



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA**

TRABAJO ESTRUCTURADO DE MANERA INDEPENDIENTE.

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“FACTORES DE RIESGO E INCIDENCIA DE PARASITOSIS EN NIÑOS DE 2 A 8 AÑOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE AMBATILLO DURANTE EL PERÍODO DE ENERO –AGOSTO DEL 2012.”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico

Autor: López Brito, José Luis

Tutora: Dra. Pérez Naranjo, Fanny del Rocío

Ambato – Ecuador  
Octubre, 2013

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Graduación sobre el tema: **“FACTORES DE RIESGO E INCIDENCIA DE PARASITOSIS EN NIÑOS DE 2 A 8 AÑOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE AMBATILLO DURANTE EL PERÍODO DE ENERO –AGOSTO DEL 2012”**de José Luis López Brito, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Junio 2013

LA TUTORA

.....

**Dra. Fanny Pérez**

## AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación **“FACTORES DE RIESGO E INCIDENCIA DE PARASITOSIS EN NIÑOS DE 2 A 8 AÑOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE AMBATILLO DURANTE EL PERÍODO DE ENERO –AGOSTO DEL 2012**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Junio 2013

EL AUTOR

.....  
José Luis López.

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales, de mi tesis confines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Junio del 2012

EL AUTOR

.....  
José Luis López.

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema “**FACTORES DE RIESGO E INCIDENCIA DE PARASITOSIS EN NIÑOS DE 2 A 8 AÑOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE AMBATILLO DURANTE EL PERÍODO DE ENERO –AGOSTO DEL 2012**”, de José Luis López Brito, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Octubre del 2013

Para constancia firman

.....

PRESIDENTE

.....

1er VOCAL

.....

2do VOCAL

## **AGRADECIMIENTO**

Nuestra percedera gratitud a Dios Creador, de donde viene toda la sabiduría, a mis padres que siempre estuvieron presente en mi formación y sembraron en mí la semilla de la superación. A mí querida Universidad Técnica de Ambato porque en sus aulas recibimos los más gratos recuerdos y los mejores conocimientos que nunca olvidaremos; A nuestros distinguidos maestros que con nobleza y entusiasmo, vertieron toda su capacidad en nuestra alma, a mis compañeros y amigos y demás personas que compartieron su sincera amistad, que con sus palabras de aliento ayudaron para el cumplimiento de este objetivo. GRACIAS A TODOS.

**José Luis**

## **DEDICATORIA**

A Dios, por su infinita bondad, a mis padres por su amor, comprensión, y apoyo incondicional, durante todos los pasos de mi vida, dedico este trabajo a quienes son parte fundamental de mi crecimiento no solo profesional sino también personal y al Subcentro de salud de Ambatillo, por su apertura para la realización de este trabajo.

**José Luis**

## ÍNDICE

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DEL AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
DEDICATORIA.....	vii
RESUMEN.....	
SUMARY.....	
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I	
EL PROBLEMA.....	2
1.1 TEMA: .....	2
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	2
1.2.1 contextualización.....	2
1.2.2 análisis crítico.....	4
1.2.3 prognosis.....	5
1.2.4 formulación del problema .....	6
1.2.5 preguntas directrices .....	6
1.2.6 delimitación del problema.....	6
1.3 JUSTIFICACIÓN .....	7
1.4 OBJETIVOS .....	8
1.4.1 objetivo general.....	8
1.4.2 objetivos específicos .....	8



## CAPITULO II

MARCO TEÓRICO.....	9
2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	9
2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA .....	11
2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL .....	11
2.4 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES .....	13
2.5 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	14
2.5.1 FACTORES ASOCIADOS.....	14
2.5.2 FACTORES DE RIESGO .....	14
2.6. HIPÓTESIS.....	33

## CAPITULO III

MARCO METODOÓGICO.....	34
3.1 MÉTODOS .....	34
3.2 MODALIDADES DE LA INVESTIGACIÓN .....	34
3.3 NIVELES DE LA INVESTIGACIÓN .....	35
3.3.1 INVESTIGACIÓN EXPLORATORIA- TEÓRICO .....	35
3.3.2 INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVA .....	35
3.4 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN .....	36
3.5 INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	36
3.6 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	37
3.7 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	37
3.8 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	39
3.9 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	40
3.10 PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	42
3.11 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	42

CAPÍTULO IV	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS .....	44
4.3	VALIDACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	59
CAPÍTULO V	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1	CONCLUSIONES.....	60
5.2	RECOMENDACIONES.....	61
CAPÍTULO VI	PROPUESTA	
6.1	DATOS INFORMATIVOS.....	62
6.1.1	TÍTULO.....	62
6.1.2	BENEFICIARIOS.....	62
6.1.3	UBICACIÓN .....	63
6.1.4	TIEMPO.....	63
6.1.5	EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE .....	63
6.1.6	COSTO.....	63
6.2	ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA .....	63
6.3	JUSTIFICACIÓN .....	64
6.4	OBJETIVOS .....	64
6.4.1	OBJETIVO GENERAL .....	64
6.4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	64
6.5	ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD .....	65
6.6	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA TÉCNICA .....	65
6.7	MODELO OPERATIVO .....	70
6.8	ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA .....	71
	BIBLIOGRAFÍA.....	73

## **INDICE DE TABLAS**

TABLA.4.1 1 EDAD .....	43
TABLA.4.1 2 ESCOLARIDAD .....	44
TABLA.4.1 3 GÉNERO.....	45

## **FACTORES DE RIESGO**

TABLA 4.2 1 HACINAMIENTO.....	46
TABLA 4.2 2 CONSUMO DE AGUA TRATADA.....	47
TABLA 4.2 3 ESTADO DE LA VIVIENDA .....	48
TABLA 4.2 4 HÁBITO DE ANDAR DESCALZO .....	49
TABLA 4.2 5 VECTORES EN LA VIVIENDA .....	50
TABLA 4.2 6 HIGIENE PERSONAL.....	51
TABLA 4.2 7 LAVADO DE MANOS ANTES DE ALIMENTARSE .....	52
TABLA 4.2 8 LAVADO DE LAS MANOS DESPUÉS DE LAS NECESIDADES FISIOLÓGICAS .....	53
TABLA 4.2 9 CONSUME FRUTAS SIN LAVAR.....	54

## **PRESENCIA DE PARÁSITOS**

TABLA 4.3 1 PRESENCIA DE PARÁSITOS .....	55
TABLA 4.3 2 PARÁSITOS ENCONTRADOS EN COPROPARASITARIO...56	
TABLA 4.3 3 PRESENCIA DE PARASITOSIS SEGÚN GÉNERO .....	58

## **VALIDACIÓN DE LA HIÓPETSIS**

VALIDACIÓN DE HIPÓTESIS 1.....	59
--------------------------------	----

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>GRAFICO 1</b>	GRUPOS DE EDAD .....	43
<b>GRAFICO 2</b>	ESCOLARIDAD EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE AMBATILLO.....	44
<b>GRAFICO 3</b>	GÉNERO DE NIÑOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE AMBATILLO.....	45
<b>GRAFICO 4</b>	HACINAMIENTO EN EL HOGAR DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE AMBATILLO. ....	46
<b>GRAFICO 5</b>	CONSUMO DE AGUA TRATADA POR LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE AMBATILLO .....	47
<b>GRAFICO 6</b>	ESTADO DE LA VIVIENDA DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE AMBATILLO .....	48
<b>GRAFICO 7</b>	HÁBITO DE ANDAR DESCALZO DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE AMBATILLO. ....	49
<b>GRAFICO 8</b>	VECTORES EN LA VIVIENDA DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE AMBATILLO .....	50
<b>GRAFICO 9</b>	HIGIENE PERSONAL DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE AMBATILLO. ....	51
<b>GRAFICO 10</b>	LAVADO DE MANOS ANTES DE CONSUMIR ALIMENTOS POR LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE AMBATILLO .....	52
<b>GRAFICO 11</b>	LAVADO MANOS DESPUÉS DE NECESIDADES FISIOLÓGICAS POR LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE AMBATILLO.....	53
<b>GRAFICO 12</b>	CONSUMO DE FRUTAS SIN LAVAR EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE AMBATILLO .....	54
<b>GRAFICO 13</b>	PRESENCIA DE PARASITOSIS EN LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE AMBATILLO PERIODO ENERO – AGOSTO 2012. ....	55

<b>GRAFICO 14</b> PARÁSITOS ENCONTRADOS EN EL COPROPARASITARIO REALIZADO A LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE AMBATILLO PERIODO ENERO – AGOSTO 2012.....	56
<b>GRAFICO 15</b> PRESENCIA E PARASITOSIS SEGÚN GÉNERO EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE AMBATILLO PERÍODO ENERO – AGOSTO 2012. ....	58

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MADICINA**

**“FACTORES DE RIESGO E INCIDENCIA DE PARASITOSIS EN NIÑOS DE 2 A 8 AÑOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE AMBATILLO DURANTE EL PERÍODO DE ENERO –AGOSTO DEL 2012.”**

**Autor: López Brito, José Luis**

**Tutora: Pérez Naranjo, Fanny del Rocío**

**Fecha: Junio del 2013**

**RESUMEN:**

La investigación realizada tuvo como objetivo Identificar los factores de riesgo y la incidencia de parasitosis en niños de 2 a 8 años de edad atendidos en el Subcentro de Salud de Ambatillo durante el período de enero –agosto del 2012, ya que las infecciones parasitarias son un problema serio en la salud pública, debido a que suelen causar anemia por deficiencia de hierro, mal absorción de nutrientes y diarrea, entre las principales afecciones. Frecuentemente, la elevada prevalencia de parasitosis, está relacionada con los factores sociodemográficos así como una adecuada educación en salud ya que en efecto estos factores favorecen la adquisición y desarrollo de este tipo de infecciones, el tipo de estudio fue descriptivo, transversal, que utilizó una modalidad Bibliográfica, y de campo, se realizó una Encuesta y Coproparasitario con el objetivo de, establecer los factores asociados y la incidencia de parasitosis en dichos niños, de 52 niños que cumplieran con los criterios de inclusión los resultados fueron los siguientes: Se confirmó la hipótesis sobre si el lavado de las manos después de las necesidades fisiológicas aumenta la probabilidad de parasitosis, la presentación de parasitosis fue de el 67%de toda la población investigada, más frecuente en mujeres y de estas la más frecuente la Ameba Histolytica, y Giardia Lamblia, sin embargo, son varios los factores que confluyen para la presentación elevada de parasitosis en Ambatillo. Se concluye que la incidencia de parasitosis en los niños de 2 a 8 años de edad atendidos en el Subcentro de Salud de Ambatillo fue elevada, además los factores más comúnmente asociados fueron sociodemográficos así como la falta de una adecuada educación en salud. Por lo cual se plantea la propuesta de capacitar a la población sobre las medidas higiénicas y dietéticas adecuadas para prevenir la parasitosis.

**PALABRAS CLAVE: PARASITOSIS, COPROPARASITARIO, AMEBA\_ HISTOLYTICA, NIÑOS, .**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MADICINA**

**“FACTORES DE RIESGO E INCIDENCIA DE PARASITOSIS EN NIÑOS DE 2 A 8 AÑOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE AMBATILLO DURANTE EL PERÍODO DE ENERO –AGOSTO DEL 2012.”**

**Autor: López Brito, José Luis**

**Tutora: Pérez Naranjo, Fanny del Rocío**

**Fecha: Junio del 2013**

**SUMMARY**

The research aimed to identify the risk factors and the incidence of parasitic infections in children from 2-8 years of age seen in the Health Sub-Centre Ambatillo during the January-August period of 2012, as parasitic infections are a serious problem in public health because they often cause iron deficiency anemia , poor nutrient absorption and diarrhea , the main conditions. Often , the high prevalence of parasitosis , is related to sociodemographic factors and adequate health education for indeed these factors favor the acquisition and development of these infections , the type of study was descriptive , cross-sectional , which used a Bibliographic mode , and field survey was conducted and Coproparasitario in order , establishing risk factors and the incidence of parasitism in these children , 52 children who met the inclusion criteria were the following results : We confirmed the hypotheses about whether washing hands after physiological needs increases the likelihood of parasitic diseases, parasitic presentation was 67% of the entire study population , more common in women and the most frequent these Ameba histolytica , and Giardia lamblia , however , several factors that come together to present Ambatillo parasitosis high . We conclude that the incidence of parasitosis in children 2-8 years of age seen in the Health Sub-Centre Ambatillo was high , and most commonly associated factors were sociodemographic and lack of proper health education. Therefore there is the proposal to empower the public about dietary and hygienic measures adequate to prevent parasites.

**KEYWORDS: PARASITOSIS, COPROPARASITARIO, AMOEBA \_HISTOLYTICA KIDS.**

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades parasitarias intestinales constituyen una de las infecciones más comunes a nivel mundial y de mayor prevalencia en las comunidades empobrecidas de los países en desarrollo. Se estima que unas 3.500 millones de personas están afectadas por estas infecciones y que 450 millones manifiestan enfermedad, siendo la mayoría niños. Las infecciones parasitarias son un problema serio en la salud pública, debido a que suelen causar anemia por deficiencia de hierro, mal absorción de nutrientes y diarrea, entre las principales afecciones. Frecuentemente, la elevada prevalencia de parasitosis, está relacionada con la contaminación fecal del agua de consumo y suelo, o de los alimentos unida a deficientes condiciones sanitarias y socioculturales.

En efecto los factores que prevalecen y favorecen la adquisición y desarrollo de este tipo de infecciones se encuentran las condiciones sanitarias bajo nivel socioeconómico, mala higiene personal, comer alimentos contaminados, vivir en hacinamientos y toda una serie de factores tanto sociales como económico que en conjunto constituyen la causa social de las infecciones por parasitosis . A esto la Organización Mundial de la Salud ha señalado que la parasitosis son enfermedades con un alto índice de morbi-mortalidad y se ha determinado que en países en vías de desarrollo las parasitosis intestinales afectan principalmente a los niños y se calcula que 500 millones están infectados con diferentes tipos de parásitos.

En fin la parasitosis intestinal constituye en la época actual un problema médico-social, que afecta a los países llamados del 3er mundo y también a los de más altos desarrollos. Por tanto nuestro país no está exento de esta problemática. Y muchos de estos reflejan de manera estadística altos índices de infestación en muchos sectores, tanto rurales como urbanos, el cual se constituye así la parasitosis es un serio problema de salud que eleva la morbilidad por enfermedades parasitarias e incluso pone en riesgo la calidad de vida. En vista de eso es que se abordara con este proyecto la prevalencia de parasitosis en niños que acuden al Subcentro de salud de Ambatillo.



## **CAPITULO I**

### **1 PROBLEMA DE INVESTIGACION**

#### **1.1. TEMA DE INVESTIGACION**

Factores de riesgo e incidencia de parasitosis en niños de 2 a 8 años atendidos en el Subcentro de Salud de Ambatillo durante el período de enero –agosto del 2012.

#### **1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

##### **1.2.1. Contextualización**

Las parasitosis intestinales son un problema de importancia al que se enfrentan las instituciones de salud pública y ambiental en los países en vías de desarrollo. Estas infecciones son generalmente subestimadas por ser asintomáticas, pero representan un factor de morbilidad importante cuando se asocia a la desnutrición. Las infecciones intestinales parasitarias afecta principalmente a la población infantil, la cual, es especialmente susceptible de adquirirla, principalmente cuando la forma infectante del parásito penetra por vía oral. En los países subdesarrollados, las malas condiciones higiénicas, la escasa cultura médica, el deficiente saneamiento ambiental y las pobres condiciones socioeconómicas están asociados directamente con la presencia, persistencia y la diseminación de parasitosis intestinales, así como las características geográficas y ecológicas específicas del lugar donde se encuentra. La prevalencia de las parasitosis intestinales en Ecuador no se diferencia de las registradas en otros países latinoamericanos con características climáticas, condiciones de insalubridad y pobreza semejantes. Diversos estudios a nivel nacional refieren altas incidencias de

infección en comunidades escolares, los cuales, a pesar de su baja mortalidad pueden ocasionar importantes problemas sanitarios y sociales debido a su sintomatología y complicaciones<sup>1, 2, 3</sup>.

Es más las enteroparasitosis pueden transcurrir asintomáticas durante largo tiempo, pero también pueden llegar a provocar cuadros digestivos por tanto afecta a casi un 80 por ciento de la población que habita en sectores rurales y urbanos. Es evidente que la parasitosis en los niños se trasmite por vía oral por agua y alimentos contaminados o por la piel por contacto con aguas negras o excremento, y son comunes que estos parásitos ataquen a los niños y que a veces sus síntomas no son bien identificados las madres no acuden a consulta médica con sus hijos, esto ocasiona retardo escolar, desnutrición, y hay que entender que el diagnóstico es muy sencillo, se hace en cualquier laboratorio con un examen de heces.

La población infantil es la más susceptible, y vemos como muchos niños andan descalzos por calles donde corren aguas negras. Sin embargo de acuerdo a las investigaciones de la OMS hay poblaciones donde hasta el 80% de sus habitantes, tanto niños y adultos tienen parasitosis, y esto tiene mucha relación con el saneamiento ambiental, el control de las aguas negras y la disposición de agua potable para el consumo, la proliferación de moscas, que también son un vehículo para el parásito, y la cantidad de basura. Diversos estudios dan pie a esta problemática, donde se aplicaron

---

<sup>1</sup> Ferreira MR. Intestinal Helminthiasis and Anemia in Youngsters from Matriz da Luz, District of Sao Lourenco da Mata, State of Pernambuco, Brazil. Mem Inst Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro 1998; 93(3): 289-93

<sup>2</sup> Brooker S, Peshu N, Warn PA, Mosobo M, Guyatt HL, Marsh K, Snow RW. The epidemiology of hookworm infection and its contribution to anemia among pre-school children on the Kenyan Coast. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene 1999; 93:240- 246

<sup>3</sup> García A. Encuesta sobre parasitismo y anemia en los escolares de Yurimaguas, Iquitos. Rev Salud Pub 1951; 6:63

exámenes a 300 niños y un 97% de ellos tenían parásitos mayormente protozoarios<sup>4, 5</sup>.

En el país, el 80% de la población rural y el 40% del área urbana tienen parásitos. Penosamente los más afectados son los niños una de las grandes causas para esta problemática es la salubridad, tanto en niños que están descuidados, que caminan descalzos entre basura; también en adultos, que no toman las medidas higiénicas necesarias<sup>6</sup>.

La provincia de Tungurahua, es una de las Provincias, que tiene muchas zonas rurales marginales que no cuentan con servicios básicos, y una adecuada educación en salud.

En el área rural el problema, se agrava más, y en particular en la zona de Ambatillo en donde a través del Subcentro de salud se ha podido evidenciar que existen muchos casos que presentan problemas intestinales, provocados por la falta de agua potable, así como las condiciones socioeconómicas bajas y la falta de educación en salud.

### **1.2.2. Análisis crítico.**

La parasitosis intestinal, es un problema de salud que afecta a gran parte de la población sin embargo son los niños los más afectados ya que se encuentran en período de desarrollo y crecimiento físico e intelectual, los

---

<sup>4</sup> <http://www.who.int/es/>

<sup>5</sup> OMS. Organización Mundial de la Salud. El uso de quimioterapia para el control de la morbilidad debida a nemátodos transmitidos por el suelo en humanos. Informe de una reunión de consulta; 29 abril–1 mayo 1996. Vol. HCT/AIEPI–19.E. Washington; 1999.

<sup>6</sup> GUACHI, Maricela. Determinar la influencia de la parasitosis en el proceso de aprendizaje en los niños del cuarto año de educación Básica de la Escuela Fiscal Dr. Víctor M. Peñaherrera del Cantón Quero de la provincia de Tungurahua” durante el período noviembre 2010 marzo 2011. Año 2011.

parásitos pueden afectar seriamente este desarrollo, además pueden provocar graves enfermedades en el niño, se evidencia que esta problemática tiene mayor incidencia en países en vías de desarrollo y de estos más en áreas rurales, en la presente investigación seleccionamos un área rural Ambatillo que pertenece al área de salud N.- 1, en donde se ha observado que la presentación de parasitosis es elevada en el grupo de edad descrito, lo que se pretende con la presente investigación es identificar cuáles son los factores asociados a esta problemática previamente definiendo de manera estadística cual es la verdadera incidencia de parasitosis en este grupo de edad, es así que se podrán plantear medidas que disminuyan la presentación de esta patología lo cual puede afectar seriamente el crecimiento y desarrollo de los niños.

### **1.2.3. Prognosis**

Las consecuencias posibles de no realizarse esta investigación, provocaría que la parasitosis intestinal pasaría a ser una de las primeras causas de morbilidad en niños de esta edad, ya que se afectaría seriamente el crecimiento y el desarrollo físico y mental de los niños, afectando su rendimiento escolar, se desconocerían estadísticamente cual es la incidencia exacta de parasitosis en este grupo de edad, por lo cual sin este tipo de información estadística no justifican las intervenciones del Ministerio de Salud Pública y por ende el problema persistiría.

#### **1.2.4. Formulación del problema**

¿Cuáles son los factores de riesgo e incidencia de parasitosis en niños 2 a 8 años atendidos en el subcentro de salud de Ambatillo durante el período de enero –agosto del 2012?

#### **1.2.5.- Preguntas directrices**

¿Cuáles son los factores de riesgo que inciden en la presentación de parasitosis en niños de 2 a 8 años, atendidos en el Subcentro de Salud de Ambatillo?

¿Cuál es la incidencia de la parasitosis diagnosticada a través de Coproparasitario en niños de 2 a 8 años en el Subcentro de Salud de Ambatillo?

¿Cuál es la incidencia de parasitosis relacionada con el lavado de las manos en niños de 2 a 8 años en el Subcentro de Salud de Ambatillo?

¿Cuáles serían las intervenciones necesarias para disminuir la incidencia de parasitosis en niños de 2 a 8 años en el Subcentro de Salud de Ambatillo?

#### **1.2.6.- Delimitación del problema**

Delimitación de contenido

Campo Medicina.

Área Parasitología.

Aspecto Factores de riesgo e incidencia de parasitosis.

Delimitación espacial:

Subcentro de Salud de Ambatillo -Cantón Ambato-Provincia del Tungurahua.

Delimitación temporal:

Esta investigación se realizó durante el periodo enero – agosto 2012.

### **1.3 JUSTIFICACIÓN**

Este proyecto se justifica debido a la alta prevalencia de parásitos intestinales en niños, ya que esto constituye un importante problema de salud pública, ya que a nivel mundial más de un cuarto de población sufre infecciones parasitarias, por ello se destaca que los parásitos al llegar al intestino roban el alimento impidiendo que se aprovechen los nutrientes, pueden ocasionar úlceras, obstrucciones, perforaciones y hasta la muerte.

En los niños provoca la falta de crecimiento, pérdida de peso y apetito, irritabilidad, además puede influir en las actividades intelectuales, dificultades de atención, que se traduce en bajo rendimiento escolar o académico y déficit en el desarrollo físico. Así mismo esta investigación es importante, ya que en ella se pretende determinar el tipo de parásitos que afectan a estos niños, sobre todo en los primeros años de vida, ya que este grupo de población aún no ha adquirido los hábitos higiénicos necesarios para prevenirlas y no se ha desarrollado inmunidad completa frente a los diferentes tipos de parásitos.

De igual forma esta investigación servirá como base para otros estudiantes interesados en el tema por ser un trabajo relevante ya que existen múltiples estudios que han conducido que la frecuencia de parasitosis intestinales son elevadas en niños, a pesar de los esfuerzos científicos, farmacológicos, preventivos y educacionales a la población. Finalmente será un aporte más

para futuros investigadores que quieran conocer sobre la parasitosis intestinal, sus síntomas, consecuencias y características epidemiológicas.

Finalmente, nuestra investigación es factible desde el punto de vista científico técnico ya que se cuenta con la información, los antecedentes, además se cuenta con el aspecto económico y administrativo lo cual será brindado por el investigador.

#### **1.4. OBJETIVOS**

##### **1.4.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar los factores de riesgo y la incidencia de Parasitosis en niños de 2-8 años que acuden al Subcentro de Salud de Ambatillo de la provincia de Tungurahua, en el periodo Enero -Agosto2012.

##### **1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Identificar los factores de riesgo que inciden en la presencia de parasitosis en niños de 2-8 años.

Describir la incidencia de parásitos en los niños a través de Coproparasitario.

Describir los principales parásitos encontrados a través del Coproparasitario en los niños atendidos en el subcentro de salud de Ambatillo.

Determinar si el lavado de manos después de las necesidades fisiológicas incrementa el riesgo de presentar parasitosis intestinal.

Aplicar un programa de sensibilización y capacitación para la población de Ambatillo.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

A continuación se describen las investigaciones relacionadas con la presente:

En la investigación descriptiva, denominada: “Evaluación de la microbiota en niños con parasitosis intestinal<sup>7</sup>” concluyen que la presencia de parásitos intestinales provoca una respuesta inmune caracterizada por la secreción de inmunoglobulinas y moco que alteran el medio ambiente del tracto digestivo. Este cambio a nivel intestinal podría llevar a alteraciones de la composición de la microbiota.

En la investigación descriptiva retrospectiva, denominada: DETERMINAR LA INFLUENCIA DE LA PARASITOSIS EN EL PROCESO DE APRENDIZAJE EN LOS NIÑOS DEL CUARTO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA ESCUELA FISCAL DR. VÍCTOR M. PEÑAHERRERA DEL CANTÓN QUERO DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA” DURANTE EL PERÍODO NOVIEMBRE 2010 MARZO 2011. Concluyen que: Claramente existe una evidencia que la parasitosis influye directamente en el proceso Aprendizaje, ya que la parasitosis indirectamente dificulta la asimilación de los contenidos y el nivel en el rendimiento escolar es bajo. El servicio de una buena desparasitación resulta de manera muy beneficiosa ayudando a aprender con mayor rapidez y facilidad. Brindando a los alumnos la posibilidad de tener una buena salud y por ende un mejor aprendizaje permitiendo cambios constantes, es por esta razón que se ha realizado una propuesta para mejorar el aprendizaje a través de una buena desparasitación. Es necesario acotar que la parasitosis es una de las causas que incide directamente en la

---

<sup>7</sup> Vásquez Palacios, Ruth, Evaluación de la microbiota en niños con parasitosis intestinal



formación académica de los niños siendo un factor que causa desnutrición, cansancio, sueño, pereza, no permitiendo en los estudiantes el normal desempeño durante el Inter – Aprendizaje es por ello que necesariamente se debe desparasitar a los niños por lo menos 2 veces al año<sup>8</sup>.

En el estudio prospectivo, denominado: Comparación de albendazol más metronidazol versus albendazol mas tinidazol como terapia empírica antiparasitaria en niños de edad escolar en la comunidad rural de Oyacachi, Napo. Como resultados con respecto a la eficacia de los tratamientos el albendazol presentó una eficacia del 87.5% para el caso de las ascariasis, 83.3% para uncinarias y del 100% en el caso de *Trichuristrichura*. Para el caso del metronidazol, éste presentó una eficacia del 82.1% para *Entamoeba histolytica* y del 88.9% para *Giardia*, mientras que el tinidazol tuvo una eficacia del 89.7% para las infecciones por *Entamoeba histolytica* y del 100% para *Giardia*, sin presentar diferencia en la eficacia estadísticamente significativa entre los dos tratamientos. Sin embargo, los niños que tomaron metronidazol tuvieron una menor adherencia al tratamiento puesto que un 74% de los niños olvidaron tomar una o más dosis de éste, frente a un 38.8% de los que tomaron tinidazol. Por tantoEl autor concluye que el segundo esquema es el más apropiado para tratar la parasitosis en niños<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> GUACHI DÍAZ, MARICELA, DETERMINAR LA INFLUENCIA DE LA PARASITOSIS EN EL PROCESO DE APRENDIZAJE EN LOS NIÑOS DEL CUARTO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA ESCUELA FISCAL DR. VÍCTOR M. PEÑAHERRERA DEL CANTÓN QUERO DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA” DURANTE EL PERÍODO NOVIEMBRE 2010 MARZO 2011.

<sup>9</sup>Cueva Martínez, Gloria, Comparación de albendazol más metronidazol versus albendazol mas tinidazol como terapia empírica antiparasitaria en niños de edad escolar en la comunidad rural de Oyacachi, Napo, QUITO / PUCE / 2012.

## **2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA**

La presente investigación está basada en el principio Crítico-Propositivo ya que se analizarán los datos que fueron recolectados por el investigador sobre los factores de riesgo e incidencia de parasitosis en niños de 2 a 8 años de edad, y en base a la información encontrada se propondrá estrategias para disminuir o prevenir la presentación elevada de esta patología, que afecta diariamente el crecimiento y desarrollo de los niños.

## **2.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL**

El presente trabajo de investigación, toma como apoyo legislativo a la Constitución del Ecuador; en el Título II, correspondiente a los derechos, en su capítulo segundo, relacionado a los derechos del buen vivir, en la sección séptima, en salud se enuncia:

Art. 32.-La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

En el capítulo tercero, referente a los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, se enuncia:

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

#### Capítulo tercero - Sección primera

##### Adultas y adultos mayores

Art. 38.- punto 8, Estado tomará medidas de:

Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.

En la Constitución del Ecuador. TÍTULO VII, con respecto al Régimen del Buen Vivir, se escribe en el capítulo primero. Sección segunda. Salud:

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

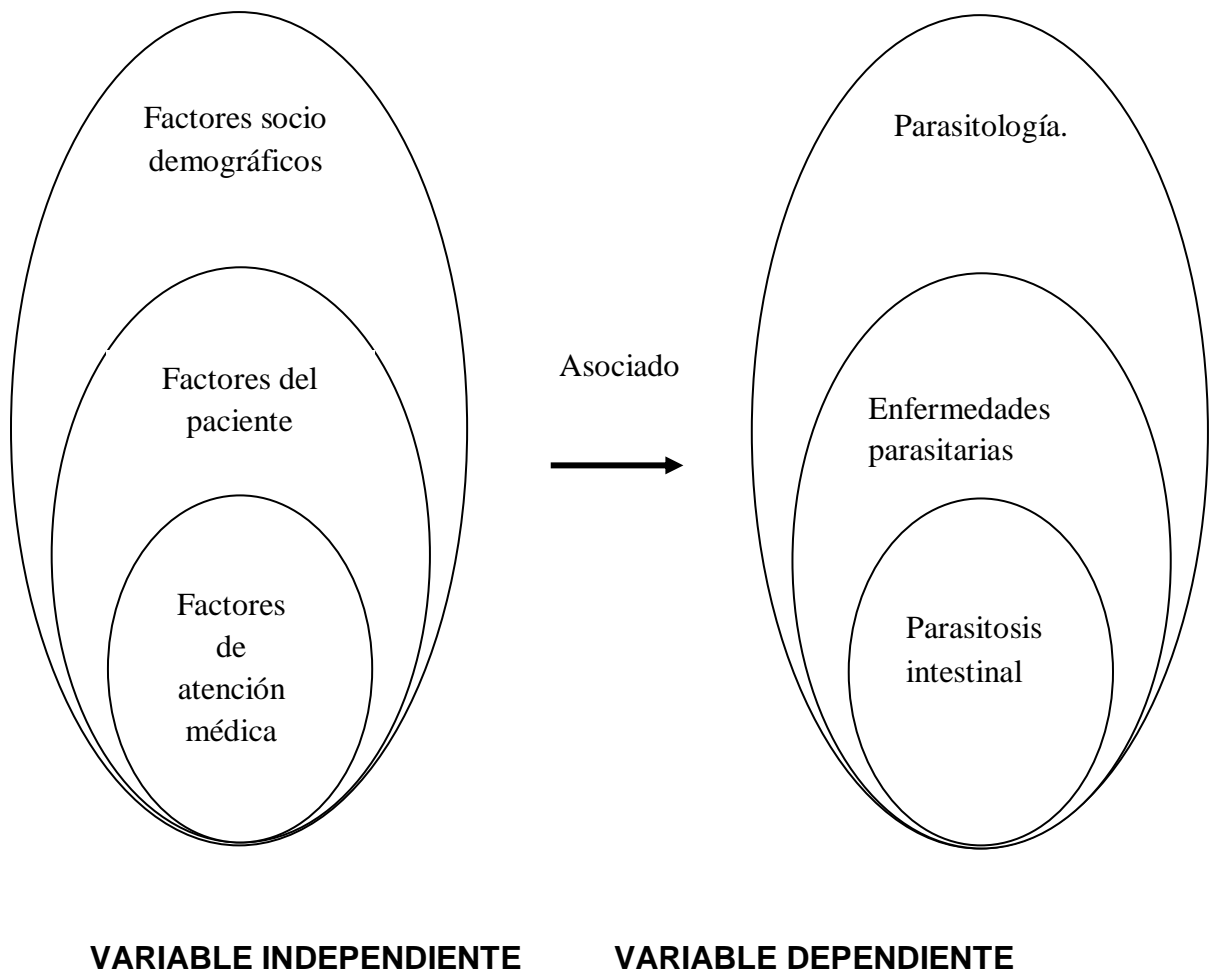
Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

Art. 363.- El Estado será responsable de:

2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.

7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población.

#### 2.4.- CATEGORÍAS FUNDAMENTALES



#### **2.4.1. Variable independiente**

Factores de riesgo e incidencia

#### **2.4.1. Variable Dependiente.**

Parasitosis intestinal

### **2.5.- FUNDAMENTACION TEORICA.**

#### **2.5.1 FACTORES ASOCIADOS**

#### **2.5.2 FACTORES DE RIESGO**

##### **2.5.2.1 Factores sociodemográficos**

Los factores sociodemográficos que pueden afectar o incrementar el riesgo de presentación de parasitosis intestinal se relacionan con la edad, la procedencia, la utilización de agua potable, o agua intubada, así como también la ocupación el tipo de alimentación la forma de preparar los alimentos el tiempo de cocción de las carnes, el tiempo de consumo, la contaminación ambiental de los cultivos, el lavado de manos después de las necesidades biológicas así como el tipo de educación en salud, esto puede influir directa o indirectamente la presentación de parasitosis.

##### **2.5.2.2 Factores del paciente.**

En este caso se relaciona con la edad, la alimentación complementaria a qué edad inició, los antecedentes de enfermedades parasitarias, de

enfermedades que disminuyan la respuesta inmunológica, la desparasitación habitual recomendada, entre otros factores.

### **2.5.2.3. Factores relacionados con la atención médica.**

#### **Introducción**

Las infecciones parasitarias intestinales provocan un número no despreciable de niños infestados en nuestro país. A la patología producida por este tipo de parásitos ya conocida en nuestro medio (como giardiasis, oxiuriasis, ascariosis), hay que añadir un incremento en el número de casos y nuevos tipos de parasitación por patógenos menos frecuentes hasta ahora, pero que se están incrementando paralelamente a la nueva situación sociodemográfica de nuestro país. Es por esto que representa un reto para el médico, que se enfrenta a una patología que se presenta a menudo en nuestro medio. Es, por tanto, necesario para los médicos un conocimiento epidemiológico, microbiológico y clínico adaptado a esta situación y disponer de las opciones de diagnóstico y terapéutica para el correcto manejo de estos niños.

#### **DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN**

Las parasitosis intestinales son infecciones intestinales que pueden producirse por la ingestión de quistes de protozoos, huevos o larvas de gusanos o por la penetración de larvas por vía transcutánea desde el suelo. Cada uno de ellos va a realizar un recorrido específico en el huésped y afectará a uno o varios órganos, con lo que las podemos clasificar según el tipo de parásito y la afectación que provoquen en los distintos órganos y

sistemas. Sólo nos vamos a referir a los que infestan niños con mayor frecuencia y que tienen una repercusión directa en el aparato digestivo.

Tabla 1. Clasificación de las principales parasitosis intestinales.

<p><b>Protozoos</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Afectación exclusivamente digestiva: Giardiasis: Giardia lamblia</li><li>2. Afectación digestiva y potencialmente en Tejidos:<ol style="list-style-type: none"><li>a. Amebiasis: Entamoeba histolytica/dispar</li><li>b. Criptosporidiasis: Cryptosporidium</li></ol></li></ol> <p><b>Helmintos</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Nematelminthos o nematodos o gusanos cilíndricos:<ol style="list-style-type: none"><li>a. Afectación exclusivamente digestiva:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Oxiuriasis: Enterobius vermicularis</li><li>○ Tricocefalosis: Trichuristrichiura</li></ul></li><li>b. Afectación digestiva y pulmonar:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Ascariosis: Ascaris lumbricoides</li><li>○ Anquilostomiasis o uncinariasis:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Ancylostoma duodenale</li><li>○ Necator americanus</li></ul></li></ul></li><li>c. Afectación cutánea, digestiva y pulmonar: Estrongiloidiasis: Strongyloides stercoralis</li></ol></li><li>2. Plathelminthos o cestodos o gusanos planos a. Afectación exclusivamente digestiva:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Himenolepiasis: Hymenolepis nana</li><li>○ Teniasis: Taeniasaginata solium</li></ul></li><li>b. Posibilidad de afectación digestiva y potencialmente en tejidos:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Teniasis: Taeniasolium: Cisticercosis</li></ul></li></ol>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: Modificado de: Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica 2010.

## **Giardiasis (*Giardia intestinalis*): *G. Lamblia* y *G. duodenalis***

### **Etiopatogenia**

Se trata de la parasitosis intestinal más frecuente a nivel mundial, con distribución universal. Tras la ingesta de quistes del protozoo, éstos dan lugar a trofozoítos en el intestino delgado (ID) que permanecen fijados a la mucosa hasta que se produce su bipartición, en la que se forman quistes que caen a la luz intestinal y son eliminados con las heces. Los quistes son muy infectantes y pueden permanecer viables por largos períodos de tiempo en suelos y aguas hasta que vuelven a ser ingeridos mediante alimentos contaminados. Muy frecuente en niños de zonas endémicas y adultos que viajan a este tipo de lugares.

### **Clínica**

La sintomatología puede ser muy variada: a) asintomático: más frecuente en niños de áreas endémicas; b) giardiasis aguda: diarrea acuosa que puede cambiar sus características a esteatorreicas, deposiciones muy fétidas, distensión abdominal con dolor y pérdida de peso; y c) giardiasis crónica: sintomatología subaguda y asocia signos de mal absorción, desnutrición y anemia

### **Diagnóstico**

Determinación de quistes en materia fecal o de trofozoítos en el cuadro agudo con deposiciones acuosas. Es importante recoger muestras seriadas en días alternos, pues la eliminación es irregular y aumenta la rentabilidad



diagnóstica. En el caso de pacientes que presentan sintomatología persistente y estudio de heces negativo se recomienda realización de ELISA en heces.

### **Tratamiento y prevención**

El porcentaje de resistencia de Giardia a metronidazol está aumentando, por lo que es necesario conocer alternativas eficaces. Es importante extremar las medidas que controlen la contaminación fecal de aguas, así como la ingesta de alimentos y bebidas en condiciones dudosas en viajes a zonas endémicas.

### **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. En el proceso de invasión de la mucosa y submucosa intestinal, producen ulceraciones responsables de parte de la sintomatología de la amebiasis, así como la posibilidad de diseminación a distancia y afectación de otros órganos diana (absceso hepático).

#### **Clínica**

Muy variada, desde formas asintomáticas hasta cuadros fulminantes:

a. Amebiasis asintomática: representa el 90% del total.

b. Amebiasis intestinal invasora aguda o colitis amebiana disintérica: gran número de deposiciones con contenido mucoso y hemático, tenesmo franco, con volumen de la deposición muy abundante en un principio y casi inexistente posteriormente, dolor abdominal importante, tipo cólico. En casos de pacientes desnutridos o inmunodeprimidos pueden presentarse casos de colitis amebiana fulminante, perforación y formación de amebomas con cuadros de obstrucción intestinal asociados.

c. Amebiasis intestinal invasora crónica o colitis amebiana no disintérica: dolor abdominal tipo cólico con cambio del ritmo intestinal, intercalando periodos de estreñimiento con deposiciones diarreicas, tenesmo leve, sensación de plenitud postprandial, náuseas, distensión abdominal, meteorismo y borborigmos.

### **Diagnóstico**

Mediante visualización de quistes en materia fecal o de trofozoítos en cuadro agudo con deposiciones acuosas. Para diferenciar *E. histolytica*, ameba patógena, de *E. dispar*, ameba no patógena que no precisa tratamiento, es necesario una PCR-RT, prueba que solo puede realizarse en algunos centros especializados.

### **Tratamiento y prevención**

El portador asintomático tiene un papel fundamental en la perpetuación de la endemia; la amebiasis intestinal tiene, además, tendencia familiar y predominio en grupos hacinados, por lo que resulta fundamental extremar las medidas de higiene personal y comunitarias.

## **Criptosporidiasis (Cryptosporidium)**

### **Etiopatogenia**

Son coccidios protozoarios con distribución universal que pueden producir infección en animales y humanos. Se produce por ingesta de oocitos procedentes de alimentos y aguas contaminados (piscinas comunitarias, parques acuáticos, aguas de lagos y pantanos) o por vía fecal-oral (frecuente en guarderías). Tras la ingesta de oocitos en alimentos o aguas contaminados, se liberan esporozoítos con capacidad de unirse a los bordes en cepillo de las células epiteliales intestinales, en donde pueden reproducirse asexual o sexualmente (esta última mediante formación de micro y macrogametos, su unión y la formación de nuevos oocitos) para ser eliminados posteriormente junto a la materia fecal y perpetuar la posibilidad de infección.

### **Clínica**

Muy variada. a) Asintomática; b) forma intestinal: cuadro de deposiciones diarreicas acuosas con dolor abdominal, fiebre, náuseas, vómitos y signos de deshidratación y pérdida de peso, autolimitado y frecuente en niños en epidemias relacionadas con guarderías o piscinas. Puede ser más prolongado en pacientes con inmunodepresión; c) forma extraintestinal: en inmunodeprimidos (SIDA) con afectación de sistema respiratorio, hepatitis, artritis reactivas y afectación ocular.

## **Diagnóstico**

Mediante visualización de oocitos en materia fecal. También se utiliza frecuentemente técnicas de EIA en muestra fecal con alta sensibilidad y especificidad.

## **Tratamiento y prevención**

Medidas de soporte: reposición de líquidos y electrolitos y, en casos graves, fluidoterapia intravenosa y/o terapias nutricionales. En pacientes inmunodeprimidos se asocia tratamiento antibiótico (véase tabla II). En pacientes con SIDA, la terapia antirretroviral consigue mejoría en el estatus inmune y acortar la sintomatología. Es fundamental incrementar las medidas de higiene para evitar la transmisión fecal-oral y limitar el uso de piscinas en pacientes con diarrea.

## **Oxiuriasis (*Enterobiusvermicularis*)**

### **Etiopatogenia**

La hembra del parásito se desplaza hasta zona perianal, principalmente con horario nocturno, donde deposita sus huevos, muy infectantes, que quedan adheridos a la piel o en la ropa. Con el rascado de la zona, se establecen bajo las uñas y se perpetúa la autoinfección por transmisión fecal-oral.

### **Clínica**

Mucho más habitual en niños que en adultos, frecuentemente asintomática. Síntomas por acción mecánica (prurito o sensación de cuerpo extraño), invasión genital (vulvovaginitis), despertares nocturnos, sobreinfección

secundaria a excoriaciones por rascado, dolor abdominal que en ocasiones puede ser recurrente, localizarse en FID y simular apendicitis aguda. No está demostrada su relación con síntomas que tradicionalmente se relacionan con oxiuriasis como bruxismo, enuresis nocturna o prurito nasal.

### **Diagnóstico**

- Test de Graham: uso de cinta adhesiva transparente por la mañana antes de defecación o lavado. Visualiza los huevos depositados por la hembra en zona perianal.
- Visualización directa del gusano adulto en la exploración anal o vaginal.

### **Tratamiento y prevención**

Los huevos son muy resistentes si persiste adecuado nivel de humedad, por lo que puede permanecer largo tiempo en la ropa. Es necesario extremar las medidas de higiene de inodoros, manos y uñas y lavar con agua caliente y lejía la ropa de cama, pijamas y toallas. Es necesario el tratamiento de todos los miembros de la familia ante la posibilidad de perpetuación de la infección.

### **Tricocefalosis (Trichuristrichiura)**

#### **Etiopatogenia**

Geohelmintiasis producida por la ingesta de huevos embrionados procedente de alimentos, tierra (típico en niños) o aguas contaminadas. Las larvas maduran en ciego y colon ascendente, donde permanecen enclavados a la mucosa, produciendo lesión mecánica y traumática con

inflamación local, y desde donde vuelvan a producir nuevos huevos fértiles que son eliminados por materia fecal.

### **Clínica**

Depende del grado de parasitación: desde asintomática, pasando por dolor cólico y deposiciones diarreicas ocasionales, hasta cuadros disenteriformes con deposiciones mucosanguinolentas (en pacientes inmunodeprimidos) y prolapso rectal.

### **Diagnóstico**

Identificación de huevos en materia fecal. En casos graves, plantear el diagnóstico diferencial con amebiasis, disentería bacilar y colitis ulcerosa.

### **Tratamiento y prevención**

Extremar medidas de higiene personal, adecuada eliminación de excretas, utilización de agua potable y correcto lavado de alimentos. Vigilancia de los juegos con arena de niños en parques, lavar manos.

### **Ascariosis (*Ascarislumbricoides*)**

#### **Etiopatogenia**

Es la helmintiasis más frecuente y con mayor distribución a nivel mundial. Tras ingestión de material contaminado, las larvas eclosionan en ID, atraviesan la pared intestinal, se incorporan al sistema portal y llegan nivel pulmonar, donde penetran en los alveolos y ascienden hasta vías respiratorias altas que por la tos y deglución, llegan de nuevo a ID, donde se

transforman en adultos, producen nuevos huevos, que se eliminan por material fecal.

## **Clínica**

- Digestiva: dolor abdominal difuso (por irritación mecánica) y menos frecuentemente meteorismo, vómitos y diarrea.
- Respiratorio: desde sintomatología inespecífica hasta síndrome de Löeffler (cuadro respiratorio agudo con fiebre de varios días, tos y expectoración abundante y signos de condensación pulmonar transitoria, consecuencia del paso pulmonar de las larvas y una respuesta de hipersensibilidad asociada).
- Otras: anorexia, malnutrición, obstrucción intestinal, absceso hepático.

## **Diagnóstico**

Hallazgo del parásito o sus huevos en materia fecal o de las larvas en esputo o material gástrico si coincide con fase pulmonar.

**Anquilostomiasis o uncinariasis (Ancylostomaduodenale y Necatoramericanus)**

## **Etiopatogenia**

Los huevos de estos dos helmintos se eliminan por materia fecal y eclosionan en un terreno favorecedor dando lugar a un tipo de larva que precisa una nueva modificación para obtener capacidad infectante mediante

penetración por la piel ( A. duodenale también puede provocar infección por ingestión vía oral). Una vez atravesada la piel, se dirigen al sistema venoso o linfático para llegar a sistema cardíaco derecho y circulación pulmonar, penetrar en los alveolos, madurar allí y ascender por vías respiratorias altas para ser deglutidas y alcanzar duodeno y yeyuno, donde se fijan y comienzan a producir nuevos huevos fecundados. Al fijarse en ID, los gusanos adultos causan una lesión mecánica que provoca pérdida sanguínea progresiva y crónica.

## **Clínica**

Piel: “síndrome de Larva Migrans Cutánea”: dermatitis pruriginosa, transitoria y recurrente en pies y zonas interdigitales, donde penetran y se desplazan hasta alcanzar el sistema circulatorio.

Respiratoria: desde síntomas inespecíficos a síndrome de Löeffler (ver ascariosis).

Digestiva: dolor epigástrico, náuseas, pirosis y diarrea ocasionalmente.

Síndrome anémico.

## **Diagnóstico**

Hallazgo de huevos del parásito en materia fecal. Clínico: área endémica + síntomas cutáneos y pulmonares + anemia + contacto con tierra.

## **Tratamiento y prevención**

Al tratamiento etiológico hay que añadir el de la anemia, que puede llegar a ser muy severa. A las medidas de tipo preventivo habituales (uso de letrinas y zapatos, saneamiento ambiental y educación poblacional) se unen actualmente tratamiento comunitario en zonas de alta endemia.



## **Estrongiloidiasis (*Strongyloidesstercoralis*)**

### **Etiopatogenia**

Esta geohelminthiasis presenta un ciclo vital con distintas posibilidades:

- a. Ciclo directo: la larva, que se encuentra en el suelo, se modifica para poder penetrar a través de la piel al sistema circulatorio, donde llega a sistema cardiaco derecho y circulación pulmonar, asciende por las vías respiratorias hasta ser deglutida y dirigirse a la mucosa del ID. Allí se transforma en hembra infectante, produce nuevos huevos que eclosionan y se dirigen a la luz intestinal, desde donde son eliminados al exterior.
  
- b. Ciclo indirecto: incluye una o varias generaciones de larvas en vida libre (sin afectación humana), hasta que se produce la modificación que hace a la larva infectante para el hombre.
  
- c. Ciclo de autoinfección: la modificación larvaria se produce en la luz intestinal en lugar del exterior y posteriormente penetra en el sistema circulatorio y realiza un recorrido similar al del ciclo directo. Es lo que se denomina síndrome de hiperinfección por *S. stercoralis*, y explica que pueda existir una parasitosis persistente sin necesidad de reinfecciones externas así como la afectación de otros órganos: hígado, pulmón, SNC, sistema ganglionar.

## **Clínica**

En general depende del estado inmunitario del paciente.

- Piel: “síndrome de Larva Currens”: dermatitis pruriginosa por el paso tanscutáneo de la larva y el recorrido realizado hasta llegar a circulación sistémica.
- Respiratorio: suele provocar sintomatología menor como tos y expectoración, pero también se han descrito casos de neumonitis y síndrome de Löeffler.
- Digestiva: la intensidad de la sintomatología está en relación con el grado de parasitosis: dolor epigástrico, vómitos, anorexia, períodos de diarrea que se alternan con estreñimiento.
- Síndrome de hiperinfestación: casi exclusivo del paciente inmunocomprometido. Los síntomas anteriormente señalados se expresan con mayor severidad.

## **Diagnóstico**

Eosinofilia importante, más evidente si la extracción coincide con el paso pulmonar del parásito. La visualización del parásito en materia fecal es diagnóstica pero difícil por la irregularidad en la eliminación, al encontrarse a nivel de mucosa submucosa intestinal. Necesita microbiólogo experto. Serología mediante EIA, sensibilidad > 90% pero reactividad cruzada con filarias y otros nematodos.

## **Tratamiento y prevención**

Debe ser siempre tratada ante la posibilidad de autoinfección y la curación debe ser comprobada parasitológicamente. Son importantes las medidas preventivas de tipo individual y general: uso de letrinas y zapatos, saneamiento ambiental, educación poblacional...

## **Himenolepiasis (*Hymenolepis nana*)**

### **Etiopatogenia**

El hombre puede ser tanto huésped intermedio como definitivo para la parasitación por este cestodo de pequeño tamaño. Los huevos son ya infectantes al salir por la materia fecal y son ingeridos mediante prácticas de escasa higiene. Los huevos alcanzan el duodeno, donde se adhieren a la mucosa intestinal y penetran en la mucosa, obteniendo la forma de cisticercoide. Posteriormente podrá pasar de nuevo a la luz intestinal y formar el parásito adulto con capacidad productora de huevos.

### **Clínica**

Síntomas digestivos, generalmente leves, como dolor abdominal, meteorismo, diarrea y bajo peso si la infección se cronifica.

### **Diagnóstico**

Eosinofilia si está circulante, lo habitual es que curse sin eosinofilia. Visualización de huevos en materia fecal. El número de ellos encontrado está directamente relacionado con el grado de parasitación.

## **Tratamiento y prevención**

En general es una tenia más resistente por la presencia de cisticercoides, en la mucosa intestinal, por lo que el ciclo de tratamiento debe ser repetido entre 7-10 días.

## **Teniasis (Taeniasaginata y solium)**

### **Etiopatogenia**

El ser humano puede actuar con este parásito como huésped intermediario o definitivo. El paciente parasitado elimina proglótides y huevos en la materia fecal, que son ingeridos por animales (cerdo en *T. solium* y ganado vacuno en *T. saginata*), en los que se forman cisticercos en músculo estriado que son posteriormente ingeridos por el hombre mediante carnes poco o mal cocinadas. Una vez en el ID, el parásito se adhiere a la pared, crece y comienza a producir de nuevo proglótides y huevos. La mayoría son infecciones únicas, producidas por una tenia solamente.

### **Clínica**

Es escasa, principalmente de tipo irritativa mecánica, e inespecífica: meteorismo, náuseas, dolor abdominal, etc. Puede ocurrir la salida de proglótides a nivel anal con molestia y prurito perineal, así como la observación del deslizamiento de las mismas por los MMII dejando un líquido lechoso muy pruriginoso y muy rico en huevos.

## **Diagnóstico**

Mediante la observación por parte del paciente de salida de proglótides en heces. Visualización de proglótides en materia fecal. Determinación de coproantígenos por EIA (aunque presenta reactividad cruzada con otros cestodos), útil para la comprobación de la efectividad del tratamiento

## **Tratamiento y prevención**

La prevención debe ser realizada mediante un adecuado control de seguridad de las carnes en los mataderos, así como con una adecuada cocción o congelación prolongada de las carnes. La adecuada eliminación de las excretas resulta también fundamental. Criterios de curación: hallazgo del escólex en materia fecal tras tratamiento; examen de heces negativo durante 3 meses siguientes a tratamiento o negativización de coproantígenos.

## **Cisticercosis (Taeniasolium)**

### **Etiopatogenia**

Es la afectación tisular de la larva de la *T. solium*. El hombre ingiere huevos de este subtipo de tenia y al llegar a ID, penetran la pared hasta alcanzar el sistema circulatorio, el pulmón y posteriormente el corazón izquierdo desde donde son distribuidos por la circulación arterial a distintos lugares del organismo (más frecuentemente SNC, tejido celular subcutáneo, músculo y ojo), en los que forma los denominados quistes o cisticercos, que pueden permanecer durante años y que, al morir, producen una importante reacción inmunológica e inflamatoria que provoca gran parte de la sintomatología.

## **Clínica**

- Neurocisticercosis: epilepsia de aparición tardía, cefalea y signos de HTIC, síndrome psicótico, meningitis aséptica, síndrome de los pares craneales, síndrome medular.
- Nódulos subcutáneos y musculares blandos y no dolorosos, generalmente asociados a la neurocisticercosis.
- Afectación oftálmica: generalmente única y unilateral. Si la larva muere, puede producir importante reacción inflamatoria y provocar importante reacción uveal, desprendimiento de retina y ceguera.

## **Diagnóstico**

Imagen: TC cerebral o RNM en paciente procedente de área endémica con inicio de sintomatología neurológica descrita. Inmunodiagnóstico con Inmunoblot posee mayor sensibilidad y especificidad que el diagnóstico por EIA.

## **Tratamiento y prevención**

Puede ser necesario añadir al tratamiento, corticoides, antiepilépticos e incluso cirugía si aparecen signos de HTIC. Es necesario realizar control de imagen 3-6 meses después de concluir el tratamiento. Para la prevención es fundamental realizar una correcta cocción de la carne de cerdo así como extremar las medidas de higiene en la cría de éstos.

<b>Tabla 2. Tratamiento de los parásitos intestinales más frecuentes</b>					
<b>Patógeno</b>	<b>Fármaco</b>	<b>Dosis</b>	<b>Intervalo</b>	<b>Vía</b>	<b>Duración</b>
Giardia	Metronidazol	15mg/kg/día	8h	VO	7días
Lambliia	Tinidazol <sup>1</sup>	50-60 mg/kg/día	24h	VO	1día
	Paromomicina	25-35 mg/kg/día	8h	VO	7-10 días
	Mepacrina <sup>2</sup>	7mg/kg/día	8h	VO	5-7días
		(máx.: 300mg)			
Entamoeba histolytica (portador asintomático)	Paromomicina	25-35 mg/kg/día	8h	VO	7-10 días
	Iodoquinol <sup>2</sup>	30-40 mg/kg/día	8h	VO	20días
Entamoeba histolytica (colitis amebiana) <sup>3</sup>	Metronidazol	30-50 mg/kg/día	8h	VO	10días
	(otinidazol <sup>1</sup> )	50-60 mg/kg/día	24h	VO	3días
	+ Paromomicina	25-35 mg/kg/día	8h	VO	10días
	(olodoquinol <sup>2</sup> )	30-40 mg/kg/día	8h	VO	20días
Entamoeba histolytica (absceso hepático) <sup>3</sup>	Metronidazol	30-50 mg/kg/día	8h	VO	10días
	(oTinidazol <sup>1</sup> )	25-30 mg/kg/día	8h	IV	10días
		50-60 mg/kg/día	24h	VO	5días
	+ Paromomicina	25-35 mg/kg/día	8h	VO	10días
	(olodoquinol <sup>2</sup> )	30-40 mg/kg/día	8h	VO	20días
Cryptosporidium (inmuno-deprimido)	Paromomicina	25-35 mg/kg/día	8h	VO	10días
	+/- Claritromicina	15mg/kg/día	12h	VO	10días
Enterobius vermicularis	Pamoatode pyrantel	11mg/kg/día (máx.: 1g)	24h	VO	1día(repetir dosis en 2semanas)
	Mebendazol <sup>4</sup>	100mg/dosis	24h	VO	1día(repetir dosis en 2semanas)
Trichuris Trichiura	Mebendazol <sup>4</sup>	100mg/dosis o	12h	VO	3días
	Albendazol <sup>5</sup>	500mg/dosis	24h	VO	1día
Ascaris lumbricoides		400mg/dosis	24h	VO	1día
	Pamoato de pyrantel	11 mg/kg/día (máx.: 1 g)	24 h	VO	1-3 días
Ancylostoma duodenale y	Mebendazol <sup>4</sup>	100 mg/dosis o	12 h	VO	3 días
		500 mg/dosis	24 h	VO	1 día
Necator americanus	Albendazol <sup>5</sup>	400 mg/dosis	24 h	VO	3-5 días

Strongyloides	Ivermectina <sup>2,6</sup>	0,2 mg/kg/día	24 h	VO	2 días
stercoralis	Albendazol <sup>5</sup>	200 mg/dosis	12 h	VO	3-5 días.
					7 días si
					hiperinfestaci
Hymenolepis	Prazicuantel <sup>2</sup>	25 mg/kg/día	24 h	VO	1 día y repetir
Nana	(en > 3 años)				a la semana
	Niclosamida <sup>2</sup>	40 mg/kg/día la	24h	VO	7 días y
	(en < 3 años)	1ª dosis y			repetir ciclo
		20 mg/kg/día			a la semana
		las siguientes			
Taeniasolium y	Prazicuantel <sup>2</sup>	5-10 mg/kg/día	24 h	VO	1 día
Taeniasaginata	Niclosamida <sup>2</sup>	50 mg/kg/día	24 h	VO	1 día
Taeniasolium	Albendazol <sup>5</sup>	15 mg/kg/día	12 h	VO	14-28 días
(cisticercosis) <sup>7</sup>		(máx.: 800 mg)			
	Prazicuantel <sup>2</sup>	50 mg/kg/día	8 h	VO	15 días

Fuente: Protocolos diagnóstico terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica.

## 2.6.- HIPÓTESIS

“La falta de educación sobre el lavado de manos después de las necesidades fisiológicas incrementa el riesgo de presentar parasitosis intestinal”.



## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Métodos**

Se entiende como el conjunto de reglas, normas para la solución del problema que valiéndose de los instrumentos y las técnicas necesarias se examina y presentan soluciones al problema de investigación.

Para la presente investigación, se empleó el método inductivo – deductivo, ya que se partió de una información particularizada que permitió en los posterior, llegar a una generalización del fenómeno estudiado. Además, por la naturaleza del estudio, tuvo un enfoque cuanti – cualitativo, puesto que, por medio de la cuantificación de las encuestas, se consiguió determinar estadísticamente los datos obtenidos de los diferentes factores de riesgo que inciden en la parasitosis de los niños de 2 a 8 años del sector de Ambatillo, y por otra parte, estar en la capacidad de cualificar los motivos de las mismas para apoyar una causa social; como es el proponer alternativas de solución a fin de disminuir el porcentaje de riesgo, a través de un acercamiento a la realidad contextual y a la luz del marco teórico debidamente analizado.

#### **3.2. Modalidades de la investigación**

Para el desarrollo de la presente investigación, se utilizó la Investigación Bibliográfica, debido a que se realizó en base a una revisión e indagación en libros, documentos, revistas e Internet, que versan sobre los factores de riesgo de la parasitosis, y que permitió realizar la explicación teórica de este tema. También se empleó la Investigación de Campo, puesto que se realizaron estudios de laboratorio (Coproparasitario), y en el lugar mismo de

los hechos, donde se encontrarán todos los datos primarios y necesarios, que permitan así conocer de mejor manera la problemática actual, se trata a la vez de un estudio transversal puesto que es un tipo de estudio observacional y descriptivo, que mide a la vez la prevalencia de la exposición y del efecto en una muestra poblacional en un solo momento temporal; es decir, permite estimar la magnitud y distribución de una enfermedad o condición en un momento dado.

### **3.3. Niveles de la investigación**

El nivel de investigación viene dado por el grado de profundidad y alcance que se pretenda de la investigación.

#### **3.3.1. Investigación Exploratoria – Teórico**

Por cuanto se trata de la indagación de un tema y problema que preocupa tanto a la comunidad como a las autoridades del sector, llegando a un nivel profundo de conocimiento sobre la parasitosis.

#### **3.3.2. Investigación Descriptiva**

Puesto que permitió una descripción de la situación actual de los niños entre 2 y 8 años relacionados con la parasitosis y su incidencia en el entorno económico – social, así como de los posibles resultados que se obtengan al poner en práctica la propuesta de solución que consta en el capítulo VI.

### **3.4. Técnicas de Investigación**

Consiste en poner atención, a través de los sentidos, en un aspecto de la realidad y en recoger datos para su posterior análisis e interpretación sobre la base de un marco teórico, que permita llegar a conclusiones y toma de decisiones.

Se utilizará la técnica de la observación, ya que permite familiarizarse con la situación objeto de estudio, detectar el problema, evaluar los resultados de laboratorio realizados a los niños de Ambatillo, a fin de evaluar procedimientos y proponer posibles soluciones.

### **3.5. Instrumentos de Investigación**

Son mecanismos que el investigador utilizará para llegar a las conclusiones del proyecto, los cuáles nos ayudarán a detectar los diferentes factores que influyeron en la parasitosis de los niños entre 2 y 8 años del sector de Ambatillo, y posteriormente se tabulará los datos y se recomendará alternativas para disminuir el porcentaje de niños enfermos.

De acuerdo a la recomendación metodológica de la investigación, el instrumento que mejor se ajusta a los requerimientos del presente trabajo es el ENCUESTA, pues permite tener resultados muy reales frente al número de casos estudiados, con los exámenes de laboratorio (Coproparasitario), de tal manera que se desvirtúe sesgos en la información, la misma que permite proponer alternativas de solución valederas y viables, contribuyendo de esta manera al desarrollo socio económico del sector de Ambatillo, lugar en donde se realizó el trabajo de campo.

El modelo de encuesta que se aplicará consta en el anexo # 1

### **3.5.1. ENCUESTA**

Técnica empleada a los padres de familia que llegan con niños de entre 2 y 8 años de edad, del sector de Ambatillo que llegan a ser atendidos en el subcentro de salud, se utilizó la comunicación interpersonal, a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteados sobre el tema propuesto a investigar y obtener información acerca de las reales necesidades y la manera de satisfacerlas.

### **3.5.2 PRUEBAS DE LABORATORIO**

En el desarrollo de la presente investigación se acudió a pruebas de laboratorio a través de exámenes Coproparasitarios, cuyos resultados fueron utilizados en la propuesta de solución.

## **3.6. Procesamiento de la Información**

Los datos recopilados técnicamente, con la aplicación de los instrumentos de investigación propuestos, fueron procesados con criterios científicos, con el apoyo de herramientas informáticas

## **3.7. Población y Muestra**

### **3.7.1. Población**

La población o universo empleada en el desarrollo de la presente investigación, se basó en el número de casos reales de niños entre 2 y 8 años de edad que acudieron al subcentro de Salud en compañía de sus padres en la localidad de Ambatillo, durante el período enero-agosto del 2012, a fin de identificar los factores de riesgo y proponer posibles

alternativas de solución, de tal manera que se pueda disminuir el índice de enfermedad e incluso de muerte en algunos casos extremos en la comunidad de Ambatillo.

### **3.7.2. Tamaño de la muestra**

Para efectos de la presente investigación, y por la naturaleza de los casos presentados, se decide realizar la presente investigación con el total de niños atendidos en el subcentro de salud, y como se trata de una población finita, se decide utilizar toda información a fin de tener resultados reales que aporte al desarrollo del proceso investigativo; por lo tanto, no amerita realizar el cálculo de la muestra.

Sin embargo, por información general y para el caso de otros lugares que amerite realizar estudios similares, se hará constar la fórmula que se recomienda utilizar, la misma que es:

$$n = \frac{Z^2 PQN}{Z^2 PQ + Ne^2}$$

Donde:

n= Tamaño de la muestra.

Z= Nivel de confiabilidad (95%) (Z=1.96)

P= Probabilidad de ocurrencia (0,5).

Q= Probabilidad de no ocurrencia (1 - 0,5 = 0,5).

N= Población.

e= Error de muestreo (0,07).

Para efectos del desarrollo de la presente investigación, el universo o población, es igual a la muestra con la aplicación de 52 encuestas

### **3.8.- Criterios de inclusión y exclusión.**

### **3.8.1 Criterios de inclusión**

Para la presente investigación, se incluirán todas las Historias Clínicas de los pacientes niños entre 2-8 años residentes en Ambatillo, que tengan datos en el departamento de estadística del subcentro de salud, que acudieron junto con sus padres a ser atendidos y llenaron la encuesta en el Subcentro de Salud de Ambatillo durante el período Enero-Agosto del 2012.

### **3.8.2 Criterios de exclusión.**

Se excluirán a todos aquellos pacientes que eran menores de 2 años y mayores de 8 años; Pacientes que presenten historias clínicas incompletas o que no tenían datos del departamento de estadística del Subcentro, así como niños que no acudieron junto con sus padres y no llenaron la encuesta realizada por el autor.

### **3.8.3 Aspectos éticos**

En el presente estudio mediante consentimiento informado, se tomaron datos específicos de los pacientes para lo cual cada uno tuvo absoluta privacidad y anonimato utilizando como medio de identificación, no se tomaran nombres ni apellidos y se guardara absoluta reserva, con el fin de resguardar y proteger su identidad e intimidad al no permitir por ningún motivo el libre acceso a dicha investigación por personas ajenas a la realización de este proyecto.

### 3.9.- Operacionalización de Variables.

#### Matriz de Operacionalización de variables.

Tabla VARIABLE INDEPENDIENTE: Factores de riesgo e incidencia

CONCEPTUALIZACION	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BASICOS	TECNICAS E INSTRUMENTOS
Los factores de riesgo se definen como una o varias condiciones que predispongan a la presentación de parasitosis intestinal y la incidencia es la presentación nueva de una entidad patología en este caso la parasitosis en un periodo determinado.	Factores socio demográficos  Factores del paciente  Factores médicos	-Etnia lugar donde vive -Costumbres -Edad -APP -Agua segura, potable o intubada. -Dieta -Coproparasitario -Disponibilidad fármacos utilizados -Antiparasitarios -Forma de desparasitación	-Donde vive? -Cuál es su edad? -Cuáles son sus antecedentes? -Utiliza agua intubada, potable o segura. -Tipo de dieta -Hierve el agua antes de beber. -Lavado de manos después de necesidades fisiológicas. -Consume frutas sin lavar	Formulario de datos

**Variable dependiente:**

Tabla. Parasitosis intestinal

CONCEPTUALIZACION	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BASICOS	TECNICAS E INSTRUMENTOS
Condición patología que se produce al presentar parásitos intestinales que causan síntomas o a veces son asintomáticos. Pero que afectan el crecimiento y desarrollo del niño.	Síntomas  Signos  Exámenes complementarios	Anamnesis  Examen físico Signos vitales  Coprológico	Dolor abdominal  Distención abdominal  Diarreas con moco baba o sangre  Tenesmo y prurito rectal  Tipo de parasito encontrado.	Formulario de datos



### **3.10 Plan de recolección de información**

El proceso que se siguió fue el siguiente:

1. Se determinó los sujetos de investigación: niños que acudieron junto con sus padres y fueron atendidos en el Subcentro de Salud de Ambatillo en el período enero agosto 2012.
2. Se elaborara los instrumentos de recolección de datos: formulario de datos mismo que se tomó a partir de los Items de la Operacionalización de variables.
3. Para la recolección de los datos mediante el formulario de datos se solicitó permiso a las autoridades correspondientes.

### **3.11.- Técnicas de Procesamientos y análisis de Datos**

La información se introdujo en una base de datos en Excel, en donde se procesó y se realizaron los respectivos cuadros y gráficos, para el análisis y la descripción de cada uno de ellos, además se realizó el análisis estadístico para validar o rechazar la hipótesis.

## CAPÍTULO IV

### ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

#### 4.1. Características de la población

##### 4.1.1. Edad

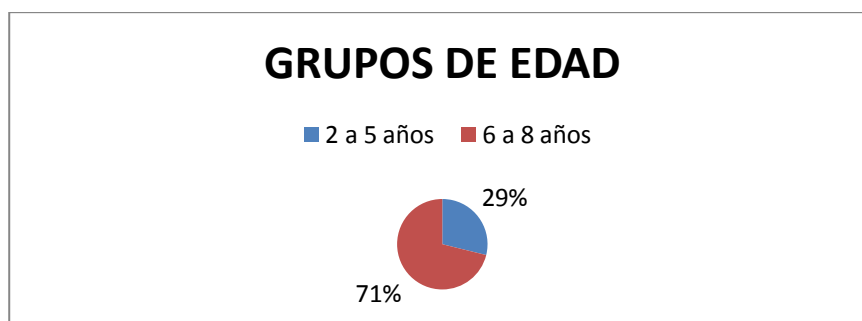
Tabla.4.1 1 Edad

GRUPOS DE DAD		
EDAD	FRECUENCIA	%
2-5 años	15	29
6-8 años	37	71
Total	52	100

Elaborado por : LOPEZ José Luis (2013)

Fuente : Datos clínicos

#### Grafico 1 Grupos de Edad



Elaborado por : LOPEZ José Luis (2013)

Fuente : Datos clínicos

De los datos observados, se concluye que se atendieron 15 pacientes de entre 2 a 5 años de edad, y 37 pacientes de 6 a 8 años de edad, lo que corresponde a 29% y 71% respectivamente, con ello analizamos que se realizan más controles de salud en pacientes de edad escolar, sin embargo sería necesario que desde los 2 años de edad se realicen controles y desparasitación habitual..

#### 4.1.2. Escolaridad

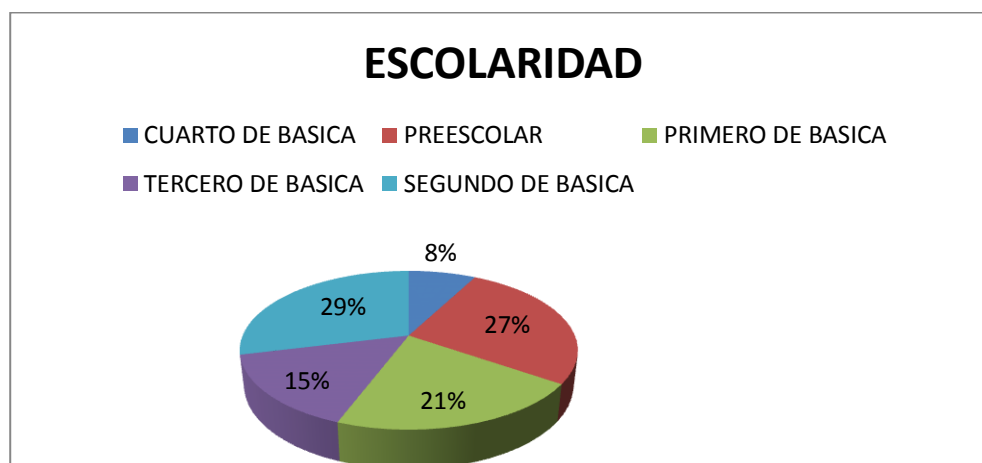
Tabla.4.1 2 Escolaridad

ESCOLARIDAD	Frecuencia	%
Preescolar	14	27
Primero de Básica	11	21
Segundo de Básica	15	29
Tercero de básica	8	15
Cuarto de Básica	4	8
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Elaborado por: LÓPEZ José Luis

Fuente: Datos Clínicos

**Grafico 2 Escolaridad en niños atendidos en el subcentro de salud de Ambatillo**



Elaborado por: LÓPEZ José Luis

Fuente: Archivos clínicos

En el grafico 2 se observa la distribución de los niños investigados según el grado que cursan se encontró el 27% correspondió a los preescolares, el 29% estaban en segundo de básica el 21% en primero de básica el 15% en tercero de básica y el 8% en cuarto de básica, los niños que más fueron investigados y encontrados con historias clínicas completas fueron los del segundo año de básica

#### 4.1.3. Género

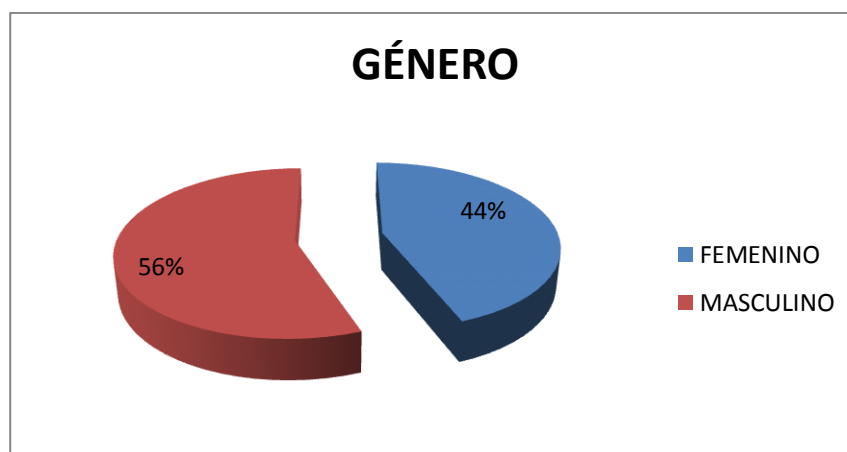
Tabla.4.1 3 Género

<b>GÉNERO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Masculino	29	56
Femenino	23	44
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Elaborado por: LÓPEZ José Luis

Fuente: Datos Clínicos

**Grafico 3 Género de niños atendidos en el Subcentro de Salud de Ambatillo.**



Elaborado por: LÓPEZ José Luis

Fuente: Archivos clínicos

En el grafico 3 se observa que la mayor frecuencia de niños investigados el 56% correspondió al género femenino mientras el 44% al género masculino, la distribución de pacientes investigados fue relativamente homogénea.

## 4.2. Factores de riesgo

### 4.2.1. Hacinamiento.

Tabla 4.2 1 Hacinamiento

HACINAMIENTO	Frecuencia	%
SI	9	18
NO	43	82
Total	52	100

Elaborado por: LÓPEZ José Luis

Fuente: Datos Clínicos

**Grafico 4 Hacinamiento en el hogar de los niños atendidos en el subcentro de salud de Ambatillo.**



Elaborado por: LÓPEZ José Luis

Fuente: Archivos clínicos

El hacinamiento es uno de los factores de riesgo de parasitosis intestinal por las condiciones de vida que trae el hacinamiento, en esta investigación se encontró que el 82% no vive en condiciones de hacinamiento, mientras el 18% vive en dichas condiciones, en tal virtud los niños que se encuentran entre el 18 % tienen mayor riesgo de parasitosis intestinal.

### 4.2.2. Consumo de Agua tratada

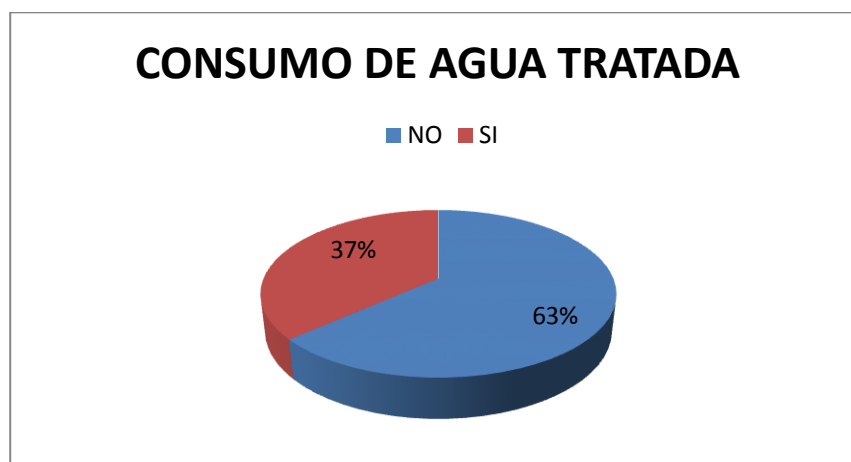
Tabla 4.2 2 Consumo de agua tratada

<b>CONSUMO DE AGUA TRATADA</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
SI	19	37
NO	33	63
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Elaborado por: LÓPEZ José Luis

Fuente: Datos Clínicos

**Gráfico 5 Consumo de agua Tratada por los niños atendidos en el subcentro de salud de Ambatillo.**



Elaborado por: LÓPEZ José Luis

Fuente: Archivos clínicos

En el gráfico 5 observamos que el 63% de la población investigada no tiene agua de consumo previamente tratada, según lo investigado el agua que consumen dichos pacientes solo es agua intubada, que obligadamente debería ser hervida por 5 minutos para ser consumida, de lo contrario esto podría explicar la elevada presentación de parasitosis intestinal.

#### 4.2.3. Estado de la vivienda.

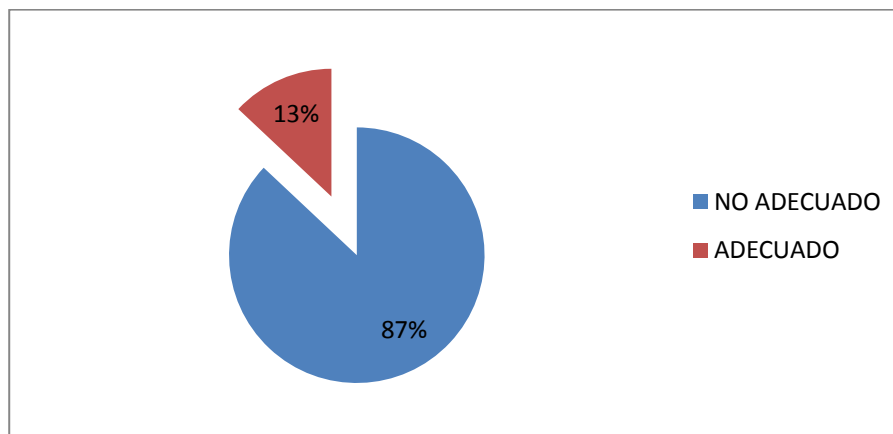
**Tabla 4.2 3 Estado de la Vivienda**

<b>ESTADO DE LA VIVIENDA</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Adecuado	7	13
No adecuado	45	87
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Elaborado por: LÓPEZ José Luis

Fuente: Datos Clínicos

**Grafico 6 Estado de la vivienda de los niños atendidos en el Subcentro de salud de Ambatillo.**



Elaborado por: LÓPEZ José Luis

Fuente: Archivos clínicos

El estado de la vivienda se refiere a las condiciones a las que se encuentra la vivienda, adecuado se refiere a que tiene el piso de cemento o losa, paredes de mampostería o madera en buen estado y techo en buen estado, mientras que el estado no adecuado se refiere al piso en mal estado o de tierra, techo de materiales frágiles y paredes en mal estado, este último es un factor importante de presentación de parasitosis en la presente investigación se encontró el 87% del estado de la vivienda de los niños investigados es inadecuado.

#### **4.2.4. Hábito de andar descalzo**

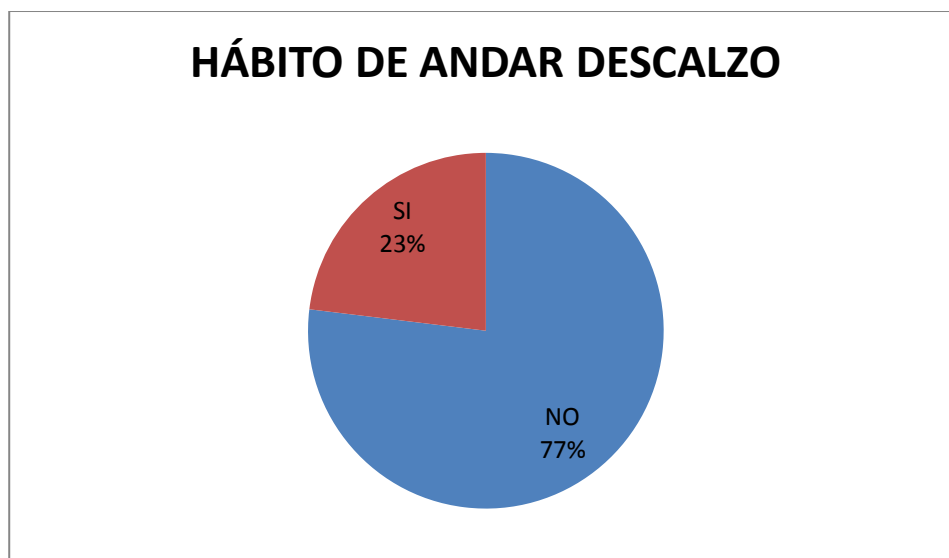
Tabla 4.2 4 Hábito de andar descalzo

<b>HÁBITO DE ANDAR DESCALZO</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
SI	12	23
NO	40	77
<b>Ttotal</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Elaborado por: LÓPEZ José Luis

Fuente: Datos clínicos

**Grafico 7 Hábito de andar descalzo de los niños atendidos en el subcentro de salud de Ambatillo.**



Elaborado por: LÓPEZ José Luis

Fuente: Archivos clínicos

Existen parásitos que pueden atravesar la piel de los pies, llegar al torrente sanguíneo y posteriormente llegan al intestino donde se reproducen, en esta investigación se encontró que el 77% no tiene dicho hábito mientras el 23% si tiene dicho hábito que es un factor de riesgo importante.

#### 4.2.5 Vectores en la vivienda



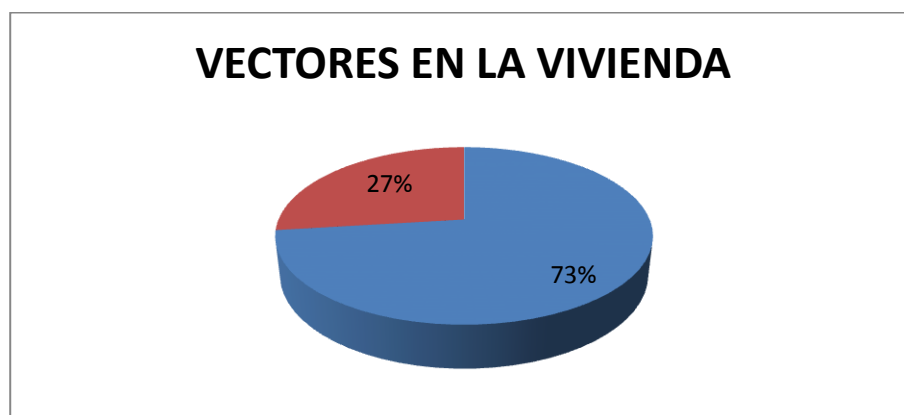
**Tabla 4.2 5 Vectores en la vivienda**

<b>VECTORES EN LA VIVIENDA</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
SI	38	73
NO	14	27
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Elaborado por: LÓPEZ José Luis

Fuente: Datos Clínicos

**Grafico 8 Vectores en la vivienda de los niños atendidos en el Subcentro de salud de Ambatillo**



Elaborado por: LÓPEZ José Luis

Fuente: Archivos clínicos

La presencia de vectores en la vivienda se refiere a la presencia de cucarachas, roedores o moscas en la vivienda los mismos que pueden transportar huevos de parásitos o los mismos parásitos que pueden contaminar los alimentos que serán consumidos por los pacientes, en la presente investigación se encontró que el 73% de Los pacientes investigados presentan vectores en su vivienda mientras el 27% no lo presentan.

#### **4.2.6 Higiene personal**

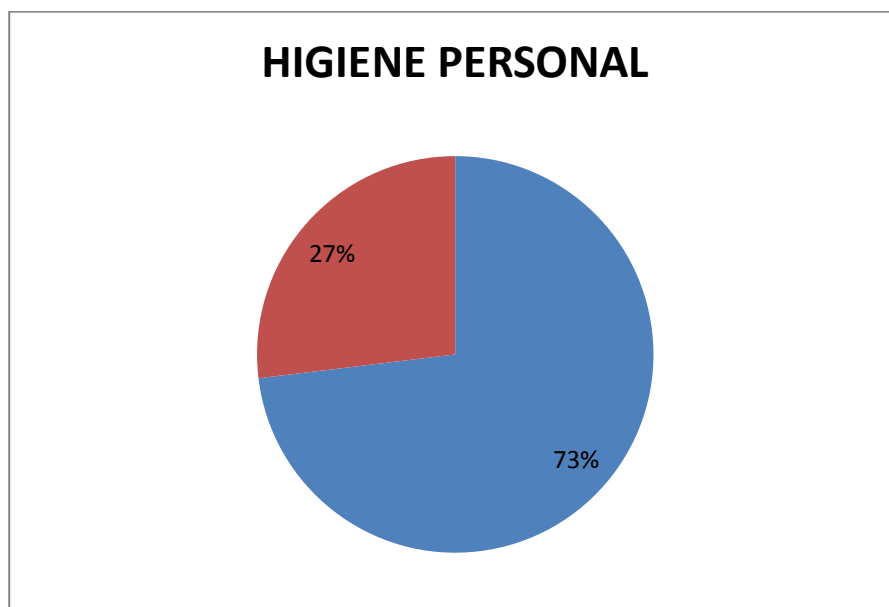
**Tabla 4.2 6 Higiene personal**

<b>HIGIENE PERSONAL</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
SI	14	27
NO	38	73
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Elaborado por: LÓPEZ José Luis

Fuente: Datos Clínicos

**Grafico 9 Higiene personal de los niños atendidos en el Subcentro de Salud de Ambatillo.**



Elaborado por: LÓPEZ José Luis

Fuente: Archivos clínicos

La higiene personal valorada u observada en la consulta médica se constata una mala higiene personal, esto también puede llamar la atención como factores de riesgo para parasitosis intestinal, ya que el 73% de los pacientes investigados no presentaron buena higiene personal, mientras el 27% la presentaba.

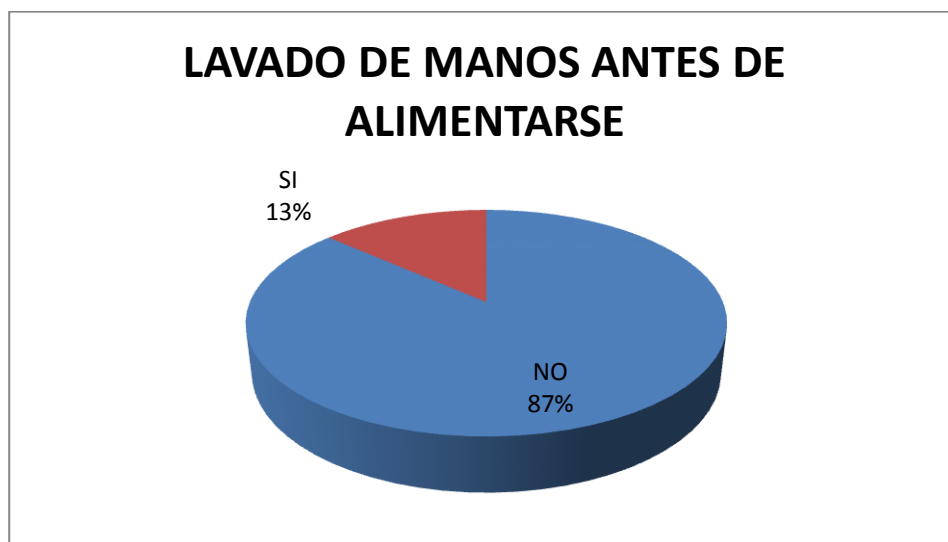
#### 4.2.7 Lavado de manos antes de alimentarse

Tabla 4.2 7 Lavado de manos antes de alimentarse

<b>LAVADO DE MANOS ANTES DE ALIMENTARSE</b>			
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	
SI	7	13	
NO	45	87	
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100</b>	

Elaborado por: LÓPEZ José Luis  
Fuente: Datos Clínicos

**Grafico 10 Lavado de manos antes de consumir alimentos por los niños atendidos en el Subcentro de Salud de Ambatillo .**



Elaborado por: LÓPEZ José Luis

Fuente: Archivos clínicos

Este es uno de los factores que adquiere mucha importancia para mencionarlo como factor de riesgo de infecciones ya que es con nuestras manos con las cuales nos contaminamos frecuentemente, en el 87% de los niños investigados se encontró que no tienen el hábito de lavado de manos. Un porcentaje elevado por lo tanto elevada la presentación de parasitosis intestinal.

#### 4.2.8 Lavado de las manos después de las necesidades fisiológicas

Tabla 4.2 8 Lavado de las manos después de las necesidades fisiológicas

LAVADO DE MANOS DESPUÉS DE LAS NECESIDADES FISIOLÓGICAS					
	Frecuencia	%			
SI	7	13			
NO	45	87			
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100</b>			

Elaborado por: LÓPEZ José Luis

Fuente: Datos Clínicos

**Grafico 11 Lavado manos después de necesidades fisiológicas por los niños atendidos en el Subcentro de Salud de Ambatillo**



Elaborado por: LÓPEZ José Luis

Fuente: Archivos clínicos

De igual forma se encontró que en el 87% de los pacientes no se lavan las manos después de realizar las necesidades fisiológicas esto es otro importante factor que incrementa el riesgo de ser parasitado.

#### 4.2.9 Consume frutas sin lavar

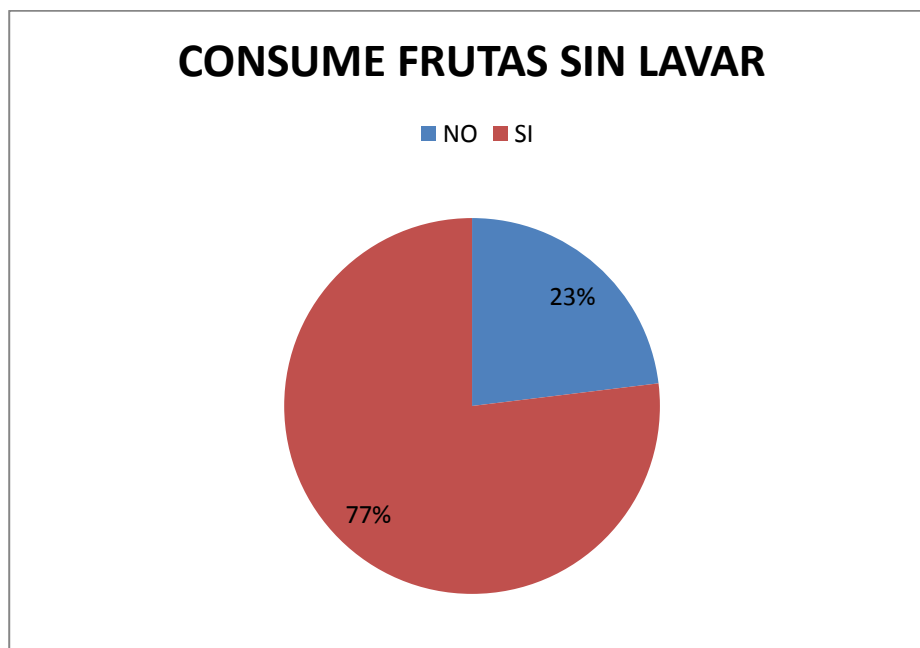
Tabla 4.2 9 Consume frutas sin lavar

<b>CONSUME FRUTAS SIN LAVAR</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
SI	40	77
NO	12	23
Total	52	100

Elaborado por: LÓPEZ José Luis

Fuente: Datos clínicos

**Grafico 12 Consumo de frutas sin lavar en niños atendidos en el subcentro de salud de Ambatillo**



Elaborado por: LÓPEZ José Luis

Fuente: Archivos clínicos

Tanto en las frutas como en las verduras sin un lavado adecuado, se encuentran múltiples parásitos, el 77% de los pacientes consumen las frutas sin lavar, y solo el 23% las lavan antes de consumirlas.

#### 4.3 Presencia de parásitos.

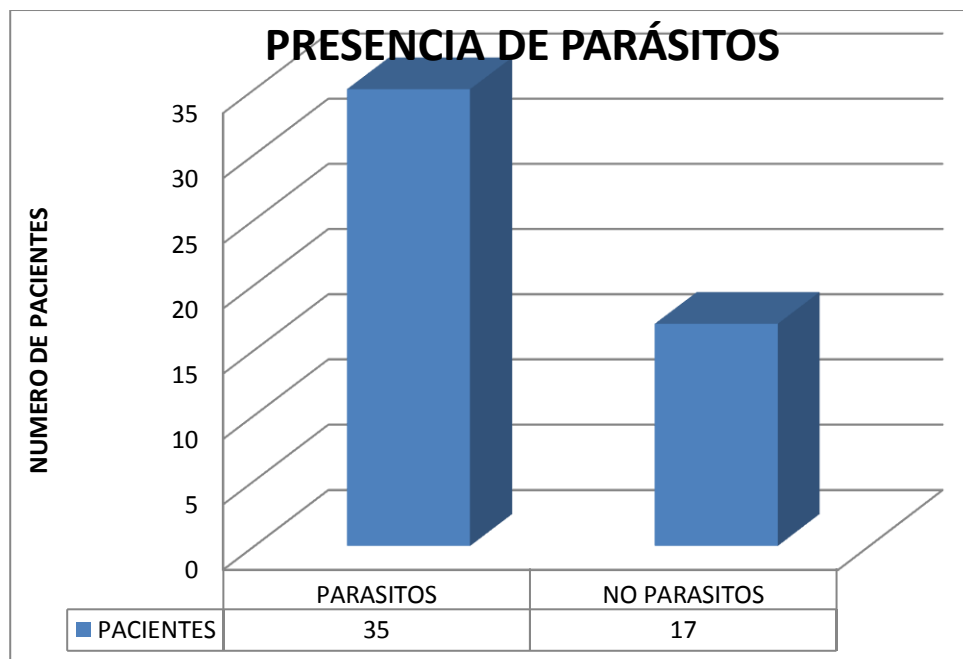
**Tabla 4.3 1 Presencia de Parásitos**

<b>PRESENCIA DE PARÁSITOS</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Presenta Parásitos	35	67
No presenta Parásitos	17	33
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Elaborado por: LÓPEZ José Luis

Fuente: Datos Clínicos

**Grafico 13 Presencia de parasitosis en los niños atendidos en el Subcentro de Salud de Ambatillo periodo enero – agosto 2012.**



En el grafico 13 se evidencia que en el 67% de la población investigada se encontró parasitosis intestinal, ya sea mono parasitosis o multiparasitosis, mientras que solo en el 33% no se encontró parásitos en las muestras, cabe indicar que muchas veces no se encuentran parásitos en una muestra aislada de COPROLOGICO, sino que es necesario realizar estos exámenes de forma seriada y de esta forma obtendríamos resultados con mayor confianza.

#### **4.3.2 Parásitos encontrados en Coproparasitario**

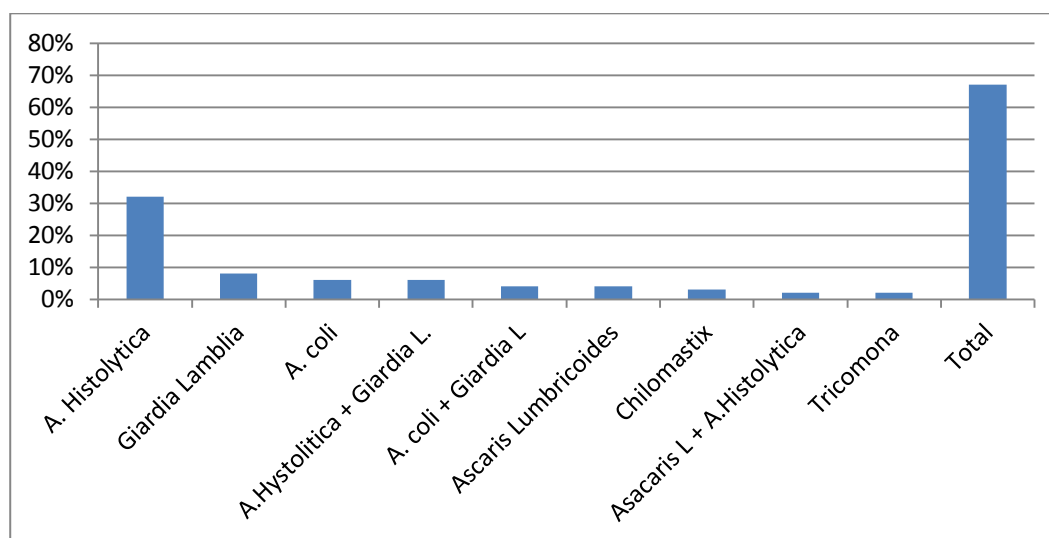
**Tabla 4.3 2 Parásitos encontrados en Coproparasitario**

PARASITOS ENCONTRADOS EN COPRO	frecuencia	%
A. Histolytica	17	32
Giardia Lamblia	4	8
A. coli	3	6
A.Hystolitica + Giardia L.	3	6
A. coli + Giardia L	2	4
Ascaris Lumbricoides	2	4
Chilomastix	2	3
Asacaris L + A.Histolytica	1	2
Tricomona	1	2
<b>Total que presentó parasitosis</b>	<b>35</b>	<b>67</b>
<b>NO PRESENTÓ PARASITOSIS</b>	<b>17</b>	<b>33</b>
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Elaborado por: LÓPEZ José Luis

Fuente: Datos Clínicos

**Grafico 14 Parásitos encontrados en el Coproparasitario realizado a los niños atendidos en el Subcentro de Salud de Ambatillo periodo enero – agosto 2012.**



Elaborado por: LÓPEZ José Luis

Fuente: Archivos clínicos

El 33% de la población investigada no presento ningún tipo de parásito en el examen realizado y el 67% de la población presentó parásitos. Con

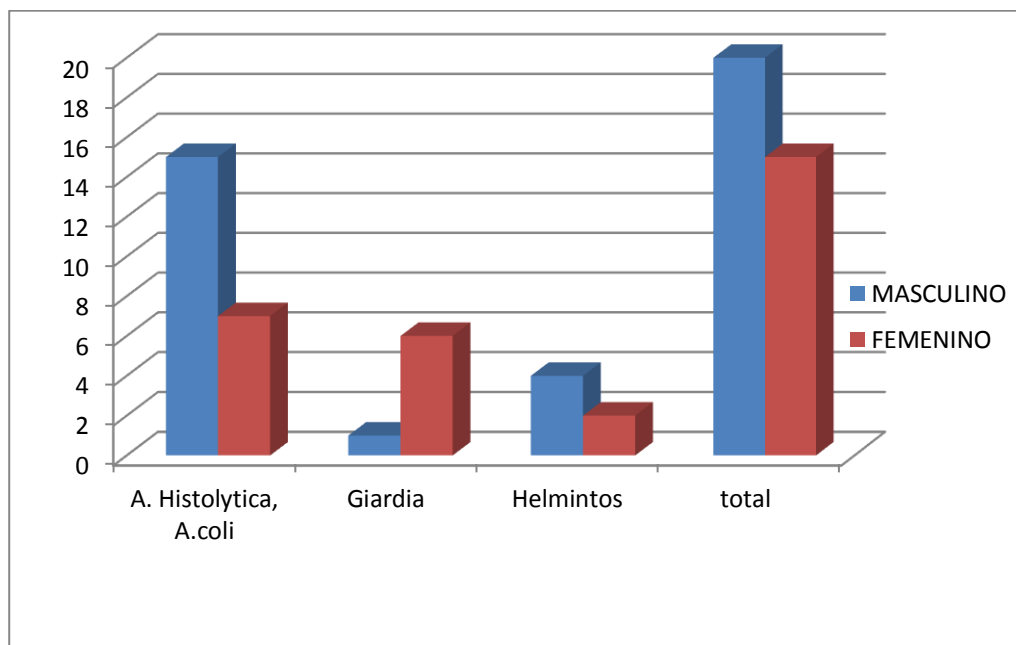
el 32% el parásito que con más frecuencia se encontró fue la Ameba Histolytica, con el 8% se encontró Giardia Lamblia, con el 6% A. coli, con el 6% A. histolytica + Giardia L., con el 4% A. coli + Giardia L., con el 4% Áscaris Lumbricoides, con el 3% Chilomastixmesnili, con el 2% Áscaris L. + A. Histolytica, y con el 2% se encontró Tricomona.



**Tabla 4.3 3 Presencia de parasitosis según género**

PARASITOSIS SEGÚN GÉNERO	A. Histolytica, A.coli	Giardia	Helmintos	total
MASCULINO	15	1	4	20
FEMENINO	7	6	2	15
TOTAL	22	7	6	35
%	42%	13%	12%	67%

**Grafico 15 Presencia e parasitosis según género en niños atendidos en el Subcentro de Salud de Ambatillo período enero – agosto 2012.**



En el grafico 15 observamos la presencia de parásitos según el género de los niños investigados, con respecto a los protozoarios específicamente a E. Coli, y E. Histolytica, observamos que es más frecuente en niños que en niñas, mientras que con respecto a la presencia de giardiasis observamos que es mucho más frecuente en las niñas, solo en un caso se presentó en niños, finalmente analizamos la presencia de helmintos de los cuales observamos es más frecuente en niños.

### 4.3. VALIDACION DE LA HIPOTESIS

La hipótesis planteada fue: “La falta de educación sobre el lavado de manos después de las necesidades fisiológicas incrementa el riesgo de presentar parasitosis intestinal”.

#### Validación de Hipótesis 1

EDUCACION SOBRE LAVADO DE MANOS DESPUES DE NECESIDADES BIOLÓGICAS	PARASITOSIS		
	SI	NO	TOTAL
SI	2	5	7
NO	30	15	45
TOTAL	32	20	52

Observamos que con IC de 95% = ODDS RATIO 5, Valor  $p=0.0720$ , esto nos indica que el riesgo de presentar parasitosis en los niños que no se lavan las manos adecuadamente después de realizar las necesidades fisiológicas es de 5 veces más que en los que si se lavan manos, con esto validamos la hipótesis. Sin embargo el chi cuadrado es de 3.2. Pero por tratarse de un estudio retrospectivo el valor calculado de ODDS RATIO es estadísticamente significativo para validar la hipótesis.

## CAPITULO V

### 5.1 CONCLUSIONES

Se revisaron las historias clínicas de los niños atendidos en el Subcentro de salud de Ambatillo y se analizaron en total 52 archivos clínicos conjuntamente con los análisis de Coproparasitario practicados a los mismos, se encontró parasitosis en el 67% de los niños investigados mientras que en el 33% no presentaron ningún tipo de parásito.

Con respecto a los factores asociados a parasitosis, se analizaron varios, entre ellos, los hábitos higiénicos, como el lavado de manos, antes de alimentarse y después de ir al baño, si la vivienda es adecuada o inadecuada, si existen vectores o no, si las frutas y verduras se lavan antes de ingerirlas, la mayoría de pacientes presentó estos factores de riesgo.

Sin embargo nosotros tratamos de definir si el lavado de manos después de necesidades fisiológicas disminuye la presentación de parasitosis, y efectivamente lo corroboramos mediante una tabla de 2 por 2 en donde observamos que los pacientes que no se lavan las manos después de las necesidades fisiológicas presentan parasitosis mientras que los niños que si se lavaron presentan menor incidencia de parasitosis, pero no se descarta la posibilidad de que otros factores se asocien a este incremento ya que la mayoría respondió tener varios factores de riesgo de parasitosis, por lo tanto es necesario plantearnos la posibilidad de capacitar a las familias de Ambatillo para un adecuado lavado de manos así como un manejo adecuado de los alimentos, del agua, de las excretas, con el objetivo de disminuirla presentación de parasitosis y mejorar la condición de salud de los niños y demás pobladores de Ambatillo.

## **5.2 RECOMENDACIONES**

A los pobladores de Ambatillo se recomienda un control adecuado de la higiene sobre todo un adecuado lavado de manos después de las necesidades fisiológicas, así como en el caso del consumo de agua con su respectivo tratamiento con ayuda de la inspección sanitaria del mismo lugar. El consumo de alimentos debe ser higiénico. Así como la mejor manera de consumir agua es hervida por 5 minutos.

Al prestador de servicios de salud, es necesario realizar una desparasitación habitualmente cada 6 meses de los niños y niñas, pero conjuntamente con sus familiares, ya que no sirve de nada desparasitar al niño mientras toda la familia sigue parasitada, entonces se vuelven a contaminar muy rápidamente, y lo que se hace es desperdiciar recursos.

Los controles de los niños debe ser frecuente tanto para evitar la parasitosis como otro tipo de morbilidades, además de ejercer un papel importante la educación cada vez que las familias visiten la consulta.

## **CAPITULO VI**

### **PROPUESTA**

#### **6.1 Datos informativos**

**TEMA:** “Capacitación sobre las medidas higiénico dietéticas adecuadas para evitar la parasitosis intestinal en la parroquia Ambatillo”

**AUTOR:** José Luis López

**DIRECCION**

**TELEFONO**

**EMAIL**

**TUTORA**

##### **6.1.1 Título:**

“Capacitación sobre las medidas higiénico dietéticas adecuadas para evitar la parasitosis intestinal en la parroquia Ambatillo”

##### **6.1.2 Beneficiarios:**

Los principales beneficiarios de la presente propuesta serán los pobladores de la parroquia, directamente se realiza a la parroquia ya que si solo se realiza a los niños la cobertura de información es poca por lo tanto los beneficiados son toda la población.

### **6.1.3 Ubicación:**

La propuesta estará ubicada en la parroquia Ambatillo.

### **6.1.4 Tiempo:**

Posterior a la aprobación de la presente propuesta la misma será aplicada inmediatamente.

### **6.1.5 Equipo técnico responsable**

Para la ejecución de la propuesta será responsable el autor de la presente investigación, quien elaborara, trípticos y la presentación respectiva para la capacitación, misma que será animada y entretenida para lograr mejor atención de la población.

### **6.1.6 Costo:**

La propuesta tiene como presupuesto un total de 300 dólares que serán invertidos en el diseño de la propuesta, en la realización de trípticos, que se repartirán a los pobladores de Ambatillo.

## **6.2 Antecedentes de la propuesta**

A nivel mundial la presentación de la parasitosis es elevada, pero es mayor en países en vías de desarrollo, en Ambatillo se encontró que de niños de entre 2 a 8 años de edad se presentó parasitosis intestinal en el 67% de la población, por lo tanto este porcentaje elevado nos permite realizar la presente propuesta.

### **6.3 Justificación**

Las razones que justifican la presente propuesta son:

La necesidad de prevenir, disminuir la presentación de parasitosis en la parroquia Ambatillo, para lograr un mejor desarrollo y crecimiento de los niños, además la necesidad de un buen manejo de los alimentos y el agua de consumo humano con lo que se lograra los objetivos propuestos.

La necesidad de educar sobre un correcto lavado de manos después de las necesidades fisiológicas, ya que es un método sencillo práctico y fácil de realizarlo y aprenderlo, con lo cual vamos a disminuir en gran medida la presencia de parasitosis y lograr el objetivo propuesto.

Es necesario la colaboración y participación de las familias por, lo cual haya que capacitarlas para así disminuir la presentación de parasitosis intestinal

### **6.4 Objetivos**

#### **6.4.1 Objetivo general**

- ✓ Capacitar a la población sobre las medidas higiénicas y dietéticas para prevenir la parasitosis intestinal.

#### **6.4.2 Objetivos específicos**

- ✓ Prevenir y disminuir la presentación de parasitosis.
- ✓ Mejorar la calidad de vida de los niños.
- ✓ Elaborar un tríptico con información clara para la capacitación y la aplicación de lo aprendido.

### **6.5 Análisis de factibilidad**

Desde el punto de vista científico y técnico la presente propuesta es posible realizarla, ya que se cuenta con la información actualizada, técnicamente posible ya que los criterios expresados en la presente propuesta, se los puede realizar en la comunidad.

El costo de la presente propuesta será dado por el investigador.

Es factible desde el punto de vista administrativo ya que se pedirán los respectivos permisos o autorizaciones a las autoridades de salud para que la presente propuesta sea aceptada.

## **6.6.- Fundamentación Científico Técnica.**

### **Clasificación de Los Parásitos**

Los microparásitos: son pequeños y extremadamente numerosos, se multiplican dentro del huésped y por lo general lo hacen dentro de las células del huésped, por lo tanto se relacionan con el metabolismo y provocan reacciones por parte de los anticuerpos.

Los macroparásitos: crecen, pero no se multiplican dentro del huésped. Producen fases infecciosas que salen fuera del huésped, para afectar a otros. Viven dentro del cuerpo o en las cavidades del afectado por los parásitos y por lo general, se puede estimar el número de macroparásitos existente en el organismo afectado.

### **Medidas Preventivas contra Parasitosis**



### **Filtrar y hervir el agua.**

El filtrado del agua se recomienda realizarse preferiblemente con un filtro de piedra. Para hervir el agua, deberá usarse una olla de peltre o de acero inoxidable. Colocar a hervir el agua durante 10 minutos posterior a que rompa en hervor. Luego, se deja reposar y se toma de la olla con una taza limpia, descartando los residuos que quedan en el fondo de la olla. Este procedimiento garantiza la eliminación de huevos de los helmintos y los quistes de los protozoarios.

### **Lavado de manos.**

Las manos deben lavarse antes de cada comida y/o merienda, después de ir al baño, después de cambiarle los pañales a un bebe y cada vez que sea necesario. Debe realizarse con un jabón con actividad antibacteriana, preferiblemente. Se ha demostrado que el lavado de las manos no sólo previene las infecciones parasitarias sino las infecciones bacterianas y virales.

### **Lavar las verduras, frutas y hortalizas.**

Estas deben lavarse bajo un chorro de agua a presión. De manera, que se puedan eliminar de su superficie los quistes, los huevos o las larvas de los parásitos. Ni el vinagre, ni la sal, no los productos en sobres para lavar las verduras, eliminan a los parásitos.

### **Mantener las uñas cortas y evitar la onicofagia.**

El mantener las uñas cortas y limpias evita la transmisión de ciertas Parasitosis que entran por la boca cuando existe el mal hábito de comerse las uñas.

### **Buena disposición de excretas.**

Lo ideal es que todas las comunidades contaran con un sistema de cloacas. Que las aguas negras fueran posteriormente tratadas, antes de sus reutilización. La buena disposición de excretas evita la contaminación fecal de las aguas, que es la principal causa de Parasitosis en los países en vías de desarrollo.

### **Diagnóstico y tratamiento precoz de las enfermedades parasitarias intestinales.**

Aun si no presenta síntomas intestinales, recomendamos realizarse un examen de heces, al menos, una vez al año. Cada vez que tenga algún síntoma intestinal (dolor abdominal, diarrea, gases, náuseas, etc.), deberá realizarse un seriado de exámenes de heces en un laboratorio especializado con el fin de demostrar la etiología de sus síntomas y que el parasitólogo le indique el tratamiento de elección según sea su caso. De esta manera, se hará un diagnostico precoz y evitará la infección de otros miembros de su familia.

### **Piense donde va a comer.**

Lo más recomendable es que comamos en nuestro hogar, porque generalmente, los alimentos son preparados con las medidas higiénicas recomendadas y el agua utilizada es filtrada y hervida. En la calle, muchas veces, estas medidas no son cumplidas y el mayor porcentaje de síntomas intestinales ocurren después de una comida realizada en la calle.

## **La Giardiasis.**

### **Medidas Preventivas.**

- Lavar bien los alimentos que se van a consumir crudos.
- Tomar sólo agua potable y cuando se tenga duda, hervirla previamente.

## **Anquilostomiasis.**

### **Medidas Preventivas.**

- Al igual que en la ascaridiasis, la prevención de la anquilostomiasis es sencilla, pues basta con tener precaución de no andar nunca descalzo. Disponer de los excrementos de tal forma que las larvas de los excrementos no tengan posibilidad de diseminarse. Para ello es necesario, donde no haya sanitarios, disponer de letrinas lo suficientemente profundas para que las larvas no puedan subir.
- Lavar bien los alimentos.

## **Teniasis.**

### **Medidas Preventivas.**

- Control sanitario en los mataderos.
- No consumir carne de res y de cochino mal cocinadas.
- Se debe, además, llevar una estricta higiene de las manos, lavándolas antes de las comidas y después de defecar. Consultar al médico si se presentan síntomas sospechosos de teniasis.

## **Amibiasis.**

### **Medidas Preventivas.**

- Criar a los niños con leche materna.
- Hervir el agua de dudoso origen.
- Evitar que las moscas se posen sobre los alimentos.

### 6.7.- Modelo Operativo.

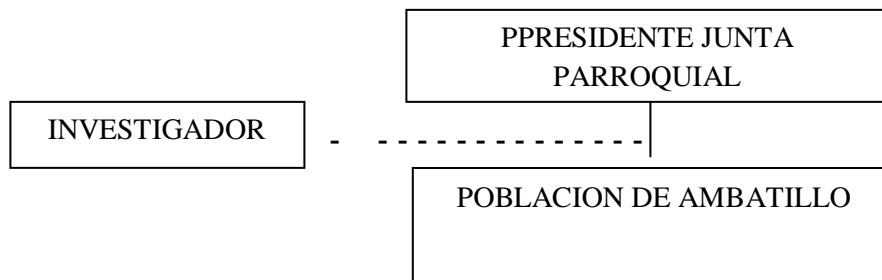
<b>Fase de Planificación</b>	<b>Metas</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Recursos</b>
Autorización para realizar la propuesta Presentación de la propuesta Diseño del programa de la propuesta	Cumplimiento del 100% en Enero	Evaluación del procedimiento y respuesta de las autoridades en un periodo de un mes.	Solicitud a las autoridades
<b>Fase de Ejecución</b>	<b>Metas</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Recursos</b>
Capacitación a la población Entrega de trípticos	Cumplimiento del 100 % en febrero	Evaluación de la aplicación de la propuesta	Charlas
<b>Fase de evaluación</b>	<b>Metas</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Recursos</b>
Evaluar cumplimiento y límites de la propuesta Modificaciones y ajustes.	Cumplimiento del 100 % Abril	Revisando los resultados	Información recolectada de los pacientes y médicos.

## 6.8.- Administración de la propuesta.

La presente propuesta tendrá un orden jerárquico, con los cuales se dialogara para obtener el mejor provecho posible, quedando estructurada de la siguiente manera:

Se conversará con el presidente de la junta parroquial de Ambatillo a quien se solicitara el respectivo permiso y se solicitara que convoque a reunión a la población en donde se explicara la información necesaria para evitar las enfermedades parasitarias y como afectan a la salud de los niños.

Diagrama 1. Orden jerárquico de la guía.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### 4.3 Bibliografía

1. BOTERO D, RESTREPO M. Parasitosis intestinales por helmintos. Parasitosis humanas. 4ª edición. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas. (CIB);2003.p. 93-139.
2. BOTERO D, RESTREPO M. Parasitosis intestinales por cestodos y tremátodos. En: Botero D, Restrepo M, eds. Parasitosis humanas. 4ª edición. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB);2003.p.142-58.
3. BOTERO D, RESTREPO M. Cisticercosis y neurocisticercosis. En: Botero D, Restrepo M eds. Parasitosis humanas. 4ª edición. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas. (CIB);2003.p.353-71.
4. LÓPEZ, VÉLEZ R, MARTÍN ECHEVARRÍA E. Geografía de las infecciones tropicales. Guía práctica por países. Madrid: Editorial Rogelio López Vélez; 2005. 2ª edición. Pag 18-20.

### LINKOGRAFÍA

1. BROOKER S, PESHU N, WARN PA, MOSOBO M, GUYATT HL, MARSH K, SNOW RW. The epidemiology of hookworm infection and its contribution to anemia among pre-school children on the Kenyan Coast. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene. [en línea]. 1999; 93:240- 246. Accedido en Marzo del 2013.

[Fecha de consulta: Junio del 2013]. Disponible en:  
<http://www.iatreia.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/viewFile/3792/3508>

2. CANCRINI G, BORTOLONI A, PARADISI F, et al. Parasitological observations on three Bolivian localities including rural communities, cities and institutions. [en línea]. Ann Trop Med Parasit 1989; 83: 591-4 Accedido en Abril del 2013. [Fecha de consulta: Mayo del 2013]. Disponible en:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-77122007000100009&lng=en&nrm=iso&ignore=.html](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-77122007000100009&lng=en&nrm=iso&ignore=.html)
3. CUEVA MARTÍNEZ, GLORIA, Comparación de albendazol más metronidazol versus albendazol mas tinidazol como terapia empírica antiparasitaria en niños de edad escolar en la comunidad rural de Oyacachi, Napo, QUITO / PUCE / 2012
4. DIVISION OF PARASITIC DISEASES. Center for Disease Control and Prevention. [en línea]. Accedido en Abril del 2013. [fecha de consulta: Junio del 2013]. Disponible en:  
<http://www.cdc.gov/ncidod/dpd/parasites/>
5. FREIRE W, DIRREN H, MORA J, ARENALES P, GRANDA E, BREILH J, et al. Diagnóstico de la situación alimentaria, nutricional y de salud de la población ecuatoriana menor de cinco años. Quito: Consejo Nacional de Desarrollo, Ministerio de Salud Pública; 1988.
6. FERREIRA MR. Intestinal Helminthiasis and Anemia in Youngsters from Matriz da Luz, District of Sao Lourenco da Mata,



State of Pernambuco, Brazil. Rio de Janeiro. [en línea] 1998; 93(3): 289-93. Accedido en Febrero del 2013. [fecha de consulta: Mayo del 2013]. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/famed/revista/index.php/RMH/article/download/943/960>

7. GARCÍA A. Encuesta sobre parasitismo y anemia en los escolares de Yurimaguas, Iquitos. [en línea]. Rev Salud Pub 1951; 6:63 Accedido en Febrero del 2013. [fecha de consulta: Mayo del 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/es/>
8. GUACHI, MARICELA. Determinar la influencia de la parasitosis en el proceso de aprendizaje en los niños del cuarto año de educación Básica de la Escuela Fiscal Dr. Víctor M. Peñaherrera del Cantón Quero de la provincia de Tungurahua” durante el período noviembre 2010 marzo 2011. Año 2011.[en línea]. Accedido en Abril del 2013. [fecha de consulta: Junio del 2013]. Disponible en: <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/2734>
9. MELLADO PEÑA MJ. Patología emergente en enfermedades infecciosas pediátricas.[en línea] AnEspPediatr.2002;56(Supl6):423-9. Accedido en Febrero del 2013. [fecha de consulta: Mayo del 2013]. Disponible en: [www.aeped.es/anales/index.htm](http://www.aeped.es/anales/index.htm)
10. MORALES-ESPINOZA E M, SÁNCHEZ-PÉREZ HJ, GARCÍA-GIL M del M, et al. Intestinal parasites in children, in highly deprived areas in the border region of Chiapas, Mexico.[en línea] Salud Pública Mex 2003; 45: 379-88. Accedido en Febrero del 2013. [fecha de consulta: Mayo del 2013]. Disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-77122008000100004](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-77122008000100004)

11. NÁQUIRA F, CÓRDOVA E, NÁQUIRA C. Contribución al estudio del parasitismo I. Observaciones preliminares en algunas localidades del Sur del Perú.[en línea] Arch Per Patol Clin 1962; 16: 41. Accedido en Abril del 2013. [fecha de consulta: Mayo del 2013]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2002000300003](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2002000300003)
  
12. OMS. Organización Mundial de la Salud. El uso de quimioterapia para el control de la morbilidad debida a nemátodos transmitidos por el suelo en humanos. Informe de una reunión de consulta; 29 abril–1 mayo 1996. [en línea]. Vol. HCT/AIEPI–19.E. Washington; 1999. Accedido en Febrero del 2013. [fecha de consulta: Mayo del 2013]. Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2008/v12-4/8.html>
  
13. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Control of tropical diseases. [en línea]Geneva: World Health Organization 1998; pp 201. Accedido en Marzo del 2013. [Fecha de consulta: Abril frl 2013]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-77122007000100009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-77122007000100009&script=sci_arttext)

#### **CITAS BIBLIOGRÁFICAS- BASE DE DATOS UTA**

1. SCIELO. Agüin, Victor; Melendez, Rosa; Cisneros, Ligia Elena. Prevención de parasitosis intestinal mediante técnicas de educación a distancia. [en línea]. Rev Cubana Salud Pública v.37 n.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2011

[FECHA DE CONSULTA: Mayo 2013]. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662011000200002&lang=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000200002&lang=pt)

2. SCIELO. Campos Marlen, José Pablo Marín. Parasitosis Intestinal en el Distrito de Chomes, Provincia de Puntarenas.[en línea]. versión ISSN 1017-8546. Rev. méd. Hosp. Nac. Niños (Costa Rica) vol.40 no.2 San José ene. 2005 [fecha de cinsulta: Junio del 2013]. Disponible en:  
[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1017-85462005000200003&lang=pt](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1017-85462005000200003&lang=pt)
3. BVS. Lima Junior, Oswaldo Aparecido de; Kaiser, Juliana; Catisti, Rosana. High occurrence of giardiasis in children living on a 'landless farm workers' settlement in Araras, São Paulo, Brazil. [en línea]. Rev Inst Med Trop Sao Paulo; 55(3): 185-188, tab. [fecha de consulta: Junio del 2013]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-674683>
4. BVS. Giroto, Katymilla Guimarães; Grama, Daliane Faria; Cunha, Maria Júlia Rodrigues da; Faria, Elaine Silva Marques; Limongi, Jean Ezequiel; Pinto, Rogério de Melo Costa; Cury, Márcia Cristina. Prevalence and risk factors for intestinal protozoa infection in elderly residents at Long Term Residency Institutions in Southeastern Brazil. [en línea]. Rev Inst Med Trop Sao Paulo; 55(1): 19-24, Jan.-Feb. 2013. tab.[fecha de consulta Junio del 2013]. Disponible en :<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-661098>
5. SCIELO. Navone, Graciela Teresa; Gamboa, María Inés; Oyhenart, Evelia Edith; Orden, Alicia Bibiana. Parasitosis intestinales en poblaciones Mbyá-Guaraní de la Provincia de Misiones, Argentina: aspectos epidemiológicos y nutricionales [en línea]. Print version ISSN 0102-311X Cad. Saúde Pública vol.22 no.5 Rio de Janeiro May 2006. [fecha de consulta: Mayo del 2013]. Disponible en:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000500022&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500022&lang=pt)
6. SCIELO. Reyes Torres, Igdany; Betancourt García, Orlenys. Parasitosis intestinal y educación sanitaria en alumnos de la Unidad Educativa Guamacho [en línea]. Rev Cubana Invest Bioméd vol.31 no.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2012 [fecha de consulta: Mayo del 2013]. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002012000100013&lang=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002012000100013&lang=pt)

7. BVS. Vidal F, Sylvia; Toloza M, Lorena; Cancino F, Beatriz. Evolución de la prevalencia de enteroparasitosis en la ciudad de Talca, Región del Maule, Chile / Evolution of the prevalence the enteroparasitoses in Talca-Chile. [en línea]. Rev Chilena Infectol; 27(4): 336-340, ago. 2010. Ilus. [fecha de consulta: Junio del 2013]. Disponible en : <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-567550>
  
8. SCIELO. Alicia M. F. Milano<sup>1</sup>, Elena B. Oscherov<sup>1</sup>, Alberto C. Palladino<sup>2</sup>, Aníbal R. Bar. Enteroparasitosis infantil en un área urbana del nordeste argentino. [en línea]. versión On-line ISSN 1669-9106 Medicina (B. Aires) v.67 n.3 Buenos Aires mayo/jun. 2007. [fecha de consulta: Junio del 2013]. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802007000300003&lang=pt](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802007000300003&lang=pt)
  
9. BVS. Londoño, Ángela L; Mejía, Shirley; Gómez-Marín, Jorge E. Prevalencia y factores de riesgo asociados a parasitismo intestinal en preescolares de zona urbana en Calarcá, Colombia. [en línea]. Rev Salud Publica (Bogota); 11(1): 72-81, enero-feb. 2009. Tab. [fecha de consulta: Junio del 2013]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-523862>
  
10. BVS. Tabares, Luis Fernando; González, Lina. Prevalencia de parasitosis intestinales en niños menores de 12 años, hábitos higiénicos, características de las viviendas y presencia de bacterias en el agua en una vereda de Sabaneta, Antioquia, Colombia. [en línea]. Iatreia; 21(3): 253-259, sept. 2008. tab.[fecha de consulta: Junio del 2013]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-506619>

**ANEXO1**

**1).- ¿Qué edad tiene?**

2-5 AÑOS -----

6-8 AÑOS .....

**2).-GÉNERO**

Masculino -----

Femenino .....

**3).- ¿Qué nivel de Estudios está cursando?**

Preescolar .....

Primero de básica .....

Segundo de básica .....

Tercero de básica .....

Cuarto de básica .....

**4).- ¿Vive en condiciones de Hacinamiento es decir con muchas personas en el mismo hogar?**

No .....

SI -----

**5).- ¿Consume agua potable o a su vez hace hervir el agua durante 5 minutos?**

NO .....

SI .....

**6).- ¿Su hogar cuenta con piso y paredes de cemento o losa?**

NO .....

SI .....

**7).- ¿Utiliza calzado ( zapatos ) durante sus actividades diarias?**

NO .....

SI .....

**8).- ¿En su hogar existen animales, así como roedores, moscas?**

NO .....

SI .....

**9).- ¿A la apariencia del paciente presenta buena higiene personal?**

NO .....

SI .....

**10).- ¿Se lava las manos antes de consumir alimentos?**

NO .....

SI .....

**11).- ¿Se lava las manos después de ir al baño?**

NO .....

SI .....

**12).- ¿Consume las frutas sin lavar?**

NO .....

SI .....