

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



**DISMINUCIÓN DE LA DESERCIÓN EN
INMUNIZACIONES EN EL MENOR DE UN AÑO EN
EL CENTRO DE SALUD HUAYUCACHI. HUANCAYO.
2014-2016**

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

LIDIA NORMA LEANDRO REYES

**CALLAO, 2018
PERÚ**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Lidia Norma Leandro Reyes', is located in the bottom right corner of the page.

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA	Presidenta
DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI	Secretaria
DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA	Vocal

ASESOR: DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA

N° DE LIBRO: 005

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 018

Fecha de aprobación de Trabajo Académico: 19/01/2018

Resolución de Decanato N°059-2018-D/FCS de fecha 17 de Enero del 2018 de designación de Jurado Examinador de Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. LEANDRO REYES LIDIA NORMA

ÍNDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN.....	2
I.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática.....	4
1.2 Objetivos.....	7
1.3 Justificación.....	8
II.MARCO TEÓRICO.....	9
2.1 Antecedentes.....	9
2.2 Marco Conceptual.....	16
2.3 Definición de términos.....	32
III.EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	35
3.1 Recolección de Datos.....	35
3.2 Experiencia Profesional.....	35
3.3 Procesos realizados en el tema del informe.....	40
IV.RESULTADOS.....	42
V.CONCLUSIONES.....	61
VI.RECOMENDACIONES.....	63
VII.REFERENCIALES.....	65
ANEXOS.....	67

INTRODUCCIÓN

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 por ello desde la Cumbre del Milenio celebrada en el año 2000, la inmunización ha pasado a ocupar un lugar central con el objetivo de reducir la mortalidad entre los niños menores de cinco años. (1)

Los niños menores de un año debe ser una de las prioridades para el sector salud, teniendo en cuenta la alta tasa de morbilidad y mortalidad a causa de enfermedades inmunoprevenibles. (2)

En general el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) ha desarrollado una gran capacidad para inducir la aceptación de las vacunas por parte de la población.

Sin embargo, históricamente se conocen distintos casos en los que las poblaciones han rechazado la oferta de vacunas o condicionado su participación en los programas, diversos investigadores se han preguntado sobre cuáles son los elementos sociales y culturales que subyacen a la aceptación de las vacunas por parte de la población a fin de entender hasta donde esta aceptación tiene un carácter permanente.

Existen una gran cantidad de respuestas que dependen por un lado de los Elementos culturales y sociales que caracterizan a las poblaciones.

Hoy en día el abandono de la aplicación de vacunas durante el primer año de vida especialmente a los 2, 4, 6 meses de edad esquema donde se administra vacunas consecutivas como son rotavirus, pentavalente y anti polio, los mismos teniendo como causa los efectos secundarios de la vacuna que generan desconfianza para vacunar a sus hijos , ocasionado por la falta de información del personal de salud y atención que se otorga a la vacunación sobre todo si el nivel de educación es bajo y se conserva creencias culturales propias. (3)

A nivel nacional, en el país se estén aunando esfuerzos para potencializar Sistemas de prevención y control, orientados a disminuir las tasas de abandono lo cual a su vez repercutirá en la calidad de atención de los servicios de salud preventiva.

En el C.S. de Leymebamba-Chachapoyas, basado en el estudio de los factores asociados al incumplimiento del calendario de vacunación en madres de niños menores de 5 años, se encontró los siguientes resultados: el factor económico y el factor social que se asocian al incumplimiento del calendario de vacunación con un 72%(17) y 56 % (14) respectivamente; dentro del factor social que más se asocia al incumplimiento de vacunación es la edad de la madre con un 92% (23), la cual oscila entre 26-35 años. Respecto al factor económico que más se asocia al incumplimiento de vacunación es el medio de transporte con un 96% (24). Además se tiene que del 100% (25) de madres encuestadas, 68% (17) y 52% (12) no consideran al factor institucional y cultural como asociados al incumplimiento del calendario de vacunación respectivamente. Concluyendo que la edad de la madre si es un factor que se asocia al incumplimiento del calendario de vacunación y el hecho de que la madre utilice un medio de transporte para acudir a vacunar a su niño es un factor económico que también se asocia al incumplimiento del calendario de vacunación. (2)

En nuestra realidad local, a pesar del trabajo arduo que se viene realizando desde hace muchos años, se puede observar casos de deserción en la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones, con más énfasis en el grupo de niños menores de 1 año.

Estrategia que a pesar de los años que se tiene en el proceso de implementación en nuestro país e institución prestadora de servicios de salud (IPRESS) C.S. de Huayucachi se puede notar la presencia de deserción, a pesar de contarse con las capacitaciones permanentes que se brinda al personal de salud y no deja de preocuparme otro problema, que nos señala además la debilidad que aún tenemos en la aplicación del Paquete de Atención Integral de Salud del Niño de 29 días a 11 meses y 29 días y en forma específica; Vacunas según norma vigente. y la Visita Familiar Integral (Vacunas) (no acudió a su cita).

La falta de compromiso de los padres de familia para el cumplimiento del calendario de vacunación de sus hijos, resultados que también nos demuestra la deficiente e inadecuada intervención del personal de salud en acciones de PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE SALUD, sin tomar en cuenta que el primer nivel de atención de salud es el mejor espacio donde se establecen incluso los vínculos con la comunidad y el resto de los sectores sociales para el mejor trabajo multisectorial y de participación ciudadana individual y colectiva en favor de nuestra niñez.

Basado en mi experiencia profesional puedo visualizar que aún la ESNI no tiene la valoración que se merece por parte de algunas autoridades y funcionarios, actores sociales, gobierno local no identificado. (4)

Y hoy más que nunca también, podemos evidenciar que necesitamos Recursos humanos adecuados, competentes y en el lugar apropiado. A pesar de haberse implementado la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones en nuestro país y región, se constituye en un obstáculo para la comunicación, personas que carecen de información o de motivación, y personas que se niegan a que se les vacunen a sus niños, por lo que es necesario en forma urgente brindar oportunidades para que la comunidad conozca o recuerde los beneficios de la vacunación, y que en calidad de responsables de la salud de sus hijos les corresponde velar por la salud de la población infantil, pues de esta manera no solo se da solución a un problema familiar sino social .

A nivel internacional Perú es el país con mayor deserción en vacunas administradas a niños menores de 5 años con un 71 % entre la cuales los departamentos con menor cobertura de vacunas son: Ucayali 45.71%, Madre de Dios 27.08%, Loreto 21.14% y en último lugar Huancavelica con un 12.98%, mientras que los países de Brasil alcanzan coberturas óptimas con un 99%, Chile 90%, Uruguay 95% y Colombia 91%. (3)

1.2 Objetivos

Describir la experiencia profesional en la disminución de la deserción en inmunizaciones en el menor de un año en el centro de salud Huayucachi. Huancayo. 2014-2016

1.3 Justificación

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer la intervención de enfermería frente al problema de deserción en Inmunizaciones del niño menor de 1 año y se justifica porque en el C.S. de Huayucachi, se ha podido observar a través de los años 2014-2016 el incremento de esta deserción en inmunizaciones del niño menor de 1 año y el propósito es disminuir la deserción en inmunizaciones; fortaleciendo el trabajo comunitario, multisectorial, capacitación del personal de salud y educación para la salud dirigido a los padres de familia, proponiendo además el fortalecimiento del monitoreo y seguimiento contante a través de la visita domiciliaria integral, a fin de minimizar esta deserción y asegurar la eficacia de las vacunas de acuerdo a la normatividad vigente.

Se justifica además porque de la aplicación adecuada de estrategias, se podrá proponer una serie de mecanismos de solución para revertir la situación encontrada y lograr disminuir la deserción, fortaleciendo la participación comunitaria y la gestión territorial en nuestra jurisdicción.

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Nivel Internacional

GARCÍA G., VILLAMAR J. COLOMBIA, (2012), 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 Colon, febrero -agosto del 2012 -Colombia. Investigación de tipo descriptivo, prospectivo de corte transversal en donde se concluye que las causas primordiales de abandono y deserción del esquema de vacunación es el bajo conocimiento que tienen los padres y cuidadores de los niños acerca de las vacunas, además la irresponsabilidad de no llevar al niño en la fecha correspondiente a la vacunación y la falta de biológico en la UO. (4)

SALINAS, B., ESPAÑA, (2011). “Actitud de las madres en el cumplimiento del calendario de vacunación de niños menores de 6 años en el servicio de hospitalización del hospital de niños Dr. Jorge, en Valencia, Estado Carabobo febrero – abril 2011”. Estudio transversal, descriptivo, no experimental; se aplicó una encuesta, previa validación y consentimiento informado a 71 madres. En los resultados se determinó que 94,4 % de las madres manifestó

conocer el calendario de vacunas; 43% negó haber visto o escuchado mensajes sobre vacunación en el último mes; 40,8% desconoce la presencia de nuevas vacunas; 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 vacunas; 56,3% ha presentado retraso en el cumplimiento de la dosis de alguna vacuna; 97,2% de las madres afirmó que deberían haber más centros de vacunación. En conclusión se demostró que las madres refieren tener desconocimiento acerca del calendario de inmunizaciones de sus hijos; así mismo, se observó falta de información a través de mensajes y/o programas educativos que reciben las madres y desconocimiento de éstas sobre inmunizaciones. (5)

ERAZO E. ECUADOR, (2017), Estrategias educativas para la prevención del abandono y deserción del esquema de vacunas en los menores de dos años, que acuden al Centro de Salud Tupigachi, Cantón Pedro Moncayo. Los pocos conocimientos por falta de capacitación a los usuarios sobre la importancia de las vacunas, las creencias ancestrales sobre la medicina natural en los niños, estos y otros son los factores que influyen en el incumplimiento del esquema de vacuna en los niños menores de dos años que habitan en la Provincia de Pichincha, Cantón Pedro Moncayo, sector Tupigachi. Objetivo: implementar estrategias educativas para la prevención del

abandono y deserción del esquema de vacunas en los niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Rural Tupigachi, con único fin de concientizar a los padres de familia para que cumplan con los esquemas de vacunas planteados por el Ministerio de Salud Pública. Estudio analítico descriptivo, y la información recolectada se obtuvo por medio de la aplicación de una encuesta dirigida a padres de familia de niños menores a dos años, de esta manera se determinó los factores potenciales del porque los padres incumplen con el esquema de vacunas. Resultados de la información: uno de los factores que inciden en el incumplimiento del esquema de vacunas en los niños es la despreocupación de los padres en los niños y la falta de medios de transporte para acudir a los Centros de Salud. Tras el desarrollo de la guía educativa frente a la propuesta se logró obtener grandes cambios en la situación actual que mantenía el centro de salud, al dar a conocer los beneficios y las enfermedades que previene las vacunas en los niños, siempre y cuando cumpliendo con el esquema estrictamente. (6)

A nivel nacional

RAMÓN L., FERREÑAFE, (2016). Factores socioculturales asociados al cumplimiento del calendario de vacunas en niños menores de un año. Hospital Referencial de Ferreñafe. 2016. Objetivo: determinar los factores socioculturales asociados al

cumplimiento del calendario de vacunas en niños menores de un año del Hospital referencial de Ferreñafe 2016. La investigación es de tipo descriptivo correlacional, no experimental, estuvo constituida por una muestra de 118 madres se les evaluó con el Cuestionario de Factores Socioculturales y la Matriz de Análisis del calendario de Vacunación. Resultados: el 73,7% de madres tienen ocupación amas de casa; estado civil convivientes 60,2% y condición socioeconómico media 61,1%. Factores culturales destaca que el 94,1% de madres consideran muy necesario la utilidad de las vacunas; 91,5% refieren tener conocimiento de todas las vacunas y el 55,1% consideran que las vacunas son importantes para prevenir enfermedades además existe asociación entre los factores sociales: ocupación de la madre ($p=0,009$), condición socioeconómica ($p=0,003$), facilidad de acceso ($p=0,013$). El estudio concluye que las vacunas que presentan un menor porcentaje de cumplimiento, son IPV 2da dosis con (29,7%), Hepatitis B con un (28,8%). (7)

AGUILAR V., CHACHAPOYAS, (2014), Factores asociados al incumplimiento del calendario de vacunación en madres de niños menores de 5 años en el centro de salud de Leymebamba-Chachapoyas 2014" Enfoque cuantitativo; de nivel descriptivo; de tipo observacional, transversal retrospectivo. Objetivo: determinar los factores asociados al incumplimiento del calendario de vacunación

en madres de niños menores de 5 años en el Centro de salud de Leymebamba. Muestra conformada por 25 madres de niños menores de 5 años que incumplían el calendario de vacunación en el Centro de Salud Leymebamba; para recolectar los datos se utilizó como método la encuesta; la técnica el cuestionario y como instrumento el formulario de cuestionario. Resultados: el factor económico y el factor social se asocian al incumplimiento del calendario de vacunación con un 72%(17) y 56 % (14) respectivamente; dentro del factor social que más se asocia al incumplimiento de vacunación es la edad de la madre con un 92% (23), la cual oscila entre 26-35 años. Respecto al factor económico que más se asocia al Incumplimiento de vacunación es el medio de transporte con un 96% (24). Además se tiene que del 100% (25) de madres encuestadas, 68% (17) y 52% (12) no consideran al factor institucional y cultural como asociados al incumplimiento del calendario de vacunación respectivamente. Concluyendo que la edad de la madre si es un factor que se asocia al incumplimiento del calendario de vacunación y el hecho de que la madre utilice un medio de transporte para acudir a vacunar a su niño es un factor económico que también se asocia al incumplimiento del calendario de vacunación.(8)

inmunizaciones mayor incumplimiento del calendario de vacunación.

(9)

GARCÍA B.15, HUANCVELICA, (2012) "Factores relacionados con la deserción a la vacuna antisarampionosa en el hospital departamental de Huancavelica". Objetivo: determinar en la población de niños de 1 año, el porcentaje de la deserción a la vacuna antisarampionosa y distinguir los factores endógenos entre ellos los factores socioeconómicos y culturales de la familia del niño que se relacionan con la deserción a la vacuna antisarampionosa. El método fue descriptivo-correlacional-transversal. La muestra estuvo conformado por: 256 familias. La técnica utilizada: entrevista y el instrumento el cuestionario. Conclusiones: 35.5% de deserción porcentaje muy alto si es comparado con el nivel nacional. Así mismo la población desertora a la vacunación antisarampionosa fue en su mayoría del sexo femenino (52%) en comparación con el sexo masculino (48%). Los factores endógenos que corresponden al entorno familiar de los niños desertores a la vacuna antisarampionosa se clasificaron de acuerdo a la magnitud de la asociación y de los cuales son: relación alta: El ingreso económico familiar, el grado de instrucción del padre y de la madre. Relación media: La ocupación de la madre y quien decide en la familia para que el niño sea. (10)

Gómez E. Lima, (2011) "Nivel de conocimiento de las madres sobre la importancia de las vacunas y limitantes para el cumplimiento del calendario de vacunación en el niño de 1 año, Centro de Salud de Villa el Salvador". Objetivo: determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre la importancia de las vacunas y limitantes para el cumplimiento del calendario de vacunación. Método: descriptivo de corte transversal, muestra de 150 madres de niños menores de 1 año. La técnica fue: La encuesta y el instrumento fue el cuestionario. Conclusión: Las principales limitantes que tuvieron las madres que retrasaron la vacunación está relacionada al aspecto actitudinal y social, como son: el olvido y la distancia al Centro de Salud (58 y 50% respectivamente)". (11)

2.2 Marco Conceptual

2.1.1. Gestión y Administración de Servicios de Enfermería.

Según equipo Loreto M., Llor L., El rol profesional de la enfermera es el conjunto de comportamientos, habilidades, actitudes y valores que la sociedad espera de estas profesionales, centrándose en el cuidado de la vida humana, a través de todas las etapas de vida del individuo, sin dejar de lado la atención a la comunidad y familia, este rol se lleva a cabo a través de las siguientes funciones: Asistencial, Administrativa, Educativa y de Investigación.

Así pues, Enfermería desarrolla su rol profesional en base a prestar cuidados en materia de salud al individuo, familia y comunidad. Las funciones de enfermería se pueden describir por el grado de dependencia hacia otros profesionales. Según este criterio existen:

FUNCIONES INDEPENDIENTES O PROPIAS: Son aquellas que la enfermera ejecuta en el cumplimiento de las responsabilidades de una **GESTIÓN Y ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE ENFERMERIA**.

FUNCIONES DERIVADAS: Son aquellas acciones que realiza el personal de Enfermería por delegación de otros profesionales, principalmente el Profesional de la medicina.

FUNCIONES INTERDEPENDIENTES: Son aquellas acciones que realiza el personal de enfermería en colaboración con el resto del equipo de salud. En general, en cualquier medio donde desempeñe su trabajo una enfermera se da la combinación de estos tipos de funciones.

EI ROL ENFERMERO GENERALISTA, lo estudiaremos desde el punto de vista de las competencias profesionales desarrolladas por el CIE, que se agrupan en tres capítulos: *Profesionales, éticas y

de práctica jurídica *Prestación y gestión de los cuidados
*Desarrollo profesional.

PRÁCTICA PROFESIONAL, ÉTICA Y JURÍDICA

Acepta el deber de rendir cuentas y la responsabilidad de los propios

Reconoce los límites de la función y la competencia propias.

Consulta con una enfermera especialista que posee la pericia necesaria, cuando la atención de enfermería precisa capacidad y pericia superiores a la competencia o al ámbito de la práctica actuales propios.

Consulta con otros profesionales de atención de salud y organismos o agencias pertinentes cuando las necesidades de la persona o del grupo quedan fuera del ámbito de la práctica de enfermería.

Práctica ética:

Ejerce de manera conforme con el Código deontológico del CIE (2000).

Participa eficazmente en la adopción ética de decisiones.

Actúa en funciones de defensa para proteger los derechos humanos, como se describe en el Código deontológico del CIE (2000). d. Respeta el derecho del paciente/cliente al acceso a la información.

Asegura el secreto y la seguridad de la información oral o escrita que haya adquirido en funciones profesionales.

Respeto el derecho del paciente/cliente a la privacidad.

Respeto el derecho del paciente/cliente a elegir y decidir por sí mismo en las cuestiones de enfermería y de atención de salud.

Trata de mejorar adecuadamente las prácticas de atención de salud que puedan poner en peligro la seguridad, privacidad o dignidad del paciente/cliente.

Identifica las prácticas inseguras y adopta las medidas adecuadas.

Responsabilidad Práctica ética Práctica jurídica

Reconoce sus propias creencias y valores y el modo en que ellos pueden influir en la prestación de los cuidados.

Respeto los valores, costumbres, creencias morales y prácticas de las personas y de los grupos.

Al dispensar los cuidados tiene en cuenta la cultura del paciente.

Demuestra comprensión de las dificultades de la adopción ética de decisiones y del establecimiento de prioridades para los cuidados en situaciones de guerra, violencia, conflicto y catástrofes naturales.

Principios clave de la prestación y la gestión de la atención

Aplica en el ejercicio de la enfermería los conocimientos y capacidades pertinentes.

Incorpora en el ejercicio profesional las conclusiones de la investigación válida y pertinente, y otras pruebas.

Inicia y aborda el debate sobre la innovación y el cambio en la enfermería y en la atención de salud.

Aplica el pensamiento crítico y las capacidades de solución de problemas.

Aplica el juicio clínico sólido y la adopción de decisiones en toda la gama de los contextos profesionales y de atención de salud.

Da las razones de los cuidados de enfermería prestados.

Establece prioridades en su trabajo y gestiona el tiempo eficazmente.

h. Demuestra comprensión del proceso de defensa.

Actúa como recurso para las personas, familias y comunidades cuando éstas se enfrentan a los cambios de la salud, a las discapacidades y a la muerte.

j. Presenta la información de manera clara y sucinta.

k. Interpreta con precisión los datos objetivos y subjetivos y su importancia para la prestación segura de los cuidados.

l. Demuestra comprensión de la planificación para los casos de catástrofes.

Promoción de la salud

Demuestra comprensión de las políticas nacionales de salud y de atención social.

Trabaja en colaboración con otros profesionales y comunidades.

Considera a la persona, la familia y a la comunidad desde una perspectiva total que toma en consideración los múltiples factores determinantes de la salud.

Toma parte en iniciativas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad y contribuye a su evaluación.

Aplica el conocimiento de los recursos disponibles para la promoción de la salud y la formación de salud.

Actúa para que la persona, la familia y la comunidad puedan llegar a adoptar estilos de vida sanos.

Facilita información pertinente de salud a las personas, las familias y las comunidades, para ayudarles a que consigan una salud óptima o la rehabilitación.

Demuestra comprensión de las prácticas de curación tradicionales que se siguen según las creencias de las personas, las familias o las comunidades.

Presta apoyo o da formación para desarrollar o mantener capacidades de vida independiente.

Reconoce las posibilidades de instruir sobre la salud en las intervenciones de enfermería.

Aplica los conocimientos de diversos modos de docencia y aprendizaje con las personas, las familias y las comunidades.

Evalúa el aprendizaje y la comprensión de las prácticas de salud.

Planificación

Formula un plan de cuidados, si es posible en colaboración con los pacientes/clientes y con los dispensadores de cuidados.

Consulta con los miembros pertinentes del equipo de salud y de atención social.

Se cerciora de que los pacientes/clientes y los dispensadores de cuidados reciben información (y la entienden) sobre la que pueden fundar el consentimiento para los cuidados.

Recurre a un defensor cuando el paciente/cliente y los dispensadores de atención solicitan apoyo o tienen capacidades limitadas de adopción de decisiones.

Establece prioridades para los cuidados, siempre que es posible en colaboración con los pacientes/clientes y con los dispensadores de atención de salud.

Identifica los resultados previstos y el marco temporal para conseguirlos o examinarlos en colaboración con los pacientes/clientes y con los dispensadores de cuidados.

Examina y revisa periódicamente el plan de cuidados, cuando es posible en colaboración con los pacientes/clientes y con los dispensadores de cuidados.

Documenta el plan de los cuidados.

Ejecución

Aplica los cuidados de enfermería previstos para conseguir resultados identificados.

Ejerce la enfermería de manera que respeta los límites de una relación profesional con el paciente/cliente.

Documenta la ejecución de sus intervenciones.

Responde eficazmente en situaciones imprevistas o rápidamente cambiantes.

Responde eficazmente a las situaciones de urgencia y de catástrofes.

Evaluación

Evalúa y documenta los progresos realizados en la consecución de los resultados previstos.

Colabora con los pacientes/clientes y con los dispensadores de cuidados para examinar los progresos realizados en la consecución de los resultados previstos.

Utiliza los datos de la evaluación para modificar el plan de los cuidados.

Comunicación terapéutica y relaciones interpersonales

Inicia, desarrolla o interrumpe relaciones terapéuticas utilizando capacidades adecuadas de comunicación y de relaciones interpersonales con los pacientes/clientes y con los dispensadores de cuidados.

Transmite de manera constante información pertinente, precisa y completa acerca del estado de salud del paciente/cliente, de palabra, por escrito o por medios electrónicos.

Se cerciora de que la información dada al paciente/cliente y a los dispensadores de cuidados se presenta de manera adecuada y clara. d. Responde adecuadamente a las preguntas, solicitudes y problemas del paciente/cliente y de los dispensadores de cuidados.

Se comunica de manera que capacita al paciente/cliente y a los dispensadores de cuidados. Utiliza eficaz y adecuadamente la tecnología de la información disponible. Demuestra conciencia de la evolución tecnológica y de las aplicaciones.

Gestión de los cuidados

Entorno seguro a. Crea y mantiene un entorno seguro para los cuidados recurriendo a estrategias de garantía de la calidad y de gestión del riesgo. b. Utiliza instrumentos de evaluación adecuados para identificar los riesgos actuales y posibles. c. Se cerciora de que las sustancias terapéuticas se administran con seguridad. d. Aplica procedimientos de control de las infecciones. e. Comunica y registra los problemas de seguridad a las autoridades competentes.

Enfermería

Según Roy José María, citado por Eslava, señala que la enfermería es un sistema de conocimientos teóricos, que prescriben un proceso de análisis y acción relacionados con los cuidados de la

persona real o potencialmente enferma. En el presente informe laboral enfermería fue definida como una de las profesiones dedicadas al cuidado de la salud de la persona, familia y comunidad, con énfasis en la gestión de la cadena de frío. (15)

Sabemos que el profesional de enfermería cumple diversas funciones, ya sean estas: dependientes, interdependientes o independientes, en las que realiza actividades dando cumplimiento a responsabilidades de una profesión para la cual está capacitada y autorizada como: el cuidado de la cadena de frío.

En este sentido, el actuar del profesional de enfermería es fundamental en todo el proceso de la cadena de frío, porque constituye el soporte básico de los procesos de inmunización, al que se le debe prodigar especial atención y cuidado. Por consiguiente, el cuidado son acciones que permiten planificar, aplicar y evaluar la práctica de enfermería.

Inmunización

La palabra inmunidad deriva del latín *inmunitas*, que se refiere a la observación, ya muy antigua, de que los individuos que han sufrido ciertas enfermedades infecciosas están exentos de volver a padecerlas. Entonces, la inmunización consiste en un esfuerzo deliberado para proteger a las personas de las enfermedades. La inmunización puede ser activa o pasiva, y natural o artificial. La inmunización activa también se conoce como *vacunación*. Se

puede producir inmunización involuntaria cuando una persona se expone a un agente infeccioso sin darse cuenta.

El tipo de inmunización que se administra dependerá del tipo de protección necesaria para un patógeno determinado. Por ejemplo, para la inmunidad antibacteriana (bacteria extracelular), se necesitan anticuerpos IgG e IgM para activar la vía clásica del complemento; la IgG actúa como opsonina. Para las bacterias intracelulares, es necesaria una inmunidad mediada por células y citocinas. Para inmunidad antivírica óptima son precisos linfocitos T citotóxicos, aunque los valores altos de anticuerpos pueden proteger contra algunos virus.

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.

Rol del profesional de Enfermería

El profesional de Enfermería juega un papel fundamental en el tema de la vacunación, debido, por un lado, a su vertiente técnica (mantenimiento de la cadena del frío) y, por otro, a la vertiente de atención directa (administración de vacunas) en el centro sanitario

o en el medio escolar. Ante ello, en los centros sanitarios se debe designar entre el personal de Enfermería un responsable de vacunaciones encargado de gestionar la provisión de vacunas, la logística de la cadena de frío, evaluar la actividad asistencial y educativa relacionada con la vacunación y supervisar el sistema de registro.

Asimismo, el nivel de conocimientos de los padres con relación a la inmunización depende mucho de los estratos sociales, lo que implica una reflexión consciente y un control permanente del proceso de aprendizaje (planificación, realización de la tarea, evaluación de la propia conducta).

El objetivo es ayudar a los individuos a mantener su salud, de forma que puedan ejercer su rol. Se considera como un proceso interpersonal de acción, reacción, interacción y transacción.

Los conceptos de: experiencias, según Wojtyla(1996); enfermería y cuidado según King (1981); además del cuidado de la cadena de frío según Norma Técnica de Salud para el Manejo de la Cadena de Frío en las inmunizaciones (2007) y Norma Técnica de salud que estableció el esquema nacional de vacunación (2013).

La experiencia, según Wojtyla, es el modo que tenemos de acceder al conocimiento de nuestro mundo y de nosotros mismos. Todo conocimiento que nosotros podamos obtener de las cosas y de

otros hombres, parte en la experiencia que nosotros hayamos tenido, sea directa o indirectamente.

Asimismo, para Kant¹⁹ en concreto la experiencia indica la referencia del conocimiento, a partir de la cual tiene que elaborarse, a la que ha de adecuarse, responder y corresponder.

Basados en estos conceptos, y para fines de esta investigación experiencia, fue definida como el conjunto de prácticas en torno al manejo de la cadena de frío, adquiridos durante el quehacer profesional de enfermería en la Micro Red Huambos, que generó conocimiento en este grupo profesional.

En tal sentido, enfermería según King citado por Raile (18) define como un proceso de acción, reacción e interacción, en el que la enfermera y el cliente comparten información sobre sus experiencias en la situación de enfermería.

Según Chalela (20) citado por el Grupo de cuidado de la Universidad Nacional de Colombia, define al cuidado como todo conocimiento de enfermería que reside dentro de la misma; cuidar es una experiencia de vida compartida, en la que refuerza el crecimiento tanto de la enfermera y las acciones que realiza, aplicando conocimientos, habilidades específicas y sus percepciones.

También definen al cuidado, como un acto de interacción humana, recíproca e integral, que guía el conocimiento y la práctica de

enfermería, la misma que implica utilizar el conocimiento científico, analizar con enfoque holístico, de modo que la situación pueda articularse plenamente al contexto social, económico, legal, para tomar la mejor decisión, teniendo en cuenta la calidad del cuidado. Para esta investigación el cuidado fue definido como el conjunto de procesos y acciones que generan conocimiento y reforzó el crecimiento de la práctica del profesional de enfermería en el manejo de la cadena de frío, producto de sus experiencias cotidianas.

INMUNIZACIÓN

En medicina la **inmunización** es el proceso de inducción de inmunidad artificial frente a una enfermedad. Se logra al administrar a un organismo inmunocompetente sustancias ajenas a él, no es necesario que estas sustancias sean patógenas para despertar una respuesta inmune, esta inmunización puede producir anticuerpos (Ac). Los cuales se pueden evidenciar al retarlos contra el antígeno (Ag), que estimulo su producción. (21)

El proceso de inoculación se puede realizar por diferentes vías tales como la intravenosa, subcutánea; intrapetitoneal, oral, intramuscular, etc. Dependiendo de la vía y el tipo de Ag, será el tipo de respuesta inmune despertada.

El proceso de inmunización, puede ser de dos tipos:

Inmunización pasiva: Involucra anticuerpos que se producen en el cuerpo de otra persona, como en el caso de los lactantes que poseen inmunidad pasiva, dado que ellos nacen con los anticuerpos que les transfiere la madre a través de la placenta. Dichos anticuerpos desaparecen entre los 6 y 18 meses de edad. Otra forma de obtener la inmunidad pasiva es con la gammaglobulina, la cual es suministrada por un médico y cuya protección es también temporal.

Inmunización activa: a través de la aplicación de vacunas, preparados antigénicos atenuados con el fin de generar una respuesta inmunitaria por parte del organismo; para generar una memoria inmunitaria consistente en la formación de anticuerpos protectores contra el antígeno al que se es expuesto.

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. (22)

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. (Diagnóstico Perú, 2006).

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. (Estrategia sanitaria nacional de inmunizaciones. Lima, Perú. 2009)

2.3 Definición de términos

Gestión de enfermería: Es un recorrido por la gestión de las organizaciones sanitarias con mirada práctica, espíritu crítico y reflexivo sobre el liderazgo, la gestión de las competencias de los profesionales sanitarios y el desarrollo de la planificación y estrategias más adecuadas al campo de la gestión de centros y su repercusión en la salud de los usuarios.

Inmunización: Consiste en un esfuerzo deliberado para proteger a las personas de las enfermedades. La inmunización puede ser activa o pasiva, y natural o artificial. La inmunización activa también se conoce como *vacunación*. Se puede producir inmunización involuntaria cuando una persona se expone a un agente infeccioso sin darse cuenta.

Calendario de vacunación: es la secuencia cronológica de las vacunas que deben ser administradas sistemáticamente.

Carnet de vacunación: El carnet de vacunación es un documento personal tanto para menores como adultos vacunados y es muy importante valorarlo y cuidarlo: es el instrumento fundamental para la evaluación y seguimiento del Programa de Vacunación.

Coberturas: Porcentaje de niños de 1 año que recibieron las vacunas recomendadas, en cualquier momento. Se calcula haciendo el cociente entre los niños de 1 año (entre 12 y 23 meses) que han sido vacunados contra la tuberculosis (BCG), tosferina, tétanos y difteria (DPT), antipolio y sarampión, respecto al total de niños de la misma edad.

Incumplimiento del calendario de vacunación

Hay incumplimiento del calendario de vacunación cuando una obligación de ir a vacunar al niño no se cumple, se cumple parcialmente o hay retardo en su cumplimiento de ir a vacunarse.

Deserción: Abandono del proceso de vacunación y cumplimiento del calendario de vacunación.

Personal de Salud: son todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud, tienen que estar preparados para hacer frente a retos como el

envejecimiento de la población, las nuevas enfermedades y el aumento de la carga de las ya existentes o el aumento de los conflictos y la violencia.

ESAVI: Los Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización, a los cuadros clínicos que aparecen en forma consecutiva a la administración de una vacuna y que, supuestamente, pueden atribuirse a esta.

EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

Para la realización del presente informe de experiencia profesional se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la revisión documentaria de registros de la ESNI, de los años 2014 al 2016, coherentes a la temática en estudio. Para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

Autorización: Se solicitó la autorización a Jefatura del Centro de Salud. Recolección de datos se utilizara los registros de seguimiento, informes operacionales mensuales. Procesamiento de datos mediante el programa de Excel, para realizar el presente trabajo. Resultados para obtener datos reales a través de gráfico. Análisis e interpretación de los resultados nos permite ver que existe una disminución en la deserción en inmunizaciones en menores de 1 año.

3.2 Experiencia Profesional

Recuento de la Experiencia Profesional

Inicio mi experiencia profesional en el año 1998, en el C.S. de Huayucachi, primer nivel de atención I-3, haciéndome cargo de la Estrategia Nacional de CRED, a partir del año 2000 al 2013 como

responsable de ESNI, año 2014 me hice cargo de la Etapa de Vida Adolescente y Joven, luego del 2015 a la actualidad nuevamente me hago cargo de ESNI.

Nuestro establecimiento por muchos años. Estuvo bajo el marco de la Administración Compartida-Cogestión en Salud-CLAS.

Descripción del Área Laboral

Se me encarga ser responsable de ESNI, observando y siendo mi preocupación el alto porcentaje de deserción de los niños en relación al cumplimiento del calendario de vacunación, con las consecuencias a futuro de quedar expuestos a contraer enfermedades emergentes.

Asimismo, observar la imagen y el desempeño laboral de la enfermera como parte del equipo de salud, frente a este problema de deserción de niños menores de 1 año, situaciones que conlleva a plantear el fortalecimiento y ejecución técnica de la visitas domiciliarias, donde se experimentó la aceptación de algunas familias y rechazo de otras, incluso tirándonos la puerta o los perros, las madres hacían mención que tenían problemas con sus parejas, motivo de reacción negativa ante las vacunas, preferían esconder a sus niños, mentían señalando que no se encontraban.

Otra causa que he podido observar para la deserción, es que eran madres que venían de lugares alejados y se quedaban en la zona

por algunos meses (migración), comunidad prefería el pastoreo que la vacunación de sus niños.

Como Enfermera y responsable de ESNI, salía a buscarlas por las chacras, bajo el sol o lluvia, barro, etc., cargando el termo, Tallímetro, baterías para la evaluación del niño y poder completar su estado vacunal.

En el marco de la Cogestión en Salud-CLAS, se contó con la gerencia de un médico, quién indica que no se saldrá al campo a vacunar ni a realizar Crecimiento y Desarrollo, indicando que tenemos que lograr que la comunidad empiece a valorar su salud y la de sus hijos, que entienda que es su responsabilidad cuidar la salud de su familia.

Frente a esta nueva propuesta de trabajo, se planteó estrategias de trabajo comunitario, como la convocatoria a reuniones con las principales autoridades del distrito (municipalidad, IIEE, Iglesia, presidentes de barrio) gestión territorial; teniendo a un actor social y fuerza de apoyo del alcalde de ese entonces, que reunió a todas las madres del Programa de Vaso de Leche y las condicionó a que presenten la tarjeta de vacunación de sus hijos y Crecimiento y Desarrollo, para hacerse acreedoras a la ración alimenticia que les corresponde; como personal de salud y de Enfermería, programamos una serie de sesiones educativas, que permita en

primera instancia sensibilizarlas y luego informar y lograr su participación activa.

Trabajo coordinado con el sector educación, que a nivel de las Instituciones Educativas del nivel inicial, se indicó que al momento de ser matriculados tenían como requisito mostrar la tarjeta de control con sus vacuna completas.

Asimismo, se tuvo un testimonio de una madre de familia, que perdió a su niño de 5 meses, por contagio de tos convulsiva, ella nos apoyaba con la información de lo que le sucedió en toda reunión de madres del Programa de Vaso de Leche señalaba la importancia y necesidad de que los niños cuenten con su vacunación completa.

Se convocó y formó promotoras de salud en cada barrio, colaborando hasta la fecha en forma voluntaria, en visitas domiciliarias y educación para la salud.

Se tomó además como decisión institucional como: La designación de sectorista en el distrito, personal de salud responsable de un sector, cuya obligación era la informar a que niños les faltaba su vacuna y control, formulando un mapa de riesgo.

Se empezó a utilizar los medios de comunicación como: teléfonos y los celulares.

Se empezaron alfabetizar a la población mediante sesiones educativas y demostrativas, con enfoque de educación para adultos.

Este proceso nos permite sensibilizar e informar respecto a la importancia del cuidado de la salud de sus niños. Los contenidos de estas acciones educativas no solo se basaron en Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones o Crecimiento y Desarrollo, sino también en el paquete de atención integral del niño y la madre.

Es así como en forma gradual, poco a poco se fue logrando el cambio de actitud de las madres y padres de familia, quienes iban tomando conciencia, basado sobre todo en las acciones de educación sanitaria

Las características de su área de trabajo.

Organización: La estructura orgánica está conformada por:

Centro de Salud I-3

Jefatura del C.S. hasta el 2015 (Gerente de CLAS)

Programa Presupuestal: PAN

ESNI

Recursos Humanos: 1 Lic. En Enfermería.....ESNI

5 Lic. Enfermería en IPRESS

Infraestructura: ESNI cuenta con ambiente y condiciones señaladas por Norma Técnica.

Prestaciones: Funciones Desarrolladas en la Actualidad

Área Asistencial:

Implementación de Normas Técnicas de ESNI-MINSA-Perú

Trabajo multisectorial

Visitas domiciliarias integrales

Sesiones educativas y sesiones demostrativas.

Área Administrativa:

Jefatura de Enfermería

Gerencia de la Estrategia de Inmunizaciones

Capacitación a personal de salud

Monitoreo y evaluación

Área Docencia

Tutoría en servicio a internas de enfermería de Universidad

Peruana los Andes.

Área Investigación

Ninguno

3.3 Procesos realizados en el tema del informe

APORTES:

Adecuación a política de trabajo institucional de acuerdo a modelo de Cogestión en Salud-CLAS.

Formación y asistencia técnica a promotores voluntarios de salud.

INNOVACION –APORTES

Implementación de la gestión territorial

Educación para adultos

Implementación de estrategia de promoción de la salud.

Aplicación de abogacía ante actores sociales decisores del distrito.

LIMITACIONES:

Interferencia política, frente a lo técnico.

Débil compromiso de autoridades locales.

RESULTADOS

TABLA N° 4.1

COBERTURAS DE 1^{RA} PENTAVALENTE EN EL MENOR DE 1 AÑO EN EL C.S. DE HUAYUCACHI- HUANCAYO 2014-2016

AÑO	2014	2015	2016
1ra. PENTAVALENTE	177	181	186
POBLACION MENOR DE 1 AÑO	186	189	190
COBERTURA DE 1RA PENTAVALENTE	95	96	98

Fuente: Registro HIS

En la tabla se observa que en el 2014 se llegó a una cobertura de 1^{ra} dosis de pentavalente de 95%, en el 2015 de 96% y en el 2016 de 98 %.

GRAFICO N° 4.1

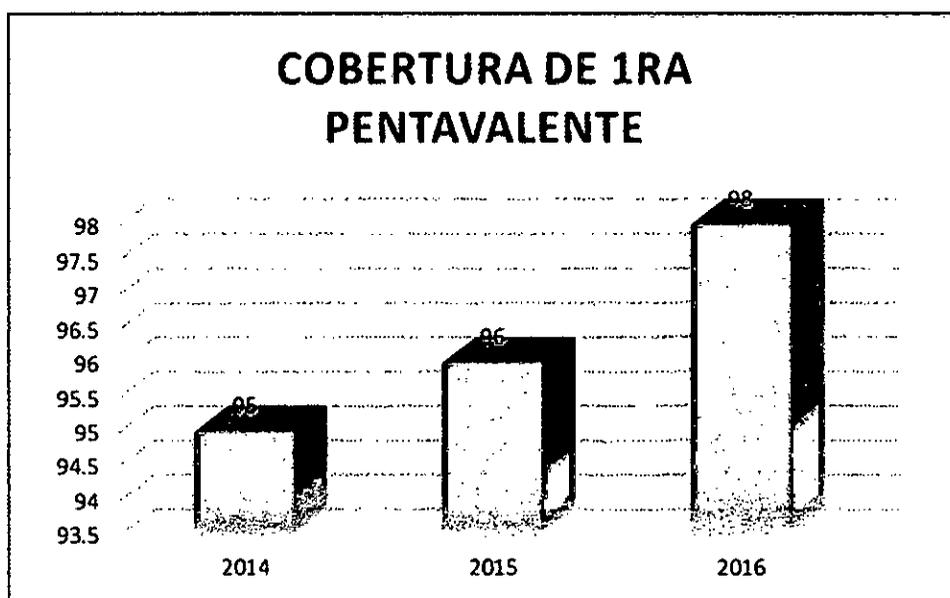


TABLA 4.2.

**COBERTURA DE 1^{ra}. DOSIS DE IPV EN EL MENOR DE 1 AÑO
EN EL C.S. DE HUAYUCACHI- HUANCAYO 2014-2016**

AÑO	2014	2015	2016
1RA IPV	177	181	186
POBLACION MENOR DE 1 AÑO	186	189	190
COBERTURA DE 1RA IPV	95	96	98

Fuente: Ficha de observación

Se observa un incremento de cobertura en la 1^{ra} dosis de IPV el 2014 se llegó a un 95%, en el 2015 de 96% y en el 2016 de 98 %.

GRAFICO N° 4.2

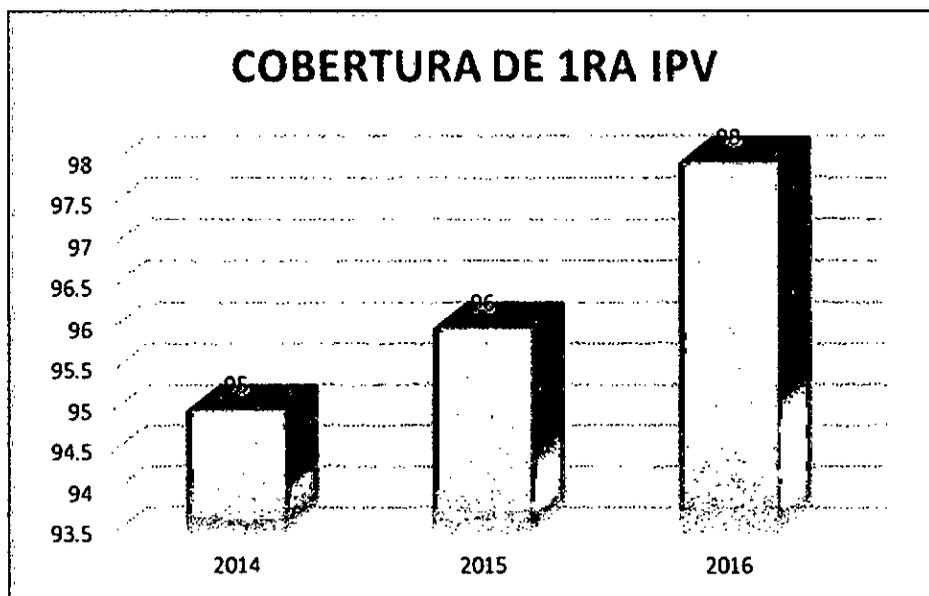


TABLA 4.3

COBERTURA DE 1ra. ROTAVIRUS EN EL MENOR DE 1 AÑO EN EL C.S. DE HUAYUCACHI- HUANCAYO 2014-2016

AÑO	2014	2015	2016
1RA ROTAVIRUS	177	181	186
POBLACION MENOR DE 1 AÑO	186	189	190
COBERTURA DE 1RA ROTAVIRUS	95	96	98

Fuente: Ficha de observación

En relación a la 1^{ra} dosis de la vacuna de rotavirus se logró en el 2014 de 95%, en el 2015 de 96% y en el 2016 de 98 %.

GRAFICO N° 4.3

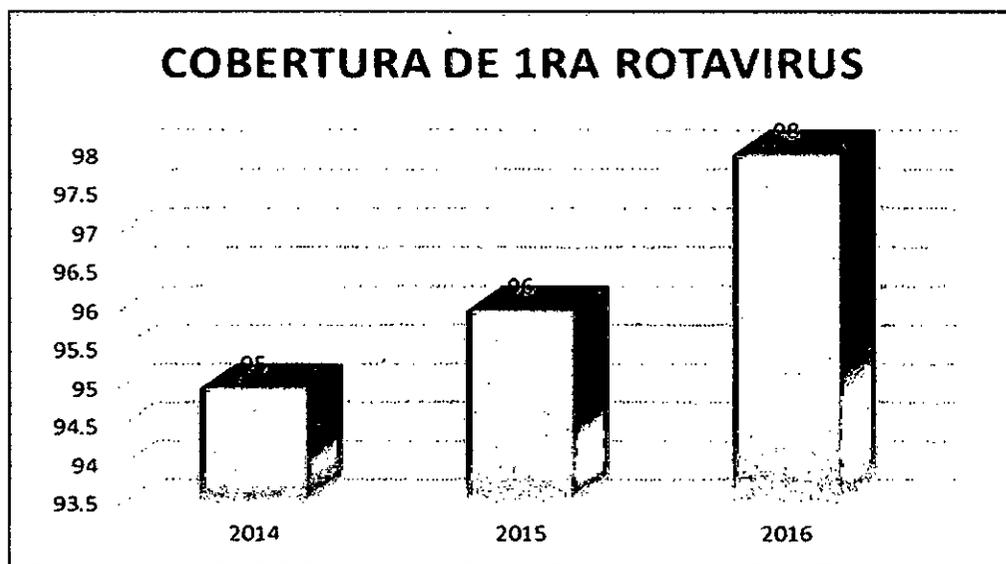


TABLA 4.4

COBERTURA EN 1^{RA} NEUMOCOCO EN EL MENOR DE 1 AÑO EN EL C.S. DE HUAYUCACHI- HUANCAYO 2014-2016

AÑO	2014	2015	2016
1RA NEUMOCOCO	177	181	186
POBLACION MENOR DE 1 AÑO	186	189	190
COBERTURA DE 1RA NEUMOCOCO	95	96	98

Fuente: Ficha de observación

Podemos visualizar en la tabla que se incrementa la cobertura de la 1^{ra} dosis del neumococo en el 2014, 2015, y 2016 en un 95%, 96% y 98% respectivamente.

GRAFICO N° 4.4

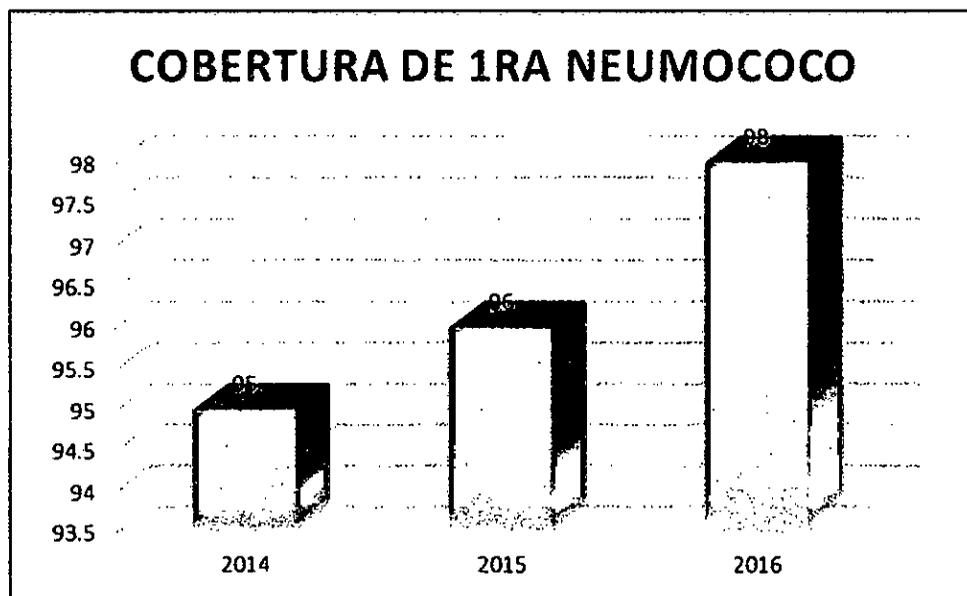


TABLA 4.5

COBERTURAS DE 2DA PENTAVALENTE EN EL MENOR DE 1 AÑO EN EL C.S. DE HUAYUCACHI- HUANCAYO 2014-2016

AÑO	2014	2015	2016
2DA PENTAVALENTE	172	177	182
POBLACION MENOR DE 1 AÑO	186	189	190
COBERTURA DE 2DA PENTAVALENTE	92	94	96

Fuente: Ficha de observación

Se observa un incremento de cobertura de la 2^{da} dosis de la vacuna pentavalente en donde en el 2014 se llegó a un 92%, en el 2015 de 94% y en el 2016 de 96 %.

GRAFICO N° 4.5

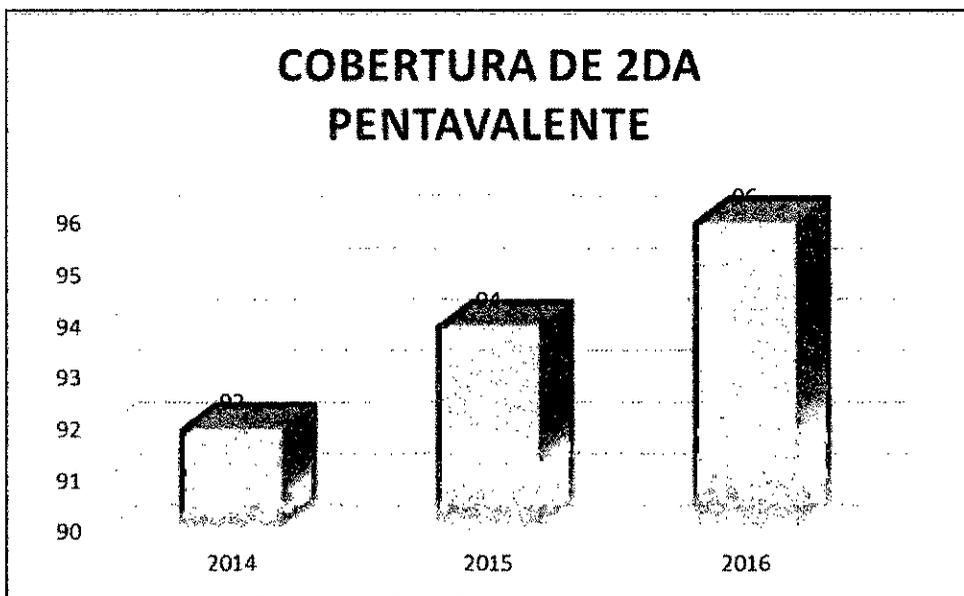


TABLA 4.6

COBERTURA DE 2^{DA} IPV EN EL MENOR DE 1 AÑO EN EL C.S. DE HUAYUCACHI- HUANCAYO 2014-2016

AÑO	2014	2015	2016
2DA IPV	172	177	182
POBLACION MENOR DE 1 AÑO	186	189	190
COBERTURA DE 2DA IPV	92	94	96

Fuente: Ficha de observación

Se aprecia en esta tabla el incremento de cobertura de la 2^{da} dosis de IPV y en el 2014, un 92%, en el 2015 de 94% y en el 2016 de 96 %.

GRAFICO N° 4.6

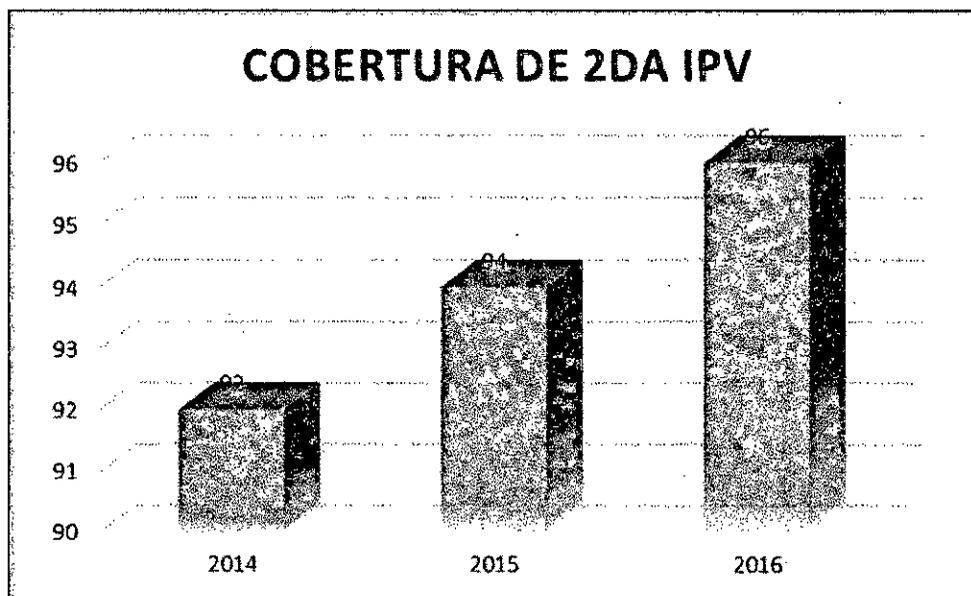


TABLA 4.7

COBERTURA DE 2^{DA} ROTAVIRUS EN EL MENOR DE 1 AÑO EN EL C.S. DE HUAYUCACHI- HUANCAYO 2014-2016

AÑO	2014	2015	2016
2DA ROTAVIRUS	172	177	182
POBLACION MENOR DE 1 AÑO	186	189	190
COBERTURA DE 2DA ROTAVIRUS	92	94	96

Fuente: Ficha de observación

La tabla nos demuestra con respecto a la 2^{da} dosis de la vacuna de rotavirus se logró en el 92 %, en el 2015 de 94 % y en el 2016 de 96%.

GRAFICO N° 4.7

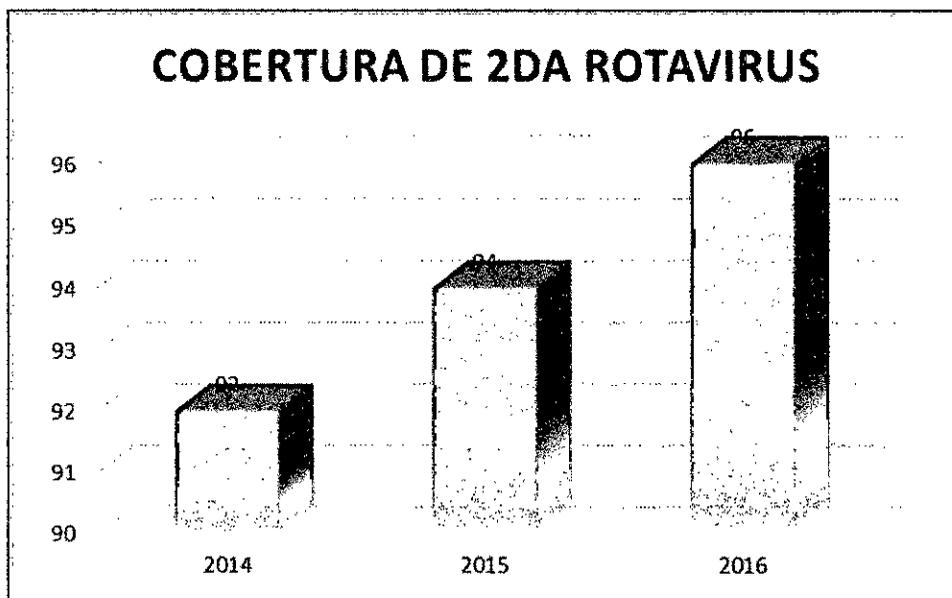


TABLA 4.8

**COBERTURA EN 2^{DA} NEUMOCOCO EN EL MENOR
DE 1 AÑO EN EL C.S. DE HUAYUCACHI- HUANCAYO 2014-2016**

AÑO	2014	2015	2016
ZDA NEUMOCOCO	172	177	182
POBLACION MENOR DE 1 AÑO	186	189	190
COBERTURA DE ZDA NEUMOCOCO	92	94	96

Fuente: Ficha de observación

Se incrementa la cobertura de la 2^{da} dosis de neumococo del 2014, 2015, y 2016 con un 92%, 94% y 96% respectivamente.

GRAFICO N° 4.8

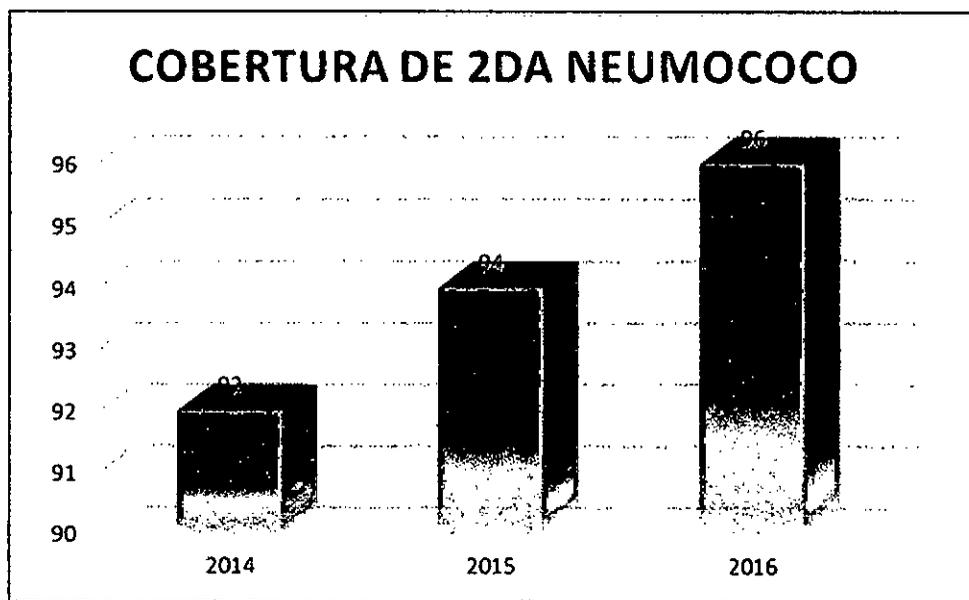


TABLA 4.9

**COBERTURAS DE 3^{RA} PENTAVALENTE EN EL MENOR
DE 1 AÑO EN EL C.S. DE HUAYUCACHI- HUANCAYO 2014-2016**

AÑO	2014	2015	2016
3RA PENTAVELENTE	165	171	179
POBLACION MENOR DE 1 AÑO	186	189	190
COBERTURA DE 3RA PENTAVALENTE	89	90	94

Fuente: Ficha de observación

En la tabla se observa con respecto a la 3^{ra} dosis de la pentavalente se logró en el 2014 un 89%, en el 2015 un 90% y en el 2016 un 94%.

GRAFICO N° 4.9

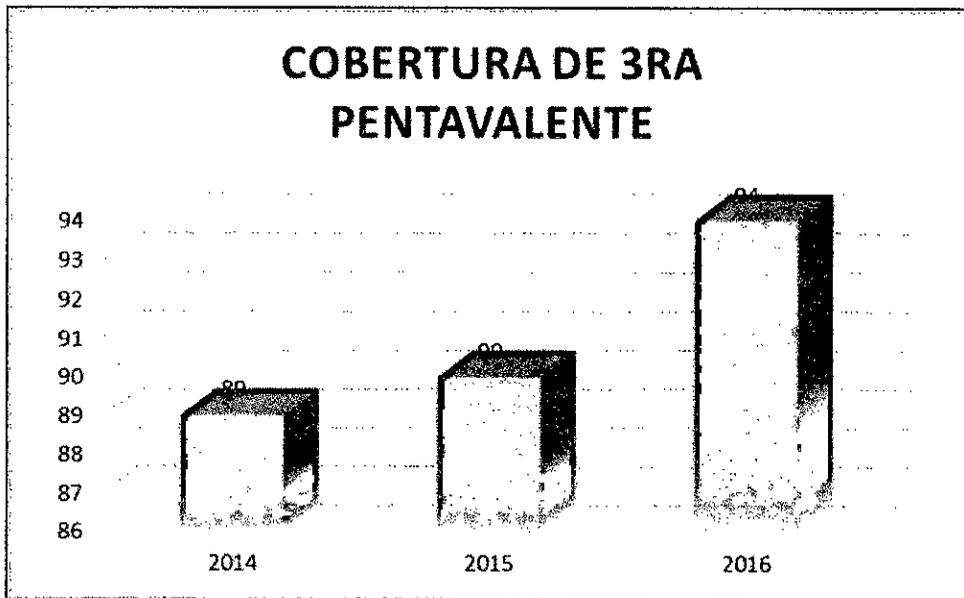


TABLA 4.10

**COBERTURA DE 3RA APO EN EL MENOR
DE 1 AÑO EN EL C.S. DE HUAYUCACHI- HUANCAYO 2014-2016**

AÑO	2014	2015	2016
3RA APO	165	171	179
POBLACION MENOR DE 1 AÑO	186	189	190
COBERTURA DE 3RA APO	89	90	94

Fuente: Ficha de observación

Observamos un incremento de cobertura de la 3^{ra} dosis APO en el 2014 se llegó a un 89%, en el 2015 de 90% y en el 2016 de 94%.

GRAFICO N° 4.10

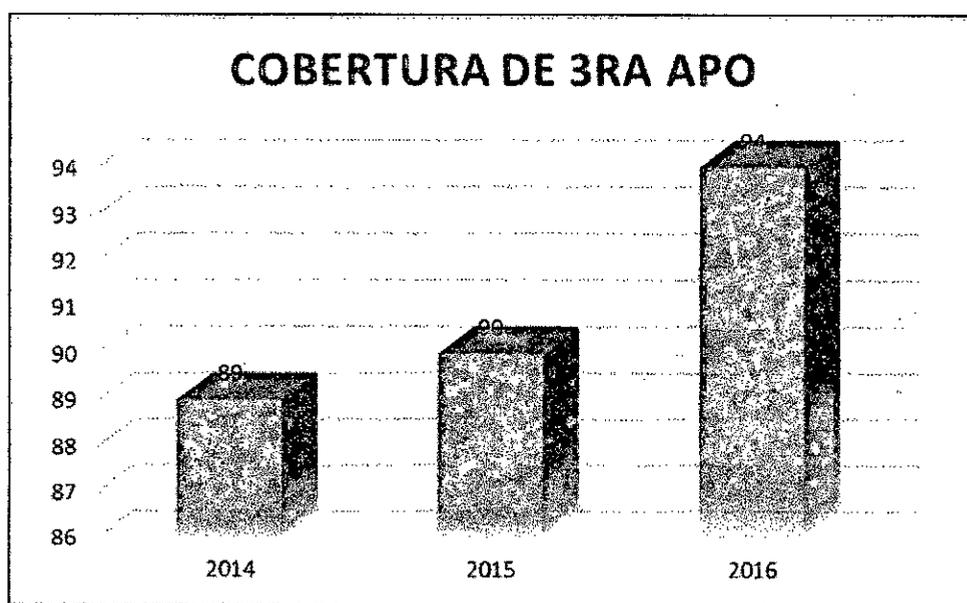


TABLA 4.11

COBERTURA DE 1^{RA} INFLUENZA EN EL MENOR DE 1 AÑO EN EL C.S. DE HUAYUCACHI- HUANCAYO 2014-2016

AÑO	2014	2015	2016
1RA INFLUENZA	172	179	185
POBLACION MENOR DE 1 AÑO	186	189	190
COBERTURA DE 1RA INFLUENZA	92	95	97

Fuente: Ficha de observación

En la tabla podemos visualizar un incremento de cobertura de la 1^{ra} dosis de influenza fue en el 2014 se llegó a un 92%, en el 2015 de 95% y en el 2016 de 97%.

GRAFICO N° 4.11

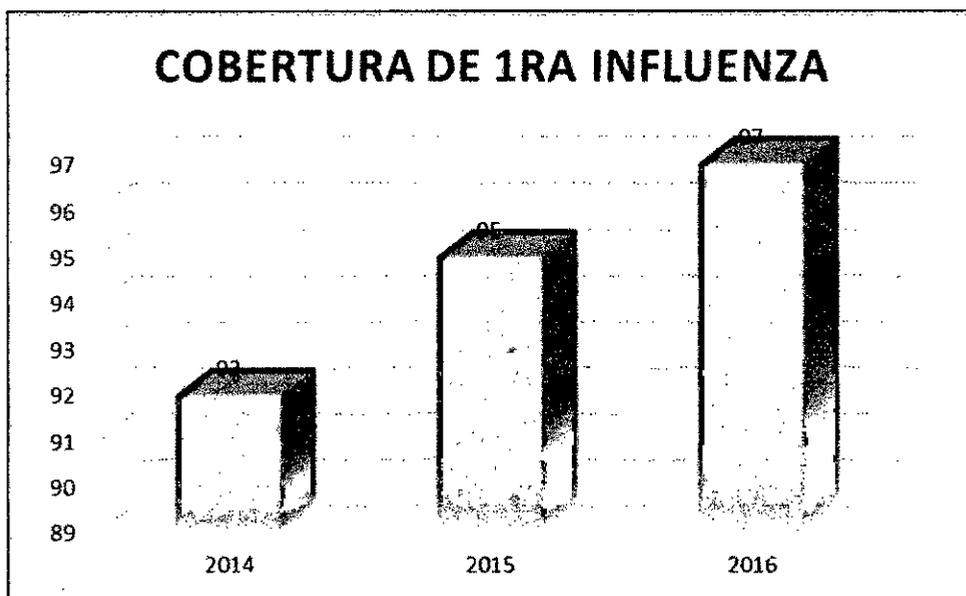
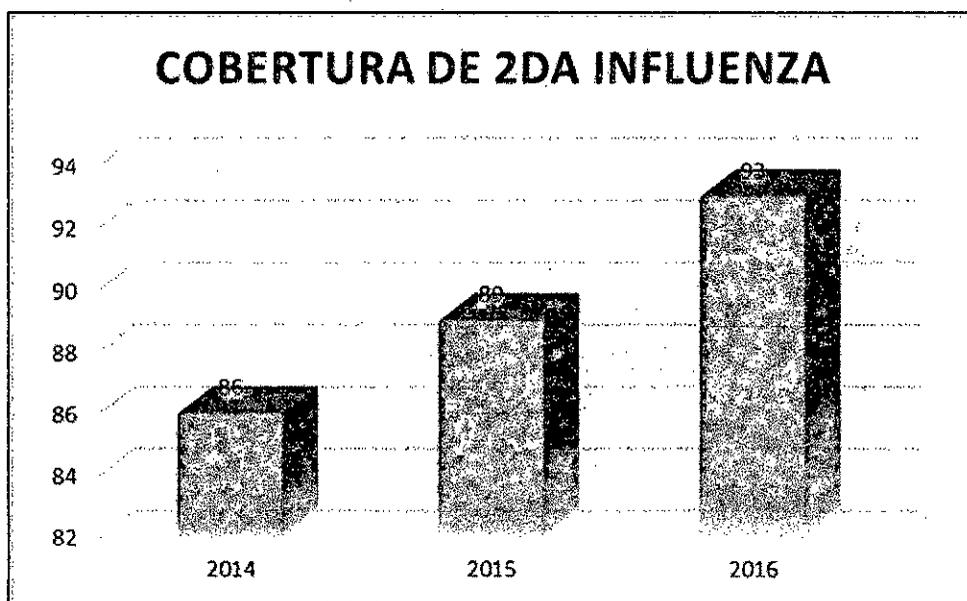


TABLA 4.12

COBERTURA DE 2^{DA} INFLUENZA EN EL MENOR DE 1 AÑO EN EL C.S. DE HUAYUCACHI- HUANCAYO 2014-2016

AÑO	2014	2015	2016
2DA INFLUENZA	160	168	176
POBLACION MENOR DE 1 AÑO	186	189	190
COBERTURA DE 2DA INFLUENZA	86	89	93

GRAFICO N° 4.12



La protección contra la influenza fue en el 2014, un 86%, en el 2015 89% y en el 2016 de 93%.

TABLA 4.13

DESERCIÓN DE 1^{RA} – 3^{RA} PENTAVALENTE EN EL MENOR DE 1 AÑO EN EL C.S. DE HUAYUCACHI- HUANCAYO 2014-2016

AÑO	2014	2015	2016
1RA PENTAVALENTE	177	181	186
3RA PENTAVALENTE	165	171	179
DESERCIÓN 1RA - 3RA PENTAVALENTE	7	6	4

Fuente: Ficha de observación

Se observa la deserción de la pentavalente en el 2014 (7), el 2015 de (6) y en el 2016 de (4).

GRAFICO N° 4.13

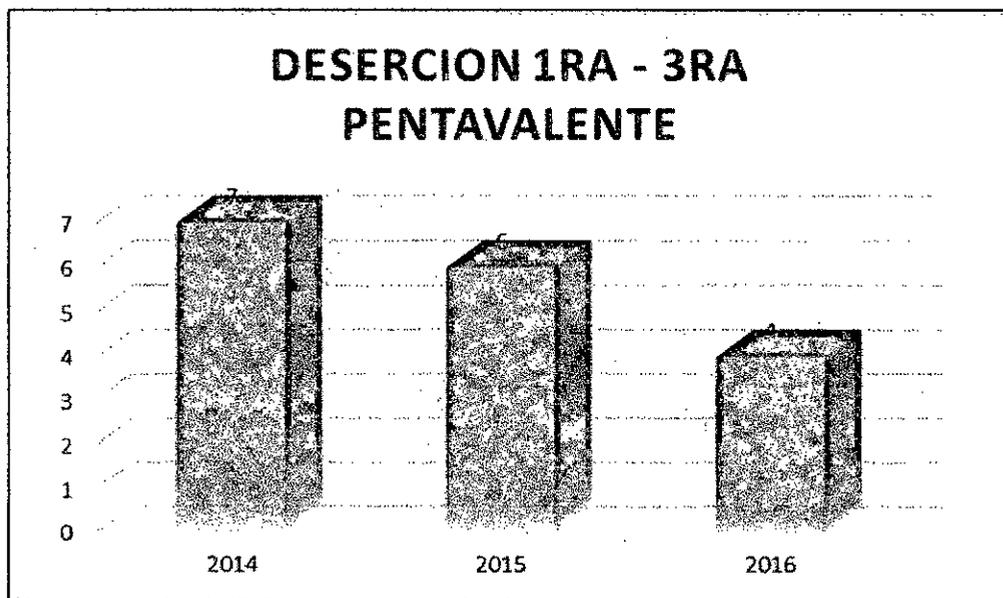


TABLA 4.14

**DESERCIÓN DE 1^{RA} – 3^{RA} ANTIPOLIO EN EL MENOR
DE 1 AÑO EN EL C.S. DE HUAYUCACHI- HUANCAYO 2014-2016**

AÑO	2014	2015	2016
1RA IPV	177	181	186
3RA APO	165	171	179
DESERCIÓN 1RA - 3RA ANTIPOLIO	7	6	4

Fuente: Ficha de observación

En la tabla podemos ver que la deserción de la anti polio ha disminuido en el 2014, 2015 y 2016 en 7, 6 y 4 respectivamente.

GRAFICO N° 4.14

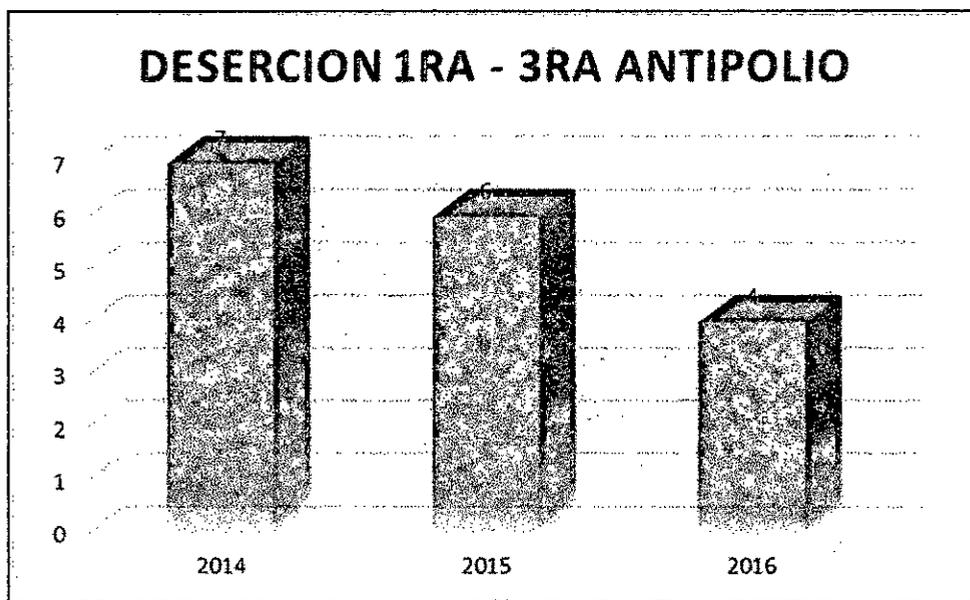


TABLA 4.15

**DESERCIÓN DE 1^{RA} – 2^{DA} ROTAVIRUS EN EL MENOR
DE 1 AÑO EN EL C.S. DE HUAYUCACHI- HUANCAYO 2014-2016**

AÑO	2014	2015	2016
1RA ROTAVIRUS	177	181	186
2DA ROTAVIRUS	172	177	182
DESERCIÓN 1RA - 2DA ROTAVIRUS	3	2	2

Fuente: Ficha de observación

Se observa que la deserción en rotavirus fue en el 2014 de 3, en el 2015 y 2016 se mantuvo la deserción en 2.

GRAFICO N° 4.15

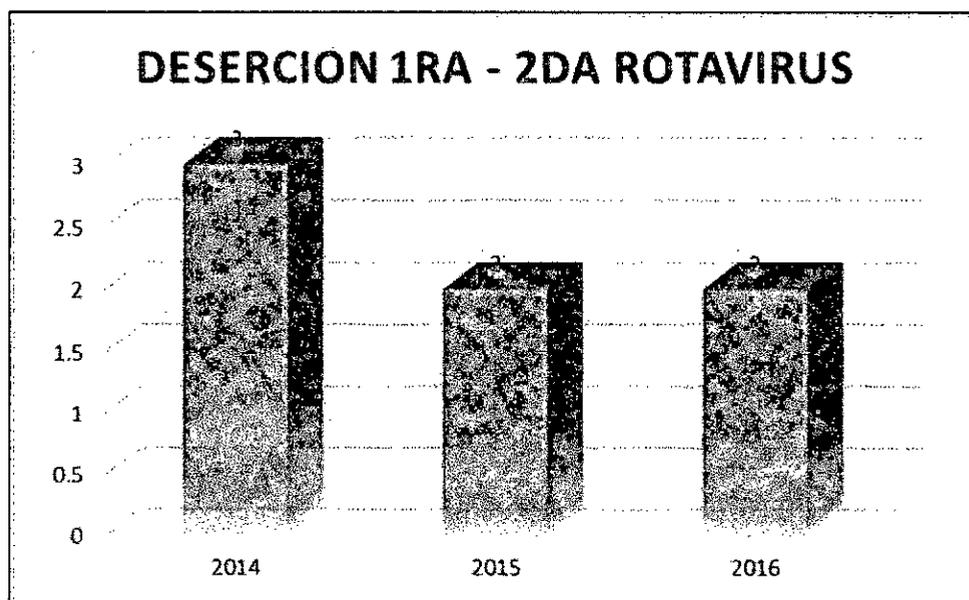


TABLA 4.16

DESERCIÓN DE 1^{RA} – 2^{DA} NEUMOCOCO EN EL MENOR DE 1 AÑO EN EL C.S. DE HUAYUCACHI- HUANCAYO 2014-2016

AÑO	2014	2015	2016
1RA NEUMOCOCO	177	181	186
2DA NEUMOCOCO	172	177	182
DESERCIÓN 1RA - 2DA NEUMOCOCO	3	2	2

Fuente: Ficha de observación

Se puede apreciar que la deserción del neumococo en el 2014 fue de 3 y para el 2015 y 2016 disminuyo en 1.

GRAFICO N° 4.16

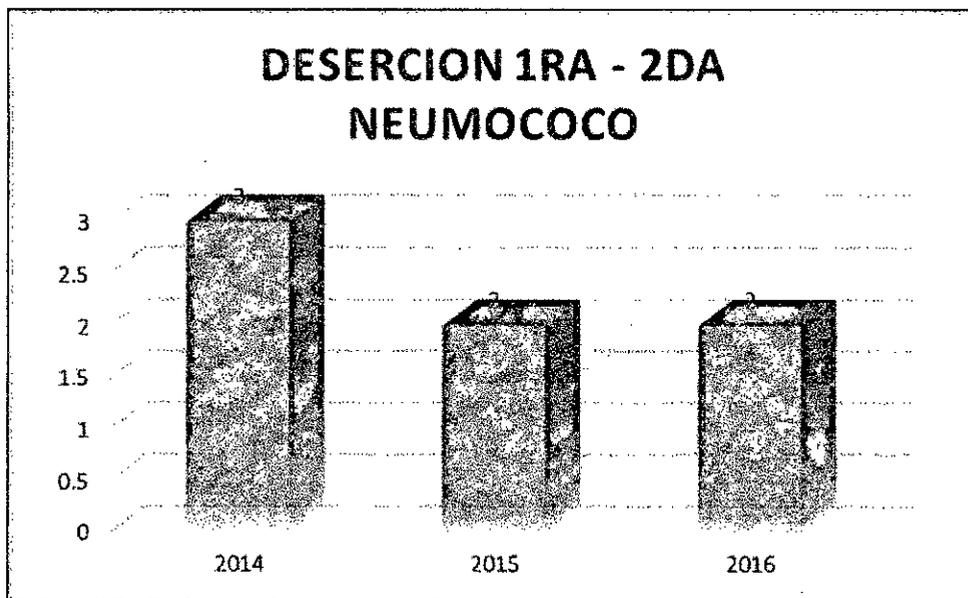


TABLA 4.17

**DESERCIÓN DE 1^{RA} – 2^{DA} INFLUENZA EN EL MENOR
DE 1 AÑO EN EL C.S. DE HUAYUCACHI- HUANCAYO 2014-2016**

AÑO	2014	2015	2016
1RA INFLUENZA	172	179	185
2DA INFLUENZA	160	168	176
DESERCIÓN 1RA - 2DA INFLUENZA	7	6	5

Fuente: Ficha de observación

En la tabla podemos ver que la deserción de la influenza del 2014, 2015 y 2016 el cual por año disminuye en 1 por año.

GRAFICO N° 4.17

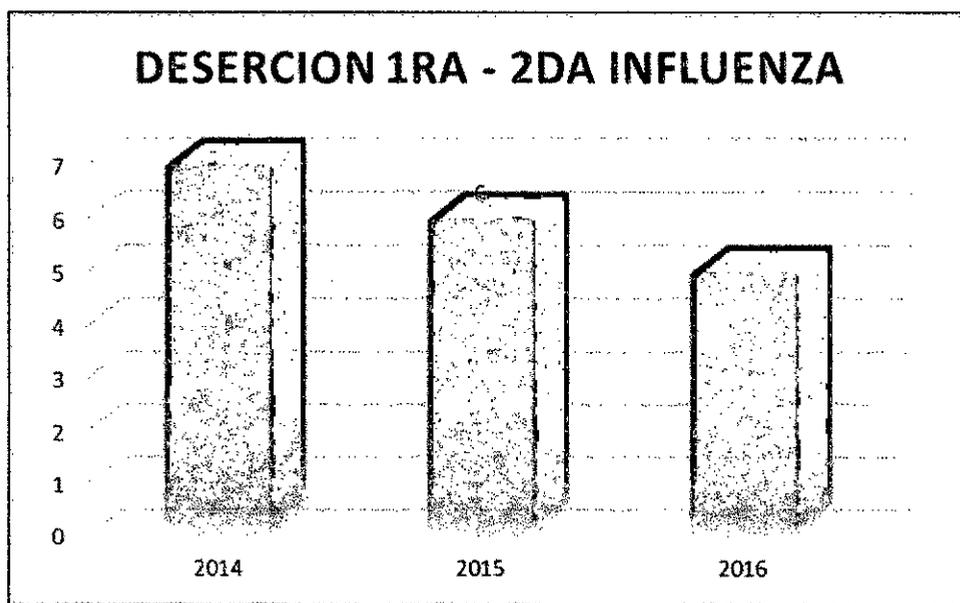


TABLA 4.18

COBERTURA DE SESIÓN EDUCATIVAS A MADRES DE MENOR DE 1 AÑO EN EL C.S. DE HUAYUCACHI- HUANCAYO 2014-2016

AÑO	2014	2015	2016
SESIONES EDUCATIVAS EJECUTADAS	14	20	25
SESIONES EDUCATIVAS PROG.	24	36	36
COBERTURA DE SESION EDUCATIVA	58	56	69

Fuente: Ficha de observación

En la tabla se observa las coberturas de las sesiones educativas en el 2014, 2015 y 2016 y es de 58, 65 y 69% respectivamente.

GRAFICO N° 4.18

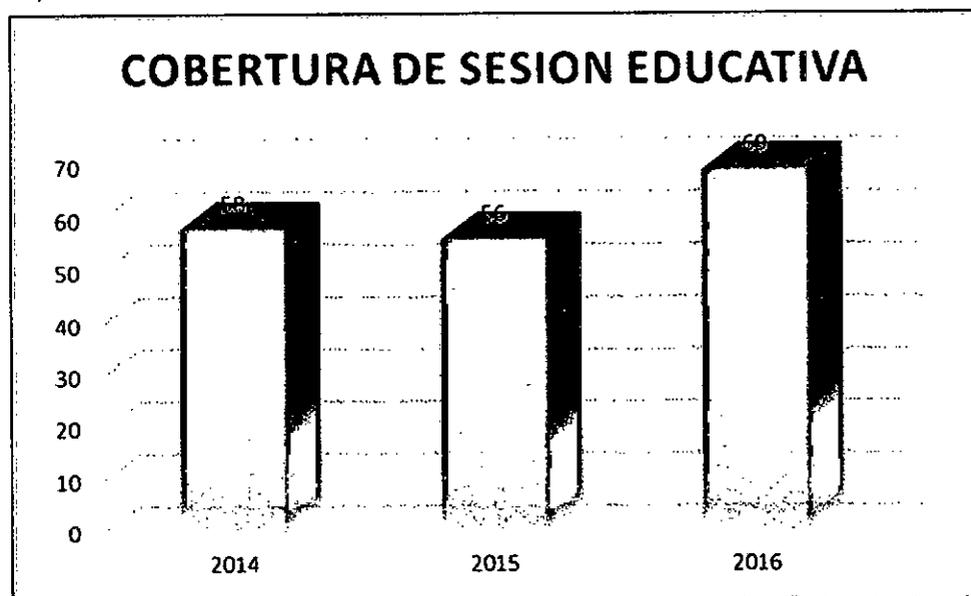


TABLA 4.18

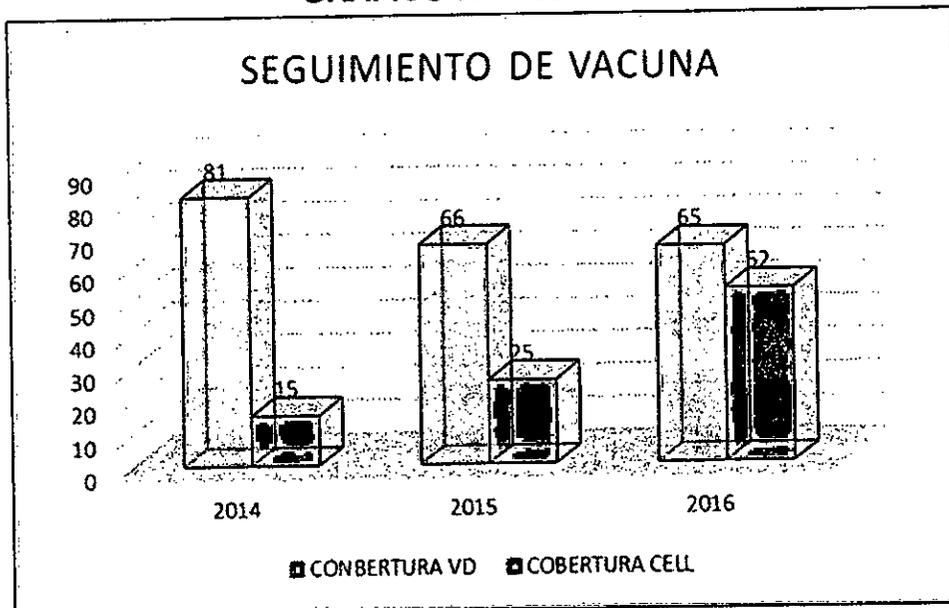
**COBERTURA DE SEGUIMIENTO EN EL MENOR
DE 1 AÑO EN EL C.S. DE HUAYUCACHI- HUANCAYO 2014-2016**

SEGUIMIENTOS	2014	2015	2016
VISITA DOMICILIARIAS	150	124	123
CELULAR	28	48	99
POBLACION	186	189	190
COBERTURA VD	81	66	65
COBERTURA CELL	15	25	52

Fuente: Ficha de observación

En la tabla se observa un incremento de seguimiento por intermedio de celular o teléfono, el mismo que ha dado resultados: 2014 fue de 15%, para el 2015 de 25% y el 2016 de 52%; y se nota una ligera disminución de seguimiento por visita domiciliaria en los años del 2014, 2015 y 2016 en donde se logró un 81%, 66% y 65% por visita domiciliaria.

GRAFICO N° 4.18



CONCLUSIONES

- a) En el 2014 se llegó a una cobertura de 1ra dosis de pentavalente de 95%, en el 2015 de 96% y en el 2016 se ha podido alcanzar el 98 %, lo que demuestra la disminución considerable de la deserción.
- b) Hubo disminución de la deserción en las vacunas que fueron administradas en los menores de 1 año, excepto en la vacuna del rotavirus y neumococo en donde la deserción se mantuvo.
- c) Se observa un incremento de cobertura de la 2^{da} dosis de la vacuna pentavalente: 2014 se llegó a un 92%, en el 2015 de 94% y en el 2016 se alcanzó el 96 %.
- d) La protección contra la influenza fue en el 2014, un 86%, en el 2015 89% y en el 2016 de 93%.
- e) Se concluye que la deserción de la pentavalente en el 2014 (7), el 2015 de (6) y en el 2016 de (4), lo que nos demuestra la disminución de la deserción.
- f) El trabajo con diferentes sectores y programas sociales como el municipio, educación, cuna más, vaso de leche, etc., nos permitieron

realizar el seguimiento de nuestros niños logrando una vacunación oportuna y disminuir la deserción.

- g) La educación para la salud dirigido a la padres y/o cuidadores de los menores de 1 año sobre la importancia y el beneficio de las vacunas para la prevención de enfermedades inmunoprevenibles a través de las sesiones educativas, ha permitido el fortalecimiento en el cuidado de la salud y protección de sus niños, logrando así la disminución de la deserción en las vacunas.
- h) El seguimiento mediante un medio de comunicación como es el celular o el teléfono nos dieron un resultado positivo, permitiendo disminuir la deserción de vacunas y ahorrarnos tiempo para el seguimiento de más niños.
- i) La visita domiciliaria sin duda es y seguirá siendo una de nuestras grandes estrategias para el seguimiento a nuestros niños a pesar de que se implemente otros medios de seguimiento como el celular.

RECOMENDACIONES

A los profesionales:

- a) Explicar los beneficios y reacciones de las vacunas a los padres y/o cuidadores de nuestros niños y **verificar** si comprendió el mensaje.
- b) Brindar una atención de calidad y calidez a nuestros usuarios desde el ingreso hasta la atención en el establecimiento de salud y no solo en la estrategia.

Actualizar:

- a) Capacitación permanente al personal de salud para el manejo correcto de cadena de frío y gestión de la ESNI.
- b) El personal de salud debe estar a la vanguardia de los cambios tecnológicos y normatividad que son enviados por los niveles correspondientes para mejorar la atención del usuario.

A la institución:

- a) Acciones de sensibilización a los directivos y funcionarios de los sectores como educación, autoridades y MIDIS: programas sociales: cuna más, Qali Warma, juntos y vaso de leche, señalando que el cuidado de la salud de los niños es responsabilidad de todos y para ello debemos realizar un trabajo con enfoque de gestión territorial.

Al servicio:

- a) Brindar una atención de calidad, con el modelo de atención integral a nuestros usuarios.
- b) Garantizar la atención del usuario durante las 12 horas, de acuerdo al nivel de complejidad del IPRESS.
- c) Mantenimiento de infraestructura y equipos donde se encuentre ubicada la ESNI.

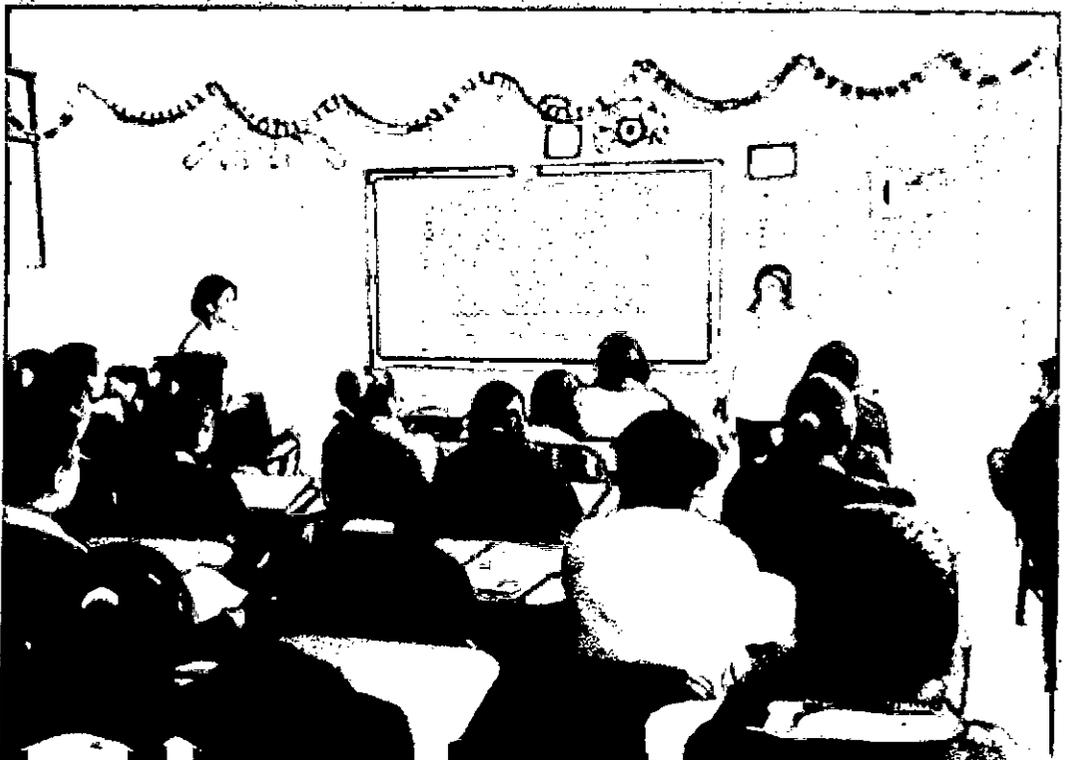
REFERENCIALES

1. García G., 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 Colon, febrero -agosto del 2012.Colombia; 2012.
2. Salinas, B., Actitud de las madres en el cumplimiento del calendario de vacunación de niños menores de 6 años en el servicio de hospitalización del hospital de niños Dr. Jorge, en Valencia, estado Carabobo- febrero – abril 2011.España; 2011.
3. Erazo E. Estrategias educativas para la prevención del abandono y deserción del esquema de vacunas en los menores de dos años, que acuden al Centro de Salud Tupigachi, Cantón Pedro Moncayo. Ecuador; 2017.
4. Ramón I., Factores socioculturales asociados al cumplimiento del calendario de vacunas en niños menores de un año, Hospital referencial de Ferreñafe. Perú; 2016.
5. Aguilar V., Factores asociados al incumplimiento del calendario de vacunación en madres de niños menores de 5 años en el

SESION EDUACTIVA CON LAS AUTORIDADES



SESION EDUCATIVA PARA LA SENCIBILIZACION A LOS ESTUDIANTES



- Centro de Salud de Leymebamba- Chachapoyas 2014. Perú; 2014.
6. Surichaqui n.et.al. Conocimiento sobre inmunizaciones y el cumplimiento del calendario de vacunación en madres con niños menores de un año en el Centro de Salud de San Cristóbal. Huancavelica; 2017.
 7. García B., Factores relacionados con la deserción a la vacuna antisarampionosa en el hospital departamental de Huancavelica". Huancavelica; 2012.
 8. Gómez E., Nivel de conocimiento de las madres sobre la importancia de las vacunas y limitantes para el cumplimiento del calendario de vacunación en el niño de 1 año, Centro de Salud de Villa El Salvador. Lima; 2011.

ANEXOS

ANEXO 01



PREMIACION AL NIÑO VACUNADO OPORTUNAMENTE



SESION EDUCATIVA A LOS SECTORISTAS



COORDINACION CON LA GOBERNACION



SESION EDUACTIVA CON LAS AUTORIDADES



SESION EDUCATIVA PARA LA SENCIBILIZACION A LOS ESTUDIANTES

