

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



**GESTIÓN DE ENFERMERÍA EN ACCIONES DE DESPARASITACIÓN A
POBLACIÓN ESCOLAR COMO MEDIDA DE REDUCCIÓN Y PREVENCIÓN DE
LA ANEMIA FERROPÉNICA REGIÓN
JUNÍN 2014- 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
POLÍTICA Y GESTIÓN DE SALUD EN ENFERMERÍA**

MARIVEL VIOLETA MONTERO ROJAS

**Callao, 2017
PERÚ**

Maribel V. Montero Rojas

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- Mg. MERY JUANA ABASTOS ABARCA PRESIDENTA
- Mg. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA SECRETARIA
- Mg. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN VOCAL

ASESORA: Dra. ANA ELVIRA LÓPEZ Y ROJAS

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 296

Fecha de Aprobación de Informe Laboral: 22 de Setiembre del 2017

Resolución Decanato N° 2204-2017-D/FCS de fecha 20 de Setiembre del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	8
1.3 Justificación	8
II. MARCO TEÓRICO	11
2.1 Antecedentes	11
2.2 Marco Conceptual	15
2.3 Definición de Términos	34
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	37
3.1 Recolección de Datos	37
3.2 Experiencia Profesional	37
3.3 Procesos Realizados del Informe	39
IV. RESULTADOS	42
V. CONCLUSIONES	48
VI. RECOMENDACIONES	49
VII. REFERENCIALES	51
ANEXOS	53

INTRODUCCIÓN

Uno de los principales problemas de Salud Pública del país es la anemia, en cuyo marco lógico se encuentra como una de las causas importantes la parasitosis intestinal crónica.

La Región Junín no es ajena a dicho flagelo, sobre todo por los factores condicionantes como el clima tropical, las condiciones de salubridad, malos hábitos de consumo y tratamiento de agua, con abastecimiento de pozos artesanales, o poblaciones ribereñas que se abastecen directamente de estas aguas, que por su naturaleza cargan alta contaminación bacteriana y turbiedad.

El problema también es favorecido por el deficiente servicio de recojo, tratamiento y disposición de residuos sólidos; los vientos y las aguas de lluvia transportan y arrastran la materia contaminada (heces y bacterias) diseminándola por toda la ciudad, comprometiendo a su vez la posterior contaminación de los alimentos especialmente aquellos que no son adecuadamente manipulados.

La elevada tasa de prevalencia de enfermedades parasitarias genera problemas nutricionales (deficiencia de micronutrientes) como efecto directo, pues incrementa las pérdidas de Hierro y Vitamina A, por lo que la Parasitosis y Malnutrición, son considerados como las principales causas de inasistencia, deserción escolar y deterioro en la capacidad de aprendizaje del niño. Estos dos grandes indicadores se encuentran íntimamente relacionados; tanto en sus causas como, en sus consecuencias.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

La anemia es uno de los problemas de salud más importantes a nivel mundial, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2005, la anemia afectó a 1620 millones de personas en el mundo, lo que equivale al 24,8% de la población mundial. El grupo más afectado por la anemia son los niños en edad preescolar, de los cuales los más afectados son el 47,4%, seguido del grupo de mujeres gestantes con el 41,8%. La prevalencia a nivel mundial de la anemia en otros grupos de población es del 25,4% en los niños en edad escolar, del 23,9% entre los ancianos, del 30,2% entre las mujeres no gestantes y sólo del 12,7% entre los varones en edad adulta.

La Organización Panamericana de la Salud, en un reporte reciente cita que en América Latina la infección por helmintos llegó hasta un 20-30% de la población general y en zonas endémicas hasta un 60-80%, siendo la prevalencia de los principales helmintos: Ascarislumbricoides de 1.250.000 casos, Uncinarias 990.000 casos y Tricocéfalos 700.000 casos. La mortalidad mundial por parásitos intestinales se sitúa en el tercer lugar precedida por las infecciones respiratorias agudas y las diarreas de otra etiología.

Las geohelmintiasis constituye un problema de salud pública en todos los países de América Latina y El Caribe, siendo la población en edad preescolar y escolar los más afectados y por tanto la población objetivo para la intervención.(1)

En este marco la Organización Mundial de la Salud (OMS), establece que la desparasitación en la escuela es una estrategia para ayudar a cumplir con los objetivos del desarrollo del milenio,

incluyendo el logro de una educación universal, por esto, la desparasitación en la población infantil, escolares y adolescente debe trascender de la administración de antiparasitarios, para comenzar a generar conocimientos y cambios de actitudes en la comunidad escolar, de esta manera se lograrán bajos niveles de parasitosis(en forma continua y sostenible), que permitan enfocar esfuerzos hacia otras causas que afectan la salud del escolar.

La proporción de la población afectada por las HTS (helminCIAS transmitidas por el contacto con el suelo) o geohelminCIAS y esquistosomiasis sigue siendo muy alta. Se calcula que, en el mundo, de un total de aproximadamente 2.000 millones de personas infectadas, unos 300 millones sufren morbilidad severa. Se estima que cada año mueren alrededor de 155.000 personas por esa causa. Para comprender mejor la prevalencia de las parasitosis intestinales, basta saber que hay muchos más de estos casos que de VIH/sida, tuberculosis y paludismo juntos. Es más, la magnitud del problema es aún mayor si se tiene en cuenta que quienes más padecen de estas infecciones son las comunidades más pobres y marginadas. (2)

Los niños son quienes tienen la mayor carga de estas enfermedades. Por ejemplo, la mayoría de las personas adquieren la ascariidiasis entre el primer y el tercer año de vida. La población de niños de riesgo en América Latina y el Caribe se estima en 49 millones: 13,8 millones de edad preescolar y 35 millones de edad escolar. Si bien la mortalidad por HTS no es muy alta, sí son muy importantes las consecuencias de la enfermedad, cuyos signos y síntomas detectables y medibles.

En el Perú, la parasitosis intestinal es prevalente en zonas rurales y urbano-marginales por las condiciones ecológicas favorables para su transmisión y las insuficientes condiciones sanitarias. La ascariidiasis, tricocefalosis y amibiasis se encuentran

entre las diez infecciones más comunes observadas en el mundo. En general, tienen baja mortalidad, pero igualmente, ocasionan importantes problemas: de salud, económicos y sociales, debido a su sintomatología y complicaciones: afecta a los niños en su crecimiento y desarrollo.

En el Perú, de acuerdo a la región, prevalecen diferentes parásitos: geohelminchos, céstodos intestinales y tremátodos, como en Cajamarca, donde existe una alta incidencia y prevalencia de enteroparásitos, siendo la población escolar la más afectada, con escasos reportes de la prevalencia enteroparasitaria en la edad preescolar, siendo necesario conocer la incidencia que pueden tener éstas infecciones parasitarias intestinales sobre el rendimiento escolar.

En el año 2015, la Región Junín identificó casos positivos de parasitosis en un total de 10191 casos de 3 a 17 años de edad, asimismo en el año 2016 se contó con una población afiliada al SIS, en la cual se brindó profilaxis antiparasitaria. (3)

Según el informe del estado nutricional del Perú 2011 (ENAHOCENAN 2009-2010), el 21.6% y 15,9% de los niños de 3 y 4 años respectivamente presentan anemia, mientras los adolescentes comprendidos entre 15 a 19 años presentan 35% de anemia a nivel nacional (31% en zona urbana y 39% en zona rural). Según el Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales (MONIN) 2004, INS — CENAN la proporción de niñas y niños comprendidos entre 6 a 11 años con anemia es de 32% a nivel nacional (27% en zonas urbanas y 35% en zonas rurales), de la misma forma el 19% de adolescentes mujeres (15-19 años) y el 21.5% de MEF (15-49 años) presenta anemia.

Cuando los niños en etapa escolar presentan anemia con valores menores de 11.50 g/dl de hemoglobina, se ve perjudicado el desarrollo y la vida del niño, específicamente relacionado al

desarrollo cerebral, capacidad cognoscitiva, desarrollo del lenguaje, falta de energía para desarrollar actividades, sueño excesivo, disminución del apetito, cansancio que afecta el rendimiento escolar y en consecuencia el aprendizaje. (4).

En la región Junín de acuerdo al reporte de la ENDES 2016 el indicador de proporción de niñas y niños de 6 a menos de 59 meses de edad con anemia, es de 41.9% siendo un incremento en 1.6% en comparación al año 2015.

Por ello, para evitar y/o prevenir la incidencia de la enfermedad de la anemia en población escolar, es preciso tener medidas profilácticas de desparasitación, para mejorar la calidad de vida de los estudiantes, siendo el abordaje de atención integral de salud, dado que la desparasitación es una actividad sencilla y segura que bien puede integrarse a otros programas y dar excelentes resultados.

Frente a esta situación problemática llegamos a definir que la parasitosis es una de las causales para la anemia, siendo importante su abordaje y la continuidad del trabajo con acciones conjuntas e intersectoriales para la administración el medicamento requerido, mejorar las condiciones de acceso a agua segura, saneamiento básico y educación.

Por ello, la intervención inmediata en la población escolar proporcionan elementos para incrementar y optimizar las actividades de desparasitación para reducir las secuelas de las geohelmintiasis y reducir la prevalencia e intensidad de la infección, por lo tanto no se trata de crear otro programa sino de orientar las actividades de desparasitación para lograr el control de las helmintiasis.

Mediante la revisión bibliográfica y datos recogidos a nivel regional respecto a la desparasitación y seguimiento de los escolares para el tratamiento de la anemia, con el propósito de mejorar la calidad de vida de los escolares y a su vez fomentar en el profesional de enfermería la gestión en acciones de desparasitación como medida de prevención y reducción de la anemia.

1.2 Objetivo

Describir la gestión de enfermería en acciones de desparasitación a población escolar como medida de reducción y prevención de la anemia ferropénica Región Junín 2014 - 2016.

1.3 Justificación

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer la intervención de enfermería en acciones de desparasitación que se debe tener con los escolares como medida de reducción y prevención de la anemia en el periodo 2014-2016, con el propósito de disminuir los casos de anemia; Asimismo, el presente informe se justifica:

Nivel Teórico: El presente estudio servirá para profundizar los conocimientos en cuanto a las acciones de gestión para el logro de resultados en la intervención de desparasitación en la población escolar.

El cual involucra realizar acciones de abogacía para obtener el compromiso político; establecimiento de alianzas para poner en marcha el plan con la articulación con los sectores de Educación, Salud y Desarrollo e Inclusión Social, vivienda y otros. Esto permite reforzar el concepto del abordaje intersectorial para reducir la

anemia mediante acciones de desparasitación, por lo tanto, es de responsabilidad compartida las intervenciones sobre los factores determinantes en el ámbito local, con el objetivo de generar oportunidades para el desarrollo de competencias y capacidades de los estudiantes, que les permitan el ejercicio pleno de los derechos ciudadanos.

De acuerdo a un modelo lineal el informe aporta los lineamientos teóricos científicos a los procesos empíricos estudiados y la contribución de autores basados en la materia, y constituyen base importante para futuros informes vinculados al tema.

Nivel Metodológico: El presente informe es importante a nivel metodológico, ya que lograra precisar algunos aspectos a considerar en los estudios por profesionales de enfermería, teniendo como prioridad las acciones de gestión el cual contribuirá en la mejora del estado de salud de escolares especialmente la prevención y reducción de los casos de anemia.

Nivel Social: A nivel social el informe servirá como insumo para la gestión local y regional, asimismo beneficiara a los enfermeros que están liderando coordinaciones en las diferentes sedes administrativas, ya que los resultados que se obtuvieron serán de fundamental importancia para desempeñar con éxito la labor y lograr resultados institucionales.

Nivel Práctico: A nivel práctico el presente informe, permitirá aumentar los conocimientos a la enfermera y equipo de trabajo (comité multisectorial) sobre las acciones de gestión, así como también permitirá en fortalecer las decisiones políticas que permitan mejorar la salud de los escolares.

Nivel Económico: Dado que el hierro es necesario en varios procesos biológicos del cuerpo humano, su deficiencia tiene consecuencias dañinas como: bajo crecimiento y escaso desarrollo del cerebro y por consiguiente cierta debilidad mental la cual es altamente prevenible, sin embargo, si no es atendido a tiempo el niño y/o escolar, será un adulto limitado en su crecimiento, desarrollo profesional, e insertarse en la sociedad, este es el inicio de la exclusión social y la inequidad, los cuales dan como resultado menores logros educativos y, en el futuro, menor productividad y menores ingresos, por lo tanto, es necesario su pronta intervención con propuestas de gestión regional y local.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

En la búsqueda de bases de datos a nivel mundial, latinoamericano y nacional, se tomó como referencia los siguientes estudios:

A nivel internacional.

AMURRIO MELGAREJO, ERIKA YANINE; CUELLAR, JUANA DILSE, realizo estudio denominado: **Relación del grado de anemia con parasitosis intestinal en niños de 5 – 14 años en la unidad educativa “Monte Verde” – provincia Warnes Bolivia (Junio a Diciembre 2013)**, cuyo objetivo fue determinar la relación entre anemia y parasitosis en estudiantes de 5 a 14 años de la Unidad Educativa Monte Verde de la provincia Warnes de Santa Cruz. Para el estudio de la hemoglobina se utilizó el método cianmetahemoglobina y la investigación de parásitos intestinales por el método de concentración de Ritchie modificado. Se estudiaron las muestras de heces y sangre de un total de 82 estudiantes cuyas edades estuvieron comprendidas entre 5 y 14 años de edad. Según prevalencia encontrada, la anemia en relación a estos hallazgos guarda relación proporcional y la parasitosis disminuye con la edad, se llegó a las siguientes conclusiones: En esta investigación participaron un total de 82 estudiantes cuyas edades estuvieron comprendidas entre 5 y 14 años de edad, la edad más frecuente fue la de 9 a 10 años con el 26% (21) estudiantes, seguido de la edad de 5 a 6 años con el 23%

(19) estudiantes y el grupo de 7 a 8 años con el 23% (19). Según los datos obtenidos de los 82 estudiantes participantes del estudio la mayor frecuencia se encontró en el sexo masculino con el 56% (46) estudiantes y la menor frecuencia del femenino con el 44% (36), dentro de las recomendaciones se debe mantener el programa de suplementación con hierro en forma preventiva en los grupos estudiados, reforzar los beneficios del consumo de los suplementos de hierro a través de campañas educativas en medios masivos de comunicación y continuar con los programas de desparasitación masiva en los preescolares y escolares.(5)

GLORIA M. AGUDELO. Estudio "Prevalencia de anemia ferropénica en escolares y adolescentes", Medellín, Colombia, 1999, El objetivo general fue determinar la prevalencia de anemia ferropénica y describir el consumo de hierro en la dieta de escolares y adolescentes, así como explorar la asociación entre grupo de edad, sexo, clase socioeconómica y parasitismo intestinal, por un lado, y anémica ferropénica y deficiencia de hierro por el otro Fue un estudio de corte transversal en 960 estudiantes de 6 a 18 años de edad que fueron elegidos por muestreo aleatorio simple tras un muestreo polietápico estratificado y por conglomerados de colegios oficiales y privados en comunas de la zona de Medellín. Se evaluaron el contenido corporal de hierro mediante determinaciones de ferritina, hemoglobina, volumen corpuscular medio y amplitud de la distribución eritrocitaria; la presencia de parásitos intestinales mediante análisis coprológico; el estado nutricional por medio de mediciones antropométricas y el consumo de hierro y vitamina C mediante un cuestionario semicuantitativo de ingesta alimentaria. Para definir los casos de

anemia ferropénica y de deficiencia de hierro se usaron las definiciones estándar de la Organización Mundial de la Salud basadas en los valores de ferritina y hemoglobina.. La prevalencia de deficiencia de hierro fue de 4.9% y la de anemia ferropénica de 0.6%. Se encontró una mayor prevalencia de ambas en mujeres adolescentes ($P < 0.05$) que en el resto de la muestra estudiada. No se demostró ninguna asociación significativa entre la presencia de parásitos intestinales y la de anemia. El consumo promedio de hierro diario fue de 5.5 ± 2.3 mg (desviación estándar -DE-) ($32\% \pm 15\%$ DE de la ingesta dietética recomendada (RDA) para el grupo de edad estudiado); el aporte promedio de hierro hemático en la dieta fue de 0.7 ± 0.7 mg (DE). No se encontraron diferencias significativas en la cantidad y el tipo de hierro consumido entre los niños con y sin anemia. El parámetro antropométrico que mostró la mayor asociación con la presencia de anemia fue la relación entre la estatura y la edad. (6)

A nivel Nacional

O. GARAY COCHEA. 2015, Realizo estudio titulado: Parasitismo intestinal, anemia y estado nutricional en niños de la comunidad de Yantaló cuyo Objetivo fue: Conocer la relación entre la parasitosis intestinal y el estado nutricional en niños de 5 a 17 años en una zona de la selva del Perú. Materiales y Métodos: Se examinaron 120 escolares de la localidad de Yantaló ubicada en el departamento de San Martín, zona nororiental de la selva del Perú. A los 120 escolares se les realizó un examen de heces por los métodos de sedimentación espontánea en tubo, Kato-Katz y Harada-Mori. El estado nutricional fue examinado mediante la obtención del índice de talla/ edad y la presencia de anemia fue

detectada por la medición de los niveles de hemoglobina. Resultados: Se encontraron 64 escolares con heces positivas (53,3%). De estos, el 59,38% presentaron infección por helmintos, mientras que el 43,75% presentaron infección por protozoarios: *Trichuris trichura* (37,5%), *Ascaris lumbricoides* (12,5%), *Anquilostomideos* (7,8%), *Entamoeba histolytica* (12,5%), *Giardia lamblia* (10,9%), *Hymenolepis nana* (7,8%) y *Blastocystis hominis* (7,8%). Todas las infecciones presentaron una carga parasitaria leve al emplear el método de Kato-Katz. El dosaje de hemoglobina sanguínea de los 120 escolares mostró que el 28,3% presentaron algún grado de anemia: leve (15,8%) y moderada (12,5%). Se encontraron 44 (36,7%) escolares con algún grado de desnutrición crónica, y de este total el 68,18% cursaban con una parasitosis intestinal. Se sugiere que el gobierno y las instituciones competentes mejoren e implementen nuevas estrategias en saneamiento ambiental y educación, siendo esto crucial para disminuir las tasas de anemia, desnutrición crónica y parasitosis intestinal en poblaciones de similares características epidemiológicas. (7)

JIMÉNEZ JUAN, realizo estudio denominado Parasitosis en niños en edad escolar: relación con el grado de nutrición y aprendizaje con el Objetivo: Conocer la prevalencia e infección por enteroparásitos, así como determinar el estado nutricional de una población escolar infantil aparentemente sana de la Institución Educativa Nacional "Karol Wojtyla", del distrito de San Juan de Lurigancho, Lima-Perú. Material y Métodos: 205 niños, de ambos sexos, entre 6 y 12 años de primer a sexto grado de primaria. Las muestras fueron analizadas utilizando la técnica de sedimentación

espontánea (TSET) y el método de Graham. Resultados: En el 44.4 % (91/205) se realizó el examen parasitológico. La prevalencia de enteroparásitos fue 61.50% (56/91), hallando *Enterobius vermicularis* (14.30%), *Hymenolepis nana* (8.80%), *Blastocystis hominis* (38.50%), y *Giardia lamblia* (13.20%) y no patógenos como *Entamoeba coli* (17.60%). Conclusiones: Existe una alta prevalencia de parasitosis en la población escolar analizada, la que estuvo relacionada con el nivel sociocultural y económico. No se observó relación directa entre presencia de parásitos y deficiencia en el aprendizaje, ni con desnutrición. (8)

2.2 Marco Conceptual

Según Mollinedo, 2006 indica que en Bolivia la mitad de los niños (51%) presentan algún grado de anemia leve y moderada. Entre hijos de madres muy jóvenes el nivel de anemia alcanza al 73% de sus niños. En Tarija y Santa Cruz alrededor del 40% de los niños padecen anemia. La infección por nematodos intestinales adquiere relevancia especial cuando causan o agravan la malnutrición proteica energética, la anemia ferropénica y la carencia de vitamina A. La presencia de helmintos y la malnutrición coinciden generalmente en las mismas zonas geográficas de nuestro país. En la zona tropical la enteroparasitosis alcanza mayor relevancia el *Áscaris lumbricoides* con cifras generalmente mayores del 60% (15 a 96%) el *Trichuris trichiura* de 5 a 87% y de *Uncinarias* del 1 al 84%.(9)

Definición de parasitosis.- La parasitosis o enfermedad parasitaria sucede cuando los parásitos encuentran en el huésped las condiciones favorables para su anidamiento, desarrollo,

multiplicación y virulencia, de modo que pueda ocasionar una enfermedad.

Debido a que los parásitos están bien adaptados a sus modos de vida, son difíciles de destruir, desarrollan estrategias para evitar los mecanismos de defensa de sus huéspedes y muchos han conseguido ser resistentes a los medicamentos e insecticidas que se aplican para su control.

Etiología de la parasitosis

Mecanismos de transmisión

Epidemiología: Existen cuatro mecanismos de transmisión.

1. Ingestión por el huésped del estadio de huevos o larvas del parásito.
2. Transmisión a través de un vector.
3. Penetración activa de las larvas del parásito en el huésped.
4. Contagio directo

Fuente tesis en escolares de 6 a 7 años de edad

Características de los parásitos

Parásito es aquel ser vivo que pasa una parte, o la totalidad de su vida, en el interior o exterior de otro ser vivo de diferente especie. Este otro ser vivo recibe el nombre de hospedador (a veces de forma confusa huésped). A expensas del cual se nutre el parásito pudiendo producir en algunos casos daño o lesiones. Existen protozoos y metazoos parásitos. Los primeros son unicelulares y poseen la típica estructura de la célula eucariota. Los metazoos son parásitos pluricelulares, de los cuales tienen interés en parasitología clínica los helmintos o gusanos y los artrópodos. Los helmintos (del griego helmins, gusano), parásitos de los humanos y que pueden producir enfermedades, se dividen en dos grandes grupos:

1.- Nematodos o gusanos cilíndricos, no segmentados y con sexos separados.

2.- Platelminfos o gusanos planos, segmentados o no, y hermafroditas la mayoría de ellos. Se dividen en dos clases:

A. Cestodos: segmentados, con varios órganos de fijación y hermafroditas.

B. Trematodos: no segmentados, en forma de hoja, hermafroditas o con sexos separados. Una vez el parásito ha penetrado en el organismo, si consigue superar las defensas del huésped, se constituye el parasitismo propiamente dicho. Si no las consigue superar, será destruido o eliminado. Si se establece un equilibrio, se constituye el estado de comensalismo, que explica las infecciones "mudas", "subclínicas" y "asintomáticas", que en un momento determinado, por fallo en las defensas del huésped, pueden hacerse "aparentes" o "clínicas". Es el caso de Trichomonas, Entamoeba y Tenia. Cuando una especie de huésped está dividida en dos grandes grupos de población separados geográficamente y en diferentes ambientes ecológicos, los parásitos respectivos también presentan diferencias, esto nos está indicando que el ambiente influye sobre el huésped y éste a su vez sobre el parásito. El mismo que puede ser incapaz de desarrollarse en otro huésped que no sea el adecuado por varias circunstancias, tales como:

Falta o ausencia de ciertas condiciones necesarias para su desarrollo, como son el oxígeno, alimento, agua, temperatura, presión osmótica, etc.

Resistencia del huésped, es decir, presencia de ciertos factores o condiciones como inmunidad, edad, barreras mecánicas, etc., el huésped puede modificar sus tejidos y alterar su metabolismo durante su adaptación al parásito, ya que el fracaso del huésped puede modificar sus tejidos y alterar su metabolismo

durante su adaptación al parásito, ya que el fracaso del huésped para adaptarse adecuadamente al parásito dará como resultado debilidades, incapacidad, enfermedad o muerte.

Incapacidad del parásito para penetrar la superficie externa del huésped.

Presencia de otros parásitos; un huésped puede ser infectado por muchas especies de parásitos, pero en ocasiones solamente una o algunas especies de éstos se encuentran en un huésped a la vez.

Invasividad del parásito, condición que en algunas circunstancias puede ser incrementada.

BENEFICIOS DE LA DESPARASITACIÓN, SEGÚN TIPO:

Nutricionales, relacionados con el crecimiento y frente a otras infecciones	En relación con el desempeño cognitivo y el impacto social, económico y ambiental
Previene y reduce la anemia y el déficit de vitamina A y otros micronutrientes.	Disminuye el absentismo escolar hasta en 25%.
Reduce la anemia en las mujeres embarazadas, con lo cual mejora la salud fetal y aumenta el peso de los niños al nacer.	Mejora el desarrollo motor y del lenguaje de Preescolares.
Contribuye a aumentar en hasta 35% el peso de los niños de edad preescolar con desnutrición.	Mejora la aceptación y adhesión de la comunidad a Otros programas de salud.
Mejora el apetito en 48% de los niños.	Contribuye a la reducción de la contaminación del suelo Por geo helmintos.
Previene 82% del retraso del crecimiento.	
Contribuye al control de otros parásitos, como oxiuros.	
Reduce el establecimiento de la infección de VIH y la progresión del SIDA.	

Desparasitación y control de las geohelmintiasis

Para lograr mejores resultados, especialmente a corto y mediano plazo, las actividades nacionales y subnacionales de desparasitación deben incluir a los niños de edad escolar y preescolar, por ser los más afectados por la morbilidad. Por lo tanto, estas pautas harán hincapié en la integración de la actividad de desparasitación para estos dos grupos de edad. No obstante, los programas de control de las geohelmintiasis, idealmente, deben incluir intervenciones de desparasitación para todos los grupos de población con riesgo de sufrir infección, es decir, los que viven en zonas geográficas con condiciones ecológicas y socioeconómicas que perpetúan el ciclo de la transmisión de estos parásitos intestinales (mujeres en edad fértil y gestantes y adultos que desempeñan actividades laborales que suponen riesgo de infectarse con geohelminetos, como agricultores, mineros y otros).

La desparasitación es una de las intervenciones que contribuye al control de las geohelmintiasis y, aunque el presente documento se centra en esa intervención como actividad liderada por el sector salud, es necesario que los gobiernos nacionales y locales tomen otras medidas que contribuyan al control, entre ellas:

1. Tratamiento farmacológico que a corto y mediano plazo ayude a reducir la carga parasitaria.
2. Educación en salud e higiene, que ayude a establecer hábitos saludables para reducir el riesgo de transmisión.
3. Intervenciones que afecten los factores determinantes de la salud que tienen estrecha relación con el parasitismo intestinal, como el acceso al agua segura, el saneamiento básico, vivienda con pisos que no sean de tierra, uso de calzado, educación e higiene para reducir la prevalencia de las infecciones por geohelminetos.

La desparasitación y los objetivos de desarrollo del milenio

El programa de desparasitación es una manera práctica y eficaz de avanzar hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Tomando en cuenta los beneficios anteriores y los Objetivos del Milenio, se concluye que la desparasitación, si se hace de manera sostenida y a gran escala, es una intervención costo-eficaz que contribuye al logro de varios de esos objetivos:

- Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre
- Objetivo 2. Lograr la educación primaria universal
- Objetivo 3. Promover la igualdad entre los géneros
- Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años de edad
- Objetivo 5: Mejorar la salud materna
- Objetivo 6: Combatir el VIH/sida, el paludismo.

La desparasitación en el marco de la igualdad entre los géneros y el abordaje intercultural.

El tercer Objetivo de Desarrollo del Milenio postula promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer. Con base en normas y pautas establecidas por organismos internacionales, como la OPS/OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Programa Mundial de Alimentos (PMA), entre otros, con el control de las HTS se da igualdad de oportunidades a hombres y mujeres, así como a los grupos más vulnerables. Para hacer más evidente esta cualidad, en este documento se propone que en la elaboración de un plan de desparasitación se resalte siempre que se trata de beneficiar a las niñas, a los niños y a los grupos vulnerables, de la siguiente manera:

- Los contenidos de las estrategias de abogacía, divulgación y mensajes orientados a la movilización social deben reflejar el abordaje de género desde los roles y grados de responsabilidad en la familia, escuela, institución y comunidad.
- Los registros del suministro de medicamentos deben incluir la edad, el sexo y la etnia de los beneficiados, con el fin de que estos datos permitan detectar diferencias en el acceso.
- La utilización de estrategias de desparasitación de niños y niñas que no estén inscritos en la escuela.
- La adaptación de las estrategias a las condiciones y cosmovisión propias de los pueblos indígenas, afrodescendientes, gitanos y otros grupos étnicos que estén en riesgo de infección por geohelminfos.(11)

A. Anemia

La anemia es un trastorno en el cual el número de eritrocitos (y por consiguiente la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre) es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo. Las necesidades fisiológicas específicas varían en función de la edad, el sexo, la altitud sobre el nivel del mar a la que vive la persona, el tabaquismo y las diferentes etapas del embarazo. Se cree que, en conjunto, la carencia de hierro es la causa más común de anemia, pero pueden causarla otras carencias nutricionales (entre ellas, las de folato, vitamina B12 y vitamina A), la inflamación aguda y crónica, las parasitosis y las enfermedades hereditarias o adquiridas que afectan a la síntesis de hemoglobina y a la producción o la supervivencia de los eritrocitos.

De acuerdo a Stoltzfus, Mullany y Black (2004) la anemia es un factor que contribuye a la muerte y discapacidad de las personas, tanto en forma directa como indirecta. Para estos

autores, la anemia es un factor de riesgo asociado a la mortalidad infantil, a la mortalidad materna, a la mortalidad perinatal y al bajo peso al nacer. Por otro lado, es causa directa de una menor productividad y de un menor desarrollo cognitivo que afectan la calidad de vida de quienes la padecen a lo largo de su ciclo vital.

Anemia en escolares

El hierro es un nutriente único en el que los estados fisiopatológicos de su deficiencia, la anemia ferropénica y el exceso o sobrecarga de hierro pueden ser medidos con precisión. La deficiencia de hierro es la deficiencia nutricional más frecuente, así como la causa más frecuente de anemia en niños y mujeres durante los años reproductivos a nivel mundial.

Los beneficios del suplemento de hierro de niños con anemia por deficiencia de hierro se escolares. Investigaciones informan que después de que la anemia fue corregida hubo incrementos significativos en la velocidad de crecimiento y una notable disminución de la morbilidad de los escolares. reflejan en los procesos de aprendizaje según se mide por el logro de las puntuaciones de los puntos de corte para niños escolares establecidos por la organización Mundial para la salud y el grupo consultivo internacional sobre anemia nutricional son: Hb< 11.5 g/dl, en el grupo etario de 5 a 11años (21), adolescentes hombres de 12-14 años y mujeres mayores de 12 años<12 g/dl, hombres de 15 años o más<13g/dl.

Generalidades sobre la anemia ferropénica

La anemia ferropénica es una afección que se caracteriza por un descenso de los depósitos de hierro orgánicos provocando una reducción del número de hematíes o glóbulos rojos que suministran oxígeno a todas las células del organismo, y el hierro

es un mineral imprescindible para el transporte del oxígeno. Por este motivo cuando existe una anemia suele aparecer cansancio, fatiga, debilidad y palidez entre otros.

La carencia de micronutrientes, especialmente de hierro, no es ajena a nuestra realidad; ya que en nuestro país la prevalencia supera el 50%; agravándose cada vez más debido al incremento progresivo del costo de vida y la dificultad para la adquisición de alimentos de valor nutritivo.

El hierro es un elemento esencial para casi todos los seres vivos, una de sus funciones más importantes es su intervención en la hematopoyesis. La carencia de hierro es uno de los problemas nutricionales más importantes que afecta a millones de personas en todo el mundo.

La anemia por carencia de hierro es originada por la inadecuada ingesta de hierro, tanto en cantidad como en calidad; por el aumento de las demandas corporales y el aumento de pérdidas. La anemia ferropénica afecta fundamentalmente a los niños en edad preescolar, escolares y mujeres en edad fértil. No tiene distinción de clases sociales aunque las personas de nivel socioeconómico bajo son las más afectadas. De ahí que el profesional de enfermería que labora en el primer nivel debe implementar un programa de sesiones demostrativas orientado a facilitar el incremento de conocimientos de las madres con la finalidad de prevenir enfermedades nutricionales.

Causas de la anemia

Según Pita Rodríguez (2011), la anemia es un problema de salud mundial que afecta principalmente a los países en desarrollo. Las causas de la anemia pueden ser multifactoriales y con frecuencia coincidente, pero la principal es la baja ingestión de alimentos con fuentes adecuadas de hierro en cantidad y calidad;

se asume que el 50 % de las causas de anemia es por deficiencia de hierro. Aunque este resulta ser el factor más frecuente, no debe olvidarse que pueden coexistir otros factores que necesitan ser explorados y tratados de acuerdo con la situación epidemiológica presente en la población afectada, como son la presencia de parásitos hematófagos (*Necator americanus* y *Ancylostoma duodenale*), malaria, enfermedades genéticas como la anemia drepanocítica que se debe a un tipo de hemoglobina anormal (HbS), enfermedades inflamatorias crónicas y enfermedades malignas, principalmente.

Según algunos cálculos, Vásquez (2003) la deficiencia de hierro y la anemia ferropénica afectan a más de 3 500 millones de seres humanos. A pesar de las divergencias de criterios que impiden precisar la verdadera magnitud del problema en el mundo, se ha reconocido que en países de menor desarrollo, uno de cada dos niños menores de cinco años y una de cada dos mujeres embarazadas presentan anemia por deficiencia de hierro. (12)

Dentro de las causas de la anemia ferropénica tenemos:

- Un ingreso insuficiente de hierro en el organismo debido a la falta de aporte del mismo en los alimentos, porque una dieta si es equilibrada, contiene 6mg de hierro, 100ca, especialmente si contiene carne o pescado, fuentes del grupo Hem que es muy absorbido, o por el predominio de cereales, legumbres y verduras. Este aumento del consumo de hierro tiene lugar durante el periodo de crecimiento por el aumento de masa de sangre y de los tejidos sólidos.
- Aumento de requerimiento debido al crecimiento, sobre todo, en el menor de dos años. Niños prematuros y/o de bajo peso al nacer, ya que nacen sin menores depósitos de hierro .Niños de 6 meses a 24 meses debido al crecimiento rápido y al déficit de hierro en la dieta. Niños de estratos socioeconómicos bajos,

parasitosis intestinal, uncinarias, amebas, guardias es una de las causas que ocasionan pérdida de hierro. La biodisponibilidad de la leche o fórmula utilizada es importante ya que el porcentaje absorbido es pobre si ella no está enriquecida ya que el porcentaje absorbido es pobre si ella no está enriquecida, la absorción será mínima.

- Otra causa del déficit de hierro se encuentra en la mala absorción digestiva del mismo. Esto ocurre en algunas enfermedades menos frecuentes como son la enfermedad celíaca, atrofia intestinal por intolerancia al gluten, la enfermedad de Crohn, enfermedad inflamatoria del intestino o la aclorhidria, deficientes secreciones de jugo ácido – péptico por el estómago, así como en algunos pacientes gastrectomizados .
- En el caso del hierro, se considera que la leche materna, a un de madres anémicas, cubre las necesidades de los niños sanos, nacidos a término, hasta los 4 meses de edad. De hecho varios estudios han indicado que los niños amamantados en forma exclusiva entran en un balance negativo de hierro entre el cuarto y sexto mes de edad y que sus reservas de hierro están exhaustas a los nueve meses.

Esta situación generalmente no se contrarresta con el uso de sucedáneos de la leche materna sin fortificación. Por ello se debe considerar el uso de fórmulas fortificadas o la administración de suplemento de hierro, hasta cerca de dos años de edad.

Fisiopatología de la anemia.

Para mantener una oxigenación tisular adecuada y un equilibrio ácido base normal, se precisa un número adecuado de hematíes. El hematíe maduro es un disco bicóncavo a nuclear que se mueve libremente a lo largo de la circulación sanguínea y es capaz de atravesar la microcirculación. Para que los hematíes

permanezcan en la circulación a lo largo de su vida media completa, necesitan tener tamaño y forma específica.

La producción de hematíes se da en una serie de etapas de maduración que comienza a partir de una célula pluripotente que se diferencia en precursores eritroides. Cuando las células sufren los cambios madurativos, pierden su núcleo y adquieren hemoglobina como componente. La producción de hematíes está bajo la influencia de la eritropoyetina, una hormona glicoproteína, que induce el paso de los precursores eritroides de la medula ósea en hematíes. En el feto, se produce en el sistema monocito-macrófagos del hígado. Tras el nacimiento, se sintetiza en las células peri tubulares del riñón. La vida media del hematíe es de unos 120 días de media. Cuando los hematíes han terminado su vida normal, son secuestrados y destruidos en el brazo. El hierro liberado se recicla para uso por la medula ósea en la producción de otros hematíes. La molécula de hemoglobina es un complejo tetramérico proteína-heme que contiene dos pares de cadenas polipeptídicas similares, las de tipo alfa que contienen 141 aminoácidos.

La anemia conceptualmente refleja una alteración del balance entre producción y destrucción de hematíes y puede ser debida a tres mecanismos.

1. Destrucción aumentada de hematíes,
2. Pérdida de la circulación,
3. Producción insuficiente de hematíes.

Signos y síntomas.

La anemia ferropénica suele tener una forma de evolución crónica, de manera que, por lo general, el organismo va teniendo tiempo para ir poniendo en juego ciertos mecanismos compensatorios de la anemia que impiden que el problema se

muestra de modo evidente desde el principio. Por ello, los síntomas de este tipo de la anemia no suele aparecer en la persona hasta que el nivel de hemoglobina no es muy bajo, de 9g/dl o menos, cuando el nivel normal es superior a 11g/dl en cualquiera persona.

Entre los síntomas y signos principalmente son palidez en conjuntivas palpebrales, mucosas orales, lechos ungües y palma de las manos, anorexia, decaimiento, cansancio. Otras manifestaciones incluyen: dificultad para ganar peso, cabello fino y quebradizo. Asimismo se pueden observar alteraciones en el comportamiento de los lactantes y de los niños, caracterizadas por irritabilidad y falta de interés en su ambiente.

Diagnóstico

Realizar primeramente una exhaustiva historia clínica, la cual nos permitirá conocer la existencia o no de antecedentes importantes como factores de riesgo de anemia, asimismo obtendremos información acerca de los hábitos alimenticios del niño y de la familia, realizar el examen físico que nos revelara los síntomas clínicos, así como las manifestaciones conductuales que pueda presentar el pequeño.

Solicitar los exámenes de laboratorio hemoglobina y hematocrito, la medición de concentraciones de hemoglobina en sangre es el método más conveniente para identificar a la población anémica. Esta medición, sin embargo tiene limitada especificación, ya que no distingue entre la anemia ferropénica y la anemia debido a infecciones crónicas por ejemplo, su sensibilidad es también dada la clara superposición de valores normales en poblaciones hierros deficientes.

La distribución normal de la concentración de hemoglobina, en la sangre varía con la edad, sexo, embarazo y especialmente con la altitud y residencia del sujeto. Se puede medir ya sea en un hemoglobímetro o en un espectrofotómetro. Se recomienda la técnica de cionometahemoglobina, debe tomarse en cuenta la corrección por altitud cuando se determina la concentración de hemoglobina en poblaciones de altura.

Para niños menor de 5 años niveles de hemoglobina y hematocrito por debajo de los cuales se considera que existe anemia, la hemoglobina es menor de 11gr/dl, hematocrito menos que 33%.

El hematocrito es más simple de ejecutar por el personal de salud, pero su sensibilidad para detectar anemia es menor que con hemoglobina.

Examen de heces, examen de orina, así como pruebas más específicas como hierro sérico, ferritina sérica e índice de saturación de transferrinas.

Tratamiento de la Anemia Ferropénica.

La presencia de una anemia ferropénica indica, no solo un déficit de hierro hemoglobínico circulante, sino también un total agotamiento de todas las reservas de hierro, presentándose en un momento de crecimiento y de volemia en expansión de la mera institución de una ingestión normal es insuficiente para reponer totalmente todas las reservas. La adicional administración terapéutica de hierro es esencial por lo que el objetivo debe consistir, no solo, en corregir la anemia sino también en proporcionar adecuadas reservas de hierro para satisfacer futuras demandas. Teniendo en cuenta este último objetivo, la administración oral de hierro medicinal debe prolongarse durante aproximadamente 3 meses.

La ferropenia oral es preferible a la ferroterapia, a menos que la intolerancia por parte del paciente o la falta de cooperación de los padres conviertan la vía oral en poco fiable. No existe evidencia de que la tasa de respuesta de la hemoglobina sea mayor con el hierro parenteral.

El hierro ferroso es más eficaz que el férrico. La dosificación de los preparados debe ser considerada en términos de mg de hierro elemental por día. Solo los compuestos de hierro de eficacia conocida deben ser empleados ya que han sido lanzados al mercado preparados de buen sabor, pero ineficientes. Una dosis de hierro oral elemental de 4.5 o 6 mg/kg/día repartida en tres tomas es adecuada para el tratamiento de deficiencia de hierro establecida. La absorción porcentual disminuye por encima de esta dosis, no obteniéndose ventaja alguna administración dosis mayores.

La administración profiláctica de hierro implica dosis menores que las administradas con fines terapéuticas. El preparado oral más sencillo es el sulfato ferroso que puede administrarse en solución para lactantes o en tabletas para niños más grandes.

El tratamiento se prolongara tres meses después de la normalización de la hemoglobina, para reponer las reservas corporales. Los niños anémicos deben ser reevaluados mensualmente, motivar a la madre continuamente.

Los niños que a los 30 días no respondan favorablemente a la terapia oral con hierro deberán ser derivados a un especialista de referencia.

Es importante aconsejar y orientar adecuadamente a la madre sobre los posibles efectos colaterales, los cuales son benignos y pasajeros, como dolor de estómago, náuseas, estreñimiento o diarrea, sabor metálico en la boca, coloración

oscura de las deposiciones y raramente vomito. Para prevenir estos efectos secundarios se recomienda que se tome las tabletas o las gotas con posterioridad a una de las comidas del día o fraccionar la dosis a la mitad y luego aumentar a los 15 días. En los casos de anemia severa y sobre todo acompañado de problemas respiratorios se emplea la trasfusión sanguínea, bien sea con sangre completa o con concentrados de globulosa rojos. (13)

Teorías de Enfermería

Teoría de Nola Pender: El Modelo de Promoción de la Salud

Nola Pender, enfermera, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud.

El MPS pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno, cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr.

El MPS expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather.

El primero, postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos

influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro requisitos para que éstas aprendan y modelen su comportamiento: atención (estar expectante ante lo que sucede), retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta).

El segundo sustento teórico, afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. De acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo. La intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de las metas planteadas.(14)

Madeleine Leininger: Un Análisis de sus Fundamentos Teóricos

Madeleine Leininger destacó 8 factores que influyeron en la creación de la enfermería transcultural y que, a través de la teoría del cuidado cultural y universal, justifican la necesidad de existencia de este tipo de enfermería.

- 1.- En todos los países los procesos migratorios han provocado un crecimiento de las diferencias entre sus ciudadanos en función de la religión, el género, la clase social o el status socioeconómico y el acceso a la educación y a los servicios sanitarios.
- 2.- Los pacientes confían en que los profesionales de la salud entiendan y respeten sus creencias, valores y estilos de vida.

- 3.- El uso excesivo de la tecnología puede llegar a provocar conflictos con los valores culturales de los pacientes.
- 4.- Muchos cuidados de salud se ven afectados por conflictos culturales.
- 5.- Ha aumentado el número de personas que viajan y trabajan en lugares distintos a su lugar de nacimiento, por lo que las mezclas culturales son una constante.
- 6.- Se han aumentado los debates legales a causa de conflictos culturales por negligencias o imposiciones de prácticas de cuidados de salud.
- 7.- Se ha producido un aumento de los problemas de género con nuevas demandas para tener en cuenta las necesidades de mujeres y niños.
- 8.- La comunidad necesita servicios de salud basados en la cultura.

Uno de los objetivos de esta teoría es que los profesionales sean capaces de documentar, conocer, predecir y explicar que es lo diverso y que lo universal sobre la asistencia genérica y profesional de las culturas en estudio. La meta consiste en suministrar unos cuidados responsables y coherentes culturalmente que se ajusten a las necesidades, valores y creencias y modos de vida de los pacientes.

Encontramos un claro ejemplo de estas diferencias culturales en la alimentación, lo que una sociedad puede percibir como normal, la otra lo considera inadmisibles. Los crustáceos son unos alimentos muy valiosos para europeos y norteamericanos, sin embargo, inaceptables para africanos y asiáticos.

Modelo de Madeleine Leininger. Enfermería Transcultural.

Un área formal de estudio y práctica de la Enfermería enfocada en el cuidado holístico comparativo de la salud, de los modelos de enfermedad, de los individuos y grupos con respecto a las diferencias y similitudes en los valores culturales, creencias y prácticas, con el fin de proporcionar un cuidado de Enfermería, que sea congruente, sensible, culturalmente competente a las personas de culturas diversas.

Supuestos principales

Los cuidados son la esencia de la Enfermería, y un elemento central, dominante y distintivo de esta disciplina.

Los cuidados son esenciales para el bienestar, la salud, la curación, el desarrollo y la supervivencia, así como para afrontar las discapacidades o la muerte.

Los cuidados culturales son los medios holísticos más amplios que permiten interpretar y predecir los fenómenos asistenciales de la Enfermería para orientar la práctica de la disciplina.

Leininger, identifica diferencias entre la enfermería transcultural y la enfermería intercultural. La primera, hace referencia a profesionales enfermeros con conocimientos y prácticas de actuación de la enfermería transcultural, para ello usan bases teóricas y prácticas comparadas entre varias culturas. Por su parte, la enfermería intercultural, la llevan a cabo los profesionales utilizando conceptos antropológicos médicos o aplicados, sin comprometerse en el desarrollo de teorías o prácticas de investigación, trabajando solo con dos culturas.

- **Contribución de estos modelos en la experiencia profesional.**

Estos modelos de enfermería contribuye en la experiencia profesional, desde brindar información para la intervención a

población escolar garantizando una atención de cuidado integral de forma holística, para la adopción de comportamientos saludables, teniendo como herramienta el modelo de promoción de la salud, en la cual nos permite conocer el proceso de salud y enfermedad como apoyo a la práctica de enfermería, asimismo el enfoque del modelo del sol naciente ya que conociendo la historia, su cultura y sus rol social de la comunidad estudiantil, se pudo tomar decisiones y acciones de enfermería para el logro de resultados deseados en beneficio de toda la población objetivo, siendo la actividad de prevención a través de acciones de desparasitación, promoción mediante talleres educativos (lavado de manos, consumo de agua segura, alimentación saludable y otros) y de seguimiento para el tratamiento y así lograr la recuperación de los casos de anemia, los mismos que fueron incluidos a través de un convenio regional, directiva y plan de trabajo regional, lográndose la inclusión de todos los actores sociales(Gobierno regional, DIRESA Junín, DREJ, Qali Warma, Agricultura, Vivienda y otros).

2.3 Definición de Términos

- **PARASITOSIS INTESTINALES:** Son infecciones intestinales producidas por parásitos cuyo hábitat natural es el aparato digestivo del hombre, asimismo estos parásitos, son seres vivos uni o multicelulares que se alimentan de su huésped, los cuales son principalmente niños, ocasionándole una serie de repercusiones en su salud.
- **ANEMIA:** La anemia se define como una reducción del volumen de eritrocitos o de la concentración de la hemoglobina por debajo de los valores registrados para la edad. Behrman (2014). Es la disminución del transporte de oxígeno por los eritrocitos hacia los tejidos, debido a diferentes factores, ocasionando manifestaciones clínicas de acuerdo a la severidad. En niños de 6 meses a 6 años

hay anemia cuando la hemoglobina es inferior a 10.5g/dl, y en niños de 7 a 12 años, cuando es inferior a 11g/dl.

- **ANEMIA FERROPÉNICA:** La anemia por deficiencia de hierro o anemia ferropénica es una enfermedad común y fácil de tratar que se presenta cuando no hay suficiente hierro en el cuerpo. Las concentraciones bajas de hierro se deben por lo general a pérdida de sangre, mala alimentación o incapacidad de absorber suficiente hierro de los alimentos.
- **DESPARASITACIÓN:** La desparasitación de amplio espectro con fármacos antihelmínticos, como albendazol y mebendazol, mata los gusanos intestinales en individuos infectados y reduce así el número de ellos con infección de alta intensidad que puede propagarla, la desparasitación masiva tiene por objeto reducir la morbilidad mediante la disminución de la carga o intensidad parasitaria. La desparasitación masiva periódica en grupos de alto riesgo puede mantener la infección por debajo de los niveles asociados a morbilidad y, frecuentemente, resultará en el mejoramiento inmediato de la salud y el desarrollo de los niños.
- **GESTIÓN DE ENFERMERÍA:** Es un juego de consensos, disensos y transformaciones que implican a toda la institución y a todos sus integrantes. La *gestión* implica un modo de comprender y de hacer nuestros proyectos desde una cuádruple perspectiva articulada; en nuestro caso: la político-cultural, la sanitario-social, la económica y la organizacional comunicacional.

Según; SHULER R.S.(1992); Puede definirse como la gestión estratégica de los recursos humanos, es todas aquellas actividades que afectan al comportamiento de las personas a la hora de formular e implantar las estrategias que afectan al comportamiento de las personas a la hora de formular e implantar las estrategias de las empresas o las decisiones respecto a la orientación dada a los

procesos de gestión de los recursos humanos y afectan al comportamiento de los individuos a mediano y largo plazo, tomando como referencia tanto los factores internos como de contexto a la organización.

Según expresan Claudia Villamayor y Ernesto Lamas, *gestionar* es una acción integral, entendida como un proceso de trabajo y organización en el que se coordinan diferentes miradas, perspectivas y esfuerzos, para avanzar eficazmente hacia objetivos asumidos institucionalmente y que deseáramos que fueran adoptados de manera participativa y democrática. En esta línea, *gestionar* implica una articulación de procesos y resultados, y también de corresponsabilidad y cogestión en la toma de decisiones.

- **PREVENCIÓN:** Es el resultado de concretar la acción de prevenir, la cual implica el tomar las medidas precautorias necesarias y más adecuadas con la misión de contrarrestar un perjuicio o algún daño que pueda producirse. Entonces, la prevención es disponer determinadas cuestiones o acciones en marcha para aminorar un riesgo o el daño. Vale aclarar que resulta ser una condición *sine quoniam* que la prevención se disponga de modo anticipado, es decir, antes del momento en que se cree que se producirá la situación peligrosa de la cual hay que defenderse y cuidarse.

CAPÍTULO III

. 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 técnica de revisión documentaria, para lo cual se hizo la revisión de los informes presentados por cada unidad ejecutora, de los cuales se recabaron datos coherentes a la temática del estudio, asimismo, para la obtención de datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

- Autorización: Se solicitó la autorización respectiva a las jefaturas correspondientes, a fin de tener acceso a la información.
- Recolección de datos.
- procesamiento de datos, a través de tablas Excel y Spss
- Resultados.
- Análisis e interpretación de resultados.

3.2 Experiencia profesional

Mi experiencia profesional como Lic. en enfermería, inicia el año 2010 cuando realice el Serums en el C.S Rio Negro del distrito de Rio Negro provincia de Satipo, dicho establecimiento de salud pertenece a la Red de Salud Satipo, lo cual desempeñe la coordinación de promoción de la salud, por el periodo de 1 año, es así que me toco liderar una microred a cargo de 14 establecimientos de salud del primer nivel de atención, donde realizaba acciones de gestión y abogacía con las diferentes instituciones(municipio, iglesia, PNP, instituciones educativas, ONGs, organizaciones sociales de base, y otros) pertenecientes al distrito de Rio Negro, después de ello, me toco laborar como CAS

en el mismo establecimiento de salud a cargo de la responsabilidad del CRED (Crecimiento y desarrollo) de la Etapa de Vida Niño como C.S. Rio Negro y Microred, por el periodo de 8 meses.

En el periodo 2011, postulé para una vacante en la unidad ejecutora Valle del Mantaro, lo cual asumí la responsabilidad de promoción de la salud, de la microred La Libertad, a cargo de 15 establecimientos de salud, el C.S. La Libertad se encuentra ubicada en el distrito de Huancayo del departamento de Junín, estuve en dicha institución por un periodo de 7 meses.

En el periodo 2012, estuve como parte del equipo de la estrategia sanitaria de tuberculosis, laborando en el centro de salud Juan Parra Del Riego perteneciente a la microred El Tambo, de la Unidad Ejecutora Valle del Mantaro, me toco desempeñar acciones asistenciales y administrativos, luego me invitaron para asumir la coordinación de la ESN TB, en la Unidad ejecutora Valle del Mantaro, el cual labore por el periodo de 1 año.

En Octubre del 2013, postule a OMS/OPS y ocupe una vacante para ejecutar un proyecto de respuesta frente a los casos de Iras y Neumonías en la Región Junín, el cual labore por 4 meses.

En abril del 2014, postule a la DIRESA Junín, para una vacante en la sede administrativa siendo parte del equipo de salud del escolar y de la etapa de vida niño hasta la fecha.

3.3 Procesos realizados en el tema del informe

Durante mi experiencia profesional tuve la oportunidad de ejecutar diversas acciones de gestión, por lo que detallo mi experiencia laboral durante los periodos 2014,2015 y 2016.

En el periodo 2014 estuve contratada por la modalidad CAS, laborando como parte del equipo técnico de salud del escolar en la DIRESA Junín, por lo que realizamos las acciones de: monitoreo, análisis de información, supervisión y evaluación, así como también reuniones técnicas de trabajo.

En el periodo 2015 y 2016, asumí la coordinación regional de salud del escolar en la DIRESA Junín, a este nivel se realizó reuniones de asistencia técnica para las diferentes unidades ejecutoras, reuniones de capacitación, evaluación y supervisiones, asimismo se implementó lo siguiente.

Acciones:

A nivel Regional:

- Se implementó el Convenio de Cooperación Técnica Interinstitucional entre la Dirección Regional de Salud Junín y la Dirección Regional de Educación Junín para implementar Salud del Escolar aprobado el 11 de octubre del 2013.
- Se conformó el Comité Regional Multisectorial del Plan de Salud del Escolar – Aprende Saludable. Aprobado con resolución Ejecutiva Regional N° 168-2015-GRJ/PR.
- Se elaboró el Plan Regional Multisectorial de la Iniciativa Aprende Saludable, aprobado con Resolución Directoral

Regional de Educación Junín N° 01608- DREJ fecha 18 de mayo 2016.

- Se realizó acciones de articulación con el gobierno regional, DREJ, PNAE Qali Warma, y otros.

A nivel de la DIRESA Junín.

- Se realizó la Conformación y reconocimiento del Comité Institucional para implementar el Plan de Salud Escolar: ESRN, Nutrición, ESNI, Salud Ocular, Promoción de la Salud, Planificación, SIS, Estadística, Administración, RECONOCIDO CON RESOLUCIÓN Directoral N° 664-2016-DRSJ/OEGDRH.
- Se elaboró el plan de trabajo de los componentes 1, 2 y 3 del Plan de Salud del Escolar.

Innovaciones y Aportes

- Se ejecutó el Convenio N° 0061-2016-GRJ/GGR Convenio de Cooperación Interinstitucional entre el Gobierno Regional Junín, DIRESA JUNÍN, DREJ E INMED ANDES.
- Se implementó y socializo el PLAN DE CAMPAÑA REGIONAL DE DESPARASITACIÓN MASIVA 2017-2020.
- Se implementó y socializo la directiva regional multisectorial para la implementación del Plan de Campaña de desparasitación masiva 2017-2020.
- Se elaboró un video instructivo sobre la campaña de desparasitación el cual estuvo orientado para la comunidad estudiantil y personal de salud.
- Se elaboró material comunicacional para la difusión de la campaña regional de desparasitación masiva en población escolar.

Limitaciones para el desempeño profesional.

Dentro de las limitaciones se puede precisar lo siguiente:

- La condición de contratada bajo la modalidad CAS, lo cual no permitía laborar cómodamente, ya que mensualmente me hacían la entrega del término del contrato.
- Los enfermeros que desempeñamos la labor administrativa necesitamos oportunidades de capacitación en temas de gestión, así mismo que se incorpore esta temática en los estudios de residentado en enfermería.
- Cambio de gestión, en el cual se evidencio nuevos equipos de trabajo en las instancias de Gobierno Regional, DREJ, Qali Warma y otros, ello no permite la continuidad de las acciones.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

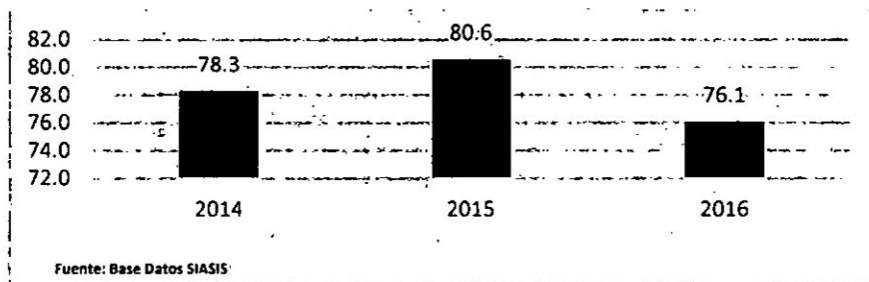
Los resultados en base del objetivo del informe, se presentaran mediante cuadros, gráficos y figuras, los cuales se numeran independientemente.

CUADRO N° 4.1

**PORCENTAJE DE ESCOLARES CON DOSAJE EN TAMIZAJE DE HEMOGLOBINA
REGIÓN JUNÍN 2014 AL 2016.**

AÑOS	ESCOLARES AFILIADOS AL SIS.	N° DE TAMIZADOS CON DOSAJE DE HEMOGLOBINA	%
2014	152384	119378	78,3
2015	157714	127144	80,6
2016	157928	120197	76,1

GRAFICO N° 4.1



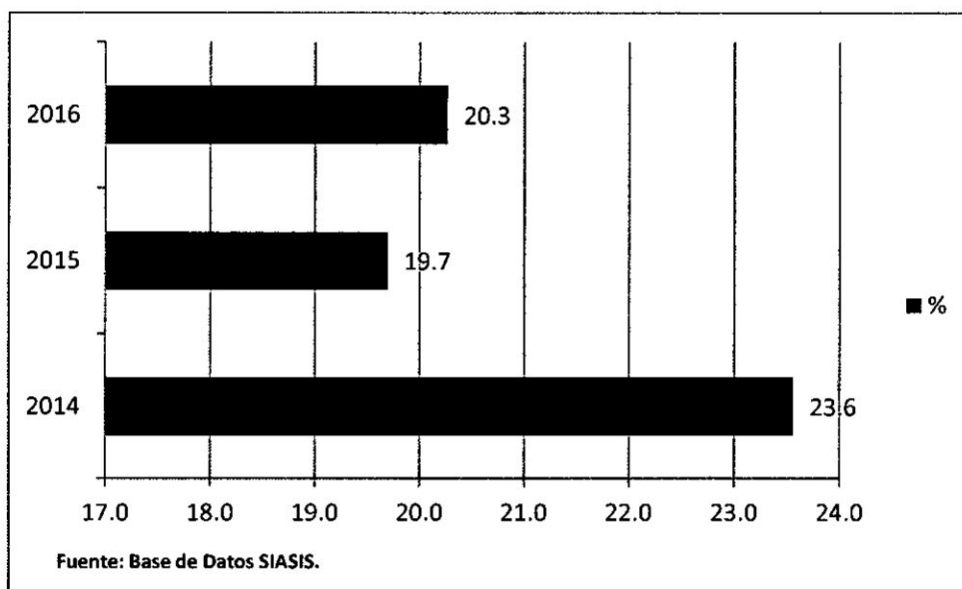
En el cuadro N° 4.1, podemos observar que en relación a la población afiliada al SIS, el periodo 2015, se llegó a intervenir con dosaje de hemoglobina a una población de 127144 escolares del nivel inicial, primaria y secundaria, el cual representa el 80,6%.

CUADRO N° 4.2

**PORCENTAJE DE ESCOLARES CON DIAGNOSTICO DE ANEMIA EN RELACIÓN A
LOS TAMIZADOS REGIÓN JUNÍN 2014 AL 2016.**

AÑOS	N° DE TAMIZADOS CON DOSAJE DE HEMOGLOBINA	N° DE ESCOLARES CON DIAGNOSTICO DE ANEMIA	%
2014	119378	28127	23,6
2015	126171	24852	19,7
2016	120197	24360	20,3

GRAFICO N° 4.2



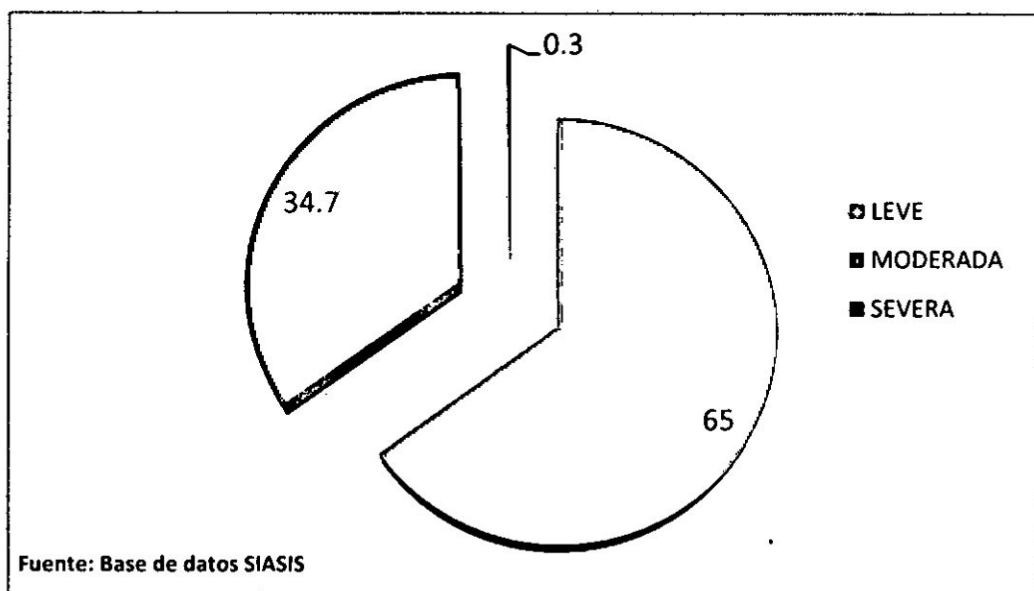
En el cuadro 4.2, y grafico 4.2, podemos ver los porcentajes de población escolar del nivel inicial, primaria y secundaria, diagnosticados con anemia, en relación a la población que ha sido tamizada con dosaje de hemoglobina, denota que el año 2014, se identificó mayor porcentaje de escolares con diagnóstico de anemia siendo un total de 28127 de población escolar que representa un 23.6%.

CUADRO N° 4.3

**PORCENTAJE DE LA ANEMIA SEGÚN LA SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD
REGIÓN JUNÍN 2014 AL 2016.**

AÑOS	SEVERIDAD DE LA ANEMIA						TOTAL
	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	
2014	22583	80,3	5437	19,3	107	0,4	28127
2015	17026	68,5	7651	30,8	175	0,7	24852
2016	15822	65,0	8462	34,7	76	0,3	24360

GRAFICO N° 4.3



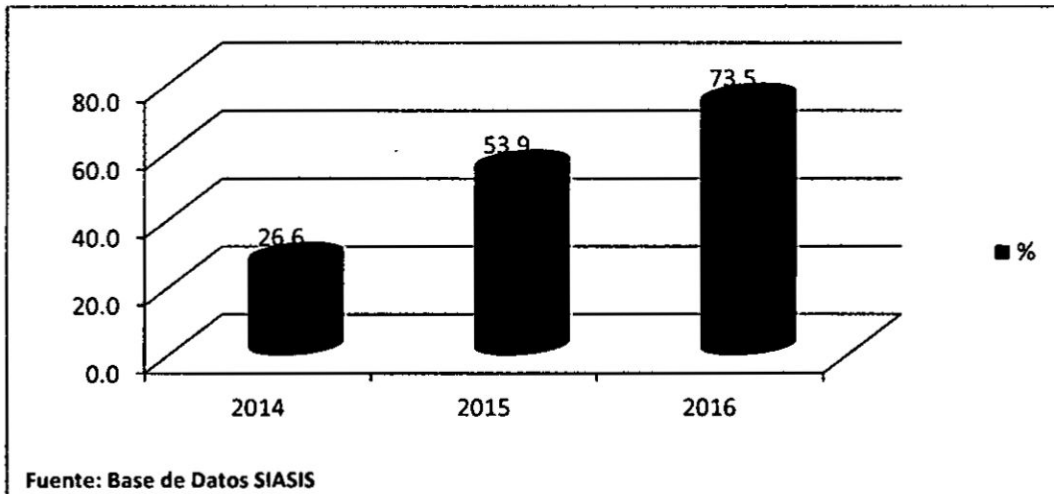
En el Cuadro N° 03 y gráfico N° 03, se observa que de acuerdo a la severidad de la enfermedad de la anemia, en los tres periodos 2013 al 2016, prevalece en mayor cantidad la anemia leve, siendo el mayor porcentaje en el periodo 2014 con 80,3% y en un segundo lugar la anemia moderada con mayor porcentaje en el periodo 2015 con 30,8% y por ultimo anemia severa con mayor porcentaje en el periodo 2015 con 0,7%.

CUADRO N° 4.4

PORCENTAJE DE ESCOLARES QUE INICIARON EL TRATAMIENTO PARA LA ANEMIA EN RELACIÓN A LOS DIAGNOSTICADOS REGIÓN JUNÍN 2014 AL 2016.

AÑOS	N° DE ESCOLARES CON DIAGNOSTICO DE ANEMIA	N° DE ESCOLARES INICIARON TRATAMIENTO	%
2014	28127	7491	26,6
2015	24852	13388	53,9
2016	24360	17898	73,5

GRAFICO N° 4.4



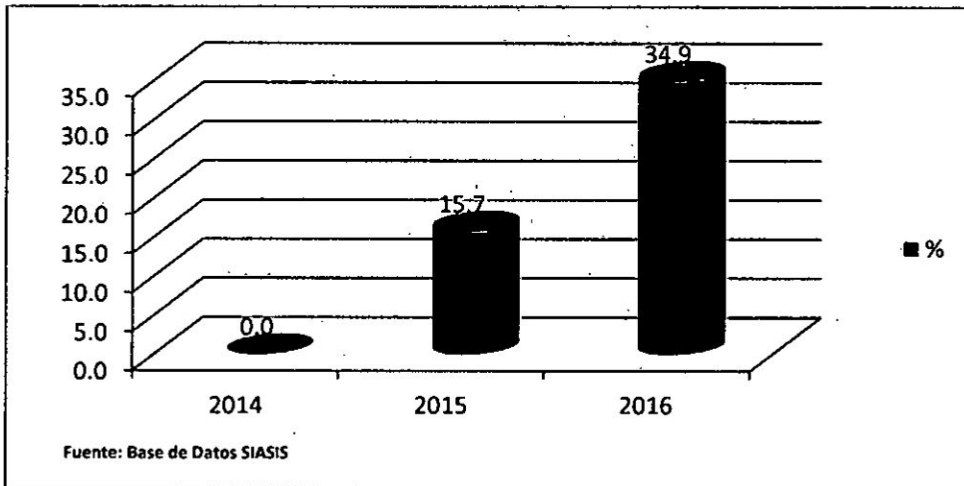
En el Cuadro N° 03 y gráfico N° 03, vemos que, en cuanto al indicador de inicio del tratamiento para la anemia, en relación a los diagnosticados, el mayor porcentaje lo observamos, durante el periodo 2016 con 17898, el cual representa un 73,5%, siendo la estrategia implementada la coordinación con los padres de familia y docentes de las diferentes instituciones educativas para el inicio del tratamiento y las acciones de seguimiento por parte del personal de salud que labora en los establecimientos del primer nivel de atención.

CUADRO N° 4.5

PORCENTAJE DE RECUPERADOS DE ANEMIA EN RELACIÓN A LOS
DIAGNOSTICADOS REGIÓN JUNÍN 2014 AL 2016

AÑOS	N° DE ESCOLARES CON DIAGNOSTICO DE ANEMIA	N° DE ESCOLARES RECUPERADOS DE ANEMIA	%
2014	28127	0	0,0
2015	24852	3909	15,7
2016	24360	8503	34,9

GRAFICO N° 4.5



En el Cuadro N° 4.5 y gráfico N° 4.5, podemos visualizar un incremento progresivo y notorio en el indicador de porcentaje de escolares recuperados de anemia en relación a los diagnosticados, siendo en el año 2016, un total de 8503 de escolares del nivel inicial, primaria y secundaria el cual representa un 34,9%.

CUADRO N° 4.6

**PORCENTAJE DE POBLACIÓN ESCOLAR DESPARASITADO REGIÓN JUNÍN 2014
AL 2016.**

RED SALUD	META POBLACIÓN ESCOLAR	TOTAL POBLACIÓN ESCOLAR	%
RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO	156319	109838	70,3
RED DE SALUD CHUPACA	14137	15635	110,6
RED DE SALUD JAUJA	32705	26677	81,6
RED DE SALUD TARMA	22879	19862	86,8
RED DE SALUD CHANCHAMAYO	26074	20223	77,6
RED DE SALUD PICHANAKI	17828	11701	65,6
RED DE SALUD SATIPO	39772	38960	98,0
RED DE SALUD SAN MARTIN DE PANGO	18728	14318	76,5
RED DE SALUD JUNÍN	6271	6415	102,3
TOTAL GENERAL/DIRESA JUNÍN	334713	263629	78,8

En el Cuadro N° 4.6, Se observa a nivel de la Región Junín, una población escolar del nivel inicial, primaria y secundaria desparasitada de 3 a 17 años de edad siendo un total de 263629 escolares el cual representa un 78,8%, entre las redes que alcanzaron mayor cobertura son las UE. Chupaca, UE. Junín, seguido de la UE. Satipo, UE. Tarma.

Para lograr estas coberturas desde el ámbito regional el profesional de enfermería - coordinadora de Salud del Escolar, realizó acciones de gestión, siendo la abogacía una de las principales herramientas, ya que se tuvo varias reuniones técnicas de coordinación, donde se organizó el trabajo a través de un comité multisectorial, posteriormente, se tuvo varias reuniones para la revisión de los documentos de gestión, teniendo como producto un convenio regional de desparasitación masiva, la implementación de un plan de trabajo y una directiva de cumplimiento regional, todo ello permitió que la parte operativa logre la articulación a nivel local y que puedan realizar la intervención exitosamente.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

- Las acciones de gestión que realiza el profesional de enfermería, permite orientar las actividades preventivas promocionales para evitar la instalación de la enfermedad, asimismo la intervención inmediata en los casos de morbilidad.

- La experiencia profesional y la preparación adecuada, permiten que el enfermero desarrolle capacidades cognitivas y actitudinales relacionados a la gestión, lo cual repercute en la salud de la población escolar.

- Se ha identificado la existencia de la enfermedad de la anemia en escolares del nivel inicial, primaria y secundaria en un 20%, siendo una de las causales la parasitosis que coadyuva el desarrollo de la enfermedad, especialmente en la zona selva.

- Es necesario la intervención de enfermería en las escuelas como medida de prevención en la enfermedad mediante la adopción de hábitos saludables en la comunidad estudiantil, entornos saludables y de seguimiento de los casos de morbilidad hasta lograr su recuperación.

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

a. A los profesionales.

- Actualizar continuamente las competencias del profesional de enfermería de los diferentes establecimientos de salud para el trabajo con los escolares.

b. A la institución.

- Fortalecer la gestión del trabajo de promoción de la salud en temas de educación para la salud, con un enfoque integral basado en las necesidades de los escolares en cada etapa de su desarrollo y acorde a las características individuales, culturales y de género.
- Fortalecer el trabajo multisectorial, para el diseño y entrega de servicios de salud y alimentación, así como la creación de ambientes y entornos saludables.
- Análisis y actualización de políticas conjuntas entre el sector educativo y el sector salud, incluye la revisión curricular y de la legislación sobre salud escolar.
- Se debe implementar el programa de suplementación con hierro en forma preventiva en los escolares.
- Reforzar los beneficios del consumo de los suplementos de hierro a través de campañas educativas en medios masivos de comunicación.

c. Al servicio.

- Se debe implementar la suplementación con hierro en forma preventiva en los escolares.

- Reforzar los beneficios del consumo de los suplementos de hierro a través de campañas educativas en medios masivos de comunicación.
- Continuar con los programas de desparasitación masiva en los preescolares y escolares.
- Diseñar nuevas estrategias de fortificación de alimentos con hierro y consumo de alimentos ricos en ácido fólico (Vitamina B9), consumo de alimentos ricos en vitamina C (naranja, mandarina, kiwi).
- Promocionar el consumo de alimentos ricos en hierro como el hígado y otras carnes (pescado), verduras, sobre todo las de hojas verdes, como la espinaca y el brócoli.
- Fortalecer el trabajo de prácticas saludables en las escuelas como el lavado de manos, consumo de agua segura, alimentación saludable, disposición de residuos sólidos y otros.

CAPÍTULO VII

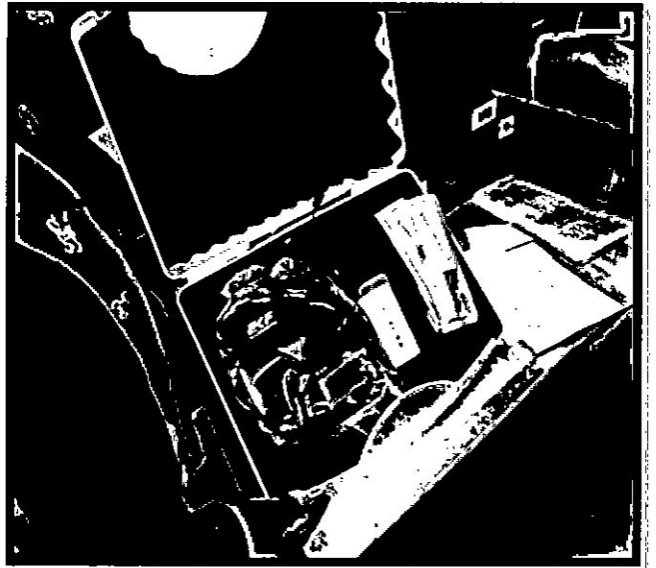
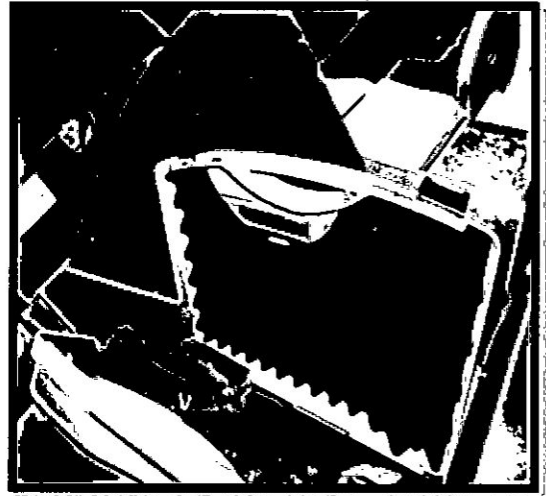
REFERENCIALES

- (1) CHRISTOPHER DRASBEK. Pautas Operativas para la puesta en marcha de actividades integradas de desparasitación: Contribución al control de las geo helmintiasis en América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS/OMS, 2015. Pág. 4 disponible www.paho.org.
- (2) CHRISTOPHER DRASBEK. Pautas Operativas para la puesta en marcha de actividades integradas de desparasitación: Contribución al control de las geo helmintiasis en América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS/OMS, 2015. Pág. 4 disponible www.paho.org.
- (3) JIMÉNEZ JUAN, et al. Parasitosis en niños en edad escolar: relación con el grado de nutrición y aprendizaje. Vol.11 (2). Diciembre 2011.
- (4) MINISTERIO DE SALUD. Plan de Salud del escolar 2013-2016 DIRIGIDO A ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN BÁSICA REGULAR Y ESPECIAL DEL ÁMBITO DEL PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN QALI WARMA Lima agosto del 2013. Pag.9 Disponible en: content/uploads/2016/10/5_ds010_2013_SA_plan_de_salud_escolar_2013-2016.pdf. Consultada el 7 de julio del 2017.
- (5) AMURRIO MELGAREJO, ERIKA YANINE. RELACIÓN DEL GRADO DE ANEMIA CON PARASITOSIS INTESTINAL EN NIÑOS DE 5 – 14 AÑOS EN LA UNIDAD EDUCATIVA “MONTE VERDE” – PROVINCIA WARNES. Tesis. Bolivia. Universidad Cristina. 2013.
- (6) GLORIA M. AGUDELO. Prevalencia de anemia ferropénica en escolares y adolescentes. Tesis. Medellín, Colombia. Universidad de Antioquia. 1999

- (7) O. GARAYCOCHEA et al. Parasitismo intestinal, anemia y estado nutricional en niños de la comunidad de Yantaló,, Vol. 71 (2): 143-151 30 de Noviembre de 2012.
- (8)(9) JIMÉNEZ JUAN, et al. Parasitosis en niños en edad escolar: relación con el grado de nutrición y aprendizaje. Vol.11 (2). Diciembre 2011.
- (10) BENAVIDES ROCÍO, CHULDE ANITA. PARASITOSIS INTESTINAL EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD Nº 1. Tesis CIUDAD DE TULCÁN. UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE 2007.
- (11) CHRISTOPHER DRASBEK. Pautas Operativas para la puesta en marcha de actividades integradas de desparasitación: Contribución al control de las geo helmintiasis en América Latina y el Caribe. Washington, DC : OPS/OMS, 2015. Pág. 4 disponible www.paho.org
- (12) LICONA RIVERA TANIA SOLEDAD. Parasitismo Intestinal y Anemia en Niños. San pedro Sula- Honduras. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS 2015.
- (13) HUAYANEY PALMA, DAVE MAYGGE. Conocimiento de las madres sobre la prevención de la anemia ferropénica en la estrategia de CRED en el Centro de Salud de Chasquitambo. Tesis. Lima. Universidad Nacional Mayor San Marcos. 2013.
- (14) GLADIS PATRICIA ARISTIZÁBAL HOYOS. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Vol. 8. Diciembre 2011.
- (15) AGUILAR GUZMÁN, OLIVIA. Madeleine Leininger: un análisis de sus fundamentos teóricos. Vol 4. Agosto 2007.

ANEXOS

ADQUISICIÓN DE MATERIALES Y EQUIPOS NECESARIOS PARA LA INTERVENCIÓN.





**PROCESO DE
INDUCCIÓN Y
CAPACITACIÓN A LAS
BRIGADAS.**





**INTERVENCIÓN DE
LAS BRIGADAS EN
LA ACTIVIDAD DE
DOSAJE DE
HEMOGLOBINA.**



**ACCIONES DE DESPARASITACIÓN EN
POBLACIÓN ESCOLAR DEL NIVEL INICIAL,
PRIMARIA Y SECUNDARIA**




**VIDEO INSTRUCTIVO PARA LA
CAMPAÑA DE DESPARASITACIÓN
MASIVA**



MATERIAL COMUNICACIONAL PARA LA CAMPAÑA DE DESPARASITACIÓN

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN



JUNÍN

DESPARASITACIÓN MASIVA

Se realiza con medicamentos antiparasitarios, 2 veces al año, cada 6 meses

Acude al establecimiento de salud más cercano o participa en la desparasitación en tu escuela o en tu barrio.



CAMPAÑA REGIONAL DESPARASITACIÓN MASIVA *Seamos felices, sin lombrices*

¿Qué debemos hacer para evitar la parasitosis?

- Lavarse las manos.
- Tomar agua segura (agua hervida).
- Comer adecuadamente las verduras y frutas.
- Eliminar adecuadamente la basura y desechos.
- Evitar caminar descalzo.
- Auscultar el adecuado almacenamiento de agua.









APRENDIENDO SOBRE PARASITOSIS

DESPARASITACIÓN MASIVA

Se realiza por medio de medicamentos antiparasitarios, 2 veces al año, cada 6 meses.

Acude al establecimiento de salud más cercano o participa en la desparasitación en tu escuela o en tu barrio.



CAMPAÑA REGIONAL DESPARASITACIÓN MASIVA

¿Qué debemos hacer para evitar la parasitosis?

- Lavarse las manos.
- Tomar agua segura (agua hervida).
- Comer adecuadamente las verduras y frutas.
- Eliminar adecuadamente la basura y desechos.
- Evitar caminar descalzo.
- Auscultar el adecuado almacenamiento de agua.



APRENDIENDO SOBRE PARASITOSIS

¿QUÉ ES LA PARASITOSIS?

Es una enfermedad causada por pequeños animales, llamados parásitos, que viven a expensas de otro ser vivo, obteniendo el alimento para sobrevivir a expensas de la nutrición del huésped.


Esta enfermedad ocasiona dolor a su organismo, reduce su calidad para participar en las actividades cotidianas.

¿Qué molestias produce la parasitosis?

Se presenta molestias por parásitos presentes:

- Dolor de estómago
- Hinchazón abdominal
- Anemia
- Pérdida de peso
- Debilidad
- Dolor de cabeza
- Irritabilidad
- Fiebre
- Erupción de la piel

¿CÓMO SE CONTAGIA LA PARASITOSIS?



Los parásitos se transmiten a través de:

- Agua contaminada
- Alimentos contaminados
- Suelo contaminado
- Contacto directo con personas infectadas
- Contacto con animales infectados
- Contacto con heces de animales infectados

EFFECTOS QUE PRODUCEN LOS PARÁSITOS

- Baja alimentación
- Debilidad
- Pérdida de peso
- Anemia
- Dolor de cabeza

UNA PERSONA PUEDE ESTAR INFECTADA A LA VEZ CON VARIOS TIPOS DE PARÁSITOS

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN

JUNÍN

CAMPAÑA REGIONAL DE DESPARASITACIÓN MASIVA

Seamos felices, sin lombrices













APRENDIENDO SOBRE PARASITOSIS

PARA TENER UNA FAMILIA SALUDABLE Y SIN PARÁSITOS ACUDE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD MÁS CERCAO

EL MEDICAMENTO ES GRATUITO



UNA PERSONA PUEDE ESTAR INFECTADA A LA VEZ CON VARIOS TIPOS DE PARÁSITOS

**CONVENIO FIRMADO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL,
DIRESA JUNÍN, DREJ E INMED ANDES.**

**Convenio N° 0061-2016-GRJ/GGR
CONVENIO DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL EN
EL GOBIERNO REGIONAL JUNIN, DIRESA JUNIN, DREJ E
INMED ANDES**

Conste por el presente documento, el "Convenio de Cooperación Interinstitucional" en adelante "EL CONVENIO", que celebran de una parte el Gobierno Regional de Junín - Departamento de Junín, con RUC N° 20486021692 y domicilio legal en el Jr. Loreto N° 363, Huancayo, debidamente representado por su Gerente General Regional Abog. JAVIER YAURI SALOME, identificado con Documento Nacional de Identidad No 20066774 con designación de facultades por Resolución Ejecutiva Regional N° 114-2016-GRJ/GGR, que en adelante se le denominará GOBIERNO REGIONAL; la Dirección Regional de Salud Junín, representada por el Dr. NORBERTO YAMUNAQUE ASANZA, identificado con DNI N° 17842251 en adelante DIRESA; la Dirección Regional de Educación Junín, representada por el señor VALOIS TERREROS MARTINEZ, identificado con DNI N° 20425982 en adelante DREJ, y de otra parte la ONG INMED Andes, con R.U.C. N° 20509849740, inscrita en Partida electrónica de Registros públicos N°11692247, con domicilio legal en la Calle Diez Canseco 521, A401 Miraflores Lima, debidamente representado por el señor Fernando Pérez Lastra, identificado con DNI N°09270207, a quien en adelante se le denominará INMED.

CLÁUSULA PRIMERA: MARCO INSTITUCIONAL

- 1.1. EL GOBIERNO REGIONAL es una persona jurídica de derecho público, con autonomía política, económica y administrativa en asuntos de su competencia, creado por el Artículo 190° de la Constitución Política del Perú, modificado por la Ley de Reforma Constitucional N° 27680. Constituye para su administración económica y financiera, un Pliego Presupuestal. Siendo sus competencias exclusivas, concretar acuerdos con otras regiones e instituciones para el fomento del desarrollo económico, social y ambiental, comprendiendo dentro del desarrollo social, la mejora de condiciones y calidad de vida de la población.
- 1.2. LA DIRESA, es un órgano desconcentrado de la Gerencia Regional de Desarrollo Social del Gobierno Regional de Junin, encargada de ejercer la representación, autoridad máxima y la rectoría sectorial en salud, propone y conduce los procesos de emisión de políticas sanitarias en concertación con todos los sectores públicos y los actores sociales. Encargada de lograr un nivel de desarrollo integral de la salud de la población, a través del desarrollo de acciones preventivas

GERENCIA GENERAL	
DOC. N°	1697600
EXP. N°	1036823

DIRECTIVA N° 010-2017-GRJ/DREJ-DGP

NORMAS Y ORIENTACIONES PARA LA IMPLEMENTACION DEL PLAN REGIONAL MULTISECTORIAL DE LA CAMPAÑA DE DESPARASITACION MASIVA 2017-2020.

1. FINALIDAD

Establecer orientaciones y criterios para la planificación, ejecución, acompañamiento, monitoreo, supervisión y evaluación de las actividades a desarrollarse en el marco del Plan de la Campaña Regional Multisectorial de Desparasitación Masiva 2017-2020 en las Instituciones educativas públicas y privadas de educación básica: Inicial, Primaria, Secundaria y Especial del ámbito de la Región Junín.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer los criterios técnicos y procedimientos de ejecución para la socialización e implementación del Plan Regional Multisectorial de la Campaña de Desparasitación Masiva del 2017 al 2020 a través de los componentes del Plan de Salud Escolar, Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma, con el fin de garantizar acciones en forma conjunta y articulada entre la Dirección Regional de Educación, Dirección Regional de Salud y la Unidad Territorial Junín del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Definir los procedimientos para gestionar las intervenciones de la Campaña de Desparasitación Masiva 2017-2020 en las Instituciones Educativas del ámbito de la Región Junín.
- Establecer los procedimientos para el fortalecimiento de capacidades de los docentes y personal de salud sobre la importancia de la desparasitación y su impacto en la disminución de la anemia y desnutrición de las Instituciones educativas públicas y privadas.
- Señalar las acciones a considerar para la Promoción de prácticas saludables (consumo de alimentos saludables, lavado de manos, consumo de agua segura, disposición adecuada de residuos sólidos) con participación comunitaria.
- Señalar las responsabilidades y acciones a ejecutarse en la Campaña, con la Cooperación Técnica a nivel multisectorial integrado por el sector educación, salud y PNAE Qali Warma).
- Definir el procedimiento para el registro de la información de las actividades que se desarrollarán en el marco de la Campaña Regional de desparasitación Masiva.

**IMPLEMENTACIÓN
DE LA DIRECTIVA
MULTISECTORIAL
PARA LA CAMPAÑA
DE
DESPARASITACIÓN
MASIVA.**

Artículo 1.- Aprobar la Directiva N° 010-2017-GRJ/DREJ-DGP, denominada "Normas y Orientaciones para la Implementación del Plan Regional Multisectorial de Desparasitación Masiva 2017-2020", que forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2.- Encargar a la Dirección de Gestión Pedagógica, para coordinar acciones con la Dirección Regional de Educación Junín, Dirección Regional de Salud, Unidad Territorial del PNAE Qali Warma y ONG INMED-ANDES para dar cumplimiento de los objetivos y metas de la Directiva N° 010-2017-GRJ/DREJ-DGP.

Artículo 3.- Encargar, a la oficina de Secretaría General de la DREJ transcribir la presente resolución y notificar a las instancias administrativas correspondientes.

REGISTRESE, COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE

Original Firmado

Lic. VALOIS TERREROS MARTINEZ
DIRECTOR DE PROGRAMA SECTORIAL IV
DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN DE JUNÍN

o que transcribo a Ud. para su conocimiento y firma
rto. 03 ABR. 2017

CPC. LIZ ESMILDA PIZARRO CHIMPINARI
ESPECIALISTA ADMINISTRATIVO
SECRETARÍA GENERAL
DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN JUNÍN
HUANCAYO

PLAN DE
CAMPANA REGIONAL DE
DESPARASITACION
MASIVA 2017-2020.

Seamos felices, sin lombrices



**“JUNTOS POR UNA NIÑEZ Y
ADOLESCENCIA SIN
PARASITOSIS”**

**PLAN REGIONAL DE
DESPARASITACIÓN
MASIVA.**

AL SEÑOR ANASTASIO ALVARADO
DIRECTOR DE DESARROLLO SOCIAL
GOBIERNO REGIONAL JUNIN

ASUNTO: SOLICITO SUSTENTO TÉCNICO PARA CONFORMAR EL COMITÉ MULTISECTORIAL Y EL PLAN DE CAMPANA DE DESPARASITACION MASIVA 2017-2020 PARA APROBACION A TRAVES DE RESOLUCION GERENCIAL.

FECHA: Huancayo, 08 de Diciembre del 2018.

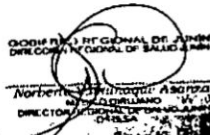
Mediante el presente me dirijo a Usted, para saludarlo cordialmente a la vez, comunicar que en referencia al Convenio N° 0061-2016-GRJ/GGR; Convenio de Cooperación Interinstitucional entre el Gobierno Regional de Junín, DIRESA Junín, DREJ e INMED ANDES, en el cual formalizan dar sostenibilidad al plan de acciones dirigido a la desparasitación en los estudiantes del nivel inicial, primaria y secundaria del ámbito público y privado y zonas vulnerables de la Región Junín, para el periodo de ejecución 2017-2020, en mérito a ello, hago llegar.


1. Sustento técnico para la conformación del comité multisectorial para la campaña de desparasitación 2017-2020.
2. Plan Regional de Campaña masiva de desparasitación 2017-2020.

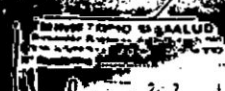
Para su aprobación con resolución gerencial, a través del Gobierno Regional.

Agradeciendo la atención al presente me despido de Usted.

Atentamente:


Norberto Villanueva Abrego
DIRECTOR GENERAL DE SALUD
DIRECCION GENERAL DE SALUD
DIRECCION REGIONAL DE JUNIN





N° Doc: 01730092
N° Exp: 01261173

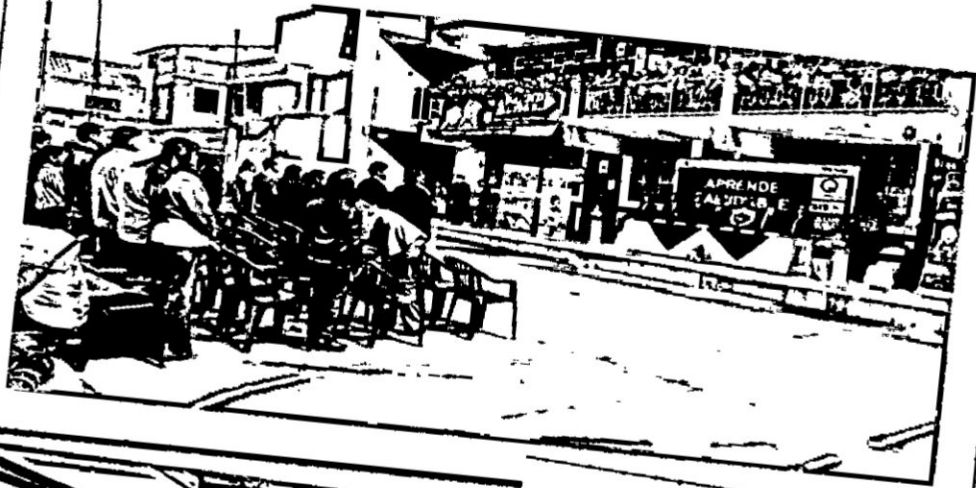
REUNIONES TÉCNICAS CON EL COMITÉ MULTISECTORIAL



**REUNIONES DE CAPACITACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DE
PLAN Y LA DIRECTIVA REGIONAL DE DESPARASITACIÓN
MASIVA.**



LANZAMIENTO DE LA CAMPAÑA REGIONAL DE
DESPARASITACIÓN MASIVA.



CAMPAÑA REGIONAL DE
DESPARASITACIÓN MASIVA