



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**

**DISMINUYENDO LA PARASITOSIS EN NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS DEL PUESTO DE SALUD
CAMBIO PUENTE–CHIMBOTE, 2017**

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

**AUTORA:
LIC. ENF. ROSA SILVIA VELASQUEZ OBREGON**

**ASESORA:
Mgtr. ELSA LIDIA PALACIOS CARRANZA**

CHIMBOTE - PERÚ

2018

JURADO EVALUADOR

Mgrt. Susana Valentina Charcape Benites

Presidenta

Mgrt. Nelly Apolinar Gonzales

Secretaria

Mgrt. Betsi Margaret Pozo Cusma

Miembro

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a todos mis maestros ya que ellos me enseñaron valorar los estudios y a superarme cada día, también agradezco a mis padres porque ellos estuvieron en los días más difíciles de mi vida como estudiante.

Y agradezco a Dios por darme la salud que tengo, con la que puedo pensar muy bien y además un cuerpo sano.

Estoy seguro que mis metas planteadas darán fruto en el futuro y esforzándome cada día para ser mejor y en todo lugar sin olvidar el respeto que engrandece a la persona.

Agradecer a las Docentes y especialmente a la docente tutora por su Apoyo y Comprensión.

DEDICATORIA

El trabajo de investigación monográfico lo dedicamos a nuestros padres; a quienes les debemos todo lo que tenemos en esta vida. A Dios, ya que gracias a él tenemos esos padres maravillosos, los cuales nos apoyan en nuestras derrotas y celebran nuestros triunfos.

A nuestros profesores quienes son nuestros guías en el aprendizaje, dándonos los últimos conocimientos para nuestro buen desenvolvimiento en la sociedad.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
I. PRESENTACION	01
II. HOJA RESUMEN	03
2.1. Título del Proyecto	03
2.2. Localización	03
2.3. Población Beneficiaria	03
2.4. Institución que lo Presenta	03
2.5. Duración del Proyecto	04
2.6. Costo Total	04
2.7. Resumen	04
III. JUSTIFICACION	05
IV. OBJETIVOS	27
V. METAS	27
VI. METODOLOGIA	28
6.1. Líneas de acción y/o estrategias de intervención	28
6.2. Sostenibilidad del proyecto	36
VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACION	37
VIII. RECURSOS REQUERIDOS	45
IX. CRONOGRAMA DE EJECUCION DE ACCIONES	52
X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES	57
XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES	57
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	58
ANEXOS	61

I.- PRESENTACIÓN

La parasitosis en niños y niñas causan morbilidad y mortalidad; con una sintomatología que puede variar desde trastornos digestivos y nutricionales, anemia y varias complicaciones. Estas afecciones de los parásitos están muy relacionadas con algunas condiciones ambientales y socioeconómicas, las situaciones que incrementan su riesgo son; la alimentación contaminada, condiciones de vivienda precaria que tiene contacto con tierras contaminadas, saneamiento inadecuado, uso de agua contaminada, y sobretodo desconocimiento de higiene en la preparación y almacenamiento de alimentos.

La parasitosis en niños como problema de salud tiene su relación con el desarrollo en forma anormal del niño, ocasionando discapacidades de tipo psicomotor que tienen dificultad en su relación con el entorno, estados de anemia, carencia nutricional (en especial de vitaminas), disminuye su capacidad de aprendizaje y desarrollo intelectual, etc. (1).

El abastecimiento de agua potable insuficiente e inadecuada que implican riesgos, representa un problema constante sobre la salud de la población mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 80% de todas las enfermedades en el mundo son causadas por uso de agua

y saneamiento inadecuado, siendo una de las causas principales de enfermedades y muertes en los niños(2)

Las dimensiones de impactos a la salud en la población precisa de no tener acceso al agua en buenas condiciones y a pesar de las dificultades para el acceso el agua siguen siendo unos de los problemas de salud pública en la población. Para ello se organiza los esfuerzos que contribuyan a la satisfacción de las necesidades básicas para toda la población .

El presente trabajo académico denominado “Disminuyendo la parasitosis en niños menores de 5 años del Puesto de Salud Cambio Puente – Chimbote, 2017”; Se desarrolló con el objetivo de Disminuir la parasitosis en niños menores de 5 años del Puesto de Salud Cambio Puente – Chimbote; para ello se accedió a diferentes investigaciones realizadas por organismos gubernamentales y no gubernamentales, sociedad civil y personas entendidas en el tema.

El presente trabajo académico, especifica la metodología de cómo llegamos al problema, el planteamiento de objetivos y plan de trabajo. Se utilizó el Modelo de Proyectos de Inversión del SNIP y del autor Bobadilla. Esperando que sea de gran utilidad para el personal de salud y para todos los profesionales que quieren mejorar esta problemática.

II.- HOJA RESUMEN

2.1.- TITULO DEL TRABAJO ACADEMICO

“Disminuyendo la parasitosis en niños menores de 5 años del Puesto de Salud Cambio Puente – Chimbote, 2017”.

2.2.- LOCALIZACION:

Distrito : Chimbote
Provincia : Santa
Departamento : Ancash
Región : Ancash

2.3.- POBLACION BENEFICIARIA:

- **Beneficiarios Directos:** Población usuaria de los diferentes sectores de la Comunidad de Cambio Puente.
- **Beneficiarios Indirectos:** Los profesionales de salud que laboramos en el P.S .Cambio Puente.

2.4.- INSTITUCIÓN QUE LO PRESENTA:

- Red de Salud Pacífico Norte
- P.S. Cambio Puente

2.5.- DURACION DEL PROYECTO: 2 años

- Fecha Inicio : Mayo 2017
- Fecha Término : Mayo 2019

2.6.- COSTO TOTAL : S/. 47.778.24

2.7.- RESUMEN:

El presente trabajo académico denominado “Disminuyendo la parasitosis en niños menores de 5 años del Puesto de Salud Cambio Puente – Chimbote, 2017”, nace a raíz de la problemática de la jurisdicción relacionada con el incremento de casos de parasitosis en niños menores de 5 años, considerando que estos problemas persisten por la inadecuada práctica de alimentación, higiene personal, eliminación de excretas y personal desactualizado en manejo de casos con parasitosis.

Por ello, el presente trabajo, busca disminuir la incidencia de parasitosis en niños menores de 5 años del Puesto de Salud Cambio Puente; a través de líneas de acción como gestión, capacitación, educación y comunicación y con la actualización del personal en manejo de casos de parasitosis infantil; que permita mejorar las intervenciones en la adecuada práctica de alimentación, higiene personal y eliminación de excretas con conocimiento de educación sanitaria en la familia e información masiva a la población.

Como profesional de enfermería espero contribuir al mejoramiento de la salud infantil con practica de estilos de vida saludables en las familias.

III.- JUSTIFICACION

En el Puesto de Salud Cambio Puente existe un problema de salud pública y están relacionados con la parasitosis por la carencia de servicios básicos como; el agua y el alcantarillado son unas de las causas de contraer las parasitarias intestinales una de las infecciones más comunes a nivel mundial y de mayor prevalencia en las comunidades empobrecidas de los países en desarrollo (3).

La parasitosis intestinal es un problema que afecta a los países llamados del 3er mundo y también a los que tienen altos desarrollos. Una gran parte de la población rural y urbano marginal, producto de la exposición a diversos factores de riesgo; la inadecuada manipulación de alimentos, consumo de agua no hervida, falta de higiene, hacinamiento y acumulación de residuos sólidos, así mismo porque abunda la pobreza y el analfabetismo.

Debido que en nuestro país existe un crecimiento acelerado de la población, el control sanitario no es adecuado; menos aún la prevención, se registran con mayor incidencia de parasitosis intestinal en las diversas zonas (3).

La parasitosis intestinal se transmite a través de la contaminación del suelo y las bacterias contaminan; las manos, agua y alimentos, es el modo frecuentemente para la diseminación de los protozoos.

Los factores que favorecen la transmisión, de parasitosis pueden ser: La distribución geográfica, contaminación fecal, insuficiente educación básica, agua contaminada, y situación socioeconómica.

Los efectos del parasitismo dependen de muchos factores: Edad, dieta, factores genéticos y susceptibilidad. Para contrarrestar los parásitos internos pueden ser de naturaleza mecánica como fagocitosis o pueden ser más estrictamente de naturaleza química, tales como: La toxina "ascarón" ha sido aislada del gusano redondo *Áscaris* (3)

Esta toxina ocasiona síntomas alérgicos en el hombre especialmente en los niños y puede ser la toxina responsable de los cambios patológicos en el sistema nervioso central también puede dificultar la reabsorción de vitaminas. *Dibothriocephalus latus* por ejemplo, se absorbería casi la mitad de una dosis oral de vitamina B12.

La prevención de cualquier enfermedad infecciosa exige que se interrumpa su ciclo de transmisión. Las enfermedades relacionadas con el agua o con el saneamiento pueden tener ciclos de transmisión complejos.

Para evitar diversas enfermedades será preciso fortalecer las intervenciones múltiples como; La higiene personal que tiene gran importancia en la lucha contra los gérmenes (parásitos, las infecciones cutáneas y piojos) (4).

Evidentemente contar con el abastecimiento de agua potable favorecerá las posibilidades de mantener una higiene personal y doméstica correcta.

Por otra parte, la reinfección frecuente en los pacientes tratados agrava todavía más la situación, en relación con el parasitismo (4).

Las parasitosis son producidas por huevos de microorganismos que se encuentran en el ser humano y algunos de ellos se muestran en las heces

Para que un organismo pueda desarrollar la parasitosis, el huésped debe conservar los procesos metabólicos adecuados que permitan sobrevivir y mantener al parásito para que se lleve a cabo su desarrollo (5).

Las enfermedades parasitarias a menudo van acompañadas por las infecciones intestinales y digestivas en las personas. También vuelve a presentarse a lo largo de todas las fases de la vida de un organismo (5).

Los parásitos reciben el nombre de hospedador volviendo a producir en algunos de los 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), presentan dos grandes grupos:

1. Nematodos o gusanos cilíndricos, no segmentados y con sexos separados.
2. Platelminos o gusanos planos, segmentados o no, y hermafroditas (6)

Vuelve a desarrollarse en otro huésped que no sea el adecuado por varias circunstancias, tales como:

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

B. Resistencia del huésped; puede modificar sus tejidos y alterar su metabolismo durante su adaptación al parásito, puede modificar sus tejidos y alterar su metabolismo durante su adaptación (6).

Entre los factores de riesgo tenemos:

- La mayor parte de las parasitosis atacan al aparato digestivo del ser humano.
- Se originan por los malos hábitos y costumbres higiénicas deficientes como la práctica del fecalismo en el suelo, la presencia de estas parasitosis en el ser humano favorecen que pueden ser biológicos y físicos como temperatura, precipitación, humedad, suelo, etc. (7).

Algunos factores de riesgo para contraer parásitos intestinales son:

- Inadecuada higiene de los alimentos.
- Consumir carnes a medio cocer o no frescas.
- Ingerir comidas en la calle o en lugares sucios.
- Criar animal dentro de la casa.
- No lavarse bien las manos después de ir al baño y antes de tocar, preparar o ingerir alimentos.
- Consumir paletas heladas, raspados y otros productos elaborados con agua de dudosa procedencia

También el nivel socio-económico tiene gran influencia debido a que las personas no cuentan con los servicios Básicos, vivienda adecuada, las cuales no cubren todas sus necesidades. (7).

En adaptaciones biológicas tenemos que durante la aparición de las especies los parásitos han sufrido transformaciones morfológicas y fisiológicas para poder adaptarse a su vida parasitaria. La mayoría no posee

órganos de los sentidos desarrollados y el sistema nervioso es rudimentario. Las cuales han adquirido órganos de fijación como ventosas, ganchos. Es reproductor de los helmintos ocupando la capacidad de producir huevos es muy grande (8).

Los parásitos afectan al organismo humano de maneras muy diversas en las cuales los parásitos causan daño a sus huéspedes y son:

Mecánicos. Son producidos por obstrucción y compresión la cual se alojan en conductos del organismo, como en la obstrucción del intestino o vías biliares por adultos de áscaris. (8).

Traumáticos. Los parásitos pueden causar traumatismo en los sitios en donde se localizan, que introduce su extremo anterior en la pared del colón.

Bioquímicos. Algunos parásitos producen sustancias tóxicas o metabólicas que tienen la capacidad de destruir tejidos. En esta categoría se encuentran las sustancias líticas producidas por Entamoeba histolytica.

Inmunológicos. Los parásitos y sus productos de excreción derivados del metabolismo, producen reacción de hipersensibilidad inmediata o tardía, (8).

Durante el ciclo de vida de los parásitos el proceso que cumplen los parásitos para llegar a desarrollarse en huésped.

El ciclo de vida más simple que permite a los parásitos dividirse en el interior del organismo, para aumentar su número y a su vez producirse, existe principalmente en los protozoos intestinales (8).

Los parásitos pueden clasificar de distintas maneras en endoparásitos y ectoparásitos.

Algunas de las clasificaciones es la de parásitos obligatorios son aquellos que únicamente pueden tener vida parasitaria (ej. *Trichinella*) y facultativos los que en determinadas circunstancias viven (Ej. *Strongyloides*) (8).

La mayoría de los parásitos son de importancia médica de tipo permanente y obligatorio. La cual causan lesiones en el ser humano, los parásitos pueden dividirse en patógenos (ej. *Plasmodium*) y no patógenos (ej. *Entamoeba coli*) (8).

Los protozoarios ingresan por la ingesta de agua y alimentos contaminados.

En los países con una prevalencia baja y principal del nivel socio-económico bajo en los cuales las condiciones dietéticas e higiénicas de la población son deficientes (9).

La Entamoeba Histolytica es un parásito protozooario unicelular que ocasiona una infestación a nivel mundial.

Es diminuta mide 10-20 micras, es móvil a patógena, mononuclear, vive en la luz intestinal, puede contener restos de bacterias, tiene forma quística con 10-25 micras de tamaño que vive en el colón. También tiene la forma magna o trofozoito, Es patógena mide 6-65 micras, posee un núcleo con gránulos de cromatina, un cariosoma y un endoplasma., pseudópodos (9).

La transmisión se establece por contacto con agua y alimentos contaminados y al parecer las dietas ricas en hidrato de carbono y pobres en proteínas favorecen la penetración de la ameba en la pared intestinal. El ciclo evolutivo comprende ingestión de quiste maduro infectantes los que pasan al estómago y duodeno y al llegar al intestino delgado y posteriormente al grueso presentan la forma multinucleada que se divide y da lugar a los trofozoitos, los cuales producen ulceraciones de la mucosa, aquí se produce la eliminación de trofozoitos no infectantes y quistes infectantes y el parásito puede llegar a localizaciones extra intestinales

como hepáticas, pulmonar, cerebral. Los quistes tienen formación esférica con 1 o 4 núcleos (9).

Cuando son ingeridos experimentan lisis en el medio intestinal alcalino, también se destruyen a temperatura de 50°C/5 minuto, pero son resistentes a medios clorados como agua potable. Resisten bien a los ácidos, la apertura del quiste da lugar a 4 trofozoitos que se dividen en 8 por fisión binario (9).

Pueden ser asintomática, es la forma más frecuente de infestación, el 10% de la población mundial está infectada. La amebiasis invasora con el cuadro disenteriforme de diarrea grave que se asocia con dolor abdominal en casi el 100% de los niños puede confundir el diagnóstico con abdomen agudo quirúrgico. Los productos patológicos de las heces como sangre y moco se observan en el 90% de los pacientes pediátricos. La fiebre se observa en menos del 50% de los casos, en menor proporción observamos deshidratación, invaginación intestinal, perforación, y rara vez obstrucción por amebas. Una segunda forma de amebiasis invasora es el absceso hepático amebiano es más común en adulto que en niños, algunas series indican de 1 a 7% de incidencia en niños (9).

El absceso se traduce por hepatomegalia, dolor en Hipocondrio derecho, ictericia fiebre, excursión diafragmática, en niños la fiebre es más frecuente que el dolor abdominal, pero puede haber distensión abdominal que condiciona taquipnea, junto a hepatomegalia, puede haber ictericia.

El paciente con absceso hepático fallece por presentar ruptura del absceso a peritoneo, cavidad torácica o pericardio. La insuficiencia hepática como causa de muerte es rara a menos que exista daño hepático extenso. La amebiasis extra abdominal posiblemente se produce por siembra a partir de un absceso hepático, la más común es la de localización torácica que ocurre en el 10% de los sujetos con absceso amebiano y ocasiona neumopericardio o taponamiento cardiaco. Finalmente, los abscesos cerebrales pueden pasar desapercibidos y sólo encontrarse en estudios necrópsicos (4.7%) (9).

En Serología con detección (veloz, capaz de distinguir entre amebas patógenas y no patógenas, discrimina entre infección previa y actual y no precisa de un microscopista experto).

Con Sigmoidoscopia: Visualiza las lesiones ulcerosas.

En examen microscópico intestinal. Identificación de trofozoos móviles por visualización directa de los frotis o raspados de áreas ulceradas de la mucosa rectal (9).

El diagnóstico diferencial debe hacerse con la enfermedad inflamatoria intestinal (esta forma crónica o recurrente es muy difícil diferenciarla de la forma disentería forme, debiendo descartarse ésta antes de comenzar tratamiento con corticoides, ya que su utilización puede acelerar la enfermedad y producir casos de colitis fulminantes y megacolon tóxicos), disentería bacilar, colitis isquémica, diverticulitis, tuberculomas, apendicitis y carcinomas. (9).

Para el tratamiento la Paramomicina actúa sobre la flora intestinal, la elimina y así la ameba no tiene sustrato para proliferar, 5 a 10 mg/kg. /día cada 12 horas por 10 días. La resistencia de Giardia con el Metronidazol va incrementándose, por lo tanto, es importante manejar otras alternativas que sean de mucha eficacia. Es necesario considerar medidas que controlen la contaminación fecal de aguas, así como la ingesta de alimentos y bebidas en condiciones dudosas en viajes a zonas endémicas, también podemos prevenir con el consumo de alimentos y agua no contaminadas y con la higiene personal (10) (11).

La Amebiasis (*Entamoeba histolytica/dispar*) Etiopatogenia Tras la ingestión de quistes contenidos en alimentos y aguas contaminadas o por déficit de higiene en manos, los trofozoítos eclosionan en la luz intestinal y colónica, y pueden permanecer en ese lugar o invadir la pared intestinal para formar nuevos quistes tras bipartición, que son eliminados al exterior por la materia fecal y volver a contaminar agua, tierra y alimentos (13).

El comité de expertos en saneamiento del medio ambiente Mundial de la Salud (OMS) de la Organización plantea que la higiene es: “...un conjunto de medidas preventivas para conservar la salud, y un componente esencial de nuestra vida”, Martí F , comparte esta posición al plantear que la evacuación de excreta es una parte importante del saneamiento ambiental por la incidencia de enfermedades y define como saneamiento básico; “Conjunto de acciones técnicas y socioeconómicas de salud pública que tiene por objetivo alcanzar niveles crecientes de salubridad ambiental. Comprende el manejo sanitario de agua potable, las aguas residuales y excretas, los residuos sólidos y el comportamiento higiénico que reduce los riesgos para la salud y previene la contaminación. Tiene por finalidad promoción y mejoramiento de condiciones de vida urbana y rural.” (14)

En la teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem; nos habla sobre autocuidados, utilizando métodos teóricos para propiciar la comprensión y análisis de los componentes de Déficit de autocuidado.

La carrera de Enfermería desde sus inicios se ha considerado como un producto social vinculado al arte de cuidar y cambiar a las personas, cuando estas no tienen capacidad suficiente para proporcionarse a sí misma dependan de ellas, la calidad y cantidad de cuidados para mantener la vida, identificando los problemas de salud y las necesidades reales y/o potenciales de la persona, familia y comunidad que demandan cuidados, generando autonomía o dependencia como consecuencia de las actividades que asuma el enfermero (15).

Incluir en las clasificaciones para el estudio de las diferentes teorías y modelos, encontramos los modelos de suplencia o ayuda donde el rol fundamental de la enfermera consiste en suplir o ayudar a realizar acciones que la persona no puede llevar a cabo por si solas en un momento de su vida según Dorotea E Orem estableciendo la teoría del déficit del autocuidado como un modelo general compuesto por tres sub teorías relacionadas (15).

- La teoría de autocuidado

- La teoría del déficit del autocuidado

- La teoría de los sistemas de enfermería

Esta investigadora norteamericana desarrolla su trabajo con la colaboración de algunas colegas que le han permitido desarrollar la teoría

del déficit de autocuidado; aunque no acepta tener influencia directa de ninguna fuente teórica en su obra, cita el trabajo de muchas autoras que han contribuido a la base teórica de la enfermería tales como: Abdellah, Henderson, Johnson, King, Levine, Nightingale, Orlando, Peplau, Rogers, Roy, Travelbee y Wiendenbach, entre otras (15).

En su teoría se aborda al individuo de manera integral como el centro de apoyo al ser humano a vivir feliz durante más tiempo de vida, considerar por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad.

Según los estudios de Benavent, Ferrer, plantean que la teoría de Orem "Déficit de autocuidado " es una de la más estudiada y validada en la práctica de enfermería por la amplia visión de la asistencia de salud en los diferentes contextos que se desempeña el profesional (15).

Persona: es como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia (15).

Entorno: conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.

Miriam Paula Marcos Espino en su artículo expone la importancia de conocer a los enfermeros, permitan conocer los cuidados de enfermería con el fin de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta. (15).

El autocuidado, se realiza a través del cuidado de la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento sano.

Los teóricos Salcedo-Álvarez y colaboradores plantean que el eje fundamental de la enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes (15).

En lo antes expuesto las autoras asumen el autocuidado como la responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud.

Algunos enfermeros(as) actúan cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse, para ello D. Orem propone los siguientes métodos de asistencia de enfermería, que se basan en la relación de ayuda y/o suplencia los enfermeros (as) hacia el paciente (15).

- a) Actuar en lugar de la persona, por ejemplo, en el caso del enfermo inconsciente.
- b) Ayudar u orientar a la persona como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- c) Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- d) Promover un entorno favorable al desarrollo personal, por ejemplo, las medidas de higiene en las escuelas.

Al estudiar las definiciones del déficit de autocuidado coincidimos con Orem que es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado que constituyentes a desarrollar las actividades de autocuidado. (15).

Existe el déficit de autocuidado, Los enfermeros(as) pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. (15).

En la Teoría de sistemas de Enfermería; El Sistema parcialmente compensador: cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad, algunas enfermeras interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado en dependencia del estado del paciente, limitaciones psicológicas y físicas. El paciente puede realizar algunas acciones como cepillarse los dientes y alimentares, pero dependen de la enfermera: desplazarse hasta el baño, bañarse o vestirse (15).

El Sistema totalmente compensador: cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total. Por ejemplo; en los cuidados que se realizan a un paciente inconsciente. Paciente encamado con reposo absoluto

El sistema de apoyo educativo: cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado; por consiguiente, la enfermera ayuda al paciente con sus consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado (15).

2003 Merino, J. Nieto de, E. Zapata y Mórelo México, en un estudio de cohorte transversal con una muestra poblacional de 503 niños de la Escuela primaria desarrollaron una investigación en la semana nacional de la salud del 8 de octubre al 15 del mismo mes de 2003, en una población que oscilaba de 5 a 14 años, se tomó una sola muestra coproparasitoscópica

por persona solicitando la colaboración de la Escuela antes mencionada y apoyándose a su vez con los padres de familia. Para ello se realizaron pláticas de información y capacitación sobre el enfoque del problema de la parasitosis en comunidades de alto riesgo, realizando promoción de saneamiento básico de su comunidad e impartiendo asesoría sobre mecanismo institucional para la atención del problema. En ese sentido, se realizó una muestra de exámenes de heces a 503 estudiantes. La técnica utilizada fue la de Kato – Katz, (cuantitativa), en donde se homogenizó el desarrollo de la técnica y las lecturas de los microscopistas utilizados, tratando de utilizar el menor número de éstos últimos para no sufrir demasiadas variantes en las lecturas. (16).

El 2004 Núñez, F. González, M. Escobedo, A. y González, A, realizaron una investigación sobre las enfermedades causadas por parásitos en 401 niños ingresados en el hospital Universitario Pediátrico del Cerro México, entre los meses de mayo y junio 2004, para esta investigación se tomó una muestra representativa, aleatoria y estratificada por servicios. Por cada niño se recogieron 3 muestras de heces preservadas en formaldehído, las que se procesaron por 3 métodos parasicológicos (17).

La prevalencia de parasitosis intestinal fue de 15% en el Hospital, obteniendo como resultado el grupo de edad mayor de 4 años (escolares) fue el más afectado, tanto por protozoos como por comensales ($p < 0.01$)

excepto cryptosporidium parvum que afecto más a los lactantes (< 0.05) (17).

El análisis de algunos antecedentes epidemiológicos demostró que aquellos niños que comían frutas con cáscara sin lavar, lo que ingerían vegetales sin lavar, y los que andaban descalzos, estaban más propensos a las infecciones. Además, se demostró una mayor frecuencia de infección por parasitosis intestinal entre los que Vivian en zona rural, tomaban agua de pozos y ríos y defecaban en letrinas o a cielo abierto; estos resultados surgieron que a pesar del conocimiento falso sobre los falsos epidemiológicos y de riesgos intestinales continúan incidiendo en la población infantil (17).

En el antecedente se deja ver la relación con la investigación, ya que los autores consideraron la importancia que representaba el parasitismo intestinal en niños que padecen esta enfermedad, y las causas que esta ocasiona al tomar en cuenta que el parásito en aquel se aprovecha de otro ser viviente extrayendo de esta energía para poder subsistir (17).

Cortes, R. y Freites, M (2004), en estudio descriptivo de tipo transversal empleando una muestra no probabilística circunstancial tomando

los resultados del análisis clínico y coproparasitológico, método directo y Kato, de los usuarios que acudieron a la consulta de atención integral del Ambulatorio Rural Tipo I, El Milagro, Caripito - Estado Monagas, entre enero y Julio del año, 2004, los datos fueron analizados mediante los procedimientos estadísticos de sumatoria (18).

Para lograr estos objetivos determinaron la frecuencia de parasitosis intestinal según el agente etiológico en los usuarios que acudieron a la consulta de atención integral del Ambulatorio Rural Tipo I El Milagro, como resultado y conclusiones tuvieron: la muestra quedó conformada por 90 usuarios con edades comprendidas entre los 7 meses y 66 años x 24,4 años, 50 de sexo masculino y de 40 de sexo femenino (18).

El análisis de laboratorio mostró lo siguiente: Blastocystis Hominis fue el resultado más frecuente (44,19%) seguido por Endolimax nana 15,50%, Áscaris Lumbricoides, 11,63%. Entamoeba Coli, (9.30%), Trihuris Trichura (6.98%), Giardia Lamblia (6.20%), Entamoeba Histolítica (3.10%), Loda Moeba Butschili, (2.32%) y Entamoeba Hartmani (0.77%), se presentaron 29 casos de infecciones mixtas, siendo la asociación más frecuente Blastocystis Hominis, Endolimax Nona (18).

La infección parasitaria más frecuente en la población estudiada fue la ablastación seguida por la infección por amebas comensales y las

dermatitis, siendo baja la frecuencia de guardias y amibiasis. De las anteriores investigaciones se consideraron con relación con el trabajo actual, ya que los autores persiguen un propósito similar respecto a los materiales y métodos en el estudio, la infección parasitaria más frecuente estudiada fue blastocistosis, siendo baja la frecuencia de Giardiasis y Amibiasis para el logro de los objetivos propuestos. Como lo es determinar la frecuencia de parasitosis intestinal según el agente etiológico en los usuarios que acudieron a la consulta de atención integral (18).

Guilarte, V. Vásquez, M y Muñoz, (2004), realizaron una investigación acerca de la parasitosis intestinal y su relación con las condiciones de vida y el medio ambiente en Río Caribe, Estado Sucre, se realizó un estudio con un total de 112 muestras de heces provenientes de niños con edades comprendidas entre 6 y 14 años de edad de ambos sexos. Se realizó una evaluación epidemiológica y socioeconómica relacionada con la parasitosis en la población. A todas las muestras se les aplico un examen de coproparasitologico directo y el método de Kato Katz se aplicó la técnica de ÇZielh – Neelsen modificado para el diagnóstico de coccidios, el cultivo de heces en placas de agar para identificar strongyliodes stercoralis, ancylostoma, duodenales y necator americanus, y el método de la concentración de Ritchie para verificar la negatividad de las muestras.

Las especies encontradas con mayor frecuencia fueron Trihuris Trichura (78,50%) Áscaris Lumbricoides (55,14%), Blastocytis Hominis (54,21%) Entamoeba Coli (44.86%), Giardia Lambia (29.90%) y Endolimax Nana (27,10%), solo encontró asociaciones estadísticamente significativas entre los factores, disposición de excretas, disposición de basuras, números de baños en la vivienda y material predominante en el piso (tierra, cemento), con los parásitos intestinales (18).

Revisando la descripción de la problemática y los trabajos relacionados como antecedentes de la parasitosis, encontramos artículos y tesis que demuestra la importancia del trabajo “Disminuyendo la parasitosis en niños menores de 5 años del Puesto Cambio Puente – Chimbote, 2017”; que contribuirá a disminuir las complicaciones relacionadas con la parasitosis, a mejorar la calidad de vida y también la calidad de atención del establecimiento de salud.

IV.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Disminuir la parasitosis en niños menores de 5 años del Puesto de Salud Cambio Puente – Chimbote 2017.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Personal actualizado en manejo de casos con parasitosis.
2. Adecuada práctica de alimentación, higiene personal y eliminación de excretas.
3. Conocimiento de educación sanitaria en la familia e información masiva.

V.- METAS:

- 3.1 Disminuye la parasitosis en niños menores de 5 años; en un 50 % en el primer año y 100 % en el segundo año, en el “Puesto de Salud Cambio Puente”. (97 niños).
- 3.2 Capacitación al 100 % del Personal de Salud.
- 3.3 Ejecución de las sesiones demostrativas sobre práctica de alimentación, higiene personal y eliminación de excretas. 50 % el primer año y 100 % el segundo año.
- 3.4 Lograr que el 100 % de las familias participen en educación sanitaria en la familia e información masiva.

VI.- METODOLOGIA DEL TRABAJO

6.1 LINEAS DE ACCION Y/O ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN:

Una línea de acción se traduce en un enunciado que expresa la intencionalidad y modo en que se modificará dicho ámbito crítico. Para la o las líneas de acción puede resultar importante definir indicadores de logro y resultados esperados. Esto contribuirá a determinar las formas en que se controlará la eficacia y la calidad de la ejecución y los resultados de las actividades.

Las estrategias para el presente proyecto es implementar y equipar un laboratorio de análisis para detectar parasitosis, para lograr este trabajo se debe seguir las siguientes líneas de acción:

A) Gestión.

La «Gestión del Cuidado de Enfermería» se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en lineamientos estratégicos, para obtener como producto final la salud.

Ante la ausencia de una estructura física que cumpla con las especificaciones técnicas y la falta de recursos humanos, materiales y equipos para que pueda funcionar como una unidad laboratorio, según nuestra categoría de establecimiento de salud, es necesario gestionar los diferentes recursos a fin de conseguir la aprobación de los requerimientos, con la finalidad de lograr resultados que una persona no podría alcanzar por sí sola. Gestionar implica relacionarse con los diferentes niveles administrativos para coordinar, negociar, liderar, conciliar, convencer y a su vez planificar, organizar el servicio en sí, para una mejora de los productos finales y satisfacer las demandas tanto de los clientes internos y externos.

Actividades:

A1.- Gestión de la implementación de un ambiente para la recepción, conservación y envío de muestras.

- Gestión del área para la toma de muestras
- Gestión del equipamiento de la toma de muestras de parasitosis.

A2.- Implementación de un ambiente de salud para la realización de las sesiones demostrativas, educativas para las madres de familia.

- Gestión del área para sesiones demostrativas, educativas para las madres de familia.

- Gestión del equipamiento y materiales para mantener operativo el ambiente.
- Mantener operativo el ambiente de sesiones demostrativas, educativas sobre parasitosis.

Comunicación para la salud.

La comunicación es "un proceso mediante el cual dos o más personas, en un contexto determinado, ponen en común una información, ideas, emociones, habilidades mediante palabras, imágenes, etc., que les pueden permitir obtener, reafirmar o ampliar conocimientos anteriores". Es, además, un proceso "complementario al de participación". En el campo de la salud, comunicación y participación son, entonces, fundamentales para que, a través de una participación activa y consiente de la comunidad, se logre fomentar el autocuidado de la salud (19).

Así, el uso de los medios de comunicación informativos, sean tradicionales o alternativos, multimedias e interactivos, además de otras innovaciones tecnológicas para difundir información sobre salud entre la población, aumenta la concienciación sobre aspectos específicos de la salud individual y colectiva y sobre la importancia de la salud en el desarrollo.

La comunicación para la salud se convierte en un elemento cada vez más importante en la consecución de un mayor empoderamiento para la salud de los individuos y las comunidades.

A. Comunicación

Acciones:

B1.- Programa de difusión de la manipulación de alimentos y prácticas de higiene personal.

- Convocatoria para reuniones de sensibilización a las autoridades sobre difusión de la manipulación de alimentos y prácticas de higiene personal.
- Programación de actividades de difusión.
- Difusión radial de prácticas de higiene personal.
- Concurso de afiches de difusión sobre manipulación adecuada de alimentos.

Educación para la salud

La educación busca el desarrollo de las capacidades humanas para formar una persona plena. Este desarrollo adquiere un doble movimiento, el de extraer, sacar, desplegar del interior de la persona

sus grandes potencialidades y el de conducir esas potencialidades para el logro de una personalidad completa en sus diversas dimensiones humanas (19).

La educación para la salud es un proceso de desarrollo del fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. Incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo (20).

La comunicación y la educación son importantes para desarrollar el presente proyecto debido a que se tiene que optimizar el recurso humano y esto debe comenzar con la debida capacitación dirigido al personal de salud.

B) Capacitación

La capacitación es una de las funciones clave de la administración y desarrollo del personal en las organizaciones y, por consiguiente, debe operar de manera integrada con el resto de las funciones de este sistema. Lo anterior significa que la administración y el desarrollo del personal debe entenderse como un todo, en que las distintas funciones -incluida la capacitación- interactúan para mejorar el desempeño de las personas y la eficiencia de la organización (20)

Existe un conjunto de herramientas básicas que se emplean en la administración y el desarrollo del personal de las organizaciones modernas, las cuales también pueden ser provechosamente utilizadas para la gestión de la capacitación; entre ellas, las principales son: a) las descripciones y especificaciones de los cargos; b) las especificaciones de los itinerarios de carrera interna; c) los manuales de organización, procedimientos y métodos de trabajo; d) el sistema de evaluación del desempeño; y, e) los expedientes del personal (20).

Acciones:

B2.- Instalación de letrinas y Tratamiento de las excretas. Patrones culturales adecuados.

- Coordinación para reuniones sobre Instalación de letrinas y Tratamiento de las excretas.
- Gestión de la Instalación de letrinas y Tratamiento de las excretas.
- Capacitación en el manejo de letrinas y Tratamiento de las excretas.

C1.- Capacitación de los profesionales de salud en la adaptación de los patrones culturales de las madres o cuidadores de niños.

- Planificación de talleres sobre adaptación de los patrones culturales de las madres o cuidadores de niños.
- Ejecución de talleres sobre adaptación de los patrones culturales de las madres o cuidadores de niños.
- Seguimiento de actividades programadas sobre adaptación de los patrones culturales de las madres o cuidadores de niños.

C2.- Implementación de brigadas para capacitar sobre adecuadas Practica de estilos de vida saludable en la familia.

- Programación de brigadas para capacitar.
- Ejecución de talleres sobre adecuadas Practica de estilos de vida saludable en la familia.
- Seguimiento de actividades programadas sobre adecuadas Practica de estilos de vida saludable en la familia.

D1.- Capacitación sobre conocimiento de la parasitosis e información.

- Elaboración del plan de actividad educativa sobre conocimiento de la parasitosis y elaboración de mensajes de acuerdo a patrones culturales de las familias.
- Ejecución de talleres sobre conocimiento de la parasitosis.

- Seguimiento de actividades programadas sobre mensajes adecuados en el manejo de parasitosis.

D2.- Elaboración de guía de práctica clínica sobre manejo de parasitosis en primer nivel de atención.

- Recolección de información para guía de práctica clínica sobre manejo de parasitosis en primer nivel de atención.
- Elaboración de guía sobre manejo de parasitosis en primer nivel de atención.
- Gestión de aprobación.
- Socialización de guía.

6.2 SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO

La sostenibilidad del proyecto estará a cargo del equipo de salud que trabaja directamente en el Puesto de Salud Cambio Puente y la Jefatura del establecimiento tiene el compromiso de interrelacionarse con la Dirección de Salud Pacífico Norte con la finalidad de impulsar, mantener este proyecto en forma sostenible a través del tiempo.

VII.- SISTEMA DE MONITOREO Y SUPERVISIÓN

7.1 MATRIZ DE SUPERVICION

JERARQUÍA DE OBJETIVOS	METAS POR CADA NIVEL DE JERARQUIA	INDICADORES DE IMPACTO Y EFECTO	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	FRECUENCIA	INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN
<p>Propósito: Disminuyendo la parasitosis en niños menores de 5 años, en el Puesto de Salud Cambio Puente – Chimbote 2017.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuye la parasitosis en un 50 % en parasitosis intestinal en niños menores de 5 años en el primer año. • 0 % parasitosis en el segundo año. 	N° de niños menores de 5 años sin parasitosis intestinal.	N° de niños menores de 5 años sin parasitosis intestinal / Total niños menores de 5 años.	HIS SIS Sub registro de casos de parasitosis.	Mensual	Reporte SIS y HIS
<p>Resultados A. Fuerte Implementación de capacitación y manejo de casos con parasitosis.</p>	<p>a.- Implementar el área de capacitación en el Puesto de Salud Cambio Puente.</p> <p>a1.- 01 área de toma de muestras el primer año.</p>	<p>01 área de capacitación implementada.</p> <p>01 área de toma de muestra implementada.</p>	N° de áreas implementadas / Total de áreas programadas X 100.	Inventario Fotos	Bianual	Inventario SIGA

MATRIZ DE SUPERVICION

JERARQUÍA DE OBJETIVOS	METAS POR CADA NIVEL DE JERARQUIA	INDICADORES DE IMPACTO Y EFECTO	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	FRECUENCIA	INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN
B. Conocimiento de las prácticas de alimentación, higiene personal y eliminación de excretas.	b.- 100 % de Madres conocen adecuadas prácticas de alimentación, higiene personal y eliminación de excretas.	Madres con adecuadas prácticas de alimentación, higiene personal y eliminación de excretas.	N° Madres con adecuadas prácticas de alimentación, higiene personal y eliminación de excretas. / Total Madres de niños menores de 5 años.	Ficha de supervisión ..	Mensual	Reporte de supervisión.
C. Practica de estilos de vida adecuado en la familia.	c.- 100 % de familias con adecuada practica de estilos de vida saludable en la familia.	Familias con adecuada practica de estilos de vida saludable en la familia.	N° de familias con adecuada practica de estilos de vida saludable en la familia. / Total de familias programadas X 100.	Ficha familiar de seguimiento. Fotos.	Trimestral	Lista de chequeo.

MATRIZ DE SUPERVICION

JERARQUÍA DE OBJETIVOS	METAS POR CADA NIVEL DE JERARQUIA	INDICADORES DE IMPACTO Y EFECTO	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	FRECUENCIA	INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN
D. Familia y Personal de salud actualizado en conocimiento de la parasitosis e información.	d.- 100 % de familias con actualización de conocimiento sobre parasitosis. d1.- 100 % de personal de salud con actualización de información y conocimiento sobre parasitosis.	Familias con actualización de conocimiento sobre parasitosis. - Personal de salud con actualización de información y conocimiento sobre parasitosis.	N° Familias con actualización de conocimiento sobre parasitosis / Total de familias. - Personal de salud con actualización de información y conocimiento sobre parasitosis / Total personal.	Ficha familiar. Registro de capacitación. Lista de participantes. Informe.	Trimestral Semestral	Formato de chequeo. Matriz de capacitación.

7.2 MATRIZ DE MONITOREO

RESULTADOS DEL MARCO LÓGICO	ACCIONES O ACTIVIDADES	METAS POR CADA ACTIVIDAD	INDICADORES DE PRODUCTO O MONITOREO POR META	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	FRECUENCIA	INSTRUMENTO QUE SE UTILIZARÁ PARA EL RECOJO DE LA INFORMACIÓN
A.- Fuerte Implementación de capacitación y manejo de casos con parasitosis.	A1- Gestión de la implementación de un ambiente para la recepción, conservación y envío de muestras de parasitosis en “Puesto de Salud Cambio puente”.	01 Área operativa de toma de muestras de parasitosis.	a1. Equipos y materiales para toma de muestra durante el primer año.	N° de equipos y materiales para toma de muestra durante el primer año. / Total de programado X 100.	Inventario SIGA Patrimonio Foto Registro de toma de muestras.	Trimestral	Lista de chequeo
	A2, Implementación de un ambiente de salud para la realización de las sesiones demostrativas, educativas para las madres de familia.	a2. Ambiente operativo para las sesiones demostrativas, educativas para las madres de familia.	a2. Sesiones demostrativas para las madres de familia.	N° de sesiones demostrativas, educativas para las madres de familia. / Total programado X 100.	• Informes de supervisión.	Trimestral	Lista de chequeo

MATRIZ DE MONITOREO

RESULTADOS DEL MARCO LÓGICO	ACCIONES O ACTIVIDADES	METAS POR CADA ACTIVIDAD	INDICADORES DE PRODUCTO O MONITOREO POR META	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	FRECUENCIA	INSTRUMENTO QUE SE UTILIZARÁ PARA EL RECOJO DE LA INFORMACIÓN
B.- Conocimiento de las prácticas de alimentación, higiene personal y eliminación de excretas.	B1- Programa de difusión de la manipulación de alimentos y prácticas de higiene personal.	b1. 04 actividades de difusión cada año.	b1. N° de actividades de difusión realizadas.	N° de actividades de difusión realizadas. / Total de actividades programada X 100.	Lista de asistencia Reporte de actividades de difusión	Trimestral	Lista de chequeo
	B2- Instalación de letrinas y Tratamiento de las excretas.	b2. Familias con letrinas y Tratamiento de las excretas. 70 % el primer año y 100 % el segundo año.	b2. N° Familias con letrinas con tratamiento de excretas.	N° Familias con letrinas con tratamiento de excretas. / Total programados X 100.	Reporte de supervisión.	Anual	Lista de chequeo

MATRIZ DE MONITOREO

RESULTADOS DEL MARCO LÓGICO	ACCIONES O ACTIVIDADES	METAS POR CADA ACTIVIDAD	INDICADORES DE PRODUCTO O MONITOREO POR META	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	FRECUENCIA	INSTRUMENTO QUE SE UTILIZARÁ PARA EL RECOJO DE LA INFORMACIÓN
C.- Practica de estilos de vida saludables adecuado en la familia.	C1- Capacitación de los profesionales de salud en la adaptación de los patrones culturales de las madres o cuidadores de niños.	c1. Familias reciben consejería sobre adaptación de los patrones culturales de las madres o cuidadores de niños. 80 % el primer año y el 100 % el segundo año.	c1. Familias reciben consejería sobre adaptación de los patrones culturales de las madres o cuidadores de niños.	N° Familias reciben consejería sobre adaptación de los patrones culturales de las madres o cuidadores de niños. / Total programado X 100.	• Registro de participantes.	Trimestral	Lista de chequeo.
	C2, Implementación de brigadas de atención de enfermería para capacitar sobre Práctica de estilos de vida adecuada en la familia.	c2. 02 brigadas para capacitar cada mes el primer año y 01 el segundo año.	c2. Brigadas para capacitar a padres o cuidadoras de niños.	N° de Brigadas para capacitar a padres o cuidadoras de niños. / Total de Brigadas programadas X 100.	• Informes de capacitación.	Mensual	Lista de chequeo.

MATRIZ DE MONITOREO

RESULTADOS DEL MARCO LÓGICO	ACCIONES O ACTIVIDADES	METAS POR CADA ACTIVIDAD	INDICADORES DE PRODUCTO O MONITOREO POR META	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	FRECUENCIA	INSTRUMENTO QUE SE UTILIZARÁ PARA EL RECOJO DE LA INFORMACIÓN
D.- Familia y Personal de salud actualizado en conocimiento de la parasitosis e información.	D1- Capacitación sobre conocimiento de la parasitosis e información.	d1. Madres o cuidadoras de niños capacitados sobre parasitosis. 80 % El primer año y el 100 % el segundo año.	d1. N° de capacitaciones realizadas en el Puesto de Salud.	d1.- N° de capacitaciones realizadas en el Puesto de Salud. / Total programado X100	• Registro de capacitación.	Mensual	Lista de chequeo
	D2- Elaboración de guía de práctica clínica sobre manejo de parasitosis en primer nivel de atención.	d2. Personal usa la guía sobre manejo de parasitosis 80 % el primer año y el 100 % el segundo año.	d2. N° de Personal que usa la guía sobre manejo de parasitosis	d2.- N° de Personal que usa la guía sobre manejo de parasitosis / Total de personal programado X 100	• Reporte de auditoría de historia clínica.	Semestral	Formato de seguimiento

7.3 BENEFICIOS

Beneficios con proyecto

- Disminución de la incidencia de parasitosis en niños menores de 5 años
- Disminución de Enfermedades Recurrentes
- Incremento de la calidad de Consumo de Agua Segura.
- Disminución de las infecciones Gastrointestinales.
- Disminución de Desnutrición infantil.
- Personal capacitado en aplicación de guías de atención en casos de parasitosis.

Beneficios sin proyecto

- ✓ Aumento de las infecciones gastrointestinales.
- ✓ Consumo de agua contaminada.
- ✓ Personal con inadecuado manejo de parasitosis.
- ✓ Ausencia de guías de atención.
- ✓ Aumento de la tasa de morbilidad en la Jurisdicción.

VIII.- RECURSOS REQUERIDOS

8.1 RECURSOS HUMANOS

A continuación, se detalla los recursos humanos necesario para la operación y mantenimiento del proyecto.

Recurso Humano	N° Personal	N° Meses	Horas Mensuales	Costo Por Horas	Costo Total En 01 Años
Enfermeras	3	12	36	17.00	22,032.00
Técnico de Laboratorio	1	12	36	10.57	4,566.24
Costo Total					S/. 26,598.24

8.2 MATERIALES Y EQUIPOS

A continuación, se detalla los materiales y equipos que utilizaran en el presente proyecto.

DETALLE	UNIDAD	UNIDAD	CANTIDAD	PRECIO TOTAL
Equipamiento:				
Camilla para examen	1	unid.	250.00	250.00
Escalinata de dos peldaños	1	unid.	100.00	100.00
Escritorio	1	unid.	500.00	500.00
Sillas	3	unid.	50.00	150.00
Vitrina	1	unid.	250.00	250.00
Balanza de pie	1	unid.	150.00	150.00
Balanza bebes métrica 16 Kg x 20 gr	1	unid.	175.00	175.00
Balanza bebe sus. tipo Salter portátil 25 Kg.	1	unid.	150.00	150.00
Mesa para balanza	1	unid.	175.00	175.00

Juegos de pantalones para balanza bebes	5	unid.	50.00	250.00
Manta para pesar bebes (910x1270mm)	1	unid.	25.00	25.00
Estetoscopio tipo Littman pediátrico (*)	1	unid.	560.00	560.00
Otoscopio	1	unid.	550.00	550.00
Linterna médica	1	unid.	25.00	25.00
Martillo para reflejos	1	unid.	25.00	25.00
Termómetros (oral/rectal)	1	glb.	50.00	50.00
Centímetro o cinta métrica inextensible	1	unid.	5.00	5.00
Papelera	1	unid.	15.00	15.00
Juego de platos para niños	1	glb.	25.00	25.00
Caja vacuna 2.8 litro	1	unid.	175.00	175.00
Vasos para bebe 350 ml de melanina	6	unid.	5.00	30.00
Jarra l litro medida de propileno	1	unid.	5.00	5.00
Tallímetro de crecimiento para bebes/niños	1	unid.	250.00	250.00
Tallímetro para niños preescolares	1	unid.	250.00	250.00
Riñoneras 26 x 14 cm	2	unid.	135.00	270.00
Tambores 18 x 18	2	unid.	95.00	190.00
Tijera Mayo curva de 30 cm.	1	unid.	25.00	25.00
Batería para el TA:				
cubos de madera de 2.5 cm x lado (color rojo)	10	unid.	15.00	150.00
cucharita de plástico de 19 cm de largo	1	unid.	5.00	5.00
Campanita de bronce	1	unid.	5.00	5.00
Argolla roja de 12 cm de diámetro con un cordel de 50 cm	1	unid.	5.00	5.00

Pastilla polivitamínica	1	unid.	5.00	5.00
Pañal pequeño	1	unid.	5.00	5.00
Lámina con figura de animales (del TEPSI)	1	unid.	5.00	5.00
Insumos:				
Bajalenguas	1	glb.	10.00	10.00
Alcohol	1	glb.	10.00	10.00
Alcohol yodado	1	glb.	10.00	10.00
Agua destilada	1	glb.	10.00	10.00
Solución antiséptica (Sablón)	1	glb.	10.00	10.00
Solución de lejía	1	glb.	10.00	10.00
Solución de cloruro de sodio al 0.9 %	1	glb.	10.00	10.00
Tintura de yodo	1	glb.	10.00	10.00
Algodón	1	glb.	10.00	10.00
Gasa	1	glb.	10.00	10.00
Esparadrapo	1	glb.	10.00	10.00
Hisopos de algodón	1	glb.	10.00	10.00
Guantes estériles	1	glb.	10.00	10.00
Jabón	1	glb.	10.00	10.00
Jabón líquido	1	glb.	10.00	10.00
Bencina	1	glb.	10.00	10.00
Lápices de cera	1	glb.	10.00	10.00
Vasitos descartables	1	glb.	10.00	10.00
Cepillos dentales y molde dental para educación	1	glb.	10.00	10.00
Formatos:				
Historia Clínica (Ficha de Atención del Niño)	1	glb.	25.00	25.00

Padrón de niños	1	glb.	25.00	25.00
Registros de atención	1	glb.	25.00	25.00
Carnés de crecimiento y desarrollo	1	glb.	25.00	25.00
Recetario	1	glb.	25.00	25.00
Indicaciones médicas	1	glb.	25.00	25.00
Test Abreviado	1	glb.	25.00	25.00
Test Desarrollado*	1	glb.	25.00	25.00
Test de Evaluación del Desarrollo Psicomotor*	1	glb.	25.00	25.00
Rotafolios	1	glb.	25.00	25.00
Folletos educativos	1	glb.	25.00	25.00
Afiches educativos	1	glb.	25.00	25.00
Batería para educación nutricional (guías, tarjetas de alimentos)	1	glb.	25.00	25.00
Ropa:				
Soleras	1	glb.	25.00	25.00
Mandiles	1	glb.	25.00	25.00
Toalla de mano	1	glb.	25.00	25.00
Batas para examen	1	glb.	25.00	25.00
TOTAL			4730.00	5420.00

8.3. COSTOS PARA DIFUSION Y CAPACITACION

a) Programa de tratamiento para menores de 5 años con parásitos.

Nº	CONCEPTO	PRECIO UNIT. S/.	CANT.	NUMERO DE CAPACITACIÓN	APORTE REQUERIDO S/.
1	Servicio de central de esterilización	0	0	2	0
2	Impresiones	0.1	140	2	28.00
3	Fotocopias	0.1	140	2	28.00
4	Material de escritorio; folder, papel, lapicero	2	140	2	560.00
5	Equipo multimedia	0	0	2	0
6	Refrigerio	2	140	2	560.00
7	Movilidad local	4	50	2	400.00
COSTO TOTAL PARA DIFUSION				S/.	1,576.00

b) Capacitación a padres en de adecuada manipulación de alimentos y cloración del agua.

Nº	CONCEPTO	PRECIO UNIT. S/.	CANT.	NUMERO DE CAPACITACIÓN	APORTE REQUERIDO S/.
1	Impresiones	0.1	140	6	84.00
2	Fotocopias	0.1	140	6	84.00
3	Material de escritorio; folder, papel, lapicero	2	140	6	1680.00
4	Equipo multimedia	0	0	6	0
5	Refrigerio	2	140	6	1680.00
6	Movilidad local	4	50	6	1200.00
COSTO TOTAL PARA CAPACITACIÓN				S/.	4,728.00

c) Capacitación en adecuadas prácticas de excretas

Nº	CONCEPTO	PRECIO UNIT. S/.	CANT.	NUMERO DE CAPACITACIÓN	APORTE REQUERIDO S/.
1	Impresiones	0.1	140	6	84.00
2	Fotocopias	0.1	140	6	84.00
3	Material de escritorio; folder, papel, lapicero	2	140	6	1680.00
4	Equipo multimedia	0	0	6	0
5	Refrigerio	2	140	6	1680.00
6	Movilidad local	4	50	6	1200.00
COSTO TOTAL PARA CAPACITACIÓN				S/.	4,728.00

d) Capacitación en adecuadas prácticas de higiene personal.

Nº	CONCEPTO	PRECIO UNIT. S/.	CANT.	NUMERO DE CAPACITACIÓN	APORTE REQUERIDO S/.
1	Impresiones	0.1	140	6	84
2	Fotocopias	0.1	140	6	84
3	Material de escritorio; folder, papel, lapicero	2	140	6	1680
4	Equipo multimedia	0	0	6	0
5	Refrigerio	2	140	6	1680
6	Movilidad local	4	50	6	1200
COSTO TOTAL PARA CAPACITACIÓN				S/.	4,728.00

8.4. COSTOS DE INVERSIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO

A continuación, se detalla el cuadro resumen de los costos totales de inversión para la ejecución del trabajo académico.

COSTOS DE INVERSIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO				
DATOS GENERALES	MEDIDA	CANT.	PRECIO	TOTAL
COSTO DE ESTUDIO	Estudio	1	8,000	8,000
COSTO DE EJECUCION DE OBRA				78,090
Componente 1: Obras Civiles				
Acción 1.1: Construcción del Centro de Vigilancia Comunal				57,150
Estructuras	Glb	1	40,250	40,250
Arquitectura	Glb	1	10,622	10,622
Instalaciones eléctricas	Glb	1	5,091	5,091
Instalaciones el	Glb	1	1,187	1,187
Componente 2: Equipamiento y mobiliario				

Acción 2.1: Adquisición de equipos y mobiliarios				5,885
Implementación de mobiliarios y equipos	Glb	1	5,885	5,885
Componente 3: Capacitación				
Acción 2.1: Talleres de capacitación				1,055
Talleres de capacitación en temas de anemia y nutrición	Glb	1	1,055	1,055
TOTAL PRESUPUESTO				64,090

IX.- CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES

PLAN OPERATIVO

OBJETIVO GENERAL: Disminuir la parasitosis en niños menores de 5 años del Puesto de Salud Cambio Puente – Chimbote 2017.

N°	ACTIVIDAD	META	RECURSOS	COSTOS (S/.)	CRONOGRAMA				INDICADOR
			DESCRIPCION		2017		2018		
					I	II	I	II	
1	Elaboración del trabajo académico denominado “Disminuyendo la parasitosis en niños menores de 5 años del Puesto de Salud Cambio Puente – Chimbote, 2017”.	1	Informe	8,000.00	X				Trabajo académico Elaborado
2	Presentación y exposición del trabajo académico “Disminuyendo la parasitosis en niños menores de 5 años del Puesto de Salud Cambio Puente – Chimbote, 2017”.	1	Informe	400.00	X				Trabajo académico Presentado
3	Ejecución del trabajo académico.	1	Informe	7,090.00		X			Trabajo académico ejecutado
4	Evaluación del trabajo académico.	1	Informe	200.00		X		X	Trabajo académico desarrollado
5	Presentación del Informe Final	1	Informe	250.00				X	Trabajo académico presentado

PLAN OPERATIVO

OBJETIVO ESPECÍFICO 1.: Personal actualizado en manejo de casos con parasitosis.

Nº	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA			
			DESCRIPCION	COSTOS	2017		2018	
					I	II	I	II
1	A1.- Gestión de la implementación de un ambiente para la recepción, conservación y envío de muestras.	- Gestión del área para la toma de muestras	Solicitud	20	X			
		- Gestión del equipamiento de la toma de muestras de parasitosis.	Oficio	50	X	X	X	X
		- Organización de la atención en la toma de muestras de parasitosis.	Plan	80	X	X	X	X
2	A2.- Implementación de un ambiente de salud para la realización de las sesiones demostrativas, educativas para las madres de familia.	- Gestión del área para sesiones demostrativas, educativas para las madres de familia.	Gestión	60	X			
		- Gestión del equipamiento y materiales para mantener operativo el ambiente.	Oficio	50	X	X	X	X
		- Mantener operativo el ambiente de sesiones demostrativas, educativas sobre parasitosis.	Plan	150	X	X	X	X

OBJETIVO ESPECÍFICO 2.: Adecuada práctica de alimentación, higiene personal y eliminación de excretas.

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA			
			DESCRIPCION	COSTOS	2017		2018	
					I	II	I	II
1	B1- Programa de difusión de la manipulación de alimentos y prácticas de higiene personal.	<ul style="list-style-type: none"> - Convocatoria para reuniones de sensibilización a las autoridades sobre difusión de la manipulación de alimentos y prácticas de higiene personal. - Programación de actividades de difusión. - Difusión radial de prácticas de higiene personal. - Concurso de afiches de difusión sobre manipulación adecuada de alimentos. 	Solicitud	50	X		X	
			Oficio	250	X		X	
			Plan	280	X		X	
			Plan	200			X	
2	B2- Instalación de letrinas y Tratamiento de las excretas.	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinación para reuniones sobre Instalación de letrinas y Tratamiento de las excretas. - Gestión de la Instalación de letrinas y Tratamiento de las excretas. - Capacitación en el manejo de letrinas y Tratamiento de las excretas. 	Gestión	60	X	X		
			Oficio	50			X	
			Plan	150			X	X

OBJETIVO ESPECÍFICO 2.: Adecuada práctica de alimentación, higiene personal y eliminación de excretas.

Nº	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA			
			DESCRIPCION	COSTOS	2017		2018	
					I	II	I	II
3	C1- Capacitación de los profesionales de salud en la adaptación de los patrones culturales de las madres o cuidadores de niños.	<ul style="list-style-type: none"> - Planificación de talleres sobre adaptación de los patrones culturales de las madres o cuidadores de niños. - Ejecución de talleres sobre adaptación de los patrones culturales de las madres o cuidadores de niños. - Seguimiento de actividades programadas sobre adaptación de los patrones culturales de las madres o cuidadores de niños. 	Solicitud	20	X			
			Oficio	150	X			
			Plan	180	X	X	X	X
4	C2- Implementación de brigadas para capacitar sobre adecuadas Practica de estilos de vida saludable en la familia.	<ul style="list-style-type: none"> - Programación de brigadas para capacitar. - Ejecución de talleres sobre adecuadas Practica de estilos de vida saludable en la familia. - Seguimiento de actividades programadas sobre adecuadas Practica de estilos de vida saludable en la familia.. 	Gestión	100	X	X		
			Oficio	250		X	X	
			Plan	150		X	X	X

OBJETIVO ESPECÍFICO 3.: Conocimiento de educación sanitaria en la familia e información masiva.

Nº	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA			
			DESCRIPCION	COSTOS	2017		2018	
					I	II	I	II
1	D1- Capacitación sobre conocimiento de la parasitosis e información.	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboración del plan de actividad educativa sobre conocimiento de la parasitosis y elaboración de mensajes de acuerdo a patrones culturales de las familias. - Ejecución de talleres sobre conocimiento de la parasitosis. - Seguimiento de actividades programadas sobre mensajes adecuados en el manejo de parasitosis. 	Solicitud	20	X			
			Oficio	150	X			
			Plan	200	X	X	X	X
2	D2- Elaboración de guía de práctica clínica sobre manejo de parasitosis en primer nivel de atención.	<ul style="list-style-type: none"> - Recolección de información para guía de práctica clínica sobre manejo de parasitosis en primer nivel de atención. - Elaboración de guía sobre manejo de parasitosis en primer nivel de atención. - Gestión de aprobación. - Socialización de guía. 	Gestión	60	X	X		
			Plan	50		X		
			Oficio	150		X		
			Programación	100			X	

X.- ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES

El trabajo académico **DISMINUYENDO LA PARASITOSIS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL PUESTO CAMBIO PUENTE-CHIMBOTE 2017**. Estará a cargo el autor en coordinación con el equipo de gestión de la calidad calificado para dirigir y participar en las actividades del trabajo.

XI.- COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES

Se establecerá coordinaciones con la Municipalidad del distrito de Chimbote y la Red de Salud Pacífico Norte para el logro del Trabajo Académico.

XII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA

1. Cuadros J, Giménez C. Experiencia de innovación docente 2: colección de revisiones de enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes. Alcalá de Henares: Servicio de Publicaciones. Universidad de Alcalá; 2017.
<https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?ppg=266&docID=5308475&tm=1533551795553>
2. Angulo C. Derecho Humano al Agua Potable. 2003. Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos32/derecho-al-agua/derecho-al-agua.shtml#ixzz52h2FVx53>
3. Núñez A, Fidel et al. Parasitosis Intestinal en niños ingresados en el hospital universitario Pediátrico del centro boletín epidemiológico semanal del IPK 2002.
4. Bonilla, Conrado et al. Helmintiasis Intestinales, manejo de la geohelmintiasis 2003.
5. Corredor A, Arciniegas E, Hernández CA Parasitismo Intestinal Primera ed Bogotá Instituto Nacional de Salud 2003.
6. Nuñez F Dra Gonzales O. Bravo J, Escobedo A. Gonzales I 2003, Parasitosis Intestinal en los niños ingresados en el Hospital Pediátrico del Cerrto, La Habana Cuba 2003.
7. Freire W, Dirren H, Mora J, Arenales P, Granda E, Breith J, Diagnóstico de la situación alimentaria, nutricional y de salud de la población ecuatoriana menor de 5 años Ministerio de Salud 2000.

8. Fragoso Arvelo, Sagaro González. Propuesta de clasificación de la repercusión de la giardiasis. (1986). Rev. Cub. Med. Tropical, 38 (2), pag 213- 218.
9. Frasser GG, Cooker. Endemic giardiasis and municipal water supply. AM I public Health 1991, 81(6), 760-2.
10. Enciclopèdia Mèdica Bàsica. Tomo I. Parasitosis Intestinal. España 1999: 28
11. Galván E. Parasitismo Intestinal en círculos infantil. (1990) Rev. Cub. Med. Gen. Int, 6 (2), pág 1657.
12. Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, editors. Harrison: principios de medicina interna. Vol. I (17a. ed.). Distrito Federal: McGraw-Hill Interamericana; 2009.
<https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?ppg=1355&docID=4499169&tm=1533553059010>
13. Araujo J, García M; Urdaneta H; (junio de 2008). Amibiasis: Importancia de su diagnóstico y tratamiento. Mini-revisión. Invest. clín (Maracaibo, Venezuela)
14. Guerrero Hernández MT. Uso y percepciones de usuarios de sanitarios ecológicos secos como alternativa tecnológica para la disposición de excreta en el área rural, San Luis Potosí, México 2004-2006. La Habana: Editorial Universitaria; 2012. Disponible en:
<https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?ppg=23&docID=3201257&tm=1533550953091>

15. Martha Raile Alligood, Ann Marriner-Tomey . Modelos y Teorías de la Enfermería. Editorial Elsevier España, 2011
16. Merino J, Nieto de E, Zapata y Mórelo México (2003). Estudio clínico de parasitosis. Disponible en: www.infosalud.com
17. Nuñez F, Gonzalez M, Escobedo A, y Gonzales A (2004). Parasitosis intestinal. Disponible en: www.todosalud.com
18. Cortes, R. y Freites, M (2004). Frecuencia de casos de parasitosis intestinal. Disponible en: www.conexionsocial.com
19. Guilarte, V. Vásquez, M y Muñoz, (2004), parasitosis intestinal y su relación con las condiciones de vida. Trabajo especial de grado escuela de enfermería universidad central de Venezuela.
20. Martínez D. Desarrollo teórico de enfermería. Conferencia impartida en la Facultad de Enfermería Lidia Doce. Jornada por el Día de la Enfermería. La Habana: Facultad de Enfermería Lidia Doce; 2012

ANEXOS

ANEXO 1

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

El Puesto de Salud Cambio Puente cuenta con una inadecuada infraestructura y pocos recursos, tanto humanos como materiales, conllevan muchas veces a que la atención integral al usuario sea limitada. Así mismo, la distribución de sus ambientes hace que la mayor cantidad de estrategias sanitarias funcionen en un solo ambiente, como por ejemplo no se cuenta con un laboratorio teniendo que derivarlo a los pacientes al Hospital La Caleta, produciendo incomodidad tanto para el personal como para los demás afectados, debido al reducido espacio en donde funcionan dichos ambientes.

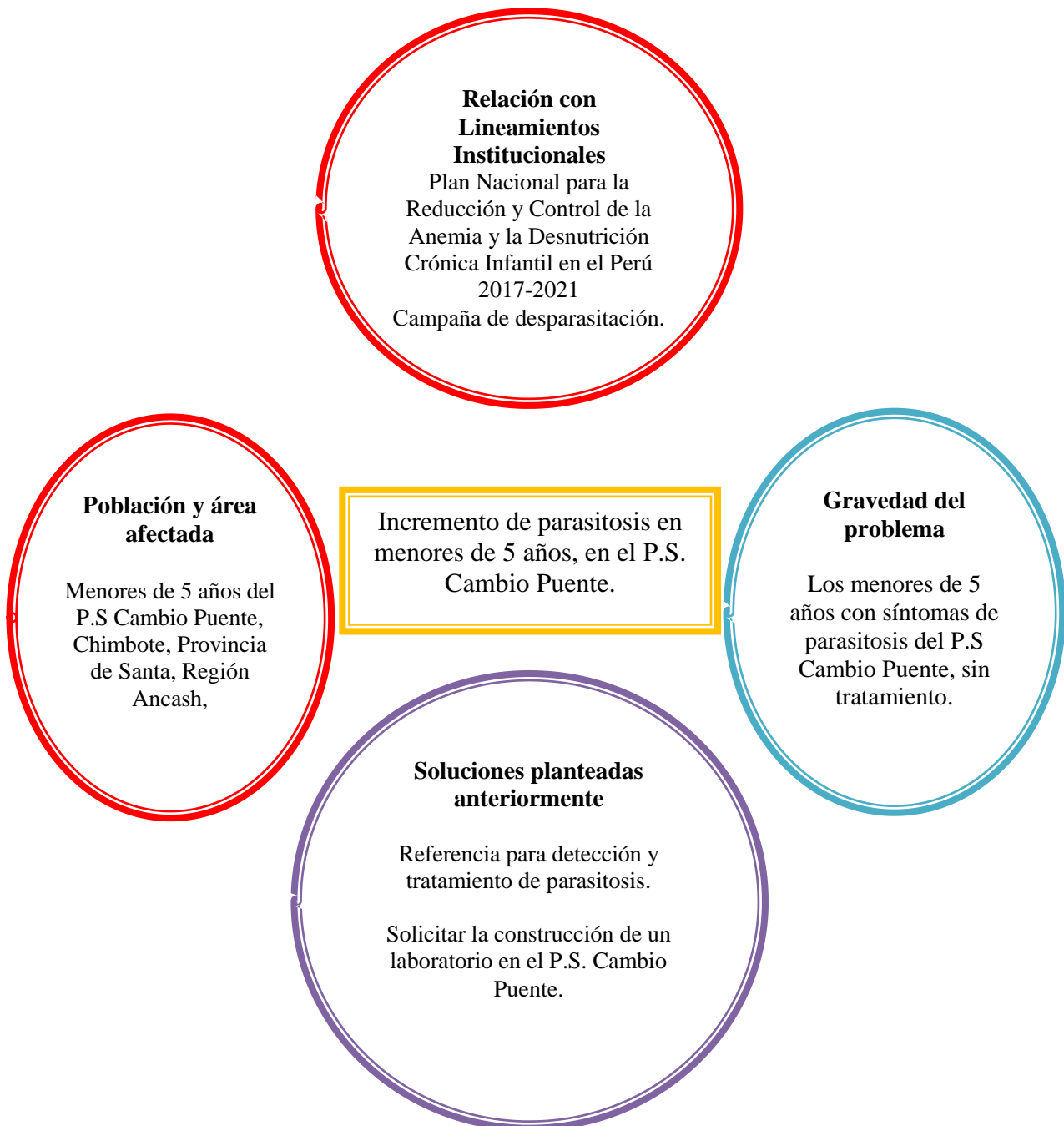
El P.S Cambio Puente no es más que el reflejo de la situación de desarrollo por la que atraviesa el país; con problemas de salud múltiples que se encuentran interactuando en los diferentes procesos biológicos, ecológicos, sociales, económicos y culturales. Se evidencian viviendas hacinadas, con un solo ambiente que es multiuso como, por ejemplo: sala, comedor, dormitorio, animales y mascotas sin medidas sanitarias y preventivas.

Así mismo, su principal fuente de trabajo es la agricultura y ganadería, es por eso que la mayor parte de la PEA trabaja en la en la agricultura y ganadería.

También se presenta problemas respecto a una inadecuada cultura sanitaria y ambiental como son los hábitos y estilos de vida saludables, incrementando de esta manera la probabilidad de enfermarse debido a la práctica de hábitos y costumbres que ha regulado su comportamiento.

ANEXO 2

REVISION DEL PROBLEMA PLANTEADO Y DEFINICION FINAL DEL PROBLEMA

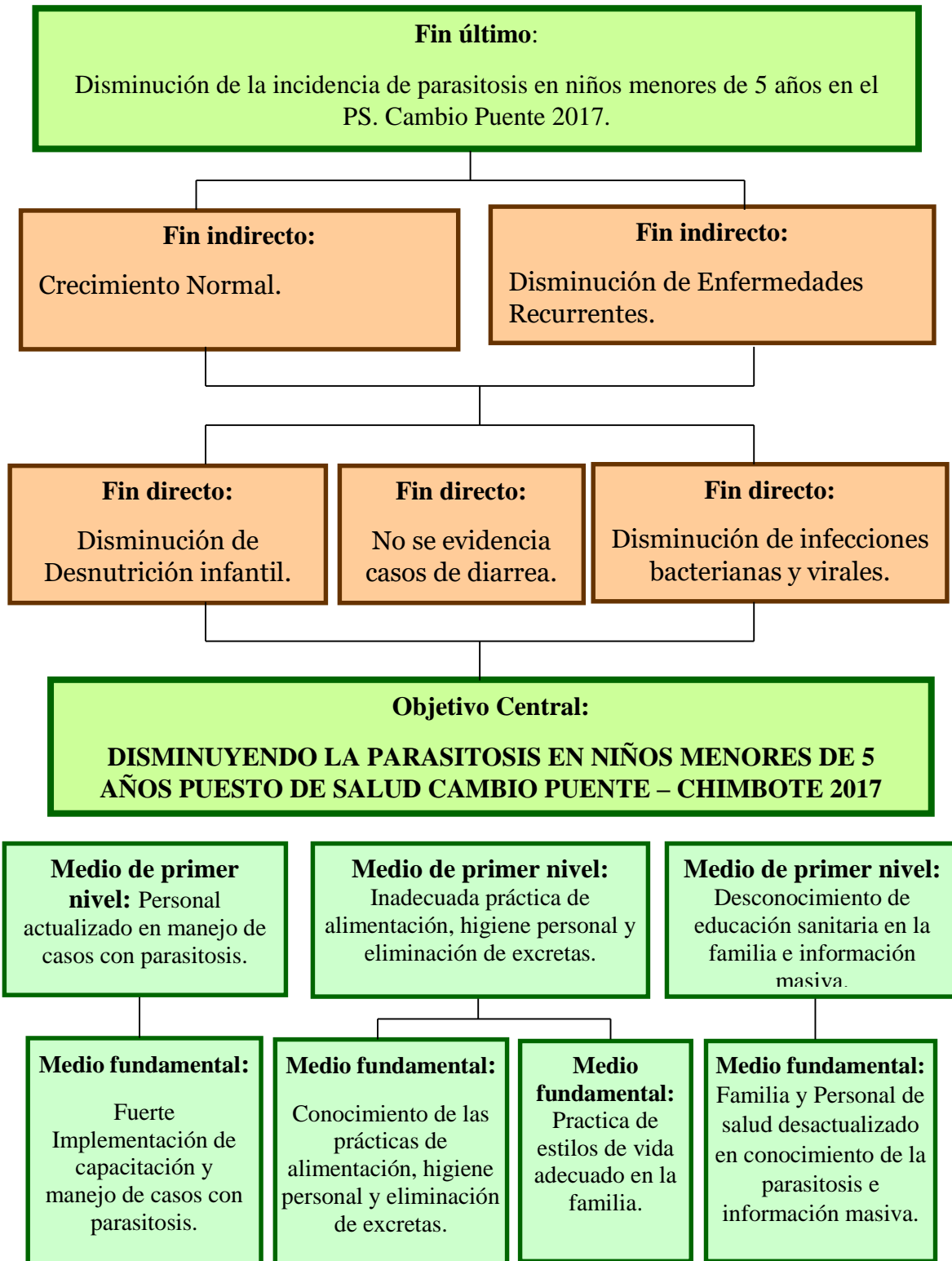


ANEXO 3

GRAFICO N° 01: ARBOL DE CAUSA Y EFECTO



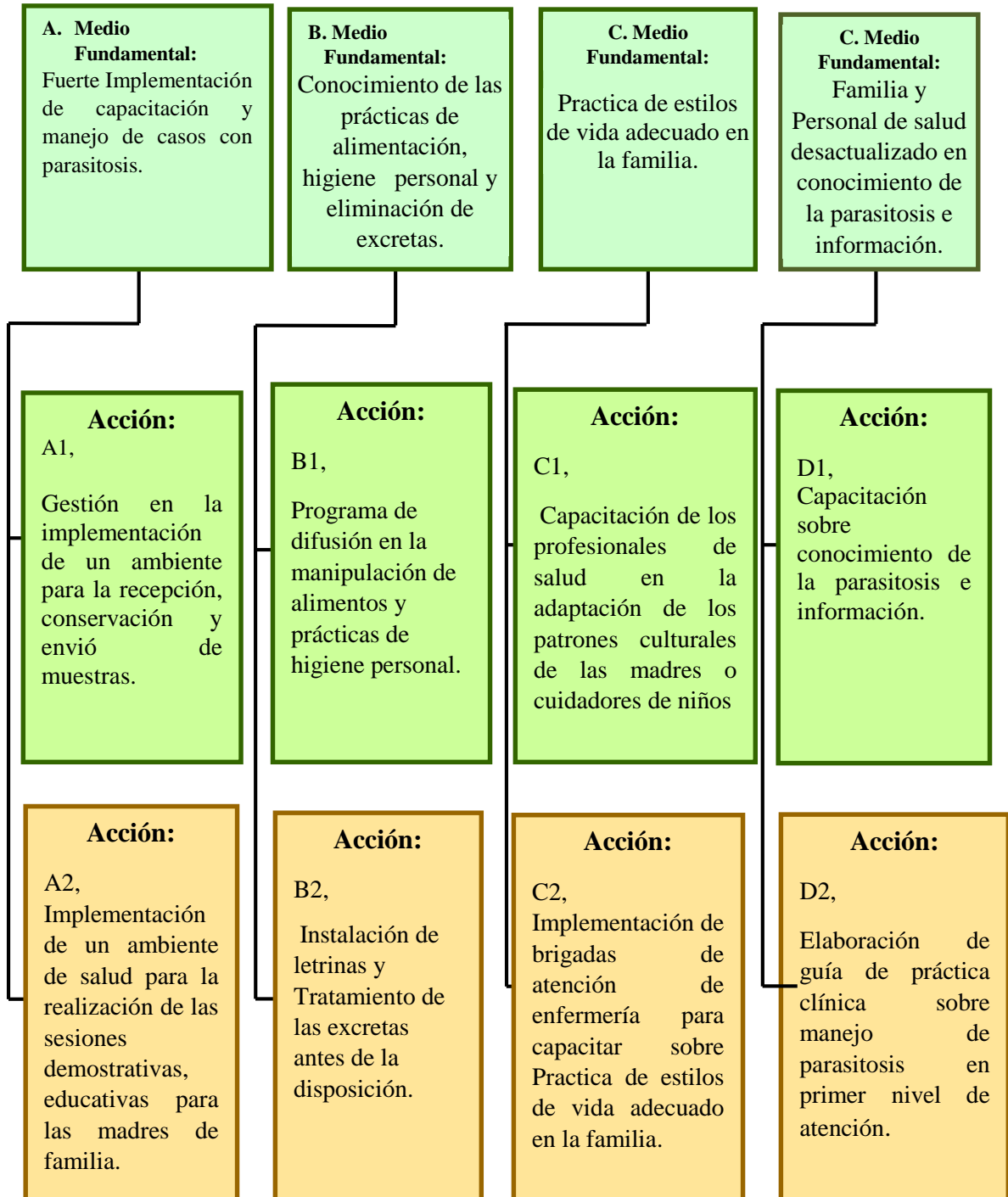
ANEXO 4
GRAFICO N° 02: ÁRBOL DE MEDIOS Y FINES



ANEXO 5

GRAFICO N° 03:

ÁRBOL DE MEDIOS FUNDAMENTALES Y ACCIONES PROPUESTAS



ANEXO 6: MARCO LOGICO

	JERARQUIA DE OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
FIN	Disminuir la incidencia de parasitosis en niños menores de 5 años del Puesto de Salud Cambio Puente-Chimbote, 2017.				
PROPOSITO	Disminuyendo la parasitosis en niños menores de 5 años del Puesto de Salud Cambio Puente-Chimbote, 2017.	<ul style="list-style-type: none"> Disminuye la parasitosis en niños menores de 5 años; en un 50 % en el primer año y 100 % en el segundo año, en el “Puesto de Salud Cambio Puente”. (97 niños). 	<ul style="list-style-type: none"> Nº de niños con parasitosis. 	<ul style="list-style-type: none"> Informes estadísticos del servicio de Enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> Los menores de cinco años tienen respuesta favorable al tratamiento.
COMPONENTES	<ol style="list-style-type: none"> Personal actualizado en manejo de casos con parasitosis. Adecuada práctica de alimentación, higiene personal y eliminación de excretas. 	<ol style="list-style-type: none"> Capacitación al 100 % del Personal de Salud. Ejecución de las sesiones demostrativas sobre práctica de alimentación, higiene personal y eliminación de excretas. 50 % el primer año y 100 % el segundo año. 	<ol style="list-style-type: none"> Nº de personal capacitado en manejo de parasitosis. Nº de madres cuidadoras capacitadas. 	<ul style="list-style-type: none"> Registro de capacitaciones. Actas de reuniones para sesiones demostrativas. 	<ul style="list-style-type: none"> Participación activa del personal de salud. Las familias participan en capacitación.

	3. Conocimiento de educación sanitaria en la familia e información masiva.	3.- Lograr que el 100 % de las familias participen en educación sanitaria en la familia e información masiva.	3.- N° de Personal de salud capacitado.	<ul style="list-style-type: none"> • Registros asistencias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Personal de salud y familiares se integran y participan en las actividades programadas.
ACCIONES	A1, Gestión de la implementación de un ambiente para la recepción, conservación y envío de muestras.	a1. Adecuación del ambiente de toma de muestras en el primer año.	a1. N° de equipos y materiales para toma de muestra durante el primer año.	Inventario SIGA Patrimonio Foto Registro de toma de muestras.	<ul style="list-style-type: none"> • Personal de salud que participa en la implementación.
	A2, Implementación de un ambiente de salud para la realización de las sesiones demostrativas, educativas para las madres de familia.	a2. Ambiente operativo para las sesiones demostrativas, educativas para las madres de familia.	a2. N° de sesiones demostrativas, educativas para las madres de familia.	<ul style="list-style-type: none"> • Informes de supervisión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participación activa de madres de familia en sesiones educativas.
	B1, Programa de difusión en la manipulación de alimentos y prácticas de higiene personal.	b1. 04 actividades de difusión cada año.	b1. N° de actividades de difusión realizadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de actividades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizan con éxito el programa de difusión.

	<p>B2, Instalación de letrinas y Tratamiento de las excretas.</p> <p>C1- Capacitación de los profesionales de salud en la adaptación de los patrones culturales de las madres o cuidadores de niños.</p> <p>C2, Implementación de brigadas de atención de enfermería para capacitar sobre Práctica de estilos de vida adecuada en la familia.</p> <p>D1, Capacitación sobre conocimiento de la parasitosis e información.</p>	<p>b2. Familias con letrinas y Tratamiento de las excretas. 70 % el primer año y 100 % el segundo año.</p> <p>c1. Familias reciben consejería sobre adaptación de los patrones culturales de las madres o cuidadores de niños. 80 % el primer año y el 100 % el segundo año.</p> <p>c2. 02 brigadas para capacitar cada mes el primer año y 01 el segundo año.</p> <p>d1. Madres o cuidadoras de niños capacitados sobre parasitosis. 80 % El primer año y el 100 % el segundo año.</p>	<p>b2. N° Familias con letrinas con tratamiento de excretas.</p> <p>c1. N° Familias reciben consejería sobre adaptación de los patrones culturales de las madres o cuidadores de niños.</p> <p>c2. N° brigadas para capacitar a padres o cuidadoras de niños.</p> <p>d1. N° de capacitaciones realizadas en el Puesto de Salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reporte de supervisión. • Registro de participantes. • Informes de capacitación. • Registro de capacitaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple con los procedimientos según las capacitaciones. • Personal de salud participa activamente en las capacitaciones. • Familias aceptan practica de estilos de vida saludables. • Padres participan en capacitación sobre parasitosis.
--	---	---	---	---	---

	D2, Elaboración de guía de práctica clínica sobre manejo de parasitosis en primer nivel de atención.	d2. Personal usa la guía sobre manejo de parasitosis 80 % el primer año y el 100 % el segundo año.	d2. N° de Personal usa la guía sobre manejo de parasitosis	<ul style="list-style-type: none"> • Reporte de auditoría de historia clínica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Personal aplica guía de práctica clínica en atención de salud.
--	--	--	--	---	--

ANEXO 7

PUESTO DE SALUD CAMBIO PUENTE – SANTA - ANCASH

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: Establecimiento sin Internamiento

CODIGO UNICO: 00001656

CLASIFICACIÓN: I - 2

NOMBRE: Puesto de Salud CAMBIO PUENTE

INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE: MINSA

DIRECCIÓN COMPLETA: Sector CAMBIO PUENTE

DEPARTAMENTO: Ancash

PROVINCIA: Santa

DISTRITO: Chimbote

TELÉFONO: No existe

TELÉFONO DE EMERGENCIA: No tiene

RADIO: No tiene

TIPO DOC.FUNCIONAMIENTO (MUNICIPAL): NO

Nº DOCUMENTO FUNCIONAMIENTO (MUNICIPAL): NO

CORREO ELECTRÓNICO DEL ESTABLECIMIENTO: NO

DIRECCIÓN DE LA PÁGINA WEB: NO

Nº DE AMBIENTES DEL ESTABLECIMIENTO: 7

ESPECIALIDADES DE PRESTACIÓN:

1. Medicina General
2. Farmacia
3. Obstetricia.
4. Enfermería
5. Tópico
6. Triage
7. TBC.
8. Sala de espera.

HORARIO DE ATENCIÓN: 8:00 AM -8:00 PM

REPRESENTANTE DE LA ATENCIÓN DE SALUD

NOMBRES Y APELLIDOS: ARIAS PEREDA FIORELA

TIPO DE DOC.IDENTIDAD: DNI

Nº DOC IDENTIDAD:

SITUACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

ESTADO : Activo

SITUACIÓN : Registrado

CONDICIÓN: En Funcionamiento

INSPECCIÓN: Por inspeccionar

RESEÑA HISTÓRICA

Histórico y situacional

El P.S. CAMBIO PUENTE fue creado hace aproximadamente años en sus orígenes ocupó la parte lateral de la I.E. JOSE CARLOS MARIATEGUI luego paso a ocupar un terreno que gestionaron las autoridades el cual se ubica en av. central justo al lado de la iglesia del pueblo; actualmente el personal del Puesto de Salud Cambio Puente se encuentra laborando en un local prestado por el municipio ya que el establecimiento cuenta con terreno, pero sin construcción.