



Archivos de Medicina (Col)  
ISSN: 1657-320X  
ISSN: 2339-3874  
cim@umanizales.edu.co  
Universidad de Manizales  
Colombia

## Contenido ético en la atención del niño sano: perspectiva de la enfermera de atención primaria

Perales-López, Anshela Gabriela; Díaz-Manchay, Rosa Jeuna; Cervera-Vallejos, Mirtha Flor; Arriola-Arízaga, María Caridad; Rodríguez-Cruz, Lisseth Dolores

Contenido ético en la atención del niño sano: perspectiva de la enfermera de atención primaria

Archivos de Medicina (Col), vol. 21, núm. 2, 2021

Universidad de Manizales, Colombia

**Disponible en:** <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273868435014>


**DOI:** <https://doi.org/10.30554/archmed.21.2.4192.2021>

# Contenido ético en la atención del niño sano: perspectiva de la enfermera de atención primaria

Ethical content in the care of the healthy child: perspective of the primary care nurse


Anshela Gabriela Perales-López peralesanshela@gmail.com

Centro de salud Materno Infantil Castilla, Perú

 <https://orcid.org/0000-0002-9184-000X>

Rosa Jeuna Diaz-Manchay rdiaz@usat.edu.pe

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú

 <https://orcid.org/0000-0002-2333-7963>


Mirtha Flor Cervera- Vallejos mcervera@usat.edu.pe

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú

 <https://orcid.org/0000-0002-4972-1787>


María Caridad Arriola-Arízaga marriola@usat.edu.pe

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú

 <https://orcid.org/0000-0002-3524-1950>

Lisbeth Dolores Rodríguez-Cruz lrodriguez@usat.edu.

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú

 <https://orcid.org/0000-0003-1742-9498>

Archivos de Medicina (Col), vol. 21,  
núm. 2, 2021

Universidad de Manizales, Colombia

Recepción: 03 Marzo 2021

Corregido: 10 Abril 2021

Aprobación: 23 Abril 2021

DOI: <https://doi.org/10.30554/archmed.21.2.4192.2021>

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273868435014>

**Resumen:** **Objetivo:** describir el contenido ético en la atención del niño sano desde la perspectiva del profesional de enfermería que labora en atención primaria. **Materiales y métodos:** estudio de tipo cualitativo exploratorio descriptivo, para obtener los datos se utilizó la entrevista semiestructurada, esta fue grabada previo consentimiento informado, luego se procesaron mediante el análisis de contenido temático. Participaron del estudio 10 enfermeras que trabajan en el consultorio de crecimiento y desarrollo en un centro de salud de Piura en Perú. Se aplicaron los principios éticos y criterios de rigor científico. **Resultados:** a) Intimidación desprotegida y consentimiento informado, b) Lidando costumbres y educación al familiar hacia los cuidados en el hogar, c) Registros de enfermería adulterados. **Conclusiones:** las enfermeras del estudio discurren como la protección de la intimidad del niño (a) se vulnera por no contar con espacios apropiados en el consultorio de crecimiento y desarrollo. En los aspectos procedimentales no poseen un consentimiento informado oficial, cursan con limitaciones de tiempo para la entrevista al familiar y conocer a profundidad aspectos culturales del cuidado en el hogar, para reforzar la educación sanitaria y reconocen que por cumplir metas y coberturas a veces reportan datos errados incurriendo en faltas éticas que les puede conllevar a problemas legales.

**Palabras clave:** ética, atención de enfermería, crecimiento y desarrollo, atención primaria de salud, cuidador familiar.

**Abstract:** **Objective:** describe the ethical content in healthy child care from the perspective of the nursing professional working in primary care. **Material y methods:** descriptive exploratory qualitative study, the semi-structured interview was used to obtain the data, this was recorded with prior informed consent, then they were processed through thematic content analysis. Ten nurses who work in the growth and development clinic at a health center in Piura in Peru participated in the study. The ethical principles and criteria of

*scientific rigor were applied. Results : a) Unprotected privacy and informed consent, b) Dealing with customs and family education towards home care, c) Adulterated nursing records. Conclusions: the nurses in the study discuss how the protection of the child's privacy is violated by not having appropriate spaces in the growth and development office. In the procedural aspects they do not have an official informed consent, they attend with time limitations to interview the family member and to know in depth cultural aspects of home care, to reinforce health education; and they recognize that by meeting goals and coverage, they sometimes report wrong data, incurring ethical misconduct that can lead to legal problems.*

**Keywords:** ethics, nursing care, growth and development, primary health care, caregivers.

## Introducción

El paradigma de defensa de la vida en cualquier fase de desarrollo favorece a la salud y la prosperidad de las personas, cuyas protagonistas son las enfermeras en constante actualización de competencias y la aplicación de ideas innovadoras, pues saber, lo que sucede en la corporalidad humana lleva consigo practicar el contenido ético en los cuidados de enfermería, a manera de imperativo personal de cada uno y de colectivo como gremio [1].

Al adentrarse en el mundo pediátrico, la literatura muestra como los niños, para continuar con vida plena y desarrollo personal, son dependientes de la asistencia ética del grupo social, como eje principal enfermería, pero también en función de reglas morales diferentes como las familiares, sociales y culturales, previstas legalmente por la variedad de estos, en conexión con los derechos humanos y las políticas sociosanitarias correspondientes a ellos [2]. Así lo evidencia un estudio al demostrar como las prácticas de atención ética de las enfermeras de salud infantil se manifiestan a través de una atención compasiva, humanitaria, flexible, colaborativa y de apoyo para los niños [3].

Todo niño es inspirador de cuidado, como actor de mayor importancia en el accionar de enfermería, y con la minuciosa identificación de sus necesidades, el cuidado se torna ético e importante, con inherencia a principios éticos que, en su ausencia, desvalora la esencia de tan humana profesión [4].

Razón por la cual, en los últimos años los contenidos de la ética, bioética y la deontología son ejes transversales en la formación de enfermería para construir estrategias sólidas cuando se necesita tomar decisiones y solucionar problemas éticos. Sin embargo, al ingresar al campo laboral, existen deficiencias profesionales de carácter ético y moral que obedecen a las circunstancias que intervinieron durante su formación; pues dichos profesionales en la actualidad tienen mayor preocupación en la profesionalización, o el uso de la tecnología que en cultivar los valores en sus cuidados, que les conduzca a establecer una relación interpersonal enfermera-paciente, en actitud de escucha para identificar las actuaciones apropiadas hasta conocer los aspectos fuertes del paciente y sus familiares [5]. Y cuando el paciente es un niño o niña el reto es superior por su doble vulnerabilidad y dependencia.

En este sentido, la ética es fundamental para que el accionar de los profesionales de enfermería esté sustentada en valores, normas y principios que le ayuden a dar respuesta a determinadas situaciones de manera correcta; tales como salvaguardar en el paciente: el consentimiento informado, sus derechos, el secreto profesional (confidencialidad), respeto a su autonomía, veracidad de la información, entre otros, y ante el paciente pediátrico hay más exigencia, al vincularlos en la realización de las actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades [6,7], realidades más estudiadas a nivel hospitalario, pero escasamente en los centros de salud de atención primaria.

En los centros de salud, el programa de atención al niño sano, abarca una de las actividades centrales de la atención primaria dirigida a mejorar la salud de los niños, reducir la morbi-mortalidad y promover el desarrollo normal de la primera infancia [8]. Aquí, el personal de enfermería cumple un rol autónomo en el consultorio de crecimiento y desarrollo (CRED), entre las actividades desarrolladas están la atención integral al niño sano, ocasión para hallar anticipadamente riesgos o factores determinantes, acciones de prevención, así como suscitar prácticas propicias de cuidado con los infantes. Para ello utilizan la entrevista, anamnesis, examen clínico, exámenes de laboratorio, e instrumentos para valoración del crecimiento físico, resultados escritos en la historia clínica; además, de educar a la familia para fortalecer sus habilidades y contribuyan al máximo desarrollo del potencial biopsicosocial de los niños [9].

Si bien es cierto, los profesionales de enfermería (PE) son autónomos en el consultorio de crecimiento y desarrollo, existen escasos protocolos de la atención de enfermería, y muchas veces al momento de actuar asumen que la decisión e intervención es la correcta, por ello se debe trabajar cumpliendo las normativas institucionales y sobre todo bajo su conciencia moral; pero pocas veces se reflexiona desde un punto de vista ético, los siguientes cuestionamientos: ¿Estará de acuerdo la madre con las actividades que yo realizo con el niño?, ¿Será adecuado que ingresen estudiantes mientras evalúo al niño (a), la madre se sentirá cómoda?, ¿Mi consultorio garantiza la privacidad necesaria para evaluar al niño (a)?, ¿Habré considerado las costumbres de la madre que tiene para cuidar a su niño (a)?, ¿Registró los datos correctos en los informes? Preguntas que más adelante serán resueltas.

Debido a las consideraciones anteriores se propone la presente investigación con el siguiente objetivo: describir el contenido ético en la atención del niño sano desde la perspectiva del profesional de enfermería que labora en atención primaria.

## Materiales y métodos

Investigación cualitativa exploratoria descriptiva [10]. Los participantes del estudio lo conformaron profesionales de enfermería, que trabajan en una Entidad de Salud I-4, en el Departamento de Piura en Perú, cuentan con una población de 16 enfermeras (5 contratadas, 11 nombradas), todas

han realizado actividades en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo a los niños (as) menores de 5 años, debido a la necesidad de servicio.

El muestreo fue por conveniencia, y el tamaño de la muestra se conformó por 10 enfermeras, alcanzada por la técnica de saturación de datos. Se consideró como criterio de inclusión a profesionales que desarrollen actividades en el consultorio de crecimiento y desarrollo mínimo 6 meses continuos, y que acepten participar de la investigación. Como criterio de exclusión a trabajadores que estén de vacaciones o que hayan participado de la prueba piloto. Todas las enfermeras fueron de sexo femenino, tuvieron en promedio 34 años, las edades oscilaban entre 26 y 43 años. Con un tiempo de experiencia en promedio de 7 años, y entre 2 a 18 años. Los seudónimos utilizados fueron elegidos por los propios participantes consignados en cada discurso en el apartado de resultados.

Para recolectar la información se usó la entrevista semiestructurada [11], validada por juicio de expertos y estudio piloto donde participaron 03 enfermeras expertas en salud familiar y control de niño sano. Obtenida la autorización del Gerente del centro de salud para realizar la investigación, se abordó a los profesionales de enfermería previo consentimiento informado y firmado asegurándoles el carácter confidencial de sus respuestas. Lograda la comprensión del estudio por las participantes se quedó con ellas hora y fecha según su disponibilidad, en los meses de abril a junio del 2017.

Entonces, las entrevistas se hicieron al culminar el horario laboral en el ambiente donde trabaja la enfermera sea turno de mañana o tarde, estas fueron grabadas en un grabador de voz y duraron en promedio 25 minutos, con preguntas relacionadas al contenido ético evidenciados en la atención de enfermería en el consultorio de crecimiento y desarrollo de su centro laboral. La investigadora principal es quien recolectó los datos y luego de las transcripciones de las misma retorno al escenario para que las enfermeras leyeran las entrevistas y validen la información allí contenida. Se realizaron un promedio de 3 visitas por entrevistado.

El procesamiento de los datos fue manual, se usó el análisis de contenido temático, el cual partió de datos precisos, luego estos fueron descompuestos en unidades temáticas para continuar con su agrupamiento en categorías siguiendo el criterio de analogía, según las similitudes o semejanzas existentes en función de criterios preestablecidos. Abarcó tres etapas [11], descritas a continuación:

**Pre análisis:** se organizaron las entrevistas transcritas de los sujetos de estudio, luego fueron imprimidas para hacer su lectura y relectura, y llegar a la comprensión de lo que las personas entrevistadas expresaron. **Codificación:** se transformaron los “datos brutos” (el material original) a unidades temáticas. Para ello, se fragmentó el texto, y la catalogación de elementos, párrafo por párrafo identificando las unidades temáticas (idea central de lo que expresaron los sujetos de investigación), e identificación de los códigos. **Categorización:** comprendió organización y clasificación de los códigos identificados por similitud en contenido y significado, de donde emergió tres categorías, paralelo se hizo búsqueda de literatura

científica para comprender si las denominaciones en si eran excluyentes una de otra o estaban bien delimitadas, para luego realizar el análisis respectivo.

En cuanto a ética en la investigación [12], los participantes del estudio no sufrieron ningún daño físico, ni emocional, pues solo se usó la entrevista semiestructurada para recolectar los datos, resguardando su identidad con códigos y su participación fue voluntaria, con precedente y firma del consentimiento informado. Cabe señalar que hubo tres enfermeras que no desearon participar del estudio.

## Resultados

### a. Intimidad desprotegida y consentimiento informado

Las enfermeras que participaron en el presente estudio ponen en evidencia, la importancia de tener cuidado con resguardar la intimidad del niño (a) en el consultorio de crecimiento y desarrollo al realizar diferentes procedimientos y sobre todo para el examen físico la madre desnuda al infante. A pesar de que el consultorio tiene puerta y está cerrado, existen diferentes situaciones que no ayudan a mantener la privacidad necesaria, como lo manifiestan: “Atendemos en un ambiente cerrado para proteger la intimidad del niño, hacemos el examen físico en presencia de la madre ...evito estar saliendo a cada momento, asegurándome de tener todos los materiales para la evaluación del niño, aunque a veces es complicado porque entran una colega, la técnica o el personal de admisión a sacar o dejar las historias”(ROSA), “tratamos de individualizar el ambiente para la atención y haya privacidad... pero es casi imposible porque entra el personal a dejar o sacar historias clínicas”(GRETITA). Explican que es difícil mantener la privacidad y proteger la intimidad del niño porque las enfermeras, técnicos o personal de admisión ingresan al consultorio para dejar o sacar las historias clínicas, para que los niños pasen a otros consultorios aprovechando las interconsultas.

Por otro lado, llama a la reflexión este discurso, pues la enfermera reconoce que se descuida este aspecto incluso por su colega, ya que no espera a que la madre vista al niño, abre puerta para llamar a otro niño, exponiendo la corporeidad del niño evaluado: “se debería proteger la intimidad del niño manteniendo el ambiente cerrado, pero la verdad no se da una buena privacidad porque hay colegas que por avanzar no esperan que la mamá termine de vestir al niño y abren la puerta para llamar a otro niño...también existen profesionales que son docentes y entran con cinco estudiantes, y algunos padres reclaman porque tanta gente en el consultorio y ni siquiera le piden permiso”(ACUARIO), otro aspecto que cabe discutir es cuando se ejerce la docencia y varios estudiantes se encuentran en el consultorio, esto genera incomodidad para los padres, ya que a veces no se les solicita el permiso para que los estudiantes observen o atiendan al pequeño.

En relación al consentimiento informado, las enfermeras manifiestan que por lo general se dice de manera verbal, pues no existe un formato



como se tiene en los servicios de hospitalización o de cirugía: “El consentimiento informado como documento no existe, pero tiene valor legal, deberíamos usarlo porque hacemos procedimientos... para el examen físico no le pido permiso, suponemos que es tácito pues si traen al niño al establecimiento esta automáticamente aceptando lo que se va a realizar”(ROSA).

Además, se omite o se olvidan de pedir autorización para la ejecución de procedimientos, tal vez por lo rutinario del trabajo y porque las enfermeras creen que las madres del niño ya conocen el procedimiento o actividades que realizamos en el consultorio, como lo describen: “No solicito la autorización de los padres, por lo general realizamos la actividad y evaluación asumiendo que los familiares conocen el trabajo a realizar, como el niño es continuador creemos que ya no es necesario... pero se le explica que le saque la ropa para pesar, tallar y revisarlo, y detallamos más cuando se vacuna” (LIBRA).

Sin embargo, durante la atención de enfermería en crecimiento y desarrollo se generan algunos cuestionamientos éticos surgiendo la necesidad de contar con formatos de consentimiento informado y solicitar el permiso respectivo tanto al niño y al familiar acompañante para realizar los diferentes procedimientos sobre todo cuando se vacuna al niño, pues la mayoría presente reacciones adversas: “la mayoría de veces sólo solicito su autorización o consentimiento de manera verbal para vacunar, sobre todo esas vacunas que tienen reacciones bastante fuertes en el niño, pero hay mamás que no quieren vacunar a los niños porque aducen que son dañinas, allí se les explica los beneficios de las vacunas, y a veces, aunque no se ha logrado convencerla del todo, igual vacunamos al niño” (TULIPAN)

#### **b. Lidiando costumbres y educación al familiar hacia los cuidados en el hogar**

Es fundamental en la atención de enfermería durante el control de crecimiento y desarrollo se brinde educación a la madre o al acompañante del niño, para los cuidados en el hogar. Un aspecto importante a considerar es la valoración de conocimientos previos, y saber las costumbres que tienen en casa en relación al cuidado del niño.

Tal como lo manifiestan: “Primero pregunto cómo hace cada actividad de cuidado al niño, tales como el baño, vestimenta, alimentación, etc. y luego si está haciéndolo correctamente la felicito y si veo que no lo está haciendo co- rrectamente, por alguna costumbre o creencia que tiene que puede afectar la salud de su niño, le explico con sustento científico para que deje esa costumbre porque puede dañar la salud del niño, pero si esa costumbre o creencia no arriesgo la salud del niño, simplemente no juzgo a los padres, ya que no hay nada de malo en ello”(GERANIO). En ese diálogo que se entabla entre enfermera y madre, se van detectando algunas costumbres adecuadas o inadecuadas en el cuidado del niño, y según manifiesta la enfermera evita juzgar a la madre, pero a su vez intenta explicarle de manera sencilla, pero con fundamento científico si esa costumbre le causará daño al menor.

Por otro lado, las enfermeras reconocen que brindan una educación somera y superficial sin considerar las costumbres que la madre tiene en casa, se justifica que hay exceso de pacientes: “en muchas ocasiones por la cantidad de pacientes o las múltiples funciones solo le indicamos lo que deben hacer en casa sin considerar sus costumbres o conocimientos previos” (CLAVEL). “Se le explica, se escucha sus dudas o preocupación del familiar acompañante a la consulta. se le dice como está el peso y la talla y si son satisfactorios se les felicita de lo contrario se les incentiva a mejorar, se explica las posibles reacciones de las vacunas, y la administración de los micronutrientes...básicamente como debe cuidar al niño en su casa, aunque de manera rápida porque atendemos varios niños” (SEBASKI).

Mientras otras enfermeras aprovechan el carnet de control del niño para educar según los resultados de la evaluación: “siempre explico lo que hago durante la evaluación, les pido a los padres que se acerquen a la camilla donde acuestan a sus niños para que vean y escuchen la valoración que se realiza, también explico las reacciones de vacunas, medidas profilácticas, etc., me apoyo con su carnet de crecimiento y desarrollo. Enfatizo mucho más aún cuando son padres por primera vez, ya que vienen con varias dudas con respecto al cuidado de su hijo. Pero eso no quiere decir que a los demás no les explico, siempre trato de preguntar al final de la atención y dar la siguiente cita” (ROSA). Se deduce que la enfermera se toma su tiempo cuando es el primer control o se administran vacunas, pues explica minuciosamente las reacciones y los cuidados en casa, y evalúa si la madre comprendió el mensaje o la indicación.

Realidad que involucra no sólo permanecer en continua capacitación sino también autoevaluarse con exigencia, para responder con compromiso categórico sobre los resultados de la educación en salud que se imparte y si esta exigencia conlleva cambios en la manera de pensar y actuar según el contexto, y volver a repensar en la gran responsabilidad que se adquiere al trabajar en este consultorio. Esto depende de la educación que se le ofrezca al familiar la manera como este cuide en el hogar al niño o niña, lo cual repercutirá en la prevención de enfermedades y el adecuado crecimiento y desarrollo del niño (a).

### **c. Registros de enfermería adulterados**

El personal de enfermería que labora en los centros de salud son los responsables del control de niño (a) sano, cumplen metas en relación a la cantidad de atenciones por turno de trabajo. Pero, algunas enfermeras reconocen que a veces el exceso de metas (atenciones) puede conllevar a enfrentar conflictos éticos en sus registros, de modo que por “cumplir las metas” modifican o alteran los informes para alcanzar las coberturas estipuladas por el sector salud, lo cual merma la calidad de atención y el cuidado de enfermería.

En ocasiones se intenta justificar el “falsear datos” por cubrir metas y mantener el puesto de trabajo, como se muestra en los siguientes discursos: “A veces con el mal llamado “el fin justifica los medios”, hay colegas que por llegar a las metas llenan formatos, registros y atenciones con datos falsos... se justifican diciendo que lo hacen por mantener su trabajo, ya que si no lo cumplen les retiran el contrato” (SEBASKI).



Asimismo, se percibe que las enfermeras se sienten presionadas para cumplir la meta, pues de ello también depende el presupuesto que se designe para la institución, y están pendientes del cumplimiento de la meta, mas no en verificar que los datos sean reales, esto depende netamente de la conciencia del profesional que realiza el registro en el sistema de gestión: “Las coberturas se cumplen si o si porque de eso depende la distribución de personal, materiales, etc. Con eso evalúan a la institución, y por eso nos presionan que cumplamos la meta (sean los datos reales, duplicados o inventados), pues solo está en la conciencia de la enfermera, ya que el sistema no delibera si el dato es verdadero o falso” (GRETITA)

También manifiestan que tienen tiempo reducido para atender y llenar todos los formatos que exigen: “Por el tiempo reducido que se tiene para atender a tantos niños y son nuevos nos tomamos más tiempo, llenar formatos, historias, registros y otros documentos a veces no registramos adecuadamente al 100%... A pesar de ello tratamos de cumplir con las normativas, aunque exigen tantas actividades y no tiene coherencia con el tiempo real de atención a cada niño...esto se tendría que corregir desde el nivel central, pues las políticas indican y exigen más cantidad y no toman en cuenta la calidad” (ACUARIO) Los registros que se deben llenar son: la tarjeta de control, el formato único de atención (FUA), sistema de información HIS, libro de seguimiento, historia clínica, cuaderno de programación de citas, ellas manifiestan que encuentran incoherencia entre las metas que exigen y la calidad en la atención.

## Discusión

Las participantes del estudio reconocen la necesidad de tener un ambiente privado donde solo la enfermera y el familiar estén presentes en la exposición corporal del niño o niña para la realización del examen físico, o los procedimientos respectivos; sin embargo, en algunos centros de salud no se guarda la privacidad necesaria ya que el resto del personal muestra desinterés por estos aspectos, e interrumpe la valoración ingresando al consultorio sin solicitar el permiso y sin considerar el derecho del infante. Así lo declara el estudio de Moon [13], al argumentar como los menores, por su estado impotente, tienen tres características con profundas implicaciones éticas para la salud pública: a) privación de derechos y falta de poder social y económico, b) condición de sujeto a administración, y c) presunto deterioro de capacidad para la toma de decisiones, entonces los conflictos esenciales surgen cuando los intereses de los niños se comparan con los intereses de los padres, las familias o el estado. Siendo fácil omitir derechos fundamentales como la protección de la intimidad

Con ello, la función de cuidar, pone al PE en relación con la intimidad, que requiere de una aproximación a la persona cuidada, justificada sólo por y para las acciones de cuidar, las cuales se deben ejecutar de forma compartida, aceptada y ejecutada en condiciones de intimidad, entre el paciente y el profesional de enfermería [14]. Desde el punto de vista ético

la intimidad física es la conciencia de los derechos de los pacientes, que supone que nadie puede acceder al cuerpo en este caso el niño sin el permiso de él y de sus padres. Esto coincide con el estudio de Fernández, Álvarez, Ramiro y Martínez [15] al explicar cómo la intimidad se ve transgredida ante la variedad de miradas e ideas de otros profesionales, y que brindar seguridad e intimidad va más allá de una indicación médica, depende de la ternura y empatía de la enfermera para darse cuenta que la persona a su cuidado es un ser vivo, digno y no un simple objeto manipulable.

Concuerdan con el autor algunas enfermeras, pues en el sistema sanitario actual y en atención primaria de salud y con esta los programas de CRED, existe la necesidad de la protección y fomento de la intimidad personal, afectado por las situaciones vivenciales con tendencia a la despersonalización, la anomia y la instrumentalización de las personas al servicio de finalidades pragmáticas, circunstancias que obligan a poseer capacidad de reflexión, lucidez, espíritu libre y crítico, pero también una voluntad de acción y compromiso [16]. Incluso, el entorno físico que admite efectivizar los cuidados condiciona su resultado, porque al no ser óptimo, el uso de barreras físicas adecuadas resguarda la intimidad del paciente y reduce las situaciones de su vulneración, sumado con la empatía y la no mecanización de algunas conductas, lo que ocasionaría también un aumento de la satisfacción, así como de la calidad de los cuidados [17]. Un estudio aludió que enfermeras y pacientes perciben la infraestructura y los recursos materiales de un servicio como medios negativos para ejercer el respeto de la intimidad [18], realidad también presente en el estudio.

Otro aspecto, que resalta el PE, es las prácticas de los estudiantes en CRED, su presencia resulta a veces incómoda para las madres, porque observan la manipulación del niño sin solicitar el permiso respectivo. La normativa de esta práctica es regulada en el art. 15 de la Ley General de Salud Ley N° 26842 [19], estipula que toda persona beneficiaria de los servicios de salud tiene derecho al respeto de su dignidad e intimidad y a no ser sometida sin su consentimiento, a exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes. Por ello, se debe solicitar permiso, autorización o consentimiento a la madre para que los estudiantes estén presentes durante la evaluación del examen físico o la realización de procedimientos en el niño (a). Asimismo, en la Norma técnica de control de crecimiento y desarrollo [9], establece que durante el examen físico se deberá privilegiar el respeto al pudor de la niña o niño en el proceso.

Por otro lado, algunas enfermeras del estudio consideran que el consentimiento informado (CI) es tácito porque los niños atendidos son continuadores y los familiares ya conocen lo que usualmente se hace en CRED, y además no cuentan con el documento como tal, como existe en los hospitales; sin embargo, consideran necesario que se informe y solicite la autorización respectiva a las madres para realizar la valoración física, o la realización de procedimientos como la vacunación. Ayuso, Tejedor y Serrano [20], proponen que el consentimiento informado no se sujeta solo a la firma de un documento legal que constata el acuerdo del paciente, sino que suscita la comunicación y aclaración de dudas; de

tal forma que llega a trascender lo legal. Sin embargo, Bautista-Espinel Gloria Omaira [21], argumentan que los PE consideran que usar el CI es importante para su defensa legal o auditoria de darse el caso, dejando de lado el componente ético y bioético.

Ante lo expuesto, concurre la necesidad de utilizar el consentimiento informado, este resulta básico en el desarrollo del trabajo de la Enfermera en la atención de control de crecimiento y desarrollo por la variedad de procedimientos que la enfermera realiza y es una muestra de respeto al niño y a su madre, también expresa la libertad en este caso de la madre como representante legal del niño de elegir que se realice o no un determinado procedimiento, ya que no se puede asumir como tácito una respuesta si previamente no se le ha explicado al familiar del niño (a) y hayan expresado sus ideas o dudas sobre el tema tratado, y sobre todo para salvaguardar responsabilidad ante posibles lesiones como consecuencia de la exploración física del niño.

En este estudio, se rescata que la mayoría de enfermeras explican minuciosamente las reacciones de las vacunas y cuidados en casa, cuando es el primer control indagan sobre las creencias y costumbres que tienen las madres para cuidar a su niño (a), esto ayuda a direccionar la educación y brindar información conforme a las necesidades y riesgos potenciales del niño (a). En sus estudios Seijas et al [22] y Flores [23], recomiendan que el PE promueva actividades para concientizar a las madres asistir con su niño al CRED para sus controles periódicos, el calendario de vacunación y con apertura a la educación sanitaria cuidarlos adecuadamente en el hogar.

Existe una necesidad imperante de valorar los conocimientos previos y las prácticas culturales para educar al familiar acompañante sobre los cuidados en el hogar en relación al crecimiento y desarrollo del niño, la estimulación, la administración de micronutrientes, la prevención de accidentes, entre otros aspectos que las normas exigen. Sin embargo, la enfermera justifica que la educación sea de manera somera y superficial, pues se siente sobrecargada de actividades y además debe cumplir las metas, y es que la consulta en CRED, exige 30 min como tiempo mínimo de atención, y si a ello se suma consejería, se convierte en una actividad agotadora.

Incluso, se entrevisté las quejas del personal de enfermería sobre la cantidad excesiva de trabajo administrativo en el llenado diario de documentación y la exigencia de cumplir con un número de atenciones que repercuten en los indicadores. Ante ello manifiestan que a veces los datos ingresados al sistema de gestión no son verdaderos. Coincide Soza, Bazán y Díaz [24], al manifestar que los registros de enfermería escritos con autenticidad avalan la secuencia del cuidado porque son fuente de información para otros profesionales; pero, por la falta de tiempo o la sobrecarga laboral omiten datos que incurren en implicancias ético-legales. Según Norma técnica para el control de Crecimiento y Desarrollo [9], la enfermera para dicha atención debe durar en promedio de 30 a 45 minutos (sin contar la vacunación del niño), lo que conllevaría que se atiendan entre 10 a 12 niños aprox.; sin embargo, por la gran demanda de atención en muchos casos esta cantidad se duplica.

Los registros de enfermería es una de las actividades principales en el ejercicio profesional en base a estos se da la evaluación del desempeño de los PE; no solo indica nivel de “producción”, sino también permite valorar en qué medida se están consiguiendo los objetivos institucionales. En esta investigación se puede observar que al darle prioridad a este tipo de actividades se ha despreocupado de manera paulatina la atención integral que es el fin del quehacer profesional, tanto así, que los profesionales se preocupan más por el llenado de registros o base de datos. No se justifica que por cumplir con las metas se llenen datos falsos, esto puede traer consecuencias en las decisiones que tomen a nivel central. Conviene reflexionar sobre estos aspectos, porque faltaría conciencia moral para mejorar esta inadecuada manera de proceder.

## Conclusiones

Los profesionales de enfermería del estudio consideran que es ético establecer una atención individual, respetando la integridad del niño y la madre, sin embargo, no es posible por las condiciones sentidas como el uso compartido del ambiente, la presencia de estudiantes, el flujo de personal externo que ingresan y salen del ambiente. Se evidencia la necesidad de emplear en los registros de enfermería el consentimiento informado, este se percibe explícito al solicitar desnudar al niño, del mismo modo permitiría dejar constancia la negación del familiar a los procedimientos. La educación al acompañante al niño se enfoca en las características físicas, las costumbres, creencias que intervienen en el desarrollo psicológico y social, de igual forma se resuelve las interrogantes respecto al cuidado del niño, que debido a la limitación de tiempo se enfocan en vacunas y estimulación temprana, obviando otros temas. También los profesionales son conscientes de la presión por el cumplimiento de las metas, sobrecarga de trabajo, demanda de pacientes, es común que se adultere sobre las actividades informadas.

Se hace imperioso que el profesional de enfermería tenga un marco de valores antropológicos, y marco de valores de referencia para su conciencia, porque no es imaginable que en el ejercicio de la profesión exista un comportamiento que esté totalmente privado de la conciencia ética.

Tal vez una limitación del estudio fue haber realizado solo entrevistas a las enfermeras sin triangular con la versión de las madres, por ello para posteriores estudios será conveniente incluir a las madres y al equipo de salud.

**Conflictos de interés:** ninguno.

**Fuentes de financiación:** autofinanciado.

## Literatura citada

1. Cervera-Vallejos MF. **Enfermería y la reconquista de la humanidad.** ACC CIETNA. 2018; 5(2):1-4. <https://doi.org/10.35383/cietna.v5i2.170>

2. Lozano-Vicente A. **Bioética infantil: Principios, cuestiones y problemas.** *Acta Bioethica.* 2017; 23(1):151-160. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2017000100151>
3. Barghadouch A, Norredam M, Skovdal M. **The Care Ethics of Child Health Nurses in Danish Asylum Centers: An Ethnographic Study.** *Global Qualitative Nursing Research.* 2020; 7:1-13. <https://doi.org/10.1177/2333393620984141>
4. Rodríguez-Abrahantes TN, Rodríguez-Abrahantes AR. **Dimensión ética del cuidado de enfermería.** *Rev Cubana Enferm.* 2018; 34(3):735-748.
5. Blasco-León M, Ortiz-Luis SR. **Ética y valores en enfermería.** *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2016; 24(2):145-149.
6. Mora-Guillart L. **Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería.** *Rev Cubana Oftalmol.* 2015; 28(2): 228-233.
7. Campos-Pavone EL. **Relación clínica y problemas éticos en Atención Primaria, Sao Paulo, Brasil.** *Revista Aten Primaria.* 2010; 42(8): 406-412. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.01.018>
8. Bernárdez-Carracedo S. **Mejor unidos: pediatra y enfermera especializada.** *Pediatr Integral.* 2014; XVIII (5): 327-331.
9. Ministerio de Salud. **Norma Técnica de Salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años.** Lima: Ministerio de Salud. Dirección General de intervenciones estratégicas en salud pública; 2018.
10. Hernández-Sampiere R, Mendoza C. **Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta.** México: McGraw-Hill Education; 2018.
11. Burns N, Gray J, Grove S. **Investigación en enfermería: desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia.** 6a ed. Barcelona: Elsevier; 2016.
12. Sgreccia E. **Manual de bioética.** Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos; 2009.
13. Moon M. **Children, Adolescents, and Public Health: Ethical Considerations.** *The Oxford Handbooks of Public Health Ethics.* 2019: 2019:1-14. DOI: 10.1093/oxfordhb/9780190245191.013.16
14. Calero-Romero MR, Ramos-Pareja E. **La intimidad del paciente, un reto para los cuidados enfermeros.** *Evidentia.* 2017;14(1):1-2.
15. Fernández-Lamelas MA, Álvarez-Rodríguez T, Ramiro-Fernandez JM, Martínez-de Santiago S. **El respeto a la intimidad. El secreto profesional en enfermería.** *Cuad Bioét.* 2008; 19(1):59-66.
16. Burrows J, Echeverría C, Goic A, Herrera C, Quintana C, Rojas A, et al. **El respeto a la intimidad del paciente.** *Rev méd Chile.* 2014; 142(4):506-511. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000400013>
17. Sánchez-Aragó S. **Enfermería e intimidad de los pacientes en los Servicios de Urgencias del Sector III de Zaragoza.** *Nure Inv.* 2017; 14(86):1-19.
18. Ramos-Castro RR, Paredes-Olano ME, Cervera-Vallejos MF. **Percepción de las enfermeras y las pacientes sobre el respeto a la intimidad durante el proceso hospitalario.** *ACC CIETNA.* 2017; 4(2):99-117. <https://doi.org/10.35383/cietna.v4i2.23>

19. Congreso de la República del Perú. **Ley General de Salud Ley N° 26842**, 1997.
20. Ayuso-Murillo D, Tejedor-Muñoz L, Serrano-Gil A. **Enfermería familiar y comunitaria. Actividad asistencial y aspectos ético jurídicos**. 2ª ed. España: ediciones Díaz de Santos; 2017.
21. Bautista-Espinel G, Ardila-Rincón NA, Castellanos- Peñaloza JC, Gene-Parada Y. **Conocimiento e importancia, que los profesionales de enfermería tienen sobre el consentimiento informado aplicado a los actos de cuidado de enfermería**. *Universidad y Salud*. 2017; 19(2):186-196. <http://dx.doi.org/10.22267/rus.171902.81>
22. Seijas-Bernabé N, Guevara-Sánchez AC, Flores- Castillo VA. **Deserción del Programa Control de Crecimiento y Desarrollo en niños menores de 3 años del Hospital Santa Isabel - El Porvenir. Trujillo, La Libertad 2017**. *Horiz Med (Lima)*. 2020; 20(1):12-19. <https://doi.org/10.24265/horizmed.2020.v20n1.03>
23. Flores-Gargate NR. **Prevención primaria de enfermería y cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo infantil**. *Revista Ciencia y Arte de Enfermería*. 2018. 3(1/2):6-10. <https://doi.org/10.24314/rcae.2018.v3n1.02>
24. Soza-Díaz CF, Bazán-Sánchez ACL, Diaz-Manchay RJ. **Percepción de las enfermeras sobre el uso de sus registros para garantizar la continuidad del cuidado**. *Ene Revista de Enfermería*. 2020; 14(1):1-13.

### Enlace alternativo

<https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/4192> (html)