervención de enfermería en la estrategia de inmunizaciones en niños menores de 1 año Centro Atención Primario III Manuel Manrique Nevado, José Leonardo Ortiz-CHICLAYO, 2015-2017

1.3. Justificación

La inmunización es una de las intervenciones sanitarias de mayor éxito y costo eficaz, evitando entre 2 a 3 millones de muertes al año. La inmunización protege la vida de los lactantes y niños de enfermedades como la sarampión, rubeola y enfermedades producidas por neumococos, influenza, diarrea por rotavirus, tétanos, fiebre amarilla, entre otras.

Los beneficios de la inmunización se extienden cada vez más a los adolescentes y adultos, proporcionándoles protección frente a enfermedades potencialmente mortales como la gripe, meningitis y algunos tipos de cáncer (hígado y cuello uterino). Sin embargo, cada año hay más de 20 millones de lactantes y niños que no reciben las vacunas habituales, y más de 1,5 millones de menores de cinco años mueren por enfermedades que podrían evitarse con las vacunas existentes.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Para Juhasz (2008), realizó la investigación titulada "Propuesta de un programa educativo para la formación de actitudes preventivas ante el incumplimiento y retraso de la aplicación del esquema nacional de inmunización en la Comunidad Santa Eduviges. Venezuela 2008", tiene con objetivos determinar el nivel de conocimientos de las madres acerca de las inmunizaciones sistemáticas, detectar desde la perspectiva de las madres los motivos de la no inmunización y establecer la influencia del sistema de creencias de la familia venezolana en la participación de la población en la prevención de enfermedades prevenibles por vacunas.

El diseño metodológico del estudio fue nivel evaluativo, con un diseño de investigación - acción. Para la recolección de datos se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario, aplicada a una muestra conformada por madres de 72 niños menores de 1 año. Entre los resultados del estudio, con respecto a los motivos de no inmunización, se encontraron los siguientes hallazgos: "No hubo vacuna (36.1%), enfermedad del niño (27.8 %), olvido de vacunar (22.2 %), trabajo materno (8.3%), migración (2.8 %), es mejor adquirir la enfermedad naturalmente y falta de comprensión de la tarjeta (1.4 %, respectivamente).

Entre las tu principales conclusiones a las que arribó este estudio, se encuentra: "El tercer motivo más frecuente de la no inmunización fue el olvido vacunar, lo que supone la presencia de un bajo estímulo e las madres para vacunar a sus hijos o quizás una falta de percepción de la necesidad de vacunar debido a falta de conocimientos o bajo nivel de educación"

Según Moukhallalele (2009) realizó la investigación titulada "Factores que influyen en el nivel de conocimiento de las madres sobre el esquema de inmunizaciones pediátricas. Servicio de cuidados de intermedios V. Hospital Universitario de Pediatría Dr. Agustín Zubillaga Barquisimeto Estado Lara 2009".

Tuvo como objetivo general determinar los factores que influyen en el conocimiento de las madres sobre el esquema de inmunizaciones. La metodología, se realizó un estudio descriptivo 9 transversal en 300 madres de pacientes hospitalizados; a quienes se les aplicó el consentimiento informado, entrevista estructurada. Una vez aplicada la entrevista, se analizaron los datos obtenidos en forma numérica y porcentual, presentadas en cuadros y gráficos. Predominó un nivel de conocimiento regular con 47.67% deficiente con 37%.

Según edad predominó madre adulto joven 76%; el número de gesta obtuvo un porcentaje similar, predominando el nivel de conocimiento deficiente en las primigestas con 46.24%. La ocupación el mayor porcentaje en el nivel de conocimiento regular lo tuvo el comerciante 55.56% y en segundo lugar oficios del hogar 49.76%. Según profesión el nivel de conocimiento predominante es el regular y el mayor porcentaje lo obtuvo el obrero no especializado.

El grado de instrucción y condición socioeconómica obtuvo un nivel de conocimiento regular con 47.67% para ambos. El mayor porcentaje de conocimiento obtenido por la madre es de las enfermeras con 43.67% de los ambulatorios y el nivel de conocimiento es regular con 45.8%. Las madres no obtienen información través de medios de comunicación.

Se concluye que los factores estudiados tienen influencia sobre el nivel de conocimiento, esperando que dichos resultados puedan ser tomados en cuenta en futuras investigaciones. Alcanzando con dicha investigación educar a las madres acerca del esquema de inmunizaciones pediátricas para disminuir la morbimortalidad infantil por enfermedades prevenibles por vacunas.

Para García y Villamar (2012). realizaron la investigación titulada "Determinación del abandono y deserción del esquema de vacunas del Ministerio de Salud Pública en los menores de dos años que acuden al Sub centro de Salud Colón, Febrero - Agosto del 2012".

La investigación se realizó en base a la metodología de estudio prospectivo, que registra información sobre los niños menores de dos años con esquema incompleto de vacunas; descriptivo porque describe los diferentes tipos de vacunas dadas por el Ministerio de Salud Pública y las enfermedades prevenibles por las mismas; de corte transversal porque permite conocer los niños con el problema planteado en la investigación.

Obteniendo información de diversas fuentes: historias clínicas, tarjetero, monitoreo de PAI (programa ampliado de inmunización), encuestas y observaciones; se analizan dos variables en la investigación que son: deserción y abandono del esquema de

vacunas. Una vez recopilada la información fue tabulada y procesada, presentándola en tablas y gráficos; en base a esto se establecen conclusiones y recomendaciones, los cuales ayudarán a disminuir la deserción y abandono de las vacunas para evitar enfermedades prevenibles por vacunación y por ende mejorar la cobertura del PAI de la U.O de la parroquia Colón.

Las causas predisponentes para que se dé la deserción y abandono están: el desconocimiento y la irresponsabilidad de padres y cuidadores de los menores de dos años de la importancia las vacunas que se les proporciona a sus hijos de manera gratuita para la prevención de enfermedades. Dicha investigación, ayudará al Personal responsable de PAI, a diseñar nuevas estrategias técnicas y educativas para disminuir la tasa de deserción y abandono de vacunas.

Para Buscan, Trestini y Tomar (2010) realizaron la investigación titulada "Actitud de las madres en el cumplimiento del calendario de vacunación en niños menores de seis años en el servicio de hospitalización de pediatría del Hospital "Dr. Jorge Lizárraga" Valencia. Septiembre-Octubre .2010."

Tiene como objetivo general determinar la actitud de las madres hacia el cumplimiento del calendario de vacunación de niños menores de seis años.

El diseño metodológico fue descriptivo, no experimental, transversal y exploratorio de campo. Para la recolección de datos se utilizó como técnica la encuesta y la estrategia metodológica cualitativa que conlleva a la producción de descripciones a partir de observaciones en forma de entrevistas, aplicadas a una muestra

conformada por 71 madres. Entre los resultados más representativos, se tiene que: 94.4% de las madres manifestó conocer el calendario de vacunas que deben recibir sus hijos; 47.9% tiene la creencia de que las vacunas curan enfermedades en sus niños; 25.4% tiene creencias acerca de falsas contraindicaciones en la aplicación de las vacunas y 56.3% ha presentado retraso en el cumplimiento de la dosis de alguna vacuna.

Entre las principales conclusiones a las que llegó el estudio, se encuentran: "Se demostró que las madres tienen conocimiento acerca del calendario de inmunizaciones de sus hijos", "Existe falta de información a través de mensajes y/o programas educativos con la finalidad de promover una educación constante y eficaz a favor de las inmunizaciones", "Se observó que las madres tienen algunos conocimientos 11 erróneos acerca de las vacunas, tales como: efecto curativo y contraindicaciones para la aplicación de las mismas".

Para Gómez (2009) realizó la investigación titulada "Creencias populares que tienen las madres sobre la vacunación en niños menores de un año en la comunidad La Libertad. Carabobo 2009",

Tienen como objetivo general determinar las creencias populares que poseen las madres sobre la vacunación de los niños menores de un año.

El diseño metodológico fue de tipo aplicativo, cuali-cuantitativo, método descriptivo simple y de corte transversal. Para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento una encuesta, a una muestra conformada por 100 madres.

Entre las principales conclusiones a las que arribó el estudio, se encuentran: " El mayor porcentaje de las madres refiere que no es necesaria la vacunación en los niños menores de un año". Con respecto a las creencias populares que tienen las madres, las grandes mayorías de ellas refieren que las reacciones son más fuertes que la enfermedad de que los protege. Esto pone de manifiesto que si sus hijos tuvieran alguna reacción desfavorable pudiera no continuar el esquema de vacunación

2.2.2. Antecedente Nacional

Según Ricaldi (2011). Realizó la investigación titulada "Relación de las actitudes de las madres hacia las vacunas y el estado vacunal de sus hijos menores de 5 años en el A.A.H.H "Virgen de la Candelaria-Villa María del Triunfo, 2011",

La investigación tuvo como objetivo general determinar la relación de las actitudes de las madres hacia las vacunas y el estado vacunal de sus hijos menores de 5 años en el A.A.H.H "Virgen de la Candelaria".

El estudio es de tipo cuantitativo, de nivel aplicativo, método descriptivo, correlacional de corte transversal. La población estuvo conformada por 23 madres de niños menores de 5 años que viven en el A.A.H.H Virgen de la Candelaria, las cuales fueron incluidos en el estudio. La técnica utilizada para la recolección de datos fue la encuesta y los instrumentos fueron una escala de tipo Likert y una hoja de registro.

Las conclusiones a las que llegaron fueron: "Existe relación poco significativa entre las actitudes de las madres hacia las vacunas y el estado vacunal de sus hijos menores de 5 años en el A.A.H.H "Virgen de la Candelaria" como se demuestra en el análisis estadístico a través de la prueba de 12 chi-cuadrado", "La mayoría de madres de niños menores de 5 años presentan actitudes de indiferencia hacia las vacunas, generalmente por falta de información o por tener información errónea sobre estas y por tanto ignorarlas por falta de interés y/o temor, por tanta estrategia de intervenciones de parte de la enfermera debe ir dirigida a brindar información clara, verídica y accesible sobre las vacunas", "La mayoría de niños menores de 5 años que viven en el A.A.H.H "Virgen de la Candelaria" presentan un estado vacunal incompleto, es decir estos niños se encuentran susceptibles, al no lograr la inmunidad definitiva, intensa y duradero, de padecer enfermedades inmunoprevenibles"

Para Gonzales (2010) realizó la investigación titulada "Factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación en las madres con niños menores de un año en el Centro de Salud de Mala (2010)".

Tuvo como objetivo determinar los factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación en las madres con niños menores de un año. Material y Método.

El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por todas las madres que acudieron a vacunar a sus niños menores de un año al consultorio de Enfermería del Centro de Salud de Mala, durante el mes asisten un promedio de 80 madres con niños menores de un año. La muestra fue obtenida mediante el

muestreo probabilístico de proporción para población finita, aleatoria simple conformado por 44 madres. La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo cuestionario. Resultados: del 100% (44); 59% (26) de las madres refieren que los factores están presentes y 41% (18) ausentes.

Conclusiones, Los factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación en las madres con niños menores de un año; en un mayor porcentaje están presentes, referido al ingreso económico, gasto de pasaje para ir a vacunar al niño, la creencia sobre las vacunas, gratuidad de las vacunas, el trato del personal de Enfermería, la información de las citas posteriores y de las reacciones post vacunales, seguido de un porcentaje considerable de madres que refieren que están ausentes, por la ocupación de la madre, le es difícil llevar a vacunar al niño si gastara pasajes, contraindicación de las vacunas, que la vacuna pentavalente protege contra cinco enfermedades, la accesibilidad al servicio, el tiempo de espera.

Para Inga, (2015) Realizó la Investigación titulada: Nivel de conocimientos sobre inmunizaciones en el profesional de enfermería de los Establecimientos de salud de la Red de Salud Moyobamba ·San Martín · 2014, Perú.

Tuvo como objetivo de determinar el nivel de conocimientos sobre inmunizaciones en el profesional de enfermería de los establecimientos de Salud de la Red de Salud Moyobamba- San Martín-2014.

El estudio tuvo un diseño de investigación cuantitativa, descriptivo de corte transversal, se tuvo un universo muestra! de 27 profesionales; se utilizó el método de la encuesta, la técnica del

cuestionario y el formulario de cuestionario como instrumento de recolección de datos. La validez del instrumento se determinó mediante juicio de 06 expertos obteniendo, $VC=8.67 > VT=1.6449$; (instrumento adecuado); para la confiabilidad se aplicó una prueba piloto al 37 % (10) de la muestra y los resultados se determinó mediante el coeficiente alfa de Cronbach obteniendo un valor de 0.862 (fuerte confiabilidad).

Conclusiones, del 100 % (27) profesionales de enfermería de los establecimientos de Salud de la Red de Salud Moyobamba San Martín-2014; el 85.2 % (23), presentan un nivel de conocimientos regular; el 11.1 % (3) evidencian un nivel de conocimientos bueno y el 3.7 % (1) presentan un nivel de conocimientos malo sobre inmunizaciones; según dimensiones: esquema de vacunación el 81.5 % (22) presentan un nivel de conocimientos regular; en la dimensión vacunas el 55.6 % (15) presentan un nivel de conocimientos bueno; según dimensión cadena de frío el 77.8% (21) presentan un nivel de conocimientos regular y por último según dimensión ESA VI el 81.5 % (22) presenta un nivel de conocimientos regular. Por lo tanto, se concluye que el mayor porcentaje de profesionales de enfermería de los establecimientos de Salud de la Red de Salud Moyobamba San Martín-20.

2.2. Marco Conceptual

2.1.1. Teoría de Enfermería.:

- **Nola Pender:** Teoría del modelo de promoción de la salud. La aplicación del Modelo de Promoción de la salud de Pender, es un marco integrador de la valoración de conductas en las personas.

Pender considera el estilo de vida como un patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de la vida y que se proyecta directamente en la salud; para comprenderlo se requiere el estudio de tres categorías principales

1. las características y experiencias individuales.
2. la cognición y motivaciones específicas de la conducta
3. el resultado conductual.

- **Persona:** es el centro de atención de la teorista. Cada persona está definida por su propio patrón cognitivo-perceptual.
- **Entorno:** No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- perceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.
- **Enfermería:** El bienestar como especialidad de la enfermería, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios, la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.
- **Meta paradigma de entorno:** Control percibido de la salud la percepción interna.
 1. Obstáculos percibidos: La convicción de cada persona de que algo es posible puede afectar el

compromiso con una actitud que promueva a la salud

2. Aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud
3. Auto eficacia percibida:
4. El paciente cambia su conducta si está convencido de que la conducta es asumible.

- **Virginia Henderson**

- Henderson da una definición de enfermería, "asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por el mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, todo esto de manera que la ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible". Ella planteo que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad.
-
- Evitar los peligros del entorno: Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

- Comunicarse con otros, expresar emociones , necesidades , miedos u opiniones : Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras El modelo de Henderson abarca los términos Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística.

TEORÍA DE ENFERMERÍA

MODELO: Es la representación simbólica de una cosa o realidad. No es la realidad misma sino una abstracción o una reconstrucción de la realidad.

Por ejemplo: Una maqueta reducida de un hospital, los modelos anatómicos de las distintas partes del cuerpo humano. Sin embargo a partir de un modelo se llega a una mejor comprensión de una teoría

Teórica de Enfermería destacada, nace en Baltimore, Maryland, en 1914. Obtiene el diploma de Enfermera 1930. En su teoría no se reconoce ninguna influencia, sino que fue el conjunto de todas con las que tuvo contacto y su experiencia personal. Tiene innumerables publicaciones. En 1971 publica su "Teoría General de la Enfermería. En 1976 la U. de Georgetown otorga título honorífico de doctora en ciencias. Se retira de la Enfermería en 1984 y se dedica a impartir conferencias sobre su teoría y a prestar asesorías.

Teoría de los sistemas de enfermería En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos,

identificando tres tipos de sistemas: Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera sule al individuo.

Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados con la colaboración del paciente semi-dependiente. Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Meta paradigmas: **SALUD ENFERMERIA ENTORNO PERSONA** **TEORIA**

Persona. La define como el paciente, un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, y con potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para autoconocerse y puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; si no fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados.

Entorno Es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.

Salud Es definida como "el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental", por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

Enfermería Es proporcionar a las personas y o grupos, asistencia directa en su autocuidado según sus requerimientos, debido a las incapacidades que tienen, por sus situaciones personales. Los cuidados de enfermería se definen como “ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por si mismo acciones de autocuidado, para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias producidas por esta.”

Aplicación práctica del modelo Para ello Orem hace presunciones sobre la naturaleza del hombre: Los seres humanos tienen el potencial de desarrollar habilidades intelectuales y prácticas de cuidado, manteniendo la motivación esencial para el autocuidado y el cuidado de los miembros dependientes de la familia. ej. Buscar ayuda en personas cercanas o del ámbito de la salud.

Las formas de satisfacer los requisitos de autocuidado, poseen elementos culturales que varían con los individuos y con los grupos sociales mayores, por lo que pueden usarse diferentes enfoques con el fin de satisfacer necesidades similares.

La realización del autocuidado requiere de la acción intencionada y calculada, que está condicionada por el conocimiento y las habilidades, pero pese a que un individuo puede saber cuando tiene una necesidad, hay circunstancias en que no se despierta la conducta de autocuidado (ansiedad, temor, desconocimiento, prioridades, etc).

Los individuos investigan y desarrollan formas para satisfacer las demandas de autocuidado conocidas, cuando se enfrentan al hecho de satisfacer una necesidad de autocuidado, experimentan y

prueban distintos métodos para superar las dificultades que surgen. Cuando tienen claras las formas de satisfacer las necesidades conocidas, desarrollan los hábitos de autocuidado.

2.2.1. BASE TEÓRICA GENERALIDADES SOBRE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE INMUNIZACIONES

1771, Edward Jenner expresa que la Historia del descubrimiento de las Vacunas, a partir de unos experimentos que realizaba con gérmenes de la viruela que atacaba a la vaca, pero que a los trabajadores de las granjas los hacía inmunes hacia esta enfermedad. De ahí que proviene su nombre, de la palabra latina vacca; este invento fue el inicio de todo un programa de inmunizaciones que ha permitido prevenir muchas enfermedades mortales o incapacitantes y evitar grandes epidemias. (p.7).

A partir de ese momento, se han inventado una serie de vacunas, tanto para prevenir algunas enfermedades infecto-contagiosas; produciéndose en 1796 la aplicación por primera vez la vacuna contra la viruela, enfermedad que ha sido erradicada totalmente, en 1880 Louis Pasteur y Robert Koch descubrieron los "gérmenes" causantes de algunas enfermedades infecciosas como el cólera y la rabia y a partir de ellos se elaboraron las vacunas respectivas, en 1891 Emil Adolf van Gelming y Shibasaburo Kitasato elaboraron las vacunas contra la difteria y el tétanos, en 1906 Léon Calmetre y Camille Guérin, inventaron la vacuna BCG contra la tuberculosis, en 1954 Jonas E. Salk inventó la vacuna contra la poliomielitis, en 1960 John F. Enders inventó la vacuna contra el sarampión, en 1962 Thomas H. Séller, inventó la vacuna contra la rubéola y así los científicos de muchos países 14 trabajan para encontrar la

prevención del virus causante del SIDA y otras enfermedades que se han extendido como pandemias.

2.2.2. CREACIÓN DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE INMUNIZACIÓN EN EL PERÚ

En la Región de las Américas, y particularmente en el Perú, se ha logrado erradicar la viruela y la poliomielitis, el tétanos neonatal como problema de salud pública y controlar otras enfermedades inmunoprevenibles (tos ferina, difteria y tuberculosis en sus formas graves). La existencia de las inmunizaciones en el Perú fue a través del Programa Nacional de Inmunizaciones desde 1972, en 2001 considerado dentro del Modelo de Atención Integral de Salud por Etapas de vida y como Estrategias Sanitarias Nacionales de Inmunizaciones desde el 27 julio del 2004 con la finalidad de señalar la prioridad política, técnica y administrativa que el pueblo y Gobierno Peruano reconocen en las inmunizaciones.

Es así que las estrategias de las Jornadas Nacionales de Vacunación realizadas a partir de 1985 permitió el incremento de las coberturas: en 1992 se superó el 80% y en 1995 se lograron coberturas mayores al 90%. Sin embargo, desde 1999 hasta el 2003 se observó un descenso progresivo en las coberturas de vacunación de aproximadamente uno o dos puntos por año.

La VISIÓN de las inmunizaciones en el Perú se consolidan como la actividad líder en el campo de la salud pública, que promueve cambios positivos en la atención integral por etapas de vida dentro de los servicios de salud y en la comunidad, generando corrientes de opinión favorables hacia la adopción de prácticas saludables y movilización de recursos con propuesta de cambios estructurales en la política para fortalecer el desarrollo sostenible de la nación.

Siendo la MISIÓN: Garantizar a la población el acceso a vacunación segura, a través de los servicios de salud con prestaciones basadas en la atención integral por etapas de vida, logrando mantener al Perú libre de enfermedades prevenibles por vacunación.

INMUNIZACIÓN En su origen, el término vacunación significó la inoculación del virus de la viruela de las reses (vaccinia), para inmunizar contra la viruela humana. Hoy en día se utiliza para referirse a la administración de cualquier inmunobiológico, independientemente de que el receptor desarrolle inmunidad. La inmunización puede ser activa (mediante la administración de vacunas) o pasiva (mediante la administración de inmunoglobulinas específicas o a través de la leche materna). (Organización Mundial de Salud, 2018)

El sistema inmunológico ayuda a que su cuerpo luche contra los gérmenes mediante la producción de sustancias para combatirlos. "Una vez que lo hace, el sistema inmunológico "recuerda" el germen y puede luchar contra él nuevamente. Las vacunas contienen gérmenes muertos o debilitados".

2.2.3. CLASIFICACIÓN

- **Inmunización Activa** Producción de anticuerpos en respuesta a la administración de una vacuna o toxoide, en cuyo caso es artificial. La inmunización natural se adquiere por el padecimiento de la enfermedad y es generalmente permanente.
- **Inmunización Pasiva** Transferencia de inmunidad temporal mediante la administración de anticuerpos preformados en otros organismos,

en cuyo caso es artificial. (Epidemiología molecular de Enfermedades infecciosas, 2018)

- **La inmunización natural** es la transferencia de anticuerpos maternos al feto. Es decir, en la inmunidad pasiva no hay una respuesta inmunológica por parte del huésped.(Epidemiología molecular de Enfermedades infecciosas, 2018)

VACUNAS Son el mejor desarrollo médico de la humanidad, porque previenen las enfermedades antes de que éstas sucedan, al respecto es primordial destacar que la humanidad, especialmente miles de investigadores alrededor del mundo, viene desarrollando permanentes esfuerzos para provocar nuevas 16 vacunas contra diversas enfermedades, las mismas que son padecimientos que son auténticos malestares de la salud humana. Antes de existir las vacunas, las personas solamente podían ser inmunes cuando verdaderamente contraían la enfermedad y sobrevivían a ella. Las inmunizaciones son una manera más fácil y menos riesgosa de hacerse inmune. Dado al avance tecnológico y de las ciencias médicas específicamente, la humanidad cuenta en la actualidad con las oportunidades de mantener un mejor estado de salud, como también, prevenir enfermedades; existen vacunas en diferentes fases de estudio o ya disponibles para enfermedades como: "tuberculosis, malaria, dengue, meningococo, estafilococo aureus meticilino resistente, estreptococo grupo B, Helicobacter pylori, influenza aviar, virus sincicial respiratorio, cólera, fiebre tifoidea, paratíficas, E. coli, adenovirus. (Organización Mundial de Salud, 2018)

El resultado de la utilización de las vacunas ha favorecido grandemente a mantener estados de salud, motivo por el cual, en

la actualidad se destaca que el futuro de la medicina se está dirigiendo hacia la prevención; puesto que la inmunización es la mejor forma de prevenir enfermedades. El tema de inmunización se relaciona con las vacunas, la aplicación de las vacunas puede presentar ciertas reacciones secundarias, sin embargo, es necesario tomar conciencia de que las enfermedades que pueden evitar pueden ser mucho más agresivos por lo tanto las vacunas son: Sustancia hecha con los microorganismos vivos atenuados o inactivados que son administrados al individuo sano susceptible con el objeto de inducir inmunidad protectora contra ciertas enfermedades graves.

CLASIFICACIÓN DE VACUNAS • vacunas vivas atenuadas
Derivadas directamente del agente que causa la enfermedad, virus o bacteria. Estos virus o bacterias son atenuados, es decir debilitados en el laboratorio generalmente por cultivos repetidos. Para producir una respuesta inmune, las vacunas vivas deben replicarse en la persona vacunada. Cuando estas vacunas replican generalmente no causan enfermedad tal como lo haría la enfermedad natural. Cuando en algunos casos se produce enfermedad, esta es generalmente leve y se refiere como un evento supuestamente atribuible a la vacunación o inmunización. La respuesta del sistema inmune es semejante a la de la enfermedad natural ya que el sistema inmune no puede diferenciar entre una infección por una vacuna atenuada y una producida por el virus o bacteria "salvaje". Son generalmente efectivas con una sola dosis salvo cuando se administran por vía oral o cuando se quiere dar una dosis adicional. Estas vacunas son frágiles y se pueden dañar o destruir con la luz o el calor. Entre las vacunas vivas atenuadas están: virales vivas (sarampión, rubéola, paperas, polio, rotavirus, fiebre amarilla) y bacterianas vivas (BCG).

• **Vacunas inactivas o muertas** Son producidas por el crecimiento de la bacteria o del virus en un medio de cultivo, y se inactivan con calor o con productos químicos (generalmente formalina). En el caso de vacunas inactivas que derivan de una fracción, el organismo es tratado para purificar solamente ese componente. Estas vacunas no son vivas, por lo tanto no pueden replicar y tampoco pueden causar enfermedad, aun en personas inmunocomprometidas. Generalmente requieren múltiples dosis, en general la primera dosis no genera inmunidad, es decir no produce anticuerpos protectores, solamente “pone en alerta” al sistema inmune y la protección se desarrolla recién después de la segunda o tercera dosis. La respuesta inmune no se parece tanto a la infección natural como la de las vacunas vivas atenuadas, el tipo de respuesta es humoral y no mediada por células. Estos anticuerpos disminuyen en el tiempo y muchas veces es necesario dar dosis de refuerzo. Entre ellas encontramos a: Hepatitis B, Pertusisacelular, toxoides (Difteria, Tétanos) o polisacáridos conjugados (Hib). (Instituto Gerontológico, 2015)

VACUNACIÓN Proceso de inducción y producción de inmunidad activa en un huésped susceptible. Se refiere también al acto físico de administración de la vacuna. (Instituto Gerontológico, 2015)

2.2.4. ESQUEMA O CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN- ACTIVIDAD REGULAR EN NIÑOS MENORES

Es la representación secuencial cronológica, ordenado de la aplicación de las vacunas aprobadas por el Ministerio de Salud a nivel nacional para facilitar las intervenciones de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones y así contribuir a mejorar la

calidad de la salud de la población infantil mediante el control de enfermedades inmunoprevenibles.

Estas vacunas administradas para su acreditación deberán estar registradas en el carnet de vacunación que todo niño debe contar con ello; el cual es único e intransferible.

ESQUEMA O CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN

Vacunas	Edad de aplicación	Vía de Administración	Previene	Reacción adversa
Pentavalente	2,4,6 meses	Intramuscular	Difteria, tos convulsiva, tétano, meningitis producido por haemophilus influenzae tipo "b", cáncer al hígado	Dolor, induración, enrojecimiento del sitio de aplicación en 24 a 48 horas. Fiebre 40 % Llanto, irritabilidad, somnolencia. Cefalea, convulsión en <3 %.
Anti neumoco Haplava lente	2,4,12 meses	Intramuscular	Enfermedades graves por neumococo	Dolor, eritema, tumefacción y la fiebre
Rotavirus	2,4 meses	Oral	Diarrea grave por rotavirus	Irritabilidad, diarrea o vómitos leves y temporales. El riesgo que se calcula es de 1 (un) caso de intususcepción en cada 100,000 lactantes
Influenza estacional	7,8 meses	Intramuscular	Gripe y sus complicaciones graves como la neumonía	Son raras, como con todas las vacunas inyectadas se puede presentar dolor, enrojecimiento en el sitio de la aplicación de la vacuna y fiebre. El signo de reacción alérgica sobre todo en personas con antecedente de alergia al huevo.

Fuente: NTS N°080-MINSA/DGSPV.02-2011

El esquema de vacunación recomendado por la OMS para la serie primaria de vacunación en niños y niñas menores de un año es el resultado de un balance entre epidemiología y aspectos de orden práctico. Aunque las edades aproximadas y los intervalos entre dosis en los esquemas nacionales no deben variar de los recomendados por la OMS, no hay un solo esquema adecuado para todos los países. Hay que conocer la epidemiología local y las políticas nacionales para adaptar el esquema de vacunación a las

necesidades particulares de cada país. En dicho proceso, los expertos nacionales siempre deben tener presente la importancia de limitar el número de contactos y de brindar cobertura a todos los niños tan pronto sus sistemas inmunológicos sean capaces de responder a la vacuna.

CONTINUACIÓN DE ESQUEMAS INTERRUMPIDOS

2018, Organización Mundial de Salud expresa que en caso de interrupción de los esquemas de cualquier vacuna, considerar que éstas tienen intervalos mínimos más no máximos, por lo que se continuará con las dosis faltantes sin interesar el tiempo transcurrido desde la última dosis y se completarán el número de dosis faltantes en función a la edad. No es necesario reiniciar el esquema en ninguna circunstancia. Se recomienda la conveniencia de no demorar su cumplimiento.

FALSAS CONTRAINDICACIONES

A pesar de que las verdaderas contraindicaciones son raras, muchas veces se dan “falsas contraindicaciones”, lo cual ocurre por desconocimiento del personal de salud o creencias de la población. Las falsas contraindicaciones más frecuentes son: Infecciones de vías aéreas superiores con fiebre leve, diarreas. Alergias, asma u otras manifestaciones atópicas, nacimiento prematuro, desnutrición, lactancia materna, historia familiar de convulsiones, tratamiento con antibióticos, corticoides a dosis bajas o de acción local, enfermedades crónicas, enfermedades neurológicas no evolutivas (parálisis cerebral, síndrome de Down, etc.), historia de ictericia al nacimiento.

CONTRAINDICACIONES

Enfermedades Graves, reacciones postvacunales graves, tales como con DPT y otras vacunas bacterianas, shock, colapso, temperatura mayor o igual a 40.5°C, episodio de hipo, hipotonía, convulsiones u otros síntomas neurológicos, trastornos cerebrales y enfermedades neurogénicas progresivas o recurrentes, especialmente con antipertussis, mal convulsivo, vacunas a virus atenuados en embarazadas.

GRATUIDAD DE LA VACUNACIÓN DEL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN

2018, Organización Mundial de Salud indican que las vacunas y jeringas que se usan en la actividad de inmunizaciones son adquiridas por el gobierno peruano con fondos del tesoro público y se otorgan de manera gratuita a toda la población beneficiaria del presente Esquema Nacional de Vacunación. Todas las entidades de salud pública y privada deberán garantizar la gratuidad de la vacunación.

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGIA EN ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES

La labor en salud pública no finaliza cuando la población está completamente vacunada, sino que es obligado inmunizar a las generaciones siguientes mientras persista la amenaza de la reintroducción de la enfermedad desde algún otro lugar del mundo. Resulta esencial efectuar encuestas constantes e informar de los casos de una enfermedad ha entes correspondiente para estar siempre alerta ante la posibilidad de que aparezcan brotes de

enfermedades prevenibles con la vacunación. Todas estas enfermedades son de declaración obligatoria en la actualidad. Con ellos se pueden detectar los brotes y otras eventualidades y poner en práctica y las estrategias de prevención y control.

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA ASISTENCIA DE LA MADRE A LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE INMUNIZACIONES

Factores socioeconómicos La condición social es la situación del individuo que está en relación a su nivel de escolaridad, procedencia, edad, estado civil, ocupación, ingreso económico. **Procedencia:** Es el medio natural, en el cual el individuo nace y vive con sus tradiciones y costumbres. Así tenemos al hombre de la costa, sierra y selva. Cada uno como miembros de su grupo presenta características peculiares, aunque dichas reglas no pueden ser consideradas universales, porque cambian cuando emigran de un lugar a otro adaptándose al medio social donde migra. Los hombres de la sierra generalmente presentan actitudes de desconfianza hacia los demás limitando su posibilidad de comunicación y están más sujetos a sus hábitos y costumbres propios de su territorio. En cambio los hombres de la costa son más extrovertidos y han superado sus hábitos y costumbres de sus antecesores por tener un ritmo de vida ligero, rápido especialmente en las grandes ciudades.

Edad: Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento; de gran importancia que marca hechos trascendentales en nuestra vida o también se define como la capacidad para mantener los roles personales y la integración del individuo en la comunidad, para lo

cual es necesario mantener niveles razonables de capacidad física y mental.

Estado civil: Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo. Esta denominación se da desde el momento en que el ser humano crea la institución del matrimonio. Hay diferentes tipos de estado civil que varían de acuerdo al tipo de relaciones que una persona mantenga con otras. Entre los más comunes encontramos el de soltería (aquellas personas que no se encuentran comprometidas legalmente con otras), casado (aquellas que sí lo están) otros como divorciado (las personas que han roto el vínculo legal con sus parejas) o viudos (los que han perdido a su pareja por deceso).

Grado de instrucción: a medida que aumenta la educación mejora la autoevaluación del estado de salud, contribuye en la medida que promueve a las personas con conocimientos y aptitudes para solucionar problemas, otorgándoles un sentido de control y dominio en las circunstancias de su vida, aumenta las oportunidades de seguridad en materia laboral y de ingresos, además de la satisfacción en el trabajo. Asimismo, mejora el acceso y manejo de información para mantener una vida saludable.

Ocupación: trabajo que efectúa una persona, tiene independencia económica según el empleo que tenga. Los trabajos pueden ser dependientes o independientes. Las personas desempleadas tienen significativamente más dificultades psicológicas, ansiedad y síntomas de depresión, limitación de actividades y problemas de salud.

Ingreso económico: En general, las personas con mayores ingresos gozan de una mejor salud que las personas de bajos ingresos: El ingreso económico y la posición social son los factores determinantes más importantes de la salud. En el Perú el salario mínimo se denomina Remuneración Mínima, que actualmente equivale a S/. 675 nuevos soles vigente desde el 1/1/2008 lo cual es fijado por el Ministerio de Economía. Esta remuneración mínima estuvo incrementándose desde 1992 siendo en los últimos años : 460 nuevos soles desde el 15/9/2003, 500 nuevos soles a partir del 1/1/2006 ,530 nuevos soles a partir del 1/10/2007, 550 nuevos soles a partir del 1/1/2008, 600 nuevos soles a partir del 1/2/2011 ; hasta el 2011 se tiene la estadística que existen 972 mil hogares (13.3%) que perciben menos de 144 soles mensuales.

Barreras culturales y cognitivas Nuestro país se caracteriza por su gran diversidad cultural. Esta se ve reflejada también en las diferentes percepciones del proceso salud enfermedad y en la relación entre la vida y la muerte. Aunque el accionar de 24 saludes en las últimas décadas se ha desplegado bajo el marco declarativo de la participación comunitaria, los equipos de salud han desarrollado muy limitadamente sus capacidades para comprender cómo la población entiende su relación con la vida, la salud, el desarrollo familiar y comunal. Estudios desarrollados en algunos de los departamentos más pobres del país evidencian que los pobladores de las comunidades tienen sus propias ideas sobre salud y conceptos erradas sobre las vacunas.

Creencia: Las creencias populares son un saber del diario vivir de las personas; constituye relaciones sociales, de lo que escuchan y creen las personas y son parte de las prácticas interpersonales .El conocimiento por parte del personal de salud de las creencias

populares que tiene la mujer sobre las vacunación de los niños menores de 1 año permite valorar su significancia como prácticas de salud que las madres creen para conservar un equilibrio entre la salud y la enfermedad con la finalidad de evitar complicaciones que comprometan el bienestar de los niños.

Costumbres: Hábitos que se llevan a cabo en forma diaria de acuerdo a sus creencias, varia de un lugar a otro, formado tanto en la familia como en la comunidad y que se obtienen de los antepasados; se distingue entre buenas costumbres que son las que cuentan con aprobación social, y las malas costumbres, que son relativamente comunes, pero no cuentan con aprobación social y existen leyes promulgadas para tratar de modificar alguna de estas malas conducta.

Conocimiento.- Mario Bunge lo define como un conjunto de ideas, conceptos, que pueden ser claros y precisos, ordenados, vagos, calificándolos en conocimiento científico, ordinario y vulgar. El conocimiento se adquiere como consecuencia de la captación del objeto, se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar unos de otros. No se dan cuenta que el sistema de creencias y valores es algo exclusivamente personal y en muchos casos muy diferente de los demás. Nosotros no vivimos la realidad en sí, sino una elaboración mental de la misma. Lo que hace que la vida sea un constante 25 manantial de esperanza y ricas alternativas o una inevitable fuente de sufrimiento.

Factor Institucional Están referidos a todas las causas inherentes a los centros de salud que pueden impedir, dificultar o influir en la motivación para que las personas asistan o no a los centros de vacunación y den cumplimiento al esquema de Inmunización

recomendado para sus hijos, estos factores pueden estar representados por: accesibilidad al servicio, disponibilidad de biológicos, horario de atención, el trato que reciben del personal de salud en la admisión del usuario y encargado de la vacunación, tiempo de espera, información que recibe acerca de las vacunas, etc. Accesibilidad al servicio: Aún no se logra cubrir íntegramente la demanda del territorio nacional pese al incremento de la oferta de servicios en el primer nivel de atención del Ministerio de Salud. La existencia de muchas zonas del país donde predominan poblaciones dispersas es un factor importante de inaccesibilidad geográfica a los servicios, según estudio de investigación señala que los “Los esquemas incompletos de vacunación presenta varios factores como: residencia más de 3 km, mientras que otras forman parte de poblaciones móviles (por ejemplo, grupos nómades o trabajadores migrantes temporales). Horario de atención: Realizar un viaje a una unidad de salud con un niño sano puede no ser la primera prioridad para personas con muchas cosas importantes que hacer. Para muchos progenitores, particularmente para algunas madres, conseguir y preparar los alimentos de cada día implica trabajar de sol a sol. Otras trabajan en la agricultura, fuera de la casa, o tienen horarios de trabajo inflexibles u otras obligaciones familiares, o no disponen de alguien que cuiden de sus otros hijos menores. Los horarios de atención en los establecimiento de salud deben ser programadas de modo que resulten convenientes para los padres. Los gestores de las unidades de salud deben evaluar los horarios de vacunación al menos una vez al año y 26 modificarlos, si fuera necesario, para responder a las necesidades de las comunidades.

Barreras por la inconducta de los prestadores de Salud: Según estudios de investigación la percepción de la población respecto a la valoración de los servicios recibidos de los distintos prestadores de salud fueron la insatisfacción y maltrato que condiciona buscar la atención en otro establecimiento o deja de asistir. Estos problemas constituyen una preocupación, a nivel nacional las campañas educativas intentan mejorar el conocimiento de los padres sobre el valor de las vacunaciones y estimular a los profesionales para que aprovechen todas las oportunidades posibles para vacunar a los niños a su cuidado jurisdiccional también esto se hace extensivo a la participación comunitaria llámese religiosos, grupos sociales, colegios medios de comunicación; si existiera trabajo multisectorial se lograría la cobertura esperada.

Tiempo de espera: Dada la misión de las organizaciones de salud de mejorar las condiciones sanitarias de la población mediante la atención; reduciendo desigualdades, conteniendo costos y satisfaciendo a los usuarios con respeto a su autonomía y valores; el usuario es el personaje principal en los escenarios de la prestación de servicios, sus expectativas es la satisfacción de la atención tanto del prestador de servicios y las de la propia institución. Dentro de la calidad en servicios de salud, Donabedian considera dos dimensiones: la técnica y la interpersonal. La primera busca los mayores beneficios para el paciente sin riesgos en la prestación, la segunda pretende respetarlo como ser humano integral buscando su satisfacción plena; dentro de esta última se encuentra el tiempo de espera para recibir la atención en un servicio de salud, además, deriva del compromiso gubernamental establecido en 1978 en Alma Ata, bajo el propósito de lograr la meta Salud para todos los ciudadanos del mundo ; cualquier país

aspira a una cobertura de servicios de salud básicos para 100 % de la población.

Desde esta perspectiva; el tiempo de espera para recibir consulta constituye una barrera o condición de accesibilidad de tipo organizacional y según Donabedian, se precisa como indicador de resultado en cuanto a la importancia de la opinión del usuario. 27 También algunos autores clásicos lo han propuesto como condicionante de no utilización de servicios cuando es elevado.

En un análisis de estudios realizados en diversas instituciones de salud en México, Rúelas encontró que el elevado tiempo de espera es causa de insatisfacción. Dado la gran importancia se ha tratado de determinar cuál sería el tiempo de espera aceptable por un paciente antes de ser atendido en un servicio de salud; estudios realizados encontraron; un promedio de $16,1 \pm 7,9$ minutos, otros estudios demuestran que este no debería de exceder los 30 minutos.

La satisfacción del usuario es un componente integral de la calidad de atención en los servicios de salud. Un alto nivel de satisfacción promueve conductas positivas tales como conformidad y continuidad con los proveedores de salud; de esta manera, la evaluación de la satisfacción del usuario puede ayudar a la mejora continua de la calidad de atención. Información que recibe acerca de las vacunas: Muchas familias carecen de información fidedigna sobre inmunizaciones y servicios de inmunización. Muchas veces no saben que si no acuden a una cita programada de inmunización todavía pueden ser inmunizados; sólo deben acudir lo más pronto posible a vacunarse. Las creencias falsas y los rumores mal intencionados también hacen que las personas dejen de utilizar los servicios de inmunización. los siguientes son conceptos erróneos

comunes: Los niños están protegidos contra enfermedades prevenibles por vacuna por un ser religioso o sobrenatural que vela por ellos, los niños están completamente protegidos porque ya han recibido algunas inmunizaciones, los niños enfermos no pueden ser vacunados, las inmunizaciones frecuentemente causan esterilización, enfermedad o efectos adversos peligrosos, los padres no saben que el niño puede ser vacunado en cualquier unidad de salud del país, para darle seguimiento, los padres creen que deben pagar las consultas para poder vacunar a sus hijos, los servicios de salud vendrían a su casa o a su comunidad si la vacunación fuera realmente importante, tal como lo hacen durante las campañas. Los trabajadores de salud local tienen un rol particularmente importante en mejorar el nivel de conciencia de la gente y brindar información a las poblaciones beneficiarias; La información a los 28 padres acerca de las vacunas se debe dar en términos generales: vacunas y enfermedades que previene, calendario de vacunación, importancia, recibirla a tiempo; todo ello en lenguaje adecuado; es una medida eficaz.

ENFERMERA PEDIÁTRICA EN LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE INMUNIZACIONES

Profesional de salud que interviene en cada aspecto del crecimiento y desarrollo de la población pediátrica; cuyo objetivo es: Fomentar el máximo estado de salud de cada niño, así mismo realizar promoción y prevención de la salud tanto en la infancia como en la adolescencia; para lo cual es importante el trabajo en equipo, estableciendo criterios unificados, dedicación exclusiva a dicha población juntamente con sus familiares de su entorno; cuyo labor se dará bajo el concepto del cuidado humanizado ;relación paciente-Enfermera ; juntamente bajo el dominio técnico, científico.

La Intervención del profesional de Enfermería en el Servicio de Inmunizaciones es oficial con diversas responsabilidades como: Gestión y administración de los biológicos e insumos, educación en la salud, evaluación y análisis de coberturas, investigación en casos de eventos supuestamente atribuidos a inmunizaciones (ESAVI). A nivel operativo: Planifica en base a la programación local , realiza atención directa a los niños en las diferentes estrategias de vacunación : puesto fijo, vacunación casa por casa, vacunación en puesto móvil ,vacunación en campañas, también realiza actividades de promoción de la salud creando cultura de prevención ;proporciona información a los padres : Las reacciones postvacunales, evalúa el grado de comprensión , explica los beneficios positivos de las vacunas y realiza las citas posteriores.

La población a cargo para inmunizar son: Los recién nacidos, menores de cinco años, adolescente, gestantes, adultos, adultos mayores. La estrategia sanitaria de inmunizaciones es cada vez más compleja en la planificación, gestión y ejecución. Por ello la Enfermera Pediátrica en el aspecto de ejecución debe conocer las creencias populares como parte 29 importante de los individuos comprendido por conocimientos, arte, moral, derecho, costumbres, hábitos adquiridos en una sociedad; toda creencia se desarrolla, transmite y mantiene a través de la experiencia del grupo social que la práctica, las que se relacionan con la salud y con la enfermedad que están bien arraigadas en el entorno cultural.

2.3. Definición de Términos

Vacunación:

Cualquier preparación destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos. Puede tratarse, por ejemplo, de una suspensión de microorganismos muertos o atenuados, o de productos o derivados de microorganismos.

Inmunización:

Es la acción y efecto de inmunizar. Este verbo, por su parte, refiere a hacer inmune (lograr que alguien o algo no sean atacables por enfermedades o flagelos). Aquel o aquello que recibe una inmunización, por lo tanto, está exento de ciertos problemas, trastornos, padecimientos, etc.

Autocuidado:

Es una forma propia de cuidarse a sí mismo por supuesto literalmente, el autocuidado es una forma de cuidado a si mismo

III. EXPERIENCIA LABORAL

3.1. Recolección de Datos

Para la realización del presente informe de experiencia laboral profesional se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria, para lo cual se hizo la revisión de los registros de Enfermería del servicio, como las historias clínicas, informes mensuales, además información estadística del establecimiento donde se recabaron datos coherentes a la temática en estudio.

3.2. Experiencia Laboral

- Recuento de la Experiencia Profesional

Como profesional en las diferentes áreas de enfermería inicié mi labor como enfermera SERUMS en el año 2001 en el C.S Namballe – Jaén., Luego continúe como profesional en el Hospital Belén – Lambayeque, para en el año 2008 ingresar a trabajar en el Hospital I –Chachapoyas., en el 2009 inicié mis labores en el CAP III Manuel Manrique Nevado –JLO-Chiclayo, donde laboro actualmente. siempre inclinándome en todo momento por el área niño.

- Descripción del Área Laboral

El área niña donde laboro presenta la infraestructura adecuada. tanto en el ambiente como el material., además cuenta con profesionales capacitados para brindar una atención con calidad y calidez (3 enfermeras ,1 técnico de enfermería). prestamos servicios a la población del distrito de José Leonardo Ortiz-Chiclayo.

- Funciones Desarrolladas en la Actualidad

Hacer un listado de las funciones realizadas actualmente, en relación al tema de su informe

a) Área Asistencial

- . Realizamos la vacunación directa al paciente (menor de 1 año)
- . Visita de seguimiento a pacientes con deserción.

b) Área Administrativa

- Registro diario de la vacunación y seguimiento a pacientes (menor de 1 año).
- Coordinación con diferentes instituciones para jornadas de vacunación (nidos, cunas,)
- Coordinar con las autoridades del CAP III para mejoramiento del servicio.

c) Área Docencia

- Charlas educativas a padres de los pacientes que acuden para su vacunación.
- Educación personalizada a los padres.

3.3. Procesos realizados en el tema del informe

La estrategia de inmunizaciones en mi centro laboral, la trabajamos en equipo conformada por una enfermera y un técnico de enfermería, dando atención a pacientes de toda edad, pero en el presente trabajo priorizamos a los niños menores de un año .la capacitación al personal en esta área es continua y oportuna en coordinación con el MINSA.

En el 2015 me hice cargo de la estrategia de inmunizaciones mejorando en todo aspecto esta área, dando una atención de calidad y calidez al paciente menor de 1 año.

Organización y planificación:

La organización está conformada por un equipo capacitado, enfermera y técnico de enfermería.

Planificación del trabajo, se elabora la programación de actividades con fechas de atención, captación de pacientes en riesgo a realizarse en todos los consultorios de pediatría y que son derivados a enfermería para la programación de su cita, talleres educativos, etc.

Difusión de las intervenciones de promoción y prevención.

Reuniones de equipo una vez al mes.

Ejecución:

Atención de enfermería al paciente menores de un año.

Consejería: de motivación y sensibilización.

Valoración de enfermería: recolección y registro de datos, valoración física.

Diagnóstico de enfermería: Elabora y registra el (los) diagnóstico (s) de enfermería que surge de los datos objetivos y subjetivos de la valoración.

Plan de cuidados: se elabora conjuntamente con la persona el plan de acción encaminado a reducir los problemas y promover salud.

Evaluación: con citas programadas se evalúa adaptación a conductas saludables para seguimiento. Se entrega su carne de seguimiento.

Las atenciones de seguimiento de enfermería son valoraciones periódicas de conocimientos, para identificar oportunamente riesgos potenciales, reforzar y/o replantear intervención.

Actividades colectivas:

Están constituidas por Charlas de enfermería, visita Domiciliaria, Comunicación Masiva: campañas, realizadas por el personal de salud.

Registro de información:

Se registra toda la información como pacientes captados, y pacientes que llegan al consultorio de inmunizaciones.

Contamos un aplicativo que la institución nos brinda para llevar un registro ordenado y poder contar con información adecuada para realizar el seguimiento oportuno.

IV. RESULTADOS

Niños menores de 1 año vacunados por la 3° pentavalente

3^{era} Pentavalente	2015	2016	2017
> Año	59%	76%	89%
1210			

Fuente: Estadística del Centro Asistencial

Niños vacunados contra 3° APO (antipoliomielítica)

3^{era} APO	2015	2016	2017
> Año	62%	79%	92%
1360			

Fuente: Estadística del Centro Asistencial

Niños vacunados contra 2° Neumococo

2^{da} Neumococo	2015	2016	2017
> Año	76%	82%	98%
1382			

Fuente: Estadística del Centro Asistencial

V. CONCLUSIONES

- a. Según el Cuadro de Niños menores de 1 año vacunados por la 3° pentavalente, correspondiente en los años 2015 hasta 2017, expresan los siguientes porcentajes en el año 2015 presenta un 59% de niños de 1 año vacunados; mientras que en el año 2016 presenta un 76% de niños de 1 año vacunados y por último en el año 2017 presenta un 89% de niños de 1 año vacunados.

- b. Según el cuadro de Niños Vacunados contra 3° APO, presenta los siguientes porcentajes, en al año 2015 presenta un 62% de niños vacunados; así mismo en el año 2016 presenta un 82% de niños vacunados y por último en el año 2017 presenta un 92% de niños vacunados.

VI. RECOMENDACIONES

- a. Organizar charlas educativas en Centros de Salud, Instituciones entre otros, que estén dirigidas hacia las madres de niños menores de un año.

- b. Efectuar mayor difusión sobre la importancia de las vacunas en los menores de un año mediante los principales medios de comunicación.

- c. Colaborar con las visitas domiciliarias a las madres que no asisten con sus niños para la vacunación en la fecha programada, con el fin de retroalimentar sobre la importancia de la protección oportuna en los niños menores de un año mediante las vacunas.

VII. REFERENCIALES

1. Fernández, U; Suárez, C. (2008). Manual de vacunación para enfermería. Andalucía Tercera Edición. Pág. 43.
2. Fernández, O. 2010. Investigación Científica. 5° Edición. Editorial. Me Graw Hill. Londres. Pág. 5.
3. García, J; Villamar D (2012). Tesis "Determinación del abandono y deserción del esquema de vacunas" Perú. Pag.24.
4. Gómez, L (2009) Tesis "Creencias Populares que tiene la madre sobre la vacunación en niños menores de 1 año. La Libertad. Pág. 21
5. Rekaldi, L (2001) Tesis "Relación de las aptitudes las madres hacia las vacunas y estado vacunal de sus hijos. Lima. Pág. 27.
6. Inga, P (2015) Tesis "Conocimiento sobre inmunizaciones" San Martin- Perú. Pág. 29.
7. Guía Técnica. 2014. Eventos Supuestamente Atribuidos a Vacunación o inmunización. Segunda Edición. Lima Perú. Pág.1 0-14.
8. Hernández, R; Fernández, C & Baptista, M. 2010. Metodología de la investigación. Quinta Edición. México. Me Grau Hill. Interamericana editores, S. A. Pág. 364-370.
9. Jhuasz, P (2008). Tesis " Propuesta de un Programa Educativa" Venezuela

10. Moukhallalele, P (2009). Tesis "Factores que influyen en el nivel de conocimiento de las madres sobre el esquema de inmunización pediátrica". Pag. 32
11. OMS (2012) Organización Mundial de Salud.