

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL TAMIZAJE
PARASITOLÓGICO DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS DEL CENTRO DE
SALUD CHALHUAHUACHO RED DE SALUD COTABAMBAS,
APURIMAC 2015-2017**

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

VIOLETA MARQUEZ VILCAS

CALLAO - 2018

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA PRESIDENTE
- MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO SECRETARIA
- DR. SANDY DORIAN ISLA ALCOSER VOCAL

ASESORA: DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 338

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 05/09/2018

Resolución Decanato N° 1352-2018-D/FCS de fecha 05 de Setiembre del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	5
1.3 Justificación	5
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Marco Conceptual	16
2.3 Definición de Términos	24
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	26
3.1 Recolección de Datos	26
3.2 Experiencia Profesional	26
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	27
IV. RESULTADOS	29
V. CONCLUSIONES	32
VI. RECOMENDACIONES	34
VII. REFERENCIALES	35

INTRODUCCIÓN

El presente informe de experiencia profesional titulado **“INTERVENCION DE ENFERMERIA EN EL TAMIZAJE PARASITOLOGICO DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHALLHUAHUACHO DE LA RED DE SALUD COTABAMBAS - APURIMAC DE LOS AÑOS 2015,2016 Y 2017”**, pretende dar a conocer la intervención de enfermería en el tamizaje parasitológico como son las sesiones de consejería, la oportunidad, la calidad de atención y otras actividades realizadas al momento del tamizaje parasitológico.

Para la obtención de datos estadísticos se empleara los datos estadísticos del Centro de Salud Challhuahuacho , donde se ubica los datos en el reporte anual de actividades de atención integral del niño en edades puntuales, además este informe servirá para determinar la intervención del personal enfermería en los tamizajes oportunos según la norma técnica de CRED, de descarte de parasitosis; el pedido de la solicitud oportuna del examen y los resultados evaluados por el profesional de enfermería y la administración de la profilaxis antiparasitaria en los edades oportunas este informe también servirá para identificar las brechas de la intervención de enfermería en el tamizaje parasitológico.

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

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática.

El presente informe se realiza por que Las infecciones por parásitos intestinales constituyen un importante problema de salud, por sus altas tasas de prevalencia y amplia distribución mundial; con mayor énfasis en la comunidad de Challhuahuacho, debido a que en ellos existen malas condiciones higiénicas, educación sanitaria, deficiente saneamiento ambiental y bajas condiciones socioeconómicas, incrementando el riesgo de las personas de enfermar y morir, debido a las malas condiciones de salud y de vivienda y la ignorancia de la mayoría de los individuos en la higiene individual y el poco involucramiento del personal de enfermería en las sesiones de consejería al momento de realizar el tamizaje parasitológico muchas de las madres de familia se retiran con las dudas de la importancia del tamizaje parasitológico. Este informe servirá como referencia de las intervenciones de enfermería al momento de realizar el tamizaje parasitológico la enfermera quien realiza el tamizaje registra y codifica dichas actividades en el HIS según manual de registro y código de área niño, Unidad de medida: niño tamizado por lo mencionado para la realización del presente informe se sacara datos del HIS-MINSA del centro de salud Chalhuahuacho.

1.2 Objetivo.

Describir las intervenciones de enfermería en el tamizaje parasitológico del niño menor de 5 años del centro de salud de Challhuahuacho de la Red de salud Cotabambas -Apurímac de los años 2015-2017

1.3 Justificación.

El parasitismo está considerado como un problema de salud pública a nivel mundial, estimándose en más de un cuarto de la población del mundo con parásitos, siendo la población infantil la más afectada. Existen muchas causas que originan parasitismo tales como la condición socioeconómica, el déficit en la higiene tanto personal como comunitaria.

La población que se encuentra en edad preescolar y escolar, también están propensos a ser parasitados, ocasionándoles una serie de síntomas que pueden, incluso con llevarlos a la muerte.

En Chalhuahuacho, zona minera en vía de crecimiento, se ha podido encontrar una prevalencia alta, de niños que sufren por parásitos de tipo patógeno, lo cual demuestra que nuestro país no es ajeno a esta enfermedad. También se ha observado que 1 de cada 3 niños se halla infectado con 1 o más tipos de parásitos y que según mi experiencia profesional, predomina un tipo diferente, tal es así que los protozoarios abundan ciertas zonas del distrito de Chalhuahuacho, pero en la

jurisdicción del centro de salud lo que predomina es la presencia de *Áscaris lumbricoides*, esto en los tamizajes que se realiza.

Si bien es cierto que Chalhuanahuacho, existe reportes en el año 2015 de altas tasas de parasitosis, las zonas este que comprende como las comunidades alejadas de Chalhuanahuacho donde no hay saneamiento básico es los que mas casos de parasitosis presentan, no presenta aún estudio alguno. Es por ello que el objetivo del presente trabajo es determinar la intervención de enfermería en los tamizajes parasitológicos.

ii. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio:

Pino JRMD. **Parasitosis intestinal en preescolares y escolares atendidos en el centro médico EsSalud de Celendin, Cajamarca.** Horizonte Médico. 2016 jul./set; vol.16(Nro 3).

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de parasitosis en niños en edad preescolar y escolar del distrito de Celendín, atendidos en el centro médico EsSalud y encontrar presencia de los subtipos parasitarios. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y tipo transversal, realizado entre julio del 2015 y enero del 2016 en el servicio de laboratorio clínico del centro médico EsSalud de Celendín, Cajamarca. Se usó una ficha de recolección de datos por participante para recopilar datos clínicos, datos sociodemográficos e interrelación personal. Se procesaron muestras seriadas parasitológicas de 96 niños usando examen directo, test de Graham y la técnica de sedimentación espontánea. Se empleó un análisis variado para encontrar frecuencias, porcentajes y desviaciones estándar, y para el análisis bivariado se empleó la prueba de Chi-cuadrado y el test exacto de Fisher para asociar el grado de parasitismo con cada variable obtenida. **Resultados:** La

prevalencia fue 90.6% (87/96). Se encontró *Blastocystis hominis* 81.2%, *Iodamoeba butschlii* 6.3%, *Endolimax nana* 19.8%, *Entamoeba coli* 35.4%, *Chilomastix mesnili* 13.5%, *Giardia lamblia* 9.4%, *Enterobius vermicularis* 16.7% Y *Ascaris lumbricoides* 1.0%. Un 20.8% (20/96) de los participantes presentaron estructuras semejantes a *Urbanorum*. Predominó el multiparasitismo 60.4% y hubo asociación estadísticamente significativa entre el nivel de educación y el grado parasitario ($p=0.017$). **Conclusiones:** Hubo alta prevalencia de parasitosis en niños en edad preescolar y escolar del distrito de Celendín atendidos en el centro médico EsSalud, siendo *Blastocystis hominis* el parásito con más predominio (1).

CAMPOS MTPYE. Encuesta de parasitosis intestinal en niños de edad pre escolar en la ciudad de Arequipa. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 1960 sep.; v.13 (Nro 1-2).

INTRODUCCIÓN

Es bien conocida la importancia que tiene el estudio de la parasitosis intestinal en la especie humana, no sólo por considerársele como uno de los principales problemas médico sanitarios, al señalar datos de valor epidemiológico, sino también por sus proyecciones en la patología médica.

Hasta ahora en el Perú se han efectuado algunas investigaciones al respecto, las que han permitido conocer la frecuencia del parasitismo intestinal de referencia en la población adulta, tanto en la costa así como en la selva. La incidencia de esta parasitosis en la población infantil de la sierra todavía no se ha precisado. Es por esto que el presente artículo tiene por finalidad principal señalar la frecuencia del parasitismo intestinal en niños de edad preescolar (0-6 años) en la ciudad de Arequipa. Incidentalmente también se ofrece los resultados obtenidos en 19 niños de 7-10 años que fueron estudiados.

Los datos que se dan a conocer en esta oportunidad han sido obtenidos por medio de una encuesta efectuada entre 1956 y 1958. Las investigaciones se realizaron en el Laboratorio Regional de Arequipa, donde fueron recibidas las muestras de heces procedentes de la Sección Puericultura (para el control del niño sano) del Área de Salud de Arequipa.

La ciudad de Arequipa está situada en la región sudoccidental del Perú, en el paralelo 16°24' de latitud Sur y en el meridiano 71°31' de longitud occidental. Se encuentra en la ceja de la costa, a 2,327 metros de elevación sobre el nivel del mar, y en la falda de los volcanes Misti y Chachani. Sin embargo, su accidentada topografía, su altitud, clima, baja presión atmosférica, sequedad del ambiente y régimen de lluvias, le confieren los caracteres de una ciudad serrana.

MATERIAL Y MÉTODOS

Las muestras de heces se recibieron por las mañanas, lo antes posible después de haber sido obtenidas y se estudiaron entre una y tres horas de su evacuación. Este estudio consistió, rutinariamente, en observaciones en fresco, con solución fisiológica y en preparaciones con lugol, o por el iodo de D'Antoni. Además, pero tan sólo excepcionalmente, en algunas muestras se realizó también la prueba de concentración y flotación por el método de Faust.

La mayoría de los niños cuyas heces se estudiaron eran de raza mestiza y procedían de hogares de modesta condición económica, en los que la higiene dejaba mucho que desear, en tales niños, al mismo tiempo, era notorio un deficiente estado de nutrición.

Para la interpretación de los resultados, la edad de los niños objeto del estudio coprológico ha sido dividida en: a) menores de un año; b) de 1 a 6 años; y c) de 7 a 10 años. De los 1,418 niños comprendidos en la encuesta, 730 fueron de sexo masculino y los 688 restantes de sexo femenino.

RESULTADOS

Resultados generales. De los 1,418 niños estudiados, 1,152 (81.2) tuvieron uno o más parásitos. En relación al sexo y la edad se obtuvo el siguiente resultado:

Se observa que entre los protezoarios el de mayor frecuencia fue la *E. coli* 650 (45.8%) y, el de menor, el *Balantidium coli* 3 (0.2%).

Entre los helmintos la mayor frecuencia correspondió a la *Hymenolepis nana* 162 (11.4%) y, la menor, a *Strongyloides stercoralis* 2 (0.1%) y *T. solium/saginata* 2 (0.1%). De los casos infectados con un solo parásito los que tuvieron mayor frecuencia fueron *Giardia lamblia* y el *Chilomastix mesnili*, con 80 casos cada uno (26.3%), siguiendo la *Endamoeba coli* 67 (22.0%).

De las principales asociaciones de parásitos, la de mayor frecuencia con dos parásitos corresponde a *E. coli* - *E. nana* 92 (18.2%), luego *E. coli* - *Ch. mesnili* 62 (11.9%) y *E. coli* - *G. lamblia* 33 (6.5%). Con tres parásitos observamos: *E. coli* - *E. nana* - *Ch. mesnili* 41 (17.0%), *E. coli* - *E. nana* - *G. lamblia* 28 (11.6%) y *E. coli* - *E. nana* - *H. nana* 14 (5.8%). En la asociación con cuatro parásitos, la mayor frecuencia corresponde a *E. coli* - *E. nana* - *I. butschlii* - *G. lamblia* 5 (6.9%). De los 26 casos con pentaparazitismo la asociación *E. coli* - *E. nana* - *Ch. mesnili* - *T. hominis* - *G. lamblia* la obtuvimos en cinco ocasiones (20.8%). De los cuatro casos con seis parásitos diferentes merece citarse el correspondiente a *E. coli* - *Ch. mesnili* - *T. hominis* - *H. nana* - *A. lumbricoides* - *T. dispar*. En estos casos de asociaciones de varios parásitos los respectivos porcentajes se han determinado teniendo en cuenta el número de casos en cada tipo de asociación.

Por la relación anterior se puede notar que el monoparasitismo es relativamente bajo (26.1%), en comparación con los casos infectados simultáneamente con dos o más parásitos (73.9%).

RESULTADO

Incidencia general del parasitismo intestinal en los niños. De acuerdo con los datos expuestos de 1.418 niños estudiados en edad pre-escolar 1,152 mostraron estar infectados con uno o más parásitos intestinales, lo que ofrece una incidencia de 81.2 por ciento. Si se tiene en cuenta que casi todos los niños examinados han sido aparentemente sanos y que el examen de las respectivas muestras de heces se realizó sin recurrir a pruebas especiales, hay que convenir que es alta la incidencia mencionada (2).

PAJUELO CAMACHO G, ROCA DANIEL L, PAREDES PEREZ B.
Estudio de entero parásitos en el Hospital de Emergencias
Pediátricas, Lima-Perú. Revista Médica Herediana. 2005 jul.

INTRODUCCIÓN

Las parasitosis intestinales, producidas por protozoos y helmintos, afectan a más de dos billones de la población mundial (1). Constituye un problema de salud pública, especialmente en países en vías en desarrollo (2) que mantienen altas tasas de prevalencia debido a las deficientes condiciones de saneamiento ambiental, insuficiente educación sanitaria y

a la falta de medidas de control y prevención adecuadas (3); asociado al nivel de vida de la población, tales como hacinamiento, analfabetismo, ruralidad y pobreza. Está bien establecido que en un país, la población con un nivel socioeconómico inferior, malos hábitos higiénicos y ausencia de conocimientos sobre transmisión y prevención de las enfermedades parasitarias presentan altos índices de parasitismo (4).

La alta prevalencia de infecciones parasitarias y poliparasitosis afecta la salud de los individuos, sobre todo de los niños quienes están expuestos constantemente a factores de riesgo y reinfección (3,5). Las malas condiciones sanitarias (ambientales, de infraestructura y educación) predisponen a esta población a un mayor riesgo de infección por protozoos y helmintos, lo cual tiene un efecto negativo en su crecimiento y desarrollo (6); así como en la función cognitiva y en la habilidad para el aprendizaje (1,3,5).

En el Perú, la parasitosis intestinal tiene alta prevalencia y reviste un problema de gran magnitud, ya que dentro de las diez principales causas de mortalidad se encuentran las enfermedades infecciosas intestinales con 7% del total (7). Se menciona que uno de cada tres peruanos es portador de uno o más parásitos en el intestino (8). La distribución de la parasitosis intestinal se presenta según las regiones geográficas del país (costa, sierra y selva). Diferentes estudios muestran un predominio de helmintos en la selva y de protozoos en la costa y sierra. Asimismo,

dentro de estas regiones existe variación de la infección parasitaria entre la población rural y urbana (3,5,6,9-12).

El objetivo del presente estudio fue describir y analizar la frecuencia de parasitosis intestinal en el Hospital de Emergencias Pediátricas, con la finalidad de incentivar la creación inmediata de estrategias de control y prevención para evitar el daño que causan los entero parásitos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal, durante los meses de mayo y junio de 2003 en el Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima, Perú. La población estudiada estuvo comprendida por todos los niños atendidos en los consultorios externos u hospitalización, a quienes se les solicitó examen parasitológico, y que acudieron al Laboratorio de Microbiología y Parasitología para su análisis respectivo. La muestra en estudio estuvo conformada por 108 pacientes pediátricos, cuyas edades fluctuaron entre 11 meses y 11 años. Se admitieron las muestras fecales de cada paciente, evacuadas espontáneamente el mismo día, libres de orina; se excluyeron del mismo, las muestras de niños contaminadas con orina por ser insuficientes. Se recolectó una muestra de heces por niño, en un envase de plástico, de boca ancha y tapa rosca, y debidamente rotulado con los datos del niño. Cada muestra fecal fue analizada mediante tres métodos parasitológicos:

examen directo, técnica de Faust y la Técnica de Sedimentación Espontánea en Tubo.

Técnica de Sedimentación Espontánea en Tubo (TSET).-Esta técnica fue adaptada por el Dr. Raúl Tello (13) del Instituto de Medicina Tropical Alexander von Humboldt, Lima, Perú. Se llevó a cabo de acuerdo con las adaptaciones realizadas por el mismo autor (13,14). Se separó aproximadamente 2-5 g de materia fecal y se homogenizó en 10 ml de solución salina hasta que se logró una suspensión adecuada. La mezcla fue vertida en un tubo cónico de plástico de 13 x 2,5 cm, de 50 ml de capacidad, filtrándola a través de gasa. Se completó el volumen final del tubo con más solución salina y se tapó herméticamente. Se agitó enérgicamente por 30 segundos y se dejó reposar por 45 minutos. Se eliminó el sobrenadante y se tomó con una pipeta una muestra del fondo del tubo. Se colocaron 3-4 gotas en dos láminas portaobjetos diferentes, agregándole gotas de solución salina y lugol a cada una. Finalmente, las láminas portaobjetos fueron cubiertas con laminillas de celofán de 6 x 2 cm., y se observó al microscopio (100X y 400X).

Para la recolección de información de datos del paciente y de los resultados del análisis de heces se utilizó una ficha parasitológica, especificando: nombre, edad, domicilio, etc., los cuáles fueron llenados por el médico solicitante y corroborados los mismos en el Laboratorio..

RESULTADOS

Cincuenta y cinco (50,9%) presentaron algún tipo de parásito intestinal, los cuales fueron diagnosticados por uno u otro método.

La frecuencia de entero parasitosis según género fue de 28,7% en el masculino y de 22,2% en el femenino, no encontrándose diferencia significativa. El entero parásito más prevalente fue *Blastocystis hominis* con 34,3%. Entre los helmintos, el de mayor frecuencia es *Áscaris lumbricoides* (6,5%). El tipo de parasitismo intestinal más frecuente fue el de protozoos (70%) seguido por helmintos (15%) y mixto (15%).

La técnica de sedimentación espontánea en tubo (TSET) mostró un mayor rendimiento en el diagnóstico de protozoos y helmintos en comparación con el examen directo y la técnica de Faust. Hubo diferencia significativa entre los métodos parasitológicos ($\chi^2 = 21,39$; $p < 0,001$) (3).

2.2 Marco Conceptual

1.1 ENFERMEDADES PARASITARIAS

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.

Es el estado latente o infestación, oculto bien tolerado por el huésped, que convive con el parásito en un estado de equilibrio y armonía, que no produce síntomas y que por lo tanto, es un hecho accidental.

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.

1.1.2. Los más frecuentes son:

AMEBIASIS. Es una enfermedad parasitaria intestinal de tipo alimenticia muy extendido en climas cálidos y tropicales. Cuando invade el intestino, puede producir disentería, aunque también puede extenderse a otros órganos.

AGENTE ETIOLOGICO: Ameba Entamoeba Histolytica.

MECANISMO DE TRANSMISIÓN.- El parásito se adquiere por lo general en su forma quística a través de la ingestión oral de alimentos o líquidos contaminados **CICLO BIOLÓGICO.-** Los Trofozoitos móviles se liberan a través de los quistes del intestino delgado, donde permanecen como

comensales inofensivos en la mayor parte de los pacientes. Tras enquistarse se eliminan en heces y pueden sobrevivir durante varias semanas en un ambiente húmedo. En algunos pacientes, trofozoítos invaden o bien la mucosa intestinal (colitis sintomática) o bien el torrente sanguíneo (abscesos en hígado, pulmones, cerebro). Los trofozoítos pueden no enquistarse en pacientes con disentería activa, y frecuentemente aparecen trofozoítos hematófagos móviles en las heces frescas. Sin embargo los trofozoítos se destruyen rápidamente por exposición al aire o al ácido del estómago y, por lo tanto, no pueden causar infección (4) (5).

SÍNTOMAS. La enfermedad desarrolla dos fases: Fase aguda: es la más grave, y puede durar de semanas a meses. El enfermo presenta fuertes dolores abdominales y heces sanguinolentas. Fase crónica: puede durar años, y si no se trata puede llevar a la muerte. En este caso, se alternan diarreas leves con estreñimiento. Si la enfermedad se agrava, se pueden producir complicaciones, tales como perforaciones del intestino o amebiasis cutánea (úlceras alrededor del ano cuando la disentería amebiana es muy intensa) o puede conducir a la formación de abscesos en el hígado, los pulmones, y con menos frecuencia en el corazón; en casos raros puede incluso alcanzar y lesionar el cerebro. **DIAGNÓSTICO.** Debido a que los quistes no son expulsados continuamente, puede ser necesario realizar un mínimo de 3 muestras coproparasitarias para su determinación. En las infecciones sintomáticas, la forma vegetativa o

trofozoíto puede ser observada en las heces frescas. Los exámenes serológicos existen y la mayoría de los individuos resultarán positivos para la presencia de anticuerpos, tengan o no sintomatología.

GIARDIASIS. La Giardiasis es una enfermedad diarreica es un parásito microscópico unicelular que vive en el intestino de las personas (intestino delgado en su porción anterior (duodeno). Este parásito está protegido por una cobertura exterior que le permite sobrevivir fuera del cuerpo y en el medio ambiente por largos períodos.

AGENTE ETIOLOGICO: Giardia intestinalis

MECANISMO DE TRANSMISIÓN.- La vía es fecal-oral y se produce por la ingestión de elementos contaminados con materia fecal del hombre o de la mayoría de los vertebrados, que actúan como reservorios para la infección en el hombre.

CICLO BIOLÓGICO: Ingestión del quiste desenquistamiento en duodeno Trofozoítos en duodeno y yeyuno, Adhesión de los quistes a la mucosa. Fisión binaria longitudinal, Daño en la mucosa, Enquistamiento, Salida en heces desde huésped.

SÍNTOMAS.-Pueden ser desde inexistentes hasta presentar una sintomatología grave. En caso de que la infección curse con síntomas, estos aparecen tras un período de incubación que dura en torno en diarreas mucosas, sin restos de sangre y anorexia.

AGENTE ETIOLOGICO MECANISMO DE TRANSMISIÓN: oral y se produce por la ingestión de elementos contaminados con materia fecal del hombre o de la mayoría de los vertebrados, que actúan como reservorios para la infección en el hombre. (24) Ingestión del quiste Desenquistamiento en duodeno Trofozoítos en duodeno y yeyuno Adhesión de los quistes a la mucosa Fisión binaria longitudinal Daño en la mucosa Salida en heces desde huésped Fecalismo ambiental Ingestión del quiste por parte de un huésped susceptible .(29) Pueden ser desde inexistentes hasta presentar una sintomatología grave. En caso de que la infección curse con síntomas, estos aparecen tras un período de incubación que dura en torno a 1-3 semanas, y consisten principalmente mucosas, sin restos de sangre y meteorismo, dolor abdominal Página 37 oral y se produce por la ingestión de elementos contaminados con materia fecal del hombre o de la mayoría de los vertebrados, que actúan Pueden ser desde inexistentes hasta presentar una sintomatología grave. En caso de que la infección curse con síntomas, estos aparecen tras un período de 3 semanas, y consisten principalmente , dolor abdominal y anorexia.

En los casos más severos se puede llegar a producir el síndrome de malabsorción. Está caracterizada por la aparición de esteatorrea (heces grasas y copiosas) y, posteriormente, de deficiencia proteica y vitamínica. La duración de la fase aguda de la infección es de unos 3 ó 4 días y va desapareciendo a medida que actúa el sistema inmunitario del hospedador a través de los linfocitos T (5).

DIAGNÓSTICO.- Ante la presencia de síntomas característicos y elementos epidemiológicos conclusivos, se suele hacer un examen de heces, por la observación directa de los quistes ovoides de doble membrana bajo el microscopio, aunque éstos no son visibles sino solo en aproximadamente el 50% de los pacientes infectados, de lo cual se deduce que un examen negativo no excluye la infección por giardia. La sensibilidad aumenta si estos estudios se hacen seriados

ASCARIASIS. Prevalece en zonas de mayor desnutrición y las condiciones socioeconómicas bajas. Existen con mayor frecuencia en niños, aunque no es raro encontrarla en los adultos. Los machos miden 15 a 31 cm y las hembras 20 a 35 cm o más de longitud (5).

AGENTE ETIOLÓGICO: *Áscaris lumbricoides* **MECANISMO DE TRANSMISIÓN** Ingestión de huevos embrionados, excretados en las heces de los enfermos, que contaminan la tierra, agua, alimentos, manos, y juguetes.

CICLO BIOLÓGICO Huevo larvado, Ingestión, Intestino delgado , Eclosión, larvas libres, Penetración en la pared intestinal,Circulación portal, Hígado, corazón derecho, Vasos pulmonares, Tejido interalveolar, Alveolos, Vías respiratorias,Faringe, deglución, Esófago, intestino delgado, Adultos maduros, Ovoposición, Huevos en heces.

SÍNTOMAS: En ocasiones es asintomático, en parasitosis moderadas hay palidez, hiporexia, geofagia, diarrea, y expulsión de gusanos adultos por vía rectal, en casos de parasitosis masiva se observan complicaciones que requieren manejo quirúrgico, como la suboclusion intestinal, o alguno de ellos puede introducirse e vías biliares o migración errática a vesícula etc. **DIAGNÓSTICO:** Coproparasitoscópico 3 muestras.

MEDIDAS PREVENTIVAS: Saneamiento del hogar y la comunidad. Eliminación adecuada de la materia fecal. Tratamiento a los enfermos. Lavado de manos antes y después de ir al baño, Aseo de juguetes que los niños se llevan a la boca. Higiene personal, Evitar el fecalismo al ras del suelo. Construcción de letrinas. o Campanas para mejorar la vida de la población. Consumir agua potable y hervida o clorarla. Evitar comer alimentos en la calle. Lavar y desinfectar frutas y verduras (5).

OXIURUS

AGENTE ETIOLÓGICO: *Enterobius vermiculares*.

MECANISMO DE TRANSMISIÓN: La transmisión se hace por las manos sucias de los enfermos, (ano-boca) o contaminación por alimentos o bebidas o también a través de la ropa personal o del parásito.

CICLO BIOLÓGICO Huevo larvado Ingestión intestino delgado Eclosión larva libre Región cecal Adultos maduros Fecundación Migración de la hembra Región anal Ovispación Huevo libre En 6 horas esta larvado

SÍNTOMAS: Prurito anal, insomnio, irritabilidad, dolor abdominal diarrea expulsión de gusanos por vía rectal, en las niñas, hay manifestaciones locales que van desde prurito vulvar y flujo vaginal hasta datos de infección de vías urinarias o enuresis. También es posible que el parásito migre al apéndice cecal que presente un cuadro de apendicitis y que requiera un tratamiento quirúrgico (5).

MEDIDAS DE PREVENTIVAS: Saneamiento ambiental, Detección y tratamiento. de cama, cuando existe hacinamiento y promiscuidad, por migración retrograda Huevo larvado Ingestión intestino delgado u libre Adultos maduros Migración de la hembra En 6 horas esta larvado. (29) Prurito anal, insomnio, irritabilidad, dolor abdominal diarrea expulsión de gusanos por vía rectal, en migración al aparato genitourinario, especialmente en las niñas, hay manifestaciones locales que van desde prurito vulvar y flujo vaginal hasta datos de infección de vías urinarias o enuresis. También es posible que el parásito migre al apéndice cecal y que presente un cuadro de apendicitis y que requiera un tratamiento quirúrgico (5).

MEDIDAS DE PREVENTIVAS: Saneamiento ambiental Detección y tratamiento. Control periódico en guarderías e internados. Lavado de manos antes de comer y después de ir al baño. Lavado de ropas personales y de cama con agua caliente. Instalación de letrinas en medio rural. Promoción de la salud.

INTERVENCION DE ENFERMERIA.-las Intervenciones (actividades o acciones enfermeras), son las encaminadas a conseguir un objetivo previsto, de tal manera que en el Proceso de Atención de Enfermería, debemos de definir las Intervenciones necesarias para alcanzar los Criterios de Resultados establecidos previamente, de tal forma que la Intervención genérica, llevará aparejadas varias acciones.

Se define como una Intervención Enfermera a "Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente".

Las Intervenciones de Enfermería pueden ser directas o indirectas.

Una Intervención de Enfermería directa es un tratamiento realizado directamente con el paciente y/o la familia a través de acciones enfermeras efectuadas con el mismo. Estas acciones de enfermería directas, pueden ser tanto fisiológicas como psicosociales o de apoyo (6)

2.3. Definición de términos:

- a) **Tamizaje.**- Las pruebas de tamizaje son mediciones para establecer quién puede padecer cierta enfermedad y quién no, en cualquier momento de la vida de un ser humano.

b) **-Intervención de enfermería.-** Es una acción basada en fundamentos científicos que se realizan para beneficiar al niño o comunidad de un modo predecible. Que las intervenciones de enfermería o estrategias zona actividades de enfermería que están relacionados con el diagnóstico de enfermería específico y que una enfermera realiza para conseguir los objetivos del paciente.

c) **Parasito.-** Un parásito es un organismo que vive a expensas de un hospedador, si bien el ámbito de la Parasitología se circunscribe a aquellos organismos eucariotas, tanto unicelulares como pluricelulares, que han elegido este modo de vida. Aun así, quizás pueda sorprender el hecho de que existen muchos más organismos parásitos que organismos de vida libre, aun excluyendo a los virus y muchos grupos de bacterias y hongos que también son parásitos estrictos en cuanto a su modo de vida. Por tanto, hay que concluir que el parasitismo es un modo de vida exitoso y como tal ha surgido en todos los grupos evolutivos eucariotas: protistas, animales y plantas.

d) **Niños menores de cinco años.-** Infantes de la misma edad que habitan en una comunidad o caserío.

II. EXPERIENCIA PROFESIONAL

2.1. Recolección de datos

La recolección de datos para el presente informe se realizara de la fuente de información de HIS. Minsa del Centro de Salud Chalhuhuacho, registro de atenciones intramural, registro de análisis de laboratorio, Historia Clínica del Niño.

3.2. Experiencia Profesional.

Mi experiencia Profesional inicia con el SERUMS, en el año 2003 al 2004, en el Puesto de Salud de Mara Provincia de Cotabambas, departamento de Apurímac desempeñándome como responsable en Area niño llevando la estrategia de Inmunizaciones , Crecimiento y desarrollo con mucha responsabilidad durante un año.

Luego Continúo trabajando en el hospital Tambobamba desde setiembre del 2007 hasta diciembre del año 2011 y luego paso a trabajar en el centro de salud chalhuhuacho desde 01 enero del 2012 hasta la actualidad continuo despeñándome en el Centro de Salud Chalhuhuacho en la Coordinación de Área Niño cumpliendo las estrategias con responsabilidad y mucho esmero para cumplir las metas e indicadores programadas FED.

3.3. Procesos realizados en el tema del informe.

El centro de salud de Challhuahuacho, que atiende a una población de 9234 habitantes y entre ellos 322 niños menores de 5 años de los cuales el 88% de niños se encuentran parasitados de acuerdo al reporte del año 2015, los esfuerzos para mejorar esta problemática han sido varios con mis años de experiencia y conociendo las características de la población es que se observa el incremento de casos de parasitosis en niños menores de cinco años, por falta saneamiento ambiental, por incremento de población por la minería en esa zona, frente a esto mi labor como enfermera fue realizar los tamizajes parasitológicos a todo los niños menores de cinco años de acuerdo a la normativa de crecimiento y desarrollo, se realiza sesiones educativas y sesiones demostrativas en lavado de manos, visitas de seguimiento, administración de profilaxis antiparasitaria, para las familias de niños menores de cinco años en lavado de manos, consumo de agua segura.

Siendo los procesos realizados:

- -Proceso de tamizaje Parasitológico a todos los niños menores de cinco años.
- Proceso de administración de profilaxis antiparasitaria de acuerdo a la Normativa del Minsa.
- Proceso de sesiones demostrativas en lavado de manos dirigido a madres de familia de niños menores de cinco años.

- Proceso de implementación de lavaderos de manos en los lugares estratégicos del Centro de Salud.
- Proceso de Sesiones educativas en entorno saludable y consumo de agua segura a familias de niños menores de cinco años.

APORTES E INNOVACIONES. -Con los años de trabajo en el centro de salud Challhuahuacho, se logró la disminución de la parasitosis intestinal durante el año 2017, esto se debe al trabajo multidisciplinario del equipo básico, implementación de bebedero para niños menores de cinco años, en el consultorio de enfermería, implementación de bidones para lavado de manos en lugares estratégicos.

LIMITACIONES. -Durante el periodo de mi experiencia profesional en el servicio de enfermería la dificultad que tenemos es que no contamos con material de escritorio con el kit de sesiones demostrativas para lavado de manos y la brecha de recursos humanos en todos los servicios.

III. RESULTADOS

CUADRO No 4.1

PORCENTAJE DE TAMIZAJE PARASITOLÓGICO DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DE CHALLHUAHUACHO DE LA RED DE SALUD COTABAMBAS -APURIMAC DE LOS AÑOS 2015 - 2017"

AÑOS	META	TAMIZAJES	%
2015	320	0	0%
2016	321	210	65%
2017	322	312	96%

Fuente: Reporte HIS MIS Centro de Salud Chalhuahuacho.

En el cuadro 4.1 vemos que, en el año 2015, no se realizaron tamizajes ya que en el centro de Salud de Chalhuahuacho no se contaba con biólogo.

En los años 2016 y 2017 los porcentajes de tamizajes se realizaron en 65% de los niños y en el año 2017 96%.

CUADRO No 4.2

PORCENTAJE DE NIÑOS CON PARASITOSIS EN MENORES DE 5 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DE CHALLHUAHUACHO DE LA RED DE SALUD COTABAMBAS -APURIMAC DE LOS AÑOS 2015 - 2017”

AÑOS	META	PARASITOSIS	%
2015	320	283	88%
2016	321	260	80%
2017	322	22	7%

Fuente: Reporte HIS MIS

En el cuadro 4.2 vemos que, en el año 2015, de acuerdo al informe HIS-MINSA, se tuvo un buen porcentaje de niños con parasitosis, porque en el 2015, hubo una prevalencia mayor de parasitosis en un porcentaje de 88%, y en los años 2016 y 2017 bajo a coberturas bajas en un 7%.

CUADRO NRO. 4.3

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE NIÑOS CON PARASITOSIS.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION DE NIÑOS CON PARASITOSIS Y GRADO DE INSTRUCCION DE SUS MADRES										
CARACTERISTICAS DE LA POBLACION DE NIÑOS CON PARASITOSIS		TOTAL NIÑOS	AÑO 2015		TOTAL NIÑOS	AÑO 2016		TOTAL NIÑOS	AÑO 2017	
			NRO	%		NRO	%		NRO	%
SEXO	MASCULINO	283	150	53.00%	260	135	52%	22	13	59%
	FEMENINO		133	46%		125	48%		9	40%
SERVICIO DE AGUA Y DESGUE		283	132	46%	260	150	57%	22	12	50%
ESCOLARIDAD DE LA MADRE			180	63%		168	64%		16	72
ILETRADA			53	18%		58	22%		4	18%
PRIMARIA			50	17%		57	21%		2	9%
SECUNDARIA										

Fuente: Historias clínicas y fichas de tamizaje.

En el cuadro 4.3 las características de la población de niños que tuvieron parásitos, el sexo predominante es el sexo masculino en el año 2015 53% de niños varones presentaron parasitosis seguido por el año 2016 con un porcentaje de 52%, y 2017 59%, cuentan con servicio de agua y desagüe en el año 2015 contaron con este servicio 48% de niños, a pesar de eso presentaron parasitosis en el tamizaje laboratorial, además los niños proceden de madres iletradas en un buen porcentaje.

IV. CONCLUSIONES

- a) Los tamizajes en niños menores de cinco años para detectar parasitosis se incrementaron en los años 2016 y 2017, y gracias a estos tamizajes se logró dar tratamiento oportuno antiparasitario a los niños y realizar actividades preventivas promocionales con la finalidad de disminuir la prevalencia de la parasitosis en el centro de Salud Challhuahuacho,

- b) Se brinda acciones de promoción de la salud a las familias de niños detectadas con parasitosis y se da tratamiento oportuno por lo tanto se logra la disminución de la parasitosis en los años 2016 y 2017.

- c) En cuanto a las actividades preventivo promocionales , durante los años 2015-2017 las actividades extramurales se incrementaron de acuerdo a la programación de las metas físicas, lo cual indica que las visitas domiciliarias a familias de niños menores de 5 años se está realizando año en año con mayor frecuencia.

V. RECOMENDACIONES.

- a) Se recomienda que se tiene que realizar los tamizajes de acuerdo a la normativa vigente del Minsa, con el objetivo de seguir disminuyendo la prevalencia de la parasitosis en la jurisdicción del centro de salud Challhuahuacho.

- b) A los coordinadores de área niño realizar las orientaciones y consejería en la importancia de realizar los tamizajes parasitológicos a todo los niños menores de cinco años.

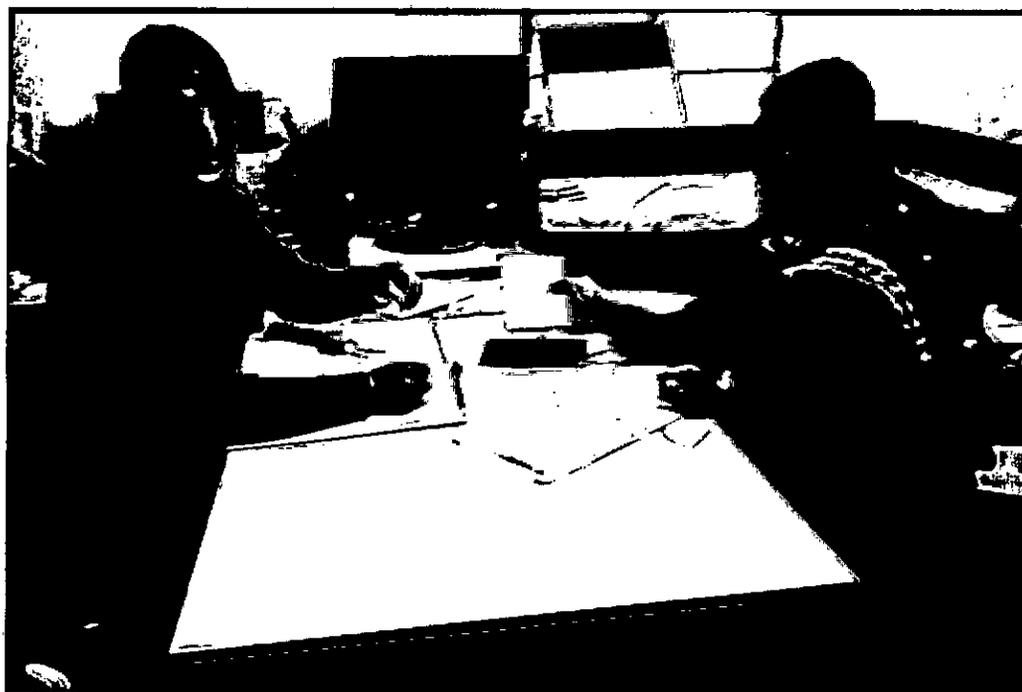
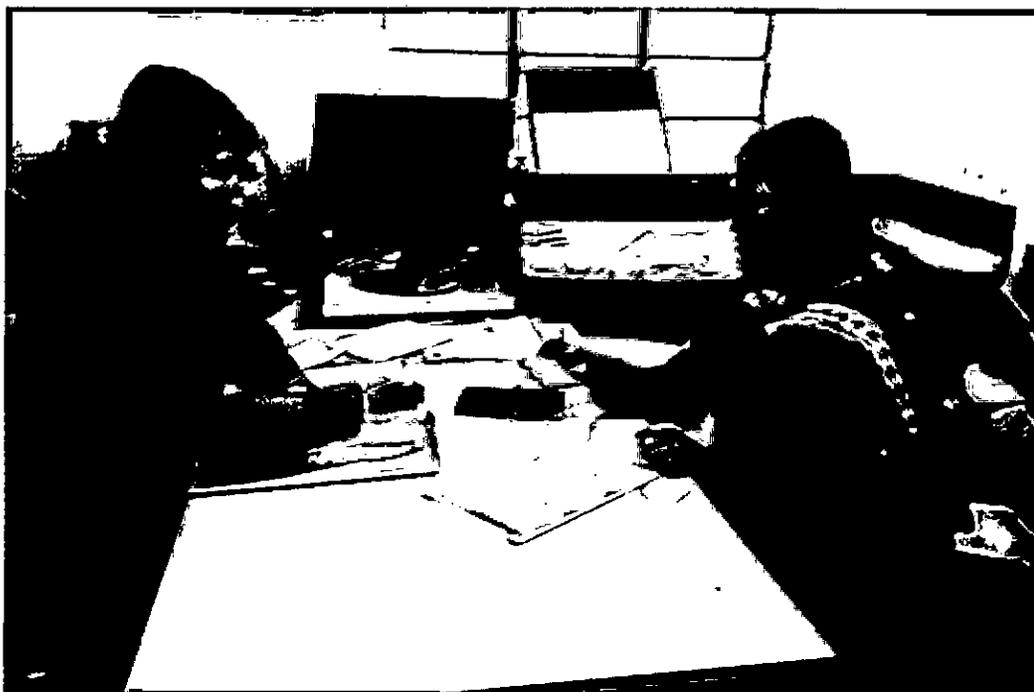
- c) Sugiero que se brinde capacitaciones a las madres de familias en lavado de manos consumo de agua segura, y el cumplimiento del control oportuno de crecimiento y desarrollo para que se pueda realizar los tamizajes de parasitosis en momentos oportunos.

VI. REFERENCIALES

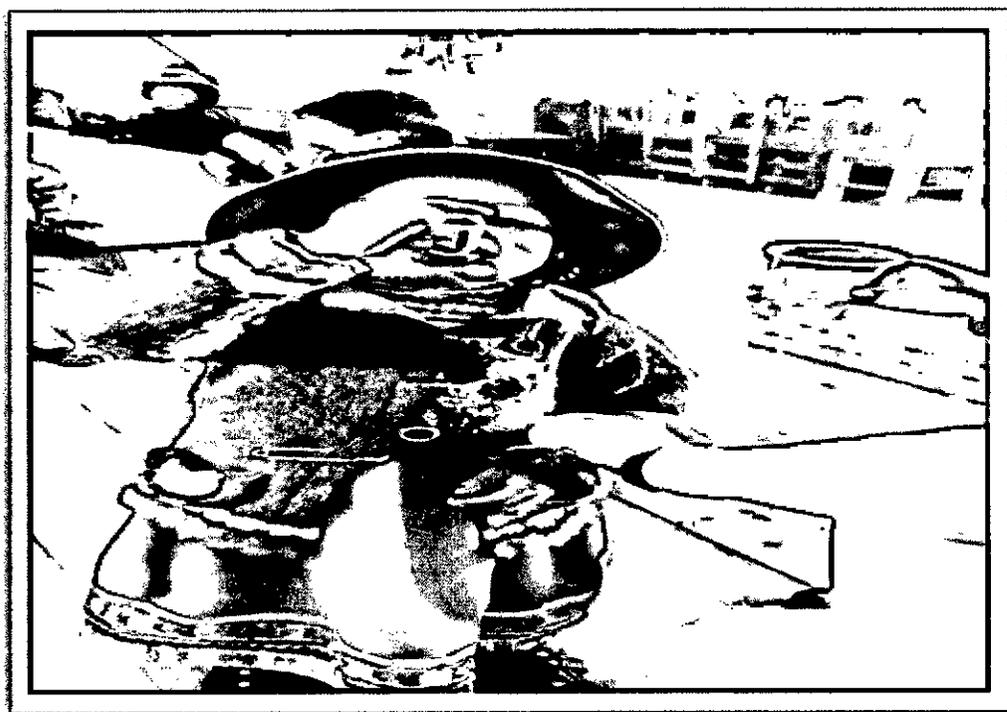
1. Pino JRMD. Parasitosis intestinal en preescolares y escolares atendidos en el centro médico EsSalud de Celendin, Cajamarca. Horizonte Médico. 2016 jul./set; vol.16(Nro 3).
2. Campos MTPyE. Encuesta de parasitosis intestinal en niños de edad pre escolar en la ciudad de Arequipa. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 1960 sep.; v.13 (Nro 1-2).
3. Pajuelo Camacho G, Roca Daniel L, Paredes Perez B. Estudio de enteroparásitos en el Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima-Perú. Revista Medica Herediana. 2005 jul./set.; 16(3).
5. NUÑEZ ZUÑIGA AL, ROMERO BUENANO LL. insidencia de la paraistosis de los niños de la escuela fiscal mixta. [Online].; 2011 [cited 2018 agosto 22. Available from: HYPERLINK "C:\\Users\\user\\Desktop\\EMPASTADOS APURIMAC 47\\dspace.unach.edu.ec\\bitstream\\51000\\75\\1\\UNACH-EC-MEDI-2011-0018.pdf.pdf" dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/75/1/UNACH-EC-MEDI-2011-0018.pdf.pdf .
6. Méndez-Castillo JA, Alzate-Posada ML. Conocimiento de las oportunidades perdidas de vacunación en profesionales no PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones) de Bogotá, D.C. Revista de la facultad de medicina. 2016 ene./mar; 64(1).

ANEXOS

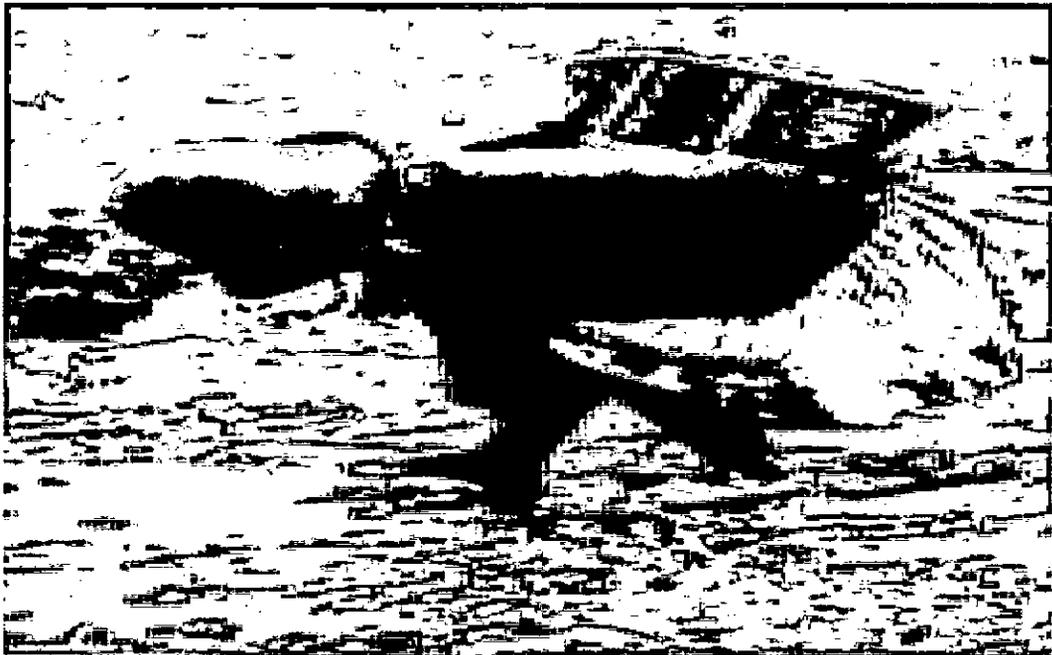
TAMIZAJE LABORATORIAL CENTRO SALUD CHALLHUAHUACHO.



FUENTE: ELABORACION PROPIA, 2017



FUENTE: ELABORACION PROPIA, 2017



FUENTE: ELABORACION PROPIA, 2017