

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA



**Factores y tratamiento farmacológico de enteroparasitosis
en infantes del Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”.**

Paíta, 2018

Tesis para obtener el Título Profesional de Químico Farmacéutico

Autora:

Farfán Gómez, Kary Elized

Asesor:

Q.F. Gonzales Ruiz, Walter

Piura – Perú

2019

1. PALABRAS CLAVE

TEMA	<ul style="list-style-type: none">➤ FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS.➤ PREVALENCIA.➤ TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.➤ ENTEROPARASITOSIS.
ESPECIALIDAD	➤ FARMACIA Y BIOQUÍMICA

Keywords

TEMA	<ul style="list-style-type: none">➤ SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS.➤ PREVALENCE➤ PHARMACOTHERAPY
------	--

Línea de investigación

Línea de investigación	Farmacia Clínica y Comunitaria
Área	Ciencias Médicas y de Salud
Sub área	Ciencias de la Salud
Disciplina	Ciencias del Cuidado de la Salud y Servicios

2. “Factores y tratamiento farmacológico de enteroparasitosis en infantes del Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”. Paita, 2018”.

3. Resumen

En el presente estudio el objetivo fue determinar los factores asociados al tratamiento farmacológico del enteroparasitismo en infantes del Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”. La muestra la conformará 100 infantes del Hospital. El estudio fue de tipo aplicativo, analítico y ambispectivo con un diseño no experimental, transversal, descriptivo, correlacional. Las técnicas que se utilizaron son la observación y la encuesta, con sus instrumentos la ficha técnica de observación bibliográfica, fichas técnicas de análisis y el cuestionario. Analizados y procesados los datos, se concluye que radicar en zona rural, tener edad entre 6 años a 9 años; pertenecer al sexo femenino, tener escolaridad primaria. Así también el tener agua potable domiciliaria; no consumir agua de canal, pozo o no comprarlo; tener alcantarillado; contar con calles asfaltadas; contar a veces con el servicio de recojo de basura; no criar animales de corral; no tener mascotas; no consumir agua clorada; consumir a veces agua no hervida; consumir agua hervida; no lavarse las manos antes de ingerir sus alimentos; lavarse las manos después de defecar; usar zapatos; jugar con tierra; contar con agua y desagüe en el colegio donde estudia; son los factores asociados a la prevalencia y tratamiento farmacológico del enteroparasitismo en infantes del Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante agosto a diciembre de 2018.

Palabras Clave: Factores Sociodemográficos, Prevalencia, Tratamiento Farmacológico y Enteroparasitosis.

4. Abstract

In the present study, the objective was to determine the factors associated with the prevalence and pharmacological treatment of enteroparasitism in infants of the Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”. The sample will be made up of 100 infants from the Hospital. The study was of an applicative, analytical and ambispective type with a non-experimental, transversal, descriptive, correlational design. The techniques that were used are the observation and the survey, with its instruments the bibliographic observation data sheet, analysis technical data sheets and the questionnaire. Analyzed and processed the data, it is concluded that to reside in rural area, be between 6 years to 9 years old; belong to the female sex, have primary schooling. So also have home drinking water; do not consume canal water, well or not buy it; have sewer have paved streets; sometimes have the garbage collection service; do not raise poultry; not have pets; do not consume chlorinated water; sometimes consume unboiled water; consume boiled water; do not wash your hands before eating your food; wash your hands after defecation; wear shoes; play with dirt; have water and drainage in the school where you study; are the factors associated with the prevalence and pharmacological treatment of enteroparasitism in infants of the Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, during August to December 2018.

Keywords: Sociodemographic Factors, Prevalence, Pharmacological Treatment and Enteroparasitosis.

Índice

Pág.

Palabras clave- Línea de investigación.....	i
Título de la investigación.....	ii
Resumen.....	iii
Abstract.....	iv
Índice.....	v
Introducción.....	1
Antecedentes y fundamentación científica.....	1
Justificación de la investigación.....	9
Problema.....	11
Marco Referencial.....	14
Hipótesis.....	33
Objetivos.....	34
Metodología.....	35
Tipo y Diseño de investigación.....	35
Población – Muestra.....	36
Técnicas e instrumentos de investigación.....	37
Resultados.....	42
Análisis y Discusión.....	70
Conclusiones.....	75
Recomendaciones.....	76
Agradecimientos.....	78
Referencias Bibliográficas.....	80
Anexos y apéndice.....	84

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Antecedentes y fundamentación científica

Las investigaciones hechas con anterioridad al presente estudio, son aquellas que nos servirán como antecedente, entre las más relevantes a las variables en estudio, tenemos las investigaciones hechas por:

Vélez (2014) en la ciudad de Machala – Ecuador, realizó un estudio, donde el objetivo fue hallar los factores que inciden en la parasitosis intestinal, en infantes que cursan el segundo año de educación básica de la I.E. “Franco Egidio Arias” el cual se encuentra ubicado en la ciudad de Santa Rosa, dicho estudio se realizó en el periodo de agosto a octubre del año 2013, donde participaron 60 estudiantes matriculados de forma legal y asistencia regular a clases 100% de dichos estudiantes. El estudio fue de tipo descriptivo y transversal, con un diseño no experimental. Este estudio tuvo los siguientes resultados: la incidencia de parasitosis en infantes fue de 73%. Estos infantes tuvieron las siguientes características demográficas: tenían una edad de 6 años 38%, sexo masculino 53%, mestizos 80%, habitantes de zonas urbanas 53%, tienen agua potable en casa 37%, consumen agua clorada 35%, viven en casa de hormigón 41%, los infantes a veces lavan sus manos después de hacer uso de los servicios higiénicos 48%. En lo relacionado a parásitos, se encontró que el 48% de infantes dio resultado de amebas. Según los síntomas y signos, tenían dolor abdominal el 32%, aprendizaje ineficaz 38%, presentaban parásitos en las heces 38%. Lo que compete al plan educativo, todos los beneficiarios (100%) manifestaron que fueron temas importantes y cumplieron con lo esperado.

Castillo (2014) de la ciudad de Loja – Ecuador, en su tesis “Parasitosis intestinal y su relación con las condiciones higiénico sanitarias en niños de 5 a 12 años del Barrio el Prado del Cantón Loja”, donde participaron 65 infantes

con edades comprendidas entre 5 a 12 años. El objeto de estudio fue el de identificar qué tipo de parásitos son los más frecuentes en la materia fecal, conocer cuáles son los factores higiénicos que contribuyen a que estos se desarrollen y transmitan, determinar el grupo etario más afectado y relacionar las condiciones higiénico sanitarias con la parasitosis intestinal. El estudio fue de tipo descriptivo y transversal. Los resultados señalan que el *Entamoeba histolytica* es el protozoo más común, alcanzando un 86%, entre los factores higiénicos se encontró que el agua no tratada forma parte de los principales factores, teniendo un 69%, de igual porcentaje (69%) presencia de vectores, seguido de no lavarse las manos antes de ingerir cualquier alimento 54%, no lavar los alimentos 49%, jugar con tierra 46%, no lavado de manos luego de defecar 38%; eliminación inadecuada de basura 31%; y los niños de 8 a 10 años conforman el grupo etario más afectado.

Beltrán, Benavides y Páez (2016) de Bogotá - Colombia, en su tesis titulada “*Prevalencia de enteroparasitosis en niños de jardines infantiles del Espinal Tolima y Maripí Boyacá en el año 2016*”, cuyo objetivo fue el de determinar la prevalencia de enteroparasitosis en niños de 2 a 5 años de jardines infantiles de Espinal - Tolima y Maripí – Boyacá en el año 2016. El estudio fue de tipo observacional descriptivo de corte transversal. La muestra fue no probabilística de tipo muestreo intencional o de conveniencia. Para la recolección de los datos se proporcionó a cada uno de los padres o acudientes de los menores de edad un consentimiento informado y un instrumento, que constaba de preguntas dirigidas y que a su vez evaluarían variables socio-demográficas y socio-sanitarias. Los resultados obtenidos, permito dar las siguientes conclusiones: Una prevalencia de enteroparasitosis del 26% en niños de 2 a 5 años, de la cual se identificó que el 12% tenían parásitos patológicos o de importancias médica, y un 14% presentaban parásitos no patológicos o comensales; el 74% de la población estudiada no presentaban parásitos en materia fecal; en las dos poblaciones Maripi y Espinal, la especie que prevaleció fue *Blastocystis hominis*, con un 10% y con el 18% respectivamente; en el caso del municipio

de Maripi, se encontró que el 64% de la población pertenecía al estrato socioeconómico uno, en comparación con el 22% del municipio del Espinal; el 8% de la población de Maripi tenían como piso tierra, que el 22% obtenían el agua de un aljibe (deposito grande), la eliminación de excretas el 16% era en un pozo séptico; viviendas en las que había 5 o más habitantes por casa con un 42%, y solo el 4% de las viviendas tenían como piso tierra.

Navone y col. (2017) de Argentina, en su estudio titulado “Estudio transversal de las parasitosis intestinales en poblaciones infantiles de Argentina”, donde el objetivo del estudio fue hallar la distribución de las enteroparasitosis en infantes de nueve provincias que presentan el mosaico de ambientes contrastantes del país de Argentina. Fue un estudio descriptivo, observacional y transversal, donde la población de estudio fue 3626 niños (49,6% varones y 50,4% mujeres). Los resultados señalan que la provincia de Misiones mantiene una frecuencia mayor de infantes con parásitos y Chubut evidenció la más baja (82% vs 38,4%; $p < 0,01$). En la provincia de Misiones y en Buenos Aires, se encontró que el número de especies fue mayor, mientras que en Chubut y La Pampa fue menor. Los hombres mostraron ser los más parasitados a diferencia de las mujeres, únicamente esto en Buenos Aires. Las mayores frecuencias fueron encontradas en los preescolares que se encuentran en Buenos Aires y los escolares que se encuentran en Misiones y Mendoza ($p < 0,05$). En Chubut lo más frecuente fue la monoparasitosis (67,9%) y en Formosa la parasitosis múltiple (69,2%). En la mayoría de provincias, se encontró que las especies más frecuentes fueron *Enterobius vermicularis* y *Blastocystis sp.* En referencia a los geohelmintos, en la provincia de Misiones se halló la mayor frecuencia (23,3%) a diferencia de Mendoza en la cual fue menor (0,6), en Salta, Chubut y la Pampa no fueron hallados. Formosa, Misiones y Buenos Aires evidenciaron composiciones de especies similares a La Pampa y Chubut.

Lojano y Lojano (2017) de Ecuador, en su tesis “Prevalencia de enteroparasitosis y factores de riesgo en escolares de la Unidad Educativa

Chiquintad, 2017”, donde el objetivo fue hallar la prevalencia que tiene la enteroparasitosis y los factores de riesgo en escolares con edad comprendidas entre 6 a 12 años, los cuales asisten a la “Unidad Educativa Chiquintad” durante el año 2017. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal; el estudio estuvo conformado por una muestra de 82 infantes de ambos sexos, a los que se les realizó exámenes coproparásitario. Los resultados hallados fueron: 29,1% es la prevalencia de parasitismo que se halló, el enteroparásito que se encontró con mayor frecuencia (8,5%) fue el Quiste de *Chistomastix mesnili*, seguido por Quiste de *Ameba coli* (4,9%), (4,9%) Quiste de *Giardia lamblia*, Quiste de *Ameba histolitica* (2,4%); los escolares que se lavaban sus manos resulto ser un gran porcentaje, siendo así el 96,3%, mostrando así que aplican medidas de prevención las cuales fueron dadas en charlas tanto de los docentes como del personal de salud; tan solo el 3,7% refiere que no se lava las manos después de hacer uso de los servicios higiénicos; en lo que refiere a los principales factores de riesgo en los escolares, se halló que ingieren comidas fuera de sus casas, haciendo caso omiso a la importancia de ingerir alimentos saludables, en buen estado, con buena higiene y una preparación adecuada.

Zamora (2012) de Perú, en su estudio “*Prevalencia del enteroparasitismo en la población escolar de Nuevo Tumbes (Tumbes, Perú) y su relación con factores sociodemográficos, ambientales y con el rendimiento académico. 2009*”, En el cual se buscó determinar la prevalencia que tiene el enteroparasitismo en la población escolar de las I.E. primarias de Nuevo Tumbes, ubicada en Tumbes – Perú y la relación que poseen con los diversos factores sociodemográficos véase como sexo, grado de instrucción de los padres, lugar de residencia), asimismo factores ambientales (lugar de defecación, tipo de vivienda, tipo de agua que consumen) y el rendimiento escolar de los infantes. Los resultados obtenidos fueron: Se halló una prevalencia global del 90,6 %; se detectaron protozoarios y los cuales, con sus respectivas prevalencias fueron los siguientes: *Entamoeba hatmanni* (0,5%),

Giardia lamblia (32,3%), *Entamoeba coli* (43,6%). En lo que respecta a los helmintos: *Trichuris trichiura* (0,2%), *Strogylides stercoralis* (0,2%), *Ascaris lumbricoides* (0,4%); lo que refiere al sexo de los evaluados, se halló que los alumnos varones 59,7% y mujeres 40,3% evidenciaron una o más especies de parásitos; el 13,9% de estos escolares, viven en zonas urbanas y los alumnos restantes (86,1%) viven en zonas rurales; el grado de instrucción de las madres de los niños que presentaron parásitos, en su mayoría fue de instrucción secundaria (57,3%), de igual forma los padres (59,7%), cuando se relacionó la prevalencia con la institución educativo, se halló que 74,6% se encuentran en “República de Canadá”, en “Perú – Japón” el 72,3%, “Eduardo Ávalos” 53,8%, y en “Fermina Campaña” el 48%; en lo que concierne a los factores ambientales, se halló que la mayor prevalencia de enteroparasitismo se encuentra en los escolares que tienen una vivienda construida con materiales de la región, siendo estos un 50,4%, 84% consumían agua entubada y aquellos que defecaban dentro del domicilio 74%, por último, las calificaciones de los estudiantes que evidenciaron estar parasitados fueron menores a comparación con los no parasitados. ($p < 0,05$).

Alvarado y Romero (2013) de Perú, en su tesis titulada, “*Nivel de conocimiento y práctica de conductas promotoras en docentes de nivel inicial para la prevención de parasitosis intestinal. Distrito Florencia de Mora, 2013*”, fue un trabajo investigativo de tipo descriptivo correlacional de corte transversal, el cual fue realizado con el propósito de hallar la relación entre la práctica de conductas promotoras en docentes de nivel inicial para prevenir la parasitosis intestinal y el nivel de conocimiento en el distrito de Florencia de Mora, durante el año 2013. La muestra fue formada por 52 docentes a los cuales se les aplicó dos instrumentos: Los resultados arrojan lo siguiente: se evidenció que el 61,54% de docentes poseen un nivel de conocimiento óptimo para la prevención de parasitosis intestinal, un conocimiento deficiente 26,92%, regular un 11,54%. Los docentes que realizan prácticas de conductas promotoras adecuadas sobre la prevención de parasitosis intestinal fue de

67,31%, mientras que el 32,69% tienen prácticas inadecuadas, una vez se relacionó las variables nivel inicial y práctica de conductas promotoras en los docentes de nivel inicial, se halló que existe una relación altamente significativa $p < 0,05$. Las conclusiones a las que llegaron fueron: el nivel que poseen los docentes de nivel inicial acerca de conocimientos para la prevención de parasitosis intestinal fue bueno 61,54%, mientras que 26,92% fue deficiente y 11,54% mostró un nivel regular de conocimiento; los docentes que presentaron prácticas promotoras adecuadas fueron el 67,31% del total, mientras que el 32,69% tuvieron prácticas inadecuadas; asimismo los docentes que evidenciaron prácticas de conductas promotoras adecuadas, un 85,71% evidenciaron un buen conocimiento, 14,29% regular, y en conocimiento y 0% presentaron un conocimiento ineficiente; de igual manera de los docentes que evidencian una práctica de conductas promotoras inadecuadas, 82,35% tienen nivel deficiente, 11,76% nivel bueno y el 5,89% poseen un nivel regular, finalmente se encontró que existe una relación significativa entre las variables ya mencionadas ($p < 0,05$).

Altamirano (2014) de Perú, en su tesis “*Factores de riesgo asociados a parasitismo intestinal en niños pre escolares atendidos en el ACLAS San Jerónimo. Andahuaylas – 2014*”, este trabajo investigativo tuvo como objetivo el determinar la frecuencia de los factores asociados a la presentación de parasitismo intestinal y su presentación en infantes con edades entre 0,5 a 3 años de edad, los cuales fueron atendidos en el Centro de Salud “San Jerónimo”. Se hizo uso de una encuesta socio-epidemiológica a tutores o padres de los infantes a los cuales se les realizó un examen coproparasitológico de rutina en el centro de salud, esto fue llevado a cabo durante los meses de abril a junio del año 2014. Los resultados señalan que la frecuencia de infantes que tuvieron diagnóstico de alguna forma parasitaria tuvo un porcentaje de 41,97%, (IC 36.09% – 47.85%; 115/274). En el diagnóstico, se pudo evidenciar las siguientes especies: 24.09% *Giardia intestinalis* (66/274), 18,61% *Entamoeba coli* (51/274), 7,3% *Blastocystis sp.* (20/274), 5,22% *Hymenolepis*

sp. (5/274), 4,01% *Iodamoeba bütschlii* (11/274), 2,55% *Ascaris lumbricoides* (7/274), y *Endolimax Nana* 1.09% (3/274). En las mujeres parasitadas fueron un total de 50,83%, mientras que los varones un 35,06%. Los infantes con edad inferior a 1 año parasitados, fueron un 17,65%, 1 – 2 años 40,91%, e infantes con edades de 2 a 3 años los cuales se le encontró parasitados fueron 45,58%. Los infantes que se encontraron parasitados y provienen de San Jerónimo fueron un 42,31%, provenientes de Lliupapuquio 41,88%, Chocecancha 34,62% y de otras comunidades 48,15%. El sexo del paciente fue el factor asociado a parasitismo (OR 2.04; IC 1.23-3.39, p=0.006). Los pobladores que viven en áreas rurales de recursos económicos bajos, no cuentan con acceso a servicios de saneamiento, no cuentan con agua potable, viven en condiciones ambientales idóneas para la diseminación de la parasitosis intestinal, asimismo los hallazgos del estudio, debido a esto se aconseja no descartar factores de riesgo que estén asociados al parasitismo intestinal infantil en otros estudios.

Valladares (2016) de Perú, en su estudio “*Prevalencia de enteroparásitos en niños de 8 a 13 años de edad de la Institución Educativa N° 6041 “Alfonso Ugarte” del distrito de San Juan de Miraflores*”, el objetivo fue determinar la prevalencia de parasitosis intestinales. La muestra para este estudio fue constituida por 116 infantes con edades entre 8 a 13 años. Los resultados de la investigación son: Los alumnos que evidenciaron infecciones parasitarias fue del 85,3%. La incidencia parasitaria tuvo un mayor porcentaje en mujeres un 86,8% a diferencia de los varones que fue del 83,6%. Respecto al grupo etario, la mayor prevalencia fue en infantes con edades de 8 a 9 años 94,1%, seguido por infantes con edades de 10 a 11 año 84,9%, finalmente de 12 a 13 años 80,7%. De acuerdo al grado de instrucción primaria, la prevalencia fue del 92,3% para los alumnos que se encontraban cursando el 4to grado, para el 5to grado fue de 81,8% y para el 6to grado fue de 85,7%. De acuerdo al monoparasitismo de los grupos taxonómicos, la prevalencia fue de 35,3%, Phylum Amoebozoa, 3,4% Phylum Metamonada, 3,4% Phylum Platyhelminthes 0,9% Phylum Bigyra y Phylum Nematoda, junto a Entamoeba

coli, gardia lamblia, hymenolenis nana, blastocystis hominis y enterobius vermicularis respectivamente. En el aspecto habitacional su prevalencia, nos dice que una gran parte de individuos cuenta con vivienda construida sobre ladrillos 66,4%, cuentan con piso de cemento 75,9%. El aspecto de saneamiento básico, su frecuencia indica que una gran parte de individuos cuenta con conexión de agua potable 75%, no posee pozo de agua 69% y los que poseen servicio higiénico en el hogar 75,9%. En lo que corresponde a la frecuencia del biparasitismo, se vio asociado a los phyla metamonada y amoebzoa con un 32,8%. En lo que corresponde al triparasitismo el cual fue asociado a los phyla metamonada, platyhemintthes y amoebzoa con 1,7%

Nakandakari, De La Rosa y Beltrán (2016) de Perú, publicaron en la revista Med Hered, el estudio titulado “*Enteroparasitosis en niños de una comunidad rural de Lima-Perú*”, dicho estudio tuvo como objetivo el determinar la frecuencia de la enteroparasitosis en los infantes que cuentan con edades de 1 a 10 años de una comunidad rural que se encuentra en el departamento de Lima – Perú. El estudio fue observacional, descriptivo y transversal. La población de estudio fueron los niños de 1 a 10 años. Se utilizó la técnica de laboratorio del examen coproparasitológico microscópico directo y el método de Graham. Los datos recogidos fueron procesados a través del programa Microsoft Excel 2010. Los datos obtenidos evidencian que del 100% de niños (36), 61,1% evidencian monoparásitos (22) y 27,8% multiparasitados (10). El blastocystitis hominis fue el parásito intestinal más observado, apareciendo en el 33,3% de los casos. Analizados y discutidos sus resultados, los investigadores concluyen que, se logró identificar que esta población presentó carencias sanitarias y vivían en zonas rurales, los cuales tuvieron una alta frecuencia de enteroparasitosis tanto en el examen con método de Graham, como en el coproparasitológico microscópico directo.

Velázquez (2017) de Perú, en su tesis “*Factores de riesgo asociados a enteroparasitosis en alumnos del 3ro de primaria Institución Educativa N°*

60022 Rvdo P.D.N.J.- Belén – 2017”, donde el objetivo fue identificar los factores de riesgo asociados a enteroparasitosis más frecuentes de los alumnos del 3ro grado de primaria de la Institución Educativa N° 60022 Rvdo. Padre Diego Natal Juan- Belén 2017. Fue un estudio transversal, según el tipo de resultado es descriptiva. La población estará conformada por 30 alumnos del 3ro grado de primaria de la Institución Educativa N° 60022 Rvdo. Padre Diego Natal Juan Belén 2017. Fueron recolectadas 30 muestras seriadas que se analizaron con examen parasitológico directo y método de concentración por sedimentación espontanea en tubo. Los resultados de estas pruebas de los niños fueron analizados a través del paquete estadístico para la investigación en ciencias sociales SPSS versión 20, El análisis e interpretación de la información se realizó utilizando la estadística descriptiva (frecuencia, promedio (X) y porcentaje) para el estudio de las variables en forma independiente y la estadística inferencial no paramétrica Chi Cuadrado (X^2) con $p < 0.05$ % para la prueba de la hipótesis. Los resultados señalan que la prevalencia de parasitosis fue de 46,7 %. Se identificó como posibles factores de riesgo el bajo nivel de instrucción materna, el bajo nivel socioeconómico y tener piso de tierra en las viviendas ($p < 0.005$).

1.2. Justificación de la investigación

El presente estudio titulado “Factores y tratamiento farmacológico de enteroparasitosis en infantes del Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”. Paita, 2018”, donde su propósito fue determinar los factores asociados a la prevalencia y tratamiento farmacológico de la enteroparasitosis en infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018. Mediante este trabajo se verá el cómo los hábitos de vida y de alimentación, permiten la diseminación y predisposición para el desarrollo de la enteroparasitismo en la población que se estudiará.

El estudio tiene una justificación teórica, debido a que para su desarrollo se fundamenta en teorías, conceptos y procedimientos científicos ya establecidos por investigadores; lo cual va permitir que la investigación sea culminada con éxito. De igual manera, los resultados obtenidos sirven como medida del comportamiento de las parasitosis intestinales en la población infantil, pues existe poca investigación realizadas sobre la enteroparasitosis en esta población tan vulnerable.

Así mismo, el estudio tiene una justificación social, ya que los beneficiados serán los escolares de 5 a 12 años de edad y sus familiares, porque a través de los resultado y conclusiones dadas, y dando a conocer estas a las autoridades pertinentes y estas desarrollen políticas y programas de intervención en las comunidades para que se pueda controlar el problema.

Por otro lado, el estudio tiene una justificación científica, porque contribuirá con sus resultados, el ver la relación existente entre factores sociodemográficos y la enteroparasitosis, y a la vez dará la información de cómo estudiar de mejor manera a la población. También dará, el punto de partida para la realizar estudios en los que se evalué el comportamiento de la parasitosis frente a los factores sociales, familiares, culturales, económicos, ambientales, epidemiológicos y demográficos de la población.

Finalmente, el estudio tiene una justificación metodológica, ya que, a través de sus procedimientos y técnicas utilizadas, servirán como fundamento para futuras investigaciones, donde se pueden incluir más variables y poder hacer, un estudio minucioso a esta patología, que se presenta con mayor incidencia en el grupo etario estudiado, los cuales están más propenso y expuestos a la infección.

1.3.Problema

1.3.1. Planteamiento del problema

En países en vía de desarrollo, la enteroparasitosis abarca un gran problema de salud pública a nivel global, azotando a todo tipo de población sin distinción de sexo, edad, nivel educativo y nivel socioeconómico. Donde el sinergismo de múltiples factores predisponentes como: el bajo nivel de escolaridad, las malas condiciones higiénico sanitarias, las deficiencias en los servicios públicos tales como agua y desagüe, y los bajos ingresos económicos, aumentan los problemas de enteroparasitosis y con ello se ve reflejado también el incremento de las enfermedades gastrointestinales. Aunque, estudios realizados señalan que su tasa de mortalidad generalmente es baja, esta enfermedad genera fuerte impacto en la calidad de vida de los que la padecen.

Existen numerosos factores de riesgo que se consideran de gran importancia para adquirir infecciones parasitarias, dentro de los cuales se encuentran la inadecuada higiene personal, caminar descalzos, el consumo de agua sin hervir, el tener mascotas, servicios públicos, entre otros. Factores que ya han sido previamente estudiados en adolescentes y adultos mayores, pero poco son los estudios realizados en escolares infantiles, siendo este grupo poblacional el de mayor vulnerabilidad y a los cuales se le asocian distintos factores predisponentes en el desarrollo de patologías asociadas a estos microorganismos.

Las tasas de parasitismo intestinal que han sido reportadas por diversos autores en el país de Perú, debe fungir como incentivo para crear de forma inmediata y con carácter urgente estrategias para la prevención, el control y prevenir el daño que ocasionan los enteroparásitos. (Ayulo.

1946 y Valdivia, Montesino, Náquira y Córdova. 1979. Citados por Marcos et al., 2002). Hace mención que, 1 de cada 3 peruanos, son portadores de uno o más parásitos en su intestino. (Náquira, 1997. Citado por Marcos et al. 2002).

En este sentido, en la actualidad, se evidencia un problema de salud pública tanto a nivel nacional, regional y local; esto debido a los deficientes hábitos socio – sanitarios de nuestra población, como el consumo de agua sin hervir, andar descalzo y la presencia de mascotas en el hogar, que con frecuencia son factores que guardan estrecha relación con las infecciones parasitarias.

Es por ello, el impacto socioeconómico que genera la enteroparasitosis, está basado en la contribución a la desnutrición y bajo rendimiento escolar. Por lo tanto, es indispensable detectar a tiempo, la prevalencia del enteroparasitismo en la población infantil, para así establecer políticas de educación y programar actividades de intervención con la intención de disminuir y erradicar el enteroparasitismo.

En tal sentido, el presente estudio titulado “Factores y tratamiento farmacológico de enteroparasitosis en infantes del Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes. Paíta, 2018”, dará a conocer, como se está presentando este problema en la zona de estudio y establecer la relación que existe entre los factores sociodemográficos de la población infantil escolar y la prevalencia de la enteroparasitosis, conocido la relación, se sugerirá acciones de intervención, en beneficio de la erradicación de este problema de salud pública.

1.3.2. Formulación del problema

1.3.2.1. General

¿Cuáles son los factores relacionados con la prevalencia y el tratamiento farmacológico de enteroparasitismo en infantes del Hospital “Nuestra

Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018?

1.3.2.2.Específicos

- 1) ¿Cuáles son los factores demográficos de los infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018?
- 2) ¿Cuáles son los factores de estilo de vida de los infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018?
- 3) ¿Cuáles es la prevalencia de enteroparasitosis en infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018?
- 4) ¿Cuáles son los enteroparasitos presentes en infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018
- 5) ¿Cuáles son las características del tratamiento farmacológico de la enteroparasitosis en infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018
- 6) ¿Cuáles son los medicamentos más prescritos para el tratamiento de la enteroparasitosis en infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018
- 7) ¿Cuáles es la relación existente entre los factores de estilo de vida y la prevalencia de enteroparasitosis en infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018

1.4.Marco referencial

1.4.1. Factores Sociodemográficos

Ashanga y Tello (2017). Cuando nos referimos a los factores sociodemográficos, estos autores lo definen como las características que cada individuo posee, los cuales de alguna manera podrían influir en sus comportamientos y expectativas ante un hecho vital. La edad, religión, sexo, nivel económico, estado civil, ocupación, procedencia y grado de instrucción forman parte de estos factores que se estudian.

Edad: Salazar (2009. Citado por Ashanga y Tello, 2017) señala que se trata del tiempo que una persona posee desde su nacimiento y esto demarca los años progresivos de un individuo.

Sexo: Valdivia (2013. Citado por Ashanga y Tello, 2017) lo define como lo que logra diferenciar, tanto físicamente como biológicamente a la mujer del varón. Se define también, como un proceso que mezcla rasgos genéticos, los cuales a menudo dan por resultado la especialización de organismos que varían si son féminas o varones.

Religión: Martínez (2011. Citado por Ashanga. y Tello, 2017) lo define como el grupo de dogmas o creencias acerca de la divinidad y sentimiento de veneración y temor hacia ellas, normas morales para la conducta de cada persona, social y la práctica de rituales. De forma principal el sacrificio y oración para dar culto.

Así mismo, Martínez (2011. Citado por Ashanga y Tello, 2017), señala que, cuando se habla de religión, generalmente es la forma de vida o creencias que se basan en una relación esencial de un individuo con el universo o diversos dioses. No obstante, la religión hace referencia a la

fe de un orden del mundo, el cual ha sido creado por una divinidad, el acuerdo que constituye el camino a la salvación de una población y por ende, a las personas pertenecientes a esa población.

Estado civil: Ashanga y Tello (2017) refieren que esta es una condición que posee cada persona en relación con las obligaciones y derechos civiles. Se clasifica de la siguiente forma:

- Soltera/o.
- Casada/o.
- Conviviente.
- Viuda/o.
- Divorciada/o.

Ocupación: Flores y col. (2012. Citado por Ashanga y Tello, 2017), afirma que cuando nos referimos a ocupación, esta es el trabajo o actividad que ejercen las personas en un determinado espacio y tiempo, por el cual reciben una remuneración.

La situación socioeconómica de las personas que residen en el Perú al igual que en otros países, es crítica. Los cambios sociales, culturales y económicos que ha tenido la sociedad han condicionado a que las personas realicen trabajos fuera y dentro del hogar, lo cual influye en el desarrollo personal de cada individuo, en la salud e integración del hogar, debido a que debe realizar múltiples funciones.

Nivel económico: Andrade (2012. Citado por Ashanga y Tello, 2017) señala que este factor es, en algunas ocasiones, determinante para la recuperación de una enfermedad, debido a que existe innumerables enfermedades que tienen un costo alto de recuperación y muchas de las personas, al no tener una solvencia económica, les es imposible su recuperación.

El cumplimiento satisfactoriamente de los servicios de salud, los cuales percibe el usuario, tiene una relación estrecha con la propia recuperación, para lo cual es sumamente necesario que exista una evaluación, diagnóstico y tratamiento preciso, asimismo insumos idóneos para tratar la enfermedad, lo cual, lamentablemente no siempre es accesible para las personas.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (2015. Citado por Ashanga y Tello, 2017)) conjuntamente con la Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados (APEIM) indica que para lograr categorizar en las categorías sociales a la cual pertenece un individuo, se aplican un grupo de preguntas las cuales están referidas a la solvencia económica del hogar y respecto a la vivienda. Las respuestas que se brindaron, se representaron por un puntaje determinado. Asimismo, la suma que tienen estos puntajes, es necesaria para categorizar a la persona u hogar en un estrato socioeconómico. La clasificación social que se da en el país de Perú, se hace como se indica:

- Segmento A
- Segmento B
- Segmento C, D y E.

Según APEIM (2015. Citado por Ashanga y Tello, 2017), señala que todo lo ya mencionado, forma la pirámide social, de igual forma refiere que los ingresos mensuales por integrante de un hogar del nivel A son iguales o superiores a S/. 10,720 soles, mientras que para el grupo B, los ingresos son de aproximadamente S/. 2,990 mensuales, si continuamos, los niveles C, D y E, llegan a alcanzar aproximadamente S/. 1,420, S/. 1,030 y S/. 850 respectivamente, con esta base se categorizan de esta forma:

- Nivel Marginal: Este nivel está caracterizado por una situación precaria, con diversas falencias e incapacidad para cubrir las necesidades básicas, en este nivel, se encuentran 18% de la

población. Debido a su condición de pobreza extrema y pobreza son considerados para estudios únicamente sociológicos y políticos.

- Nivel Bajo Inferior: En este nivel, se encuentran las personas que tienen un nivel de ingreso escaso, debido a una actividad laboral de baja calificación, en este nivel podemos encontrar al 32,33% de la población. En general, esta población cuenta con patrones bajos de consumo de diversos productos y servicios.
- Nivel Bajo: Esta categoría controversial encontramos al 31,7% de la población.
- Nivel Medio: En este nivel, encontramos que al 14,6% los cuales tienen una vida cómoda, sin embargo, no lujosa y su instrucción le permite el desarrollo de actividades con una mejor remuneración.
- Nivel Medio Alto: En este grupo encontramos a las personas que tienen una vida cómoda y pueden adquirir ciertos lujos.
- Nivel Alto: Este es el nivel más alto, en el cual una persona logra gozar de absolutamente todas las comodidades y diversos lujos, acceso total a servicios de salud privados, viviendas cómodas y lujosas y una educación de primer nivel. En esta categoría se encuentra tan solo el 3,4% de la población.

Procedencia: Cuando nos referimos a este factor, hablamos de la ubicación geográfica en la que la persona reside (urbano – rural), esto es debido a que la ubicación puede jugar un papel fundamental para la percepción de la satisfacción que tienen los usuarios, la cual no solo es debida a la calidad del servicio brindado, sino también a las expectativas que este tiene. Al cubrir o exceder las expectativas que tiene el usuario, este se encontrará totalmente satisfecho. Es común que, para las personas que viven en zonas rurales, sus expectativas sean bajas, también sucede con los usuarios que tienen un limitado acceso a los diversos servicios y esto logra que se encuentre satisfecho con servicios deficientes. Las personas que viven en zonas urbanas o de grandes ciudades tienen una

gama amplia de alternativas para optar diferentes actitudes, hábitos sistemas o conductas de vida. A diferencia de las personas que viven en sectores rurales, las cuales tienen posibilidades de influencia foránea, si se hace una comparación de las expectativas por la zona de residencia, se evidencia que las personas que viven en zonas rurales son relativamente más fáciles de satisfacer a comparación de aquellos que viven en zonas urbanas. (Beuzeville, 2014. Citado por Ashanga y Tello, 2017).

Grado de instrucción: Ashanga y Tello (2017), señala que, cuando nos referimos al grado de instrucción, es la posesión de conocimientos de una persona, los cuales son adquiridos a lo largo de la vida. La clasificación del nivel educativo no es estandarizado o normalizado, debido a que, en los diferentes países, la clasificación corresponde a cada política educativa; debido a esto es que, en el Perú se clasifica en 4 grados de instrucción:

- Analfabeto.
- Primaria (1° a 6° años).
- Secundaria (1° a 5^{to} Año).
- Estudios superiores.

1.4.2. Parasitología

Meneses (2016), señala que los parásitos son organismos vivos, los cuales forman una dependencia con su hospedador (en este caso el hombre) y debido a todos los procesos que realiza para formar una íntima y compleja relación con su hospedador, este genera diversos prejuicios, sin embargo, esto es imprescindible para la supervivencia y el metabolismo del parásito.

Así mismo, el autor afirma que la parasitosis es un mal endémico en el Perú y este prevalece en zonas tropicales debido a su clima cálido, lo cual

facilita la proliferación por falta de higiene y fácil contaminación debido a que llevan alimentos infectados o mal higienizados a la boca, lamentablemente esto afecta en gran parte, a las personas que tienen bajos recursos y problemas sanitarios (carencia de agua y desagüe).

Tipos de parasitismo

Al hablar de los tipos de parásitos, Meneses (2016) señala los siguientes:

- Bacterias.
- Virus.
- Hongos.
- Plantas.
- Protozoos.
- Helmintos.
- Artrópodos.
- Protistas (apicomplejos o algunas algas rojas).

Ramas de la parasitología

Botero y Restrepo (2012), indica que las ramas de la parasitología son:

- Protozoología (protozoarios)
- Helmintología (helmintos-gusanos)
- Entomología Sanitaria (artrópodos de interés sanitario)

Además de ello, Botero y Restrepo (2012) señala que los parásitos dependen metabólicamente de sus hospedadores y estos se clasifican en los siguientes:

- 1) Facultativo: Cuando el organismo no depende del parasitismo para sobrevivir. Ejemplo: *Strongyloides stercoralis*.
- 2) Obligado: El organismo depende del hospedador para sobrevivir. Ejemplo: *Giardia intestinalis*.

- 3) Accidental: El organismo entra accidentalmente en un huésped no específico y sobrevive.

Otra clasificación de los parásitos, puede darse por su ubicación en el huésped, en este sentido Prats (2006. Citado por Meneses, 2016), señala como:

- Endoparásitos: Viven en el interior del hospedador por lo general en el tracto digestivo.
- Ectoparásitos: Se ubican en superficies externas del hospedador.
- Mesoparásitos: Por su naturaleza se encuentran parte de su cuerpo hacia el exterior y otra parte anclada en los tejidos de su hospedador ejemplo: *copépodos pennellidae* en casos de los peces.

En el mismo sentido, Prats (2006. Citado por Meneses, 2016), clasifica según al hospedador se clasifican en:

- Hospedador Definitivo: El parásito alcanza su madures sexual.
- Hospedador Intermediario: Donde se desarrolla la forma larval.
- Hospedador de Transporte: Utiliza como refugio temporal.

1.4.3. Enteroparasitosis

Las infecciones parasitarias intestinales, constituyen una de las infecciones que son más comunes en todo el mundo y mostrando así, una prevalencia en las poblaciones empobrecidas, debido a que principalmente afecta a infantes que se encuentran en pleno desarrollo, los cuales cursan los primeros años de formación académica, dicha enfermedad, en gran número de veces, se asocia a la falta de higiene en las que vive una población. (Castillo, 2014).

Así mismo, Rodríguez y col. (2011. Citado por Valladares, 2016) hizo una advertencia acerca de la parasitosis intestinal, decía este autor, que

se trata de un problema de salud pública sumamente grave, haciendo énfasis en los países subdesarrollados, en los cuales dichas infecciones se encuentran en un porcentaje preocupantemente elevado. En los países que se encuentran en vías de desarrollo, este tipo de infección ha llegado a afectar de forma principal a los infantes. Algunos estudios realizados refieren que los países subdesarrollados de Sudamérica, tienen una prevalencia en edad escolar y preescolar las cuales varían de 26,2% a 80,5%.

En este sentido, Atias (2007. Citado por Córdova y Zavala, 2016) señala que las enteroparasitosis son afecciones causadas por parásitos tanto protozoos como helmintos en el tracto digestivo del hombre, los cuales pueden ser patógenos o comensales.

Entre ellas las que más afectan a casi un sexto de la población mundial son: la amebiosis, giardiosis, enterobiosis, ascariosis y tricuriasis (Rúa *et al.*, 2010. Citado por Córdova y Zavala, 2016).

Factores socio-epidemiológicos

Componentes causales de las enfermedades, en este caso de las enteroparasitosis, que determinan su frecuencia y distribución, donde encontramos variables universales como edad, género, estado civil, como también factores económicos en donde se considera el ingreso familiar, tipo de vivienda, grado de instrucción, etc.

Entre los factores epidemiológicos, la que tiene mayor importancia en la diseminación de la parasitosis intestinal, es la contaminación por heces en la tierra o encontradas en el agua, lo que es común en lugares pobres, donde no existe una disposición de excretas adecuadas, permitiendo así, que las larvas y huevos de helmintos que se encuentran en las heces, se

desarrollen hasta hacerse infectantes. Las protozoosis intestinales principalmente se transmiten directamente por contaminación fecal de las manos a la boca, por la deficiente higiene personal, por la ingesta de alimentos, especialmente frutas y verduras que se consumen sin lavarse adecuadamente, y también del agua de beber sin hervir (Botero y Restrepo, 2012).

La presencia de suelos húmedos junto a temperaturas propicias, son las condiciones ambientales indispensables para la supervivencia de los parásitos, las condiciones deficientes de las viviendas favorecen al ingreso de algunos artrópodos vectores. Asimismo, la higiene personal inadecuada y los conocimientos ausentes de transmisión y prevención de las diversas enfermedades parasitarias, resultan ser favorables para que estas aparezcan, como por ejemplo no usar calzado permanente, ingerir alimentos sin antes lavarse las manos, consumir agua sin hervir, ingerir frutas y verduras sin lavar, etc. Las personas que evidencian estas deficiencias notables son las que mantienen una prevalencia alta de parasitismo, dichos grupos son de un nivel socioeconómico inferior y a su vez, habitan en zonas deficientes de saneamiento ambiental (Botero, 2012).

Giardiosis

Infección producida por *Giardia lamblia*, tanto las formas quísticas como de trofozoíto se detectan en las muestras fecales de los pacientes infectados, mientras el trofozoíto es lábil y pronto se destruye en el ambiente, los quistes son más resistentes constituyendo su forma infectante. La infección por *G. lamblia* se inicia mediante la ingestión de quistes, la dosis infecciosa mínima para el ser humano está estimada en 10 a 25 quistes. El ácido del estómago estimula la rotura del quiste, con la liberación del trofozoíto en el duodeno y yeyuno, donde estos

organismos se multiplican por fisión binaria (Murray et al., 2009. Citado por Córdova y Zavala, 2016). Los trofozoítos suelen encontrarse en la superficie del epitelio intestinal y el daño producido oscila desde alteraciones mínimas de la mucosa intestinal, hasta alteración parcial moderada de las vellosidades del intestino delgado (Atias, 2007. Citado por Córdova y Zavala, 2016).

La Giardiosis se adquiere mediante el consumo de agua no tratada adecuadamente, el consumo de vegetales o frutos contaminados y no cocidos, o mediante vía fecal-oral. El estadio de quiste es resistente a las concentraciones de cloro que se utiliza en la mayoría de plantas de tratamiento del agua. Las infecciones pueden presentarse de manera epidémica o endémica en las escuelas infantiles y en otras instituciones y entre los familiares de niños infectados. Está presente por todo el mundo con una distribución selvática (Murray *et al.*, 2009. Citado por Córdova y Zavala, 2016).

En la sintomatología se puede observar náuseas, vómitos, diarrea acuosa, dolor abdominal epigástrico, meteorismo y anorexia marcada (Atias, 2007. Citado por Córdova y Zavala, 2016).

Amebiosis intestinal

Es la infección producida por *Entamoeba histolytica*, ameba patógena y mortal del intestino grueso e hígado del hombre. Los quistes son la forma infectante, una vez en el intestino delgado desenquistan liberando trofozoítos móviles, activos y potencialmente patógenos, los cuales se dirigen al intestino grueso, produciendo úlceras por destrucción de la mucosa, necrosis en la submucosa y muscular, produciendo una lesión típica en forma de botella, siendo el sitio más comprometido el ciego; también puede ocurrir migración de trofozoítos desde el intestino al

hígado vía circulación porta causando absceso hepático amebiano (Atias, 2007. Citado por Córdova y Zavala, 2016). *E. histolytica* presenta una distribución mundial, su incidencia es máxima en regiones tropicales y subtropicales que presentan deficiencias sanitarias y aguas contaminadas. En el medio externo los quistes permanecen viables en condiciones apropiadas durante semanas o meses y son diseminados por agua, manos, artrópodos, alimentos y fómites contaminados (Botero y Restrepo, 2012).

En la actualidad, para el diagnóstico de esta especie, se reporta *E. histolytica/E. dispar* debido a sus similitudes morfológicas, las cuales solo se pueden diferenciar mediante métodos moleculares (Atias, 2007. Citado por Córdova y Zavala, 2016). Existen, además, otras amebas intestinales que no son patógenas y que son consideradas comensales por no producir daño, manifestando contaminación fecal ya que la mayoría se contrae por fecalismo, entre ellas destacan: *Entamoeba coli*, *Entamoeba hartmani*, *Endolimax nana* y *Iodamoeba butschlii*; todas frecuentes en condiciones de mal saneamiento ambiental y malos hábitos higiénicos (Atias, 2007. Citado por Córdova y Zavala, 2016).

Blastocistosis

Es la infección intestinal por *Blastocystis hominis* protozooario comensal que puede ser patógeno como asintomático. No se han descrito formas quísticas, presenta tres formas morfológicas: vacuolada, granular y ameboide. Su transmisión es por fecalismo, relacionado con el consumo de agua y alimentos contaminados. Los pocos datos existentes, sugieren que la enfermedad provocada por *B. hominis* puede ser por el gran número existente del parásito y en personas inmunodeprimidas, en quienes causa náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea acuosa,

tenesmo, constipación, malestar general y en ocasiones pérdida de sangre en las heces (Atias, 2007. Citado por Córdova y Zavala, 2016).

Enterobiosis

La infección se inicia con la ingestión de huevos embrionados de *Enterobius vermicularis*, las larvas se liberan en el intestino delgado, donde maduran hasta transformarse en adultos al cabo de dos a seis semanas. Después de la fecundación por el macho, el gusano hembra produce los característicos huevos asimétricos y migra a la región anal para depositarlos en los pliegues perianales; una hembra grávida puede depositar hasta 20 000 huevos, los cuales maduran rápidamente y adquieren la capacidad infecciosa en cuestión de horas. Este nematodo tiene distribución mundial, siendo más común en las regiones templadas y frías que en las calurosas; la diseminación de una persona a otra se facilita en condiciones de hacinamiento, por ejemplo, en guarderías, colegios e instituciones para enfermos.

La infección se contrae como consecuencia de la ingestión de huevos por vía mano-ano-boca, cuando el niño se rasca los pliegues perianales como respuesta al prurito intenso, este rascado de la zona, propicia el establecimiento de los huevos debajo las uñas y se perpetúa la autoinfección. También es posible la retroinfección, cuando los huevos hacen eclosión en los pliegues perianales y las larvas migran hacia el recto y el intestino grueso. Los individuos infectados que manipulan alimentos, pueden actuar como fuentes de infección (Murray *et al.*, 2009. Citado por Córdova y Zavala, 2016).

Entre la sintomatología se presenta prurito anal, nasal y vulvar, contribuye al prurito anal la acción mecánica de reptación de los gusanos hembras en el momento de la postura de huevos, posiblemente este

mismo estado de hipersensibilidad sea el responsable de los síntomas nerviosos y de los trastornos del sueño. Además, en las niñas, las hembras pueden introducirse en la vagina, el útero y trompas (Atias, 2007. Citado por Córdova y Zavala, 2016).

Tricuriosis

Geohelmintosis producida por *Trichuris trichiura*, nemátodo del intestino grueso habitualmente comensal, pero capaz de producir una sintomatología grave cuando se encuentra en grandes cantidades y en condiciones inmudeprimidas del hospedero, es cosmopolita pero prevalece en zonas tropicales y templadas con régimen de lluvias elevado. La transmisión se da por la ingesta de huevos embrionados procedente de alimentos, tierra o agua no tratada. En el intestino delgado los huevos sufren ablandamiento de sus membranas y se liberan las larvas, después de un corto período de tiempo las larvas migran al colon alcanzando su estado adulto, donde permanecen enclavados a la mucosa, produciendo lesión mecánica y traumática con inflamación local, donde vuelven a producir huevos fértiles que son eliminados por materia fecal. Estos huevos eliminados necesitarán temperatura, humedad, calidad de suelo y sombra para continuar su desarrollo y ser infectante (Botero y Restrepo, 2012).

El daño depende del grado de parasitación: desde asintomática, pasando por dolor cólico y deposiciones diarreicas, hasta cuadros disenteriformes con deposiciones muco – sanguinolentas (en pacientes inmunodeprimidos), prolapso rectal, pujo y tenesmo (Atias, 2007. Citado por Córdova y Zavala, 2016).

Ascariosis

Parasitosis producida por *Ascaris lumbricoides*, es la más frecuente y cosmopolita de todas las helmintosis humanas. Los huevos inmaduros son eliminados con las heces al suelo, lugar donde se convierten en huevos embrionados en infectantes. El hombre se infecta al ingerir estos huevos y en el estómago o más frecuentemente en la porción alta del intestino delgado, emergen de ellos las larvas, las cuales penetran activamente la mucosa intestinal y caen a la circulación portal, llegando al hígado y luego al corazón derecho, siendo impulsadas al pulmón, donde quedan atrapadas en los capilares del intersticio pulmonar, lugar donde continúan su maduración y crecimiento hasta romper el endotelio capilar y tabique alveolar. Entre el noveno y décimoquinto día de la infección, las larvas caen al interior del alvéolo e inician una migración ascendente por los bronquiólos, expulsados por los cilios bronquiales hasta alcanzar bronquios, tráquea, epiglotis y faringe donde son deglutidas, éstas pasan al estómago y llegan al intestino delgado, continuando su crecimiento hasta convertirse en gusanos adultos. Los adultos no tienen órganos de fijación y viven en la luz del intestino delgado sostenidos contra las paredes debido a su musculatura; las hembras pueden producir hasta 200 000 huevos diarios (Atias, 2007. Citado por Córdova y Zavala, 2016).

La calidad de los suelos juega un rol importante, ya que los suelos arcillosos facilitan el desarrollo del huevo, mientras que los ricos en humus vegetal son menos favorables y los arenosos le son adversos. Aunque los huevos de *Ascaris lumbricoides* tienen óptimo desarrollo en climas cálidos, resisten amplias variaciones de temperatura ambiental (Atias, 2007. Citado por Córdova y Zavala, 2016).

Los efectos patológicos por las larvas en los capilares pulmonares, cuando ocurren en forma masiva, dan origen al síndrome de Löeffler, que se caracteriza por lesiones múltiples de los alvéolos, con abundante exudado inflamatorio y hemorrágico; los gusanos adultos en el intestino compiten con los nutrientes de los hospederos y en infecciones masivas pueden originar obstrucción (Atias, 2007. Citado por Córdova y Zavala, 2016; Botero & Restrepo, 2012).

Uncinariosis

Es una infección causada por los nemátodos *Ancylostoma duodenale* y *Necator americanus*. Los gusanos adultos habitan en el intestino delgado del hombre y la morfología microscópica de los huevos son similares entre sí e indistinguibles. Estos helmintos son transmitidos a través del suelo, los huevos se eliminan con la materia fecal y eclosionan en un terreno favorecedor. Las larvas que se forman en la tierra son de dos tipos, con morfología diferente, la primera, rhabditiforme que sale del huevo y la segunda, filariforme, que se origina por transformación de la anterior, que precisa una nueva modificación para obtener capacidad infectante de penetración por la piel (Atias, 2007. Citado por Córdova y Zavala, 2016).

Las larvas filariformes se adhieren a la piel, penetran hasta encontrar los linfáticos o las vénulas que las llevarán hasta el corazón derecho, siguiendo el mismo recorrido larvario de *A. lumbricoides* hasta llegar al intestino delgado donde se convierten en gusanos adultos, que viven fijados en la mucosa del intestino delgado, principalmente en duodeno y yeyuno; cada hembra pone de 10 000 a 20 000 huevos diarios que salen al exterior con las heces. Los dientes o las placas les sirven como órganos cortantes y de fijación, con ellos hieren la mucosa intestinal y producen hemorragia, pudiendo llegar a producir en el hospedero infectado, en

casos masivos y crónicos, anemia microcítica hipocrómica (Atias, 2007. Citado por Córdova y Zavala, 2016).

Strongiloidosis

Parasitosis producida por *Strongyloides stercoralis*, nemátodo muy pequeño que vive en el interior de la mucosa del intestino delgado, principalmente en duodeno y yeyuno, pero en infecciones masivas puede invadir todo el intestino delgado y grueso. En su ciclo biológico alternan generaciones de vida libre y de vida parasitaria. En el espesor de la mucosa y submucosa, la hembra parasitaria coloca los huevos parecidos a los de uncinarias. Los huevos eclosionan en la mucosa intestinal y dan origen a la primera forma larvaria, llamada rhabditiforme que sale a la luz del intestino delgado, es arrastrada con el contenido intestinal y eliminado al exterior con las materias fecales; en la tierra estas larvas se transforman en filariformes.

Epidemiología

Las parasitosis intestinales son un grave problema de salud pública en todo el mundo; se estima que cerca de 3,5 billardos de personas están infectadas con parásitos intestinales y que 450 millones están enfermas por esta causa, principalmente los niños (Tabares y González, 2008. Citado por Bohorquez, G. 2010).

Según cálculos de la Organización Mundial de la Salud, la población infantil posee el mayor número de infectados entre los más de 1'000.000.000 de personas que cada año se infectan por helmintos (Núñez et al; 2003. Citado por Bohorquez, 2010).

Un estudio realizado en Calarcá, Colombia, en 220 niños menores de 5 años de edad mostró una prevalencia de 54,7% de parasitismo intestinal, siendo los parásitos más frecuentes *B. hominis* (36.4%) y *G. intestinalis* (13.2%). De manera interesante, se encontró asociación estadísticamente significativa entre parasitismo intestinal y no desparasitar las mascotas, tener hermanos y recibir alimentos en el tetero diferentes a la leche (Londoño et al, 2009. Citado por Bohorquez, 2010).

La asociación entre tener hermanos y mayor frecuencia de parásitos intestinales: se explica gracias a la transmisión por contacto con niños parasitados, por lo cual, se hace fundamental involucrar a todo el núcleo familiar cuando se realiza una desparasitación (Londoño et al, 2009. Citado por Bohorquez, 2010).

Por otra parte, un estudio realizado en Guapi, Cauca, en 136 niños menores de 18 meses de edad, encontró que el 30.6% estaban parasitados, el 26.2% presentaba helmintiasis por *A. lumbricoides*, *T. trichiura* y *S. stercoraris* y el 14,9% tenía infección intestinal por protozoos como *G. lamblia*. Este mismo estudio encontró una prevalencia de 11,8% de poliparasitismo intestinal (Alvarado y Vásquez; 2006. Citado por Bohorquez, 2010).

Cabe resaltar que la escolaridad de la madre, se asoció con la presencia de poliparasitismo y helmintiasis, esto debido al mal uso de las prácticas de higiene, el cuidado de los niños y los conocimientos en salud (Alvarado y Vásquez; 2006. Citado por Bohorquez, 2010).

Otro estudio realizado en Bogotá, en el Colegio Anexo San Francisco de Asís de los barrios El codito y Bella Vista con 48 niños preescolares, reveló que el 44% de la población estaba parasitada, de los cuales el 43% presentó *B. hominis*, el 14% Complejo *E. histolytica/dispar*, el 9% *G.*

intestinalis y el 5% *A. lumbricoides*; parásitos patógenos causantes de enfermedad, especialmente en la población infantil, afectando su crecimiento y desarrollo (Bonilla, 2009. Citado por Bohorquez, 2010).

Vale la pena resaltar que el 67% de los niños evaluados no se lavaban las manos antes de comer al igual que el 75% después de salir del baño, observándose una relación significativa entre estos factores de riesgo con la presencia de parásitos intestinales (Bonilla, 2009. Citado por Bohorquez, 2010).

Diagnóstico

Es necesario confirmar el diagnóstico de las parasitosis intestinales por medio del laboratorio, debido a la variedad de parásitos intestinales existentes y a la sintomatología que es poco característica, como dolor abdominal, diarrea, pujo, tenesmo, prurito, presencia de sangre y/o moco, náuseas, vomito, pérdida de peso, mal absorción, desnutrición y anemia, entre otras (Botero y Zuluaga, 2001. Citado por Bohorquez, 2010).

Con respecto al diagnóstico lo más importante es obtener una muestra de materia fecal en buenas condiciones, esta debe ser recogida en un frasco plástico, seco y limpio y no debe mezclarse con orina ni con otra sustancia. Para el diagnóstico de las parasitosis intestinales se realiza examen coprológico directo y métodos de concentración, entre otros.

➤ Examen Coprológico Directo

El diagnóstico se realiza por el hallazgo de formas parasitarias (quistes, huevos o larvas dependiendo del parásito) (Mayorga, 2003. Citado por Bohorquez, 2010).

Este examen se divide en dos partes, la primera es un examen macroscópico donde se determina la consistencia de las heces fecales, el color, la existencia de moco, sangre, restos alimenticios o helmintos y la segunda parte, es un examen microscópico, donde se realiza una suspensión de materia fecal (porción pequeña) con solución salina (0.85%) para observar los parásitos móviles; y con lugol que resalta estructuras como los núcleos de los protozoos (Botero y Restrepo, 2005. Citado por Bohorquez, 2010).

Además, de las formas parasitarias se deben observar estructuras como leucocitos, eritrocitos, cristales de Charcot- Leyden, restos alimenticios de origen vegetal y animal, flora bacteriana y levaduras (Botero y Restrepo; 2005. Citado por Bohorquez, G. 2010).

➤ Métodos de Concentración

La finalidad de este método es aumentar el número de parásitos en un volumen de materia fecal para que posteriormente sea examinada microscópicamente, dentro de estos métodos encontramos la técnica simplificada con formol- éter. Es una técnica sencilla, rápida y capaz de concentrar quistes de protozoos y huevos y/o larvas de helmintos (Botero y Restrepo, 2005. Citado por Bohorquez, 2010).

Tratamiento y Control

El control de las parasitosis intestinales se basa en el tratamiento para reducir los niveles de infección y la morbilidad, la educación para reducir la infección humana y la contaminación ambiental, y el saneamiento para controlar la contaminación ambiental (Bohorquez, 2010).

En Colombia la Ley 100 de Seguridad Social obliga a realizar programas de prevención y desparasitación en la población infantil principalmente en las escuelas e instituciones que albergan niños, considerándose de gran beneficio en relación con el costo (Botero y Restrepo, 2005. Citado por Bohorquez, 2010). El control de las parasitosis intestinales, se enfoca en mejorar el crecimiento y desarrollo de los niños, esto se ve reflejado en la política nacional de seguridad alimentaria y nutricional (SAN), que vela por la calidad de vida de las personas, familias y comunidades, la educación, la salud y el saneamiento básico (Colombia por la primera infancia, Conpes 113 Social; 2007. Citado por Bohorquez, 2010), la política pública nacional de primera infancia (Colombia por la primera infancia, Conpes 109 Social; 2007. Citado por Bohorquez, 2010) y la estrategia de atención integrada a enfermedades prevalentes en la infancia (AIEPI) (Componente comunitario de la estrategia AIEPI; 2004. Citado por Bohorquez, 2010) promueven ambientes sanos e impulsan prácticas de vida saludable y condiciones de saneamiento básico y vivienda.

El tratamiento de elección para los parásitos protozoos como *E. histolytica*, complejo *E. histolytica/dispar*, *G. intestinalis* y *B. hominis* es el metronidazol, mientras que para los parásitos helmintos como *Oxyuros*, *A. lumbricoides* y *Taenias* es el mebendazol (Campderá et al, 2001. Citado por Bohorquez, 2010).

1.5. Hipótesis de la investigación

1.5.1. Hipótesis general

Los factores de edad, sexo, zona de residencia, escolaridad, el estado clínico, vivienda, procedencia del agua consumida, hábitos higiénicos, son los que se asocian en la prevalencia y tratamiento farmacológico de la

enteroparasitosis en infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018.

1.5.2. Hipótesis específicos

- 1) Vivir en zona rural, la edad de 8 años, sexo femenino, escolaridad secundaria, son los factores demográficos, representativos en infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018.
- 2) Tener escozor anal, consumir agua potable, consumir agua sin hervirla, jugar en tierra, son los factores de estilo de vida de los infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018.
- 3) La prevalencia de la enteroparasitosis es altamente significativa en infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018.
- 4) Los oxiuros, *Entamoeba coli* y *Giardia lamblia* son los enteroparasitosis presentes en infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018.
- 5) El medicar con Metrodinazol, 5 cc de dosis, con un intervalo de administración de cada 8 horas, suministro por vía oral y 7 días de tratamiento, son caracterizar el tratamiento farmacológico de la enteroparasitosis en infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018.
- 6) Albendazol y Metronidazol son los medicamentos más prescritos para el tratamiento de la enteroparasitosis en infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018.

- 7) Existe una relación significativa entre los factores de estilo de vida y la prevalencia de enteroparasitosis en infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018.

1.6. Objetivos

1.6.1. Objetivo general

Determinar los factores asociados a la prevalencia y tratamiento farmacológico de la enteroparasitosis en infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018.

1.6.2. Objetivos específicos

1. Identificar los factores demográficos de los infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018.
2. Caracterizar los factores de estilo de vida de los infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018.
3. Determinar la prevalencia de enteroparasitosis en infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018.
4. Determinar los enteroparasitos presentes en infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018.
5. Caracterizar el tratamiento farmacológico de la enteroparasitosis en infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018.

6. Determinar los medicamentos más prescritos para el tratamiento de la enteroparasitosis en infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018.
7. Determinar la relación existente entre los factores de estilo de vida y la prevalencia de enteroparasitosis en infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de la investigación

2.1.1. Tipo

El presente estudio fue de tipo aplicativo, analítico, ambispectivo.

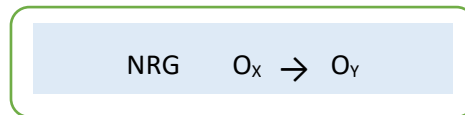
- Aplicativo, porque la investigadora hizo uso de teorías y conceptos científicos ya establecidos, en el desarrollo de la investigación.
- Analítico, porque el presente estudio cuenta con dos variables; los factores, que viene hacer la variable 01 y, el tratamiento farmacológico de enteroparasitosis, que es la variable 02.
- Ambispectiva, porque para el recojo de la información, estos serán de tipo retrospectivo (Historias Clínicas) y prospectivo (encuesta aplicado a la muestra en estudio).

2.1.2. Diseño

El diseño de investigación es no experimental, transversal, descriptivo, correlacional.

- No experimental, porque la investigadora no manipulará las variables en estudio, solo se limitará a observarlas, medirlas e interpretarlas.
- Transversal, porque los datos o medidas serán recogidas en una sola oportunidad.
- Descriptiva, porque con los datos o medidas obtenidas de las variables, la investigadora describirá el comportamiento de las variables en su contexto natural.
- Correlacional, porque la investigadora determinará la relación que existe entre la variable 01 y 02.

El gráfico de diseño es:



Dónde:

- NR: No Randomizado, es decir los grupos (muestras), no fueron tomados al azar.
- G: grupo de estudio o muestra.
- O_x : Medición de la observación hecha en la variable 01.
- O_y : Medición de la observación hecha a las variables 2 y 3.
- \rightarrow : Relación que existe entre la variable 01 y 02.

2.2.Población y muestra

2.2.1.Población

La población de estudio estará conformada por todos los infantes de 5 a 12 años atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, Paita - 2018.

2.2.2. Muestra

La muestra es no probabilístico intencional, es decir que ha sido elegida a criterio e intención de la investigadora, y estará representada por 100 infantes de 5 a 12, atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018., a los cuales, se analizó sus historias clínicas y se les aplicará un cuestionario con preguntas cerradas.

2.3. Técnicas e instrumentos de la investigación

2.3.1. Técnicas

Las técnicas a utilizar en el presente estudio serán la Observación y la Encuesta.

- Observación, a través de ella, la investigadora, observara y analizara la información bibliografía existente sobre las variables en estudio. Así mismo se hará una observación de análisis de historias médicas de infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018., a través del cual se determinó la prevalencia de enteroparasitosis y su tratamiento farmacológico.
- Encuesta, a través de ella, la investigadora aplicará un cuestionario a infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018.; a través de ella se recogerá los datos de los factores de cada infante en estudio.

2.3.2. Instrumentos

Los instrumentos del presente estudio serán: ficha técnica de análisis bibliográfico, ficha técnica de análisis de historias clínicas y el cuestionario:

- Ficha Técnica de Análisis Bibliográfico, aquí se registrará todas las teorías, conceptos y técnicas científicas, extraídas de publicaciones científicas; todo ello, relevante a las variables en estudio.
- Ficha Técnica de Análisis de Historias Médicas, donde se registrarán los datos relevantes de las historias médicas de la muestra en estudio. Estos datos serán de importancia para describir las variables 02 y 03 (prevalencia y tratamiento farmacológico de enteroparasitosis).
- Cuestionario, instrumento diseñado por la investigadora. Contendrá ítems que recabe la información de importancia para la descripción de los factores demográficos y los hábitos de vida de los infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paíta – 2018.

2.3.2.1. Validación del instrumento

La validación del instrumento (Ver apéndice N° 02), fue realizada por la Q.F. María Elena Del Castillo Inga y Q.F. Soledad Bernabé Guerrero quienes al revisar el instrumento y cada uno de sus ítems, y ver su concordancia con los objetivos específicos, dieron conformidad y validación del Instrumento.

2.3.2.2. Confiabilidad del instrumento

Para determinar la confiabilidad del instrumento, este se aplicó a un grupo piloto de padres, cuyo hijo sean infante y hayan sido atendidos en un centro médico, dicho grupo fue de 10

niños. La confiabilidad del instrumento se realizó a través del coeficiente de confiabilidad de Alfa de Cronbach.

El coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach es utilizado para dar la confiabilidad a instrumento con respuestas politómicas, es decir aquella que presentan más de dos opciones de respuesta, en la presente investigación el instrumento tiene opciones politómicas, de respuesta: SI, A VECES y NO.

Los valores dados a cada respuesta son:

- SI = 1.
- A veces = 2.
- No = 3.

La fórmula para determinar el Coeficiente de Confiabilidad de Alfa de Cronbach fue:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \times \left| 1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right|$$

Dónde:

- α = Alfa de Cronbach.
- k = número de preguntas o ítems.
- $\sum V_i$ = varianza de cada pregunta o ítems.
- $\sum V_{total}$ = Varianza de la suma total de las respuestas de cada entrevistado (grupo piloto).

Para determinar si el instrumento se aplica al presente estudio, se hizo uso de la siguiente escala:

NIVELES DE CONFIABILIDAD	
Confiabilidad Alta =	0,9 – 1,00
Confiabilidad Fuerte =	0,76 – 0,99
Confiabilidad Moderada =	0,50 – 0,75
Confiabilidad Baja =	0,00 – 0,49

Tabla 1. Confiabilidad del instrumento – cuestionario

N°	ITEMs																						ΣTOT AL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	1	3	3	3	1	3	3	1	1	55
2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	1	3	2	2	3	3	2	3	58
3	2	3	2	3	2	2	3	1	3	3	1	1	1	2	1	3	2	2	3	3	1	3	47
4	2	3	2	2	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	1	3	1	1	36
5	2	3	3	2	3	1	1	3	1	3	2	3	3	1	3	3	3	1	2	3	1	3	50
6	2	3	3	1	3	2	1	3	1	3	1	3	3	1	3	3	1	1	1	3	1	1	44
7	1	2	1	2	2	3	1	3	1	3	2	1	1	1	1	3	3	1	1	3	1	1	38
8	1	1	1	1	2	3	1	3	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	3	1	1	33
9	2	3	3	3	3	2	1	3	1	3	3	3	3	1	3	3	1	1	3	3	1	3	52
10	1	3	2	2	2	2	1	3	1	1	2	1	3	1	1	3	3	1	1	3	1	1	39
Σ	17	27	23	22	24	23	16	28	16	24	16	20	22	12	20	30	22	12	19	30	11	18	452
̄x	1.7	2.7	2.3	2.2	2.4	2.3	1.6	2.8	1.6	2.4	1.6	2	2.2	1.2	2	3	2.2	1.2	1.9	3	1.1	1.8	45.2
Vi	0.2	0.5	0.7	0.6	0.5	0.5	0.9	0.4	0.9	0.9	0.5	1.1	1.1	0.2	1.1	0.0	0.8	0.2	1.0	0.0	0.1	1.1	73.1

$$\Sigma Vi = 13$$

$$Vtotal = 73.1$$

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \times \left| 1 - \frac{\Sigma Vi}{Vt} \right| \rightarrow \alpha = \frac{22}{22-1} \times \left| 1 - \frac{13}{73.1} \right| \rightarrow \alpha = 1.05 \times |1 - 0.1778| \rightarrow$$

$$\alpha = 0.86$$

Al observar el valor del Coeficiente de Confiabilidad de Alfa de Cronbach ($\alpha = 0.86$) y si observamos la tabla de niveles de confiabilidad, podemos notar que el instrumento tiene una confiabilidad fuerte y por lo tanto puede ser aplicado en la presente investigación.

2.4. Procesamiento y análisis de la información

2.4.1. Procesamiento

El procesamiento y análisis de los datos fueron realizados a través de:

- ✓ Tablas de frecuencia
- ✓ Gráficos estadísticos

El procesamiento y el análisis fueron procesados a través del programa informático EXCEL 2013 y el programa estadístico SPSS versión 20.

2.4.2. Análisis

El análisis de la información se determinará a través de las herramientas estadísticas:

- Medida de Tendencia Central: Media, Moda y Mediana.
- Medidas de Dispersión: Varianza y Desviación Estándar.
- Coeficiente de variación.
- Pruebas de Hipótesis: Chi Cuadrado de Pearson.

III. RESULTADOS

3.1. Identificación de los factores demográficos de los infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018

Tabla 2. Zona de residencia.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Urbana	42	42,0	42,0	42,0
Válidos Rural	58	58,0	58,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Interpretación: El 58% de la población en estudio, radica en una zona rural y el 42% en una zona urbana.

Tabla 3. Edad.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 año a 5 años	21	21,0	21,0	21,0
Válidos 6 años a 9 años	54	54,0	54,0	75,0
10 años a 12 años	25	25,0	25,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Interpretación: El 54% de la población en estudio pertenece al grupo etario de 6 años a 9 años; el 25% de 10 años a 12 años y el 21% de 1 año a 5 años.

Tabla 4. Sexo.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Masculino	48	48,0	48,0	48,0
Válidos Femenino	52	52,0	52,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Interpretación: el 52% de la población en estudio pertenece al sexo femenino, y el 48% al sexo masculino.

Tabla 5. Escolaridad.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Primaria	100	100,0	100,0	100,0

Interpretación: El 100% de la población en estudio, tiene escolaridad primaria.

Tabla 6. Resumen de las características demográficas.

N°	Ítem	Frecuencia	Porcentaje
1	Zona de residencia: Rural	58	58
2	Edad: 6 años a 9 años	54	54
3	Sexo: Femenino	54	54
4	Escolaridad: Primaria	100	100

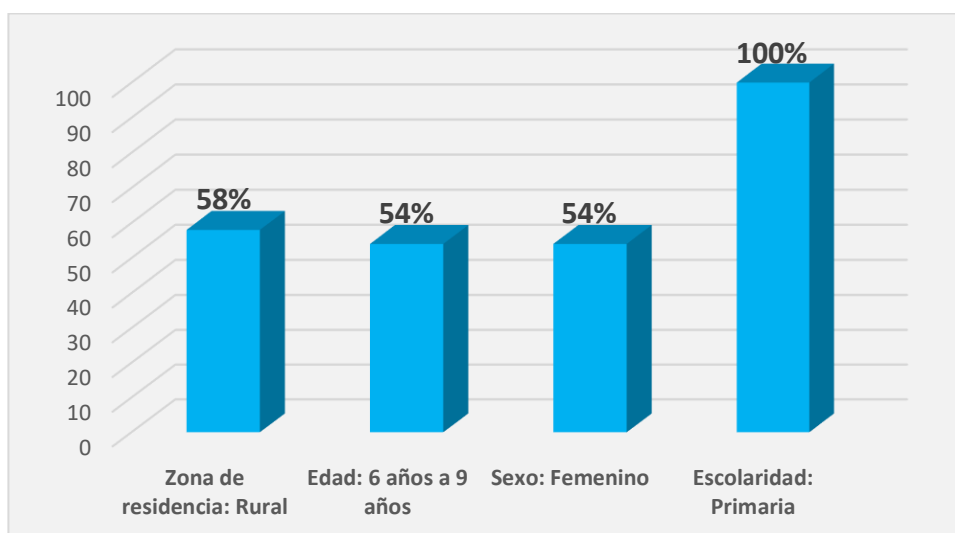


Figura 1. Resumen de las características demográficas.

Interpretación: Las características demográficas de la población en estudio, están representadas por que el 58% radica en una zona rural, el 54% tiene una edad entre 6 años a 9 años; el 54% es de sexo femenino y el 100% tiene escolaridad primaria.

Tabla 7. Estadística descriptiva del resumen de las características demográficas

Estadística Descriptiva	
Cuenta	4
Moda	54
Mediana	56
Media	66.5
Desviación estándar	22.4
Coefficiente de Variación	33.7
Máximo	100
Mínimo	54
Rango	46
Nivel de confianza	95

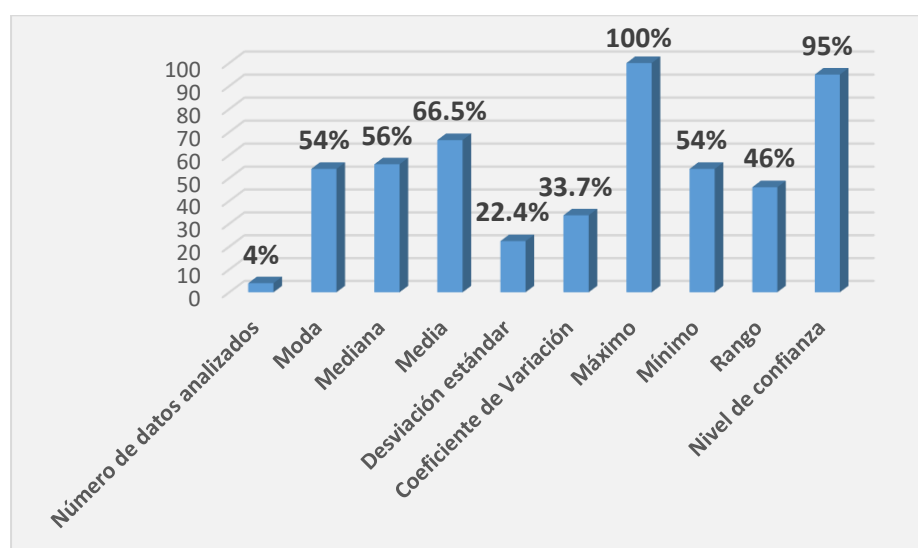


Figura 2. Estadística descriptiva del resumen de las características demográficas.

Interpretación: El análisis estadístico señala que el número de datos analizados es 4; la moda es el 54%; la mediana es 56%; la media 66.5%; la desviación estándar es de 22.4%; el coeficiente de variación es de 33.7%; con

un valor máximo de 100% y mínimo de 54%, con un rango de 46%. Todos estos datos, tienen un nivel de confianza del 95%.

3.2. Caracterización de los factores de estilo de vida de los infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018

3.2.1. Datos clínicos

Tabla 8. Prurito anal.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	41	41,0	41,0	41,0
	A veces	23	23,0	23,0	64,0
	Sí	36	36,0	36,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Interpretación: El 41% de la población en estudio, no presenta prurito anal; el 36%, si lo presenta y el 23%, a veces lo presentan.

Tabla 9. Dolor abdominal.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	56	56,0	56,0	56,0
	A veces	31	31,0	31,0	87,0
	Si	13	13,0	13,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Interpretación: El 56% de la población en estudio, no presenta dolor abdominal; el 31%, a veces lo presenta y el 13%, si lo presenta.

Tabla 10. Pérdida de apetito.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	52	52,0	52,0	52,0
	A veces	31	31,0	31,0	83,0
	Si	17	17,0	17,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Interpretación: El 52% de la población en estudio, no tiene pérdida del apetito; el 31%, a veces lo presenta y el 17%, si lo presenta.

Tabla 11. Diarreas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	64	64,0	64,0	64,0
	A veces	21	21,0	21,0	85,0
	Si	15	15,0	15,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Interpretación: El 64% de la población en estudio, no presenta diarrea; el 21%, a veces y el 15%, si lo presenta.

Tabla N° 12. Otros.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	93	93,0	93,0	93,0
	A veces	4	4,0	4,0	97,0
	Si	3	3,0	3,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Interpretación: El 93% de la población en estudio, no presenta otros males, el 4%, a veces lo presenta y el 3% si presentan.

Tabla 13. Resumen de los datos clínicos.

N°	Ítem	Frecuencia			Porcentaje		
		No	A veces	Si	No	A veces	Si
1	Prurito anal	41	23	36	41	23	36
3	Dolor abdominal	56	31	13	56	31	13
4	Pérdida de apetito	52	31	17	52	31	17
5	Diarreas	64	21	15	64	21	15
6	Otros	93	4	3	93	4	3

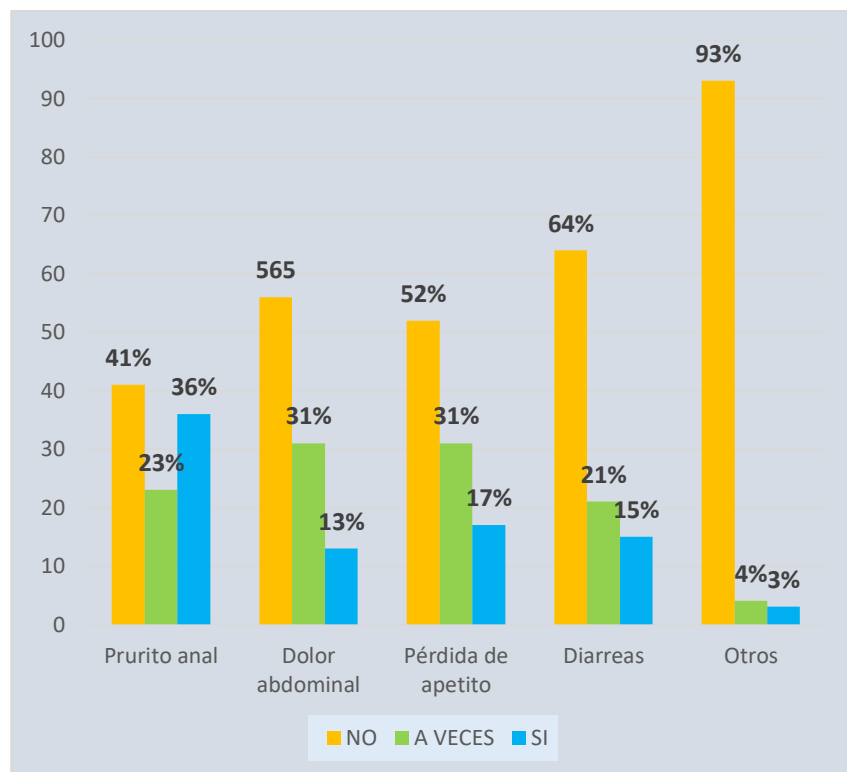


Figura 3. Resumen de los datos clínicos.

Interpretación: Las características de los datos clínicos de la población de estudio, están representadas por el 41%, que no presentan prurito anal, el 45%, el 56%, no presentan dolor abdominal; el 52% no presentan pérdida de apetito; el 64% no presentan diarreas y el 93% no presentan otros males.

Tabla 14. Estadística descriptiva resumen de las respuestas afirmativas (SI) de los datos clínicos.

<i>Estadística Descriptiva</i>	
Número de datos analizados	6
Mediana	15
Media	16.8
Desviación estándar	12
Coefficiente de Variación	71.5
Máximo	36
Mínimo	3
Rango	34
Nivel de confianza	95

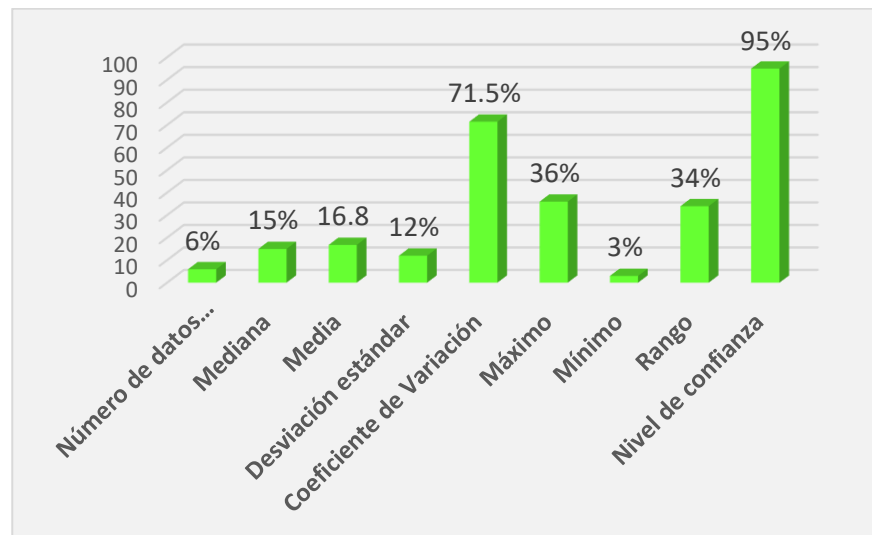


Figura 3. Estadística descriptiva resumen de las respuestas afirmativas (SI) de los datos clínicos.

Interpretación: El análisis estadístico de los valores de las respuestas afirmativas de las características de datos clínicos de la población en estudio, señalan que el número de datos analizados es 6; la mediana es 15%; la media 16.8%; la desviación estándar es de 12%; el coeficiente de variación es de 71.5%; con un valor máximo de 36% y mínimo de 3%, con un rango de 34%. Todos estos datos, tienen un nivel de confianza del 95%.

3.2.2. Características sanitarias de vivienda

Tabla 15. Agua domiciliaria potable.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	15	15,0	15,0
	A veces	4	4,0	19,0
	Si	81	81,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0

Interpretación: el 81% de la población en estudio, tiene agua domiciliaria potable, el 15%, no lo tiene y el 4%, a veces lo tiene.

Tabla 16. Agua de pozo, canal o compra agua.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	67	67,0	67,0
	A veces	6	6,0	73,0
	Si	27	27,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0

Interpretación: El 67% de la población en estudio, señala que no consume agua de pozo, canal o compra; el 27%, señala que si y el 6%, señala que a veces.

Tabla 17. Alcantarillado o desagüe.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	18	18,0	18,0
	Si	82	82,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0

Interpretación: El 82% de la población en estudio, señala que si cuenta con alcantarillado o desagüe; el 18%, no cuenta con el servicio.

Tabla 18. Calles están asfaltadas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	51	51,0	51,0	51,0
	Si	49	49,0	49,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Interpretación: El 49% de la población en estudio, señala que si cuenta con sus calles de su barrio asfaltados; el 51%, señala que no.

Tabla 19. Servicio de recojo de basura.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	23	23,0	23,0	23,0
	A veces	48	48,0	48,0	71,0
	Si	29	29,0	29,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Interpretación: El 48% de la población en estudio, señala que a veces cuenta con el servicio de recojo de basura; el 29%, si cuenta y el 23%, no cuenta.

Tabla 20. Crían animales de corral (gallinas, patos, pavos, cerdos, etc.).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	47	47,0	47,0	47,0
	A veces	36	36,0	36,0	83,0
	Si	17	17,0	17,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Interpretación: El 47% de la población, no cría animales de corral; el 36% a veces lo hace y el 17% si cría.

Tabla 21. Tiene mascotas (perro o gato).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	64	64,0	64,0	64,0
	Si	36	36,0	36,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Interpretación: El 64% de la población, no tiene mascotas, el 36% si tiene y el 7% a veces tiene.

Tabla 22. Resumen de las características sanitarias de vivienda.

N°	Ítem	Frecuencia			Porcentaje		
		No	A veces	Si	No	A veces	Si
1	Agua domiciliaria potable.	15	4	81	15	4	81
2	Agua de pozo, canal o compra agua	67	6	27	67	6	27
3	Alcantarillado o desagüe.	18	0	82	18	0	82
4	Calles están asfaltadas.	51	0	49	51	0	49
5	Servicio de recojo de basura	23	48	29	23	48	29
6	Crían animales de corral (gallinas, patos, pavos, cerdos, et.c).	47	36	17	47	36	17
7	Tiene mascotas (perro o gato).	64	0	36	64	0	36

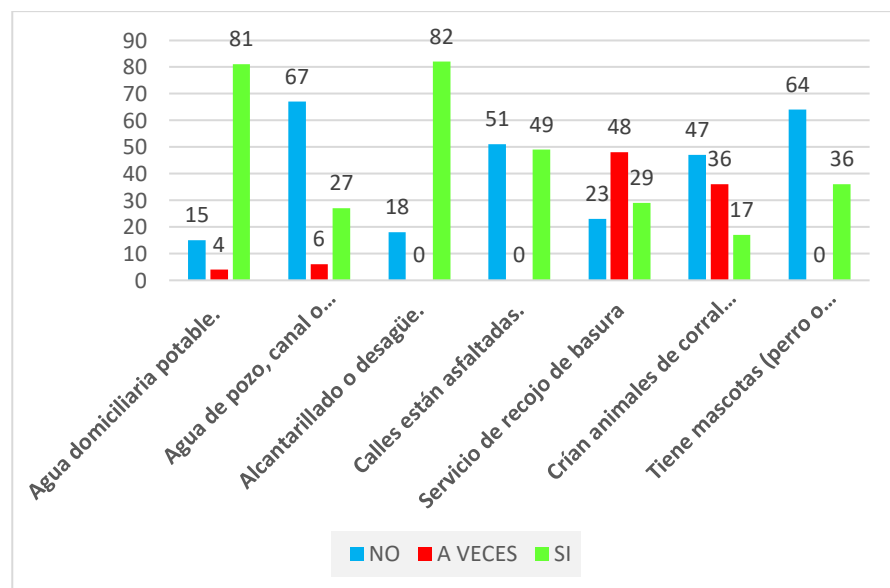


Figura 4. Resumen de las características sanitarias de vivienda.

Interpretación: El resumen de los valores representativos de las características sanitarias de vivienda, señalan que el 81% de la población en estudio, tienen agua potable domiciliaria; el 67%, no consume agua de canal, pozo o no lo compra; el 82%, tiene alcantarillado; el 49%, tiene sus calles asfaltadas; el 48%, a veces cuenta con el servicio de recojo de basura; el 47%, no cría animales de corral y el 64%, no tiene mascotas.

Tabla 23. Estadística descriptiva del resumen de las respuestas afirmativas de las características sanitarias de vivienda.

<i>Estadística Descriptiva</i>	
Número de datos analizados	7
Mediana	36
Media	45.9
Desviación estándar	26.2
Coefficiente de Variación	57.1
Máximo	82
Mínimo	17
Rango	65
Nivel de confianza	95

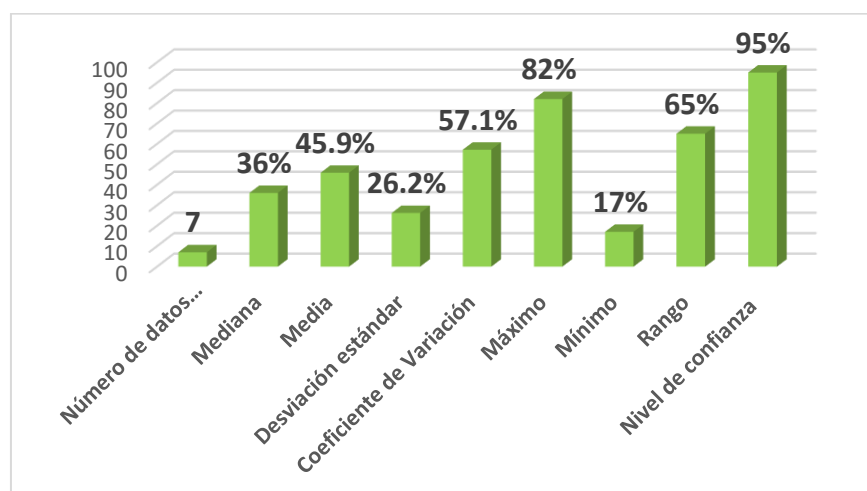


Figura 5. Estadística descriptiva del resumen de las respuestas afirmativas de las características sanitarias de vivienda.

Interpretación: El análisis estadístico de los valores de las respuestas afirmativas de las características sanitarias de vivienda de la población en estudio, señalan que el número de datos analizados es 7; la mediana es 36%; la media 45.9%; la desviación estándar es de 26.2%; el coeficiente de variación es de 57.1%; con un valor máximo de 82% y mínimo de 17%, con un rango de 65%. Todos estos datos, tienen un nivel de confianza del 95%.

3.2.3. Características del agua ingerida

Tabla 24. Consume agua Hervida.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	9	9,0	9,0
	A veces	17	17,0	26,0
	Si	74	74,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0

Interpretación: El 74% de la población en estudio, consume agua hervida; el 17%, a veces y el 9% no.

Tabla 25. Consume agua no hervida.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	42	42,0	42,0
	A veces	38	38,0	80,0
	Si	20	20,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0

Interpretación: El 42% de la población en estudio, no consume agua no hervida; 38%, a veces lo consume y el 20%, si lo consume.

Tabla 26. Consume agua clorada.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	81	81,0	81,0
	A veces	9	9,0	90,0
	Si	10	10,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0

Interpretación: El 81% de la población en estudio, no consume agua clorada, el 10%, si y el 9%, a veces.

Tabla 27. Resumen de las características del agua ingerida.

N°	Ítem	Frecuencia			Porcentaje		
		No	A veces	Si	No	A veces	Si
1	Consume agua Hervida.	9	17	74	9	17	74
2	Consume agua no hervida.	42	38	20	42	38	20
3	Consume agua clorada.	81	9	10	81	9	10

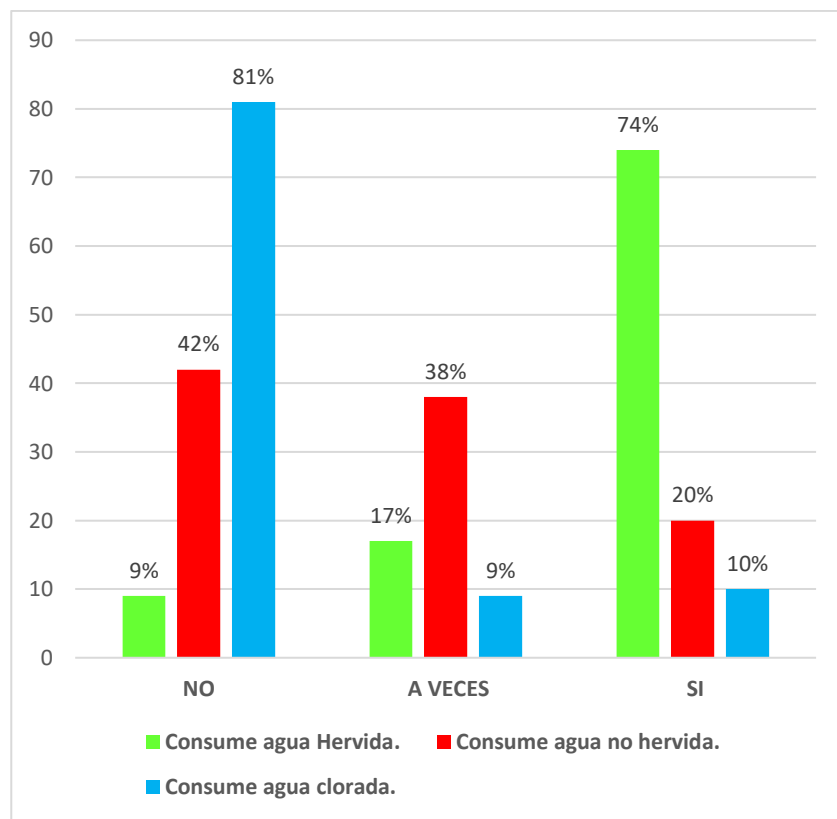


Figura 6. Resumen de las características del agua ingerida.

Interpretación: El resumen de los datos representativos de las características del agua ingerida, señala que el 81% no consume agua clorada; el 38% a veces consume agua no hervida y el 74%, si consume agua hervida.

Tabla 28. Estadística descriptiva del resumen de las características del agua ingerida.

<i>Estadística Descriptiva</i>	
Número de datos analizados	3
Mediana	20
Media	34.7
Desviación estándar	34.4
Coefficiente de Variación	99.3
Máximo	74
Mínimo	10
Rango	64
Nivel de confianza	95

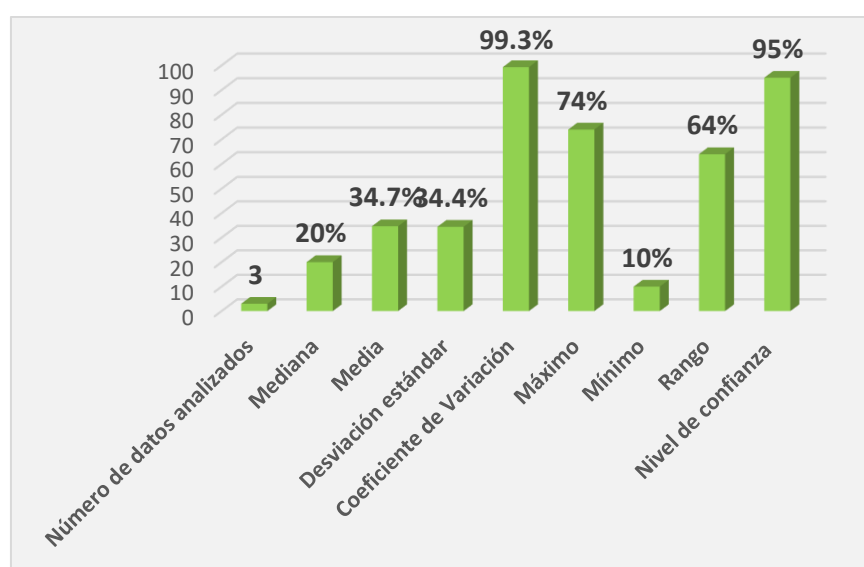


Figura 6. Estadística descriptiva del resumen de las características del agua ingerida.

Interpretación: El análisis estadístico de los valores de las respuestas afirmativas de las del agua ingerida de la población en estudio, señalan que el número de datos analizados es 3; la mediana es 20%; la media 34.7%; la desviación estándar es de 34.4%; el coeficiente de variación es de 99.3%; con un valor máximo de 74% y mínimo de 10%, con un rango de 64%. Todos estos datos, tienen un nivel de confianza del 95%.

3.2.4. Hábitos higiénicos sanitarios

Tabla 29. Lavado de las manos antes de ingerir alimentos.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	81	81,0	81,0
	A veces	9	9,0	90,0
	Si	10	10,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0

Interpretación: El 81% de la población en estudio, señala que no se lava las manos antes de ingerir sus alimentos; el 10% si lo hace y el 9%, a veces.

Tabla 30. Lavado de las manos después de defecar.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	2	2,0	2,0
	A veces	4	4,0	6,0
	Si	94	94,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0

Interpretación: El 94% de la población en estudio, se lava la mano después de defecar; el 4%, a veces y el 2%, no lo hacen.

Tabla 31. Hábitos de usar zapatos.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	14	14,0	14,0
	A veces	43	43,0	57,0
	Si	43	43,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0

Interpretación: El 43% de la población, si usa zapatos, el 43% a veces y el 14%, no usan.

Tabla 32. Juega con tierra.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	33	33,0	33,0	33,0
	A veces	44	44,0	44,0	77,0
	Si	23	23,0	23,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Interpretación: El 44% de la población en estudio, a veces juegan en tierra, el 33%, no lo hacen y el 23% si juegan.

Tabla 33. En el colegio donde estudias, tiene agua.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	14	14,0	14,0	14,0
	A veces	10	10,0	10,0	24,0
	Si	76	76,0	76,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Interpretación: El 76% de la población en estudio, señalan que en el colegio donde estudia, si tiene agua; el 14%, que no y el 10%, a veces.

Tabla 34. En el colegio donde estudias, existe alcantarillado o desagüe.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	24	24,0	24,0	24,0
	Si	76	76,0	76,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Interpretación: El 76% de la población en estudio, indican que en el colegio donde estudian, si tiene desagüe; el 24%, que no.

Tabla 35. Resumen de los hábitos higiénicos sanitarios.

N°	Ítem	Frecuencia			Porcentaje		
		No	A veces	Si	No	A veces	Si
1	Lavado de las manos antes de ingerir alimentos.	81	9	10	81	9	10
2	Lavado de las manos después de defecar.	2	4	94	2	4	94
3	Hábitos de usar zapatos.	14	43	43	14	43	43
4	Juega con tierra.	33	44	23	33	44	23
5	En el colegio donde estudias, tiene agua.	14	10	76	14	10	76
6	En el colegio donde estudias, existe alcantarillado o desagüe.	24	0	76	24	0	76

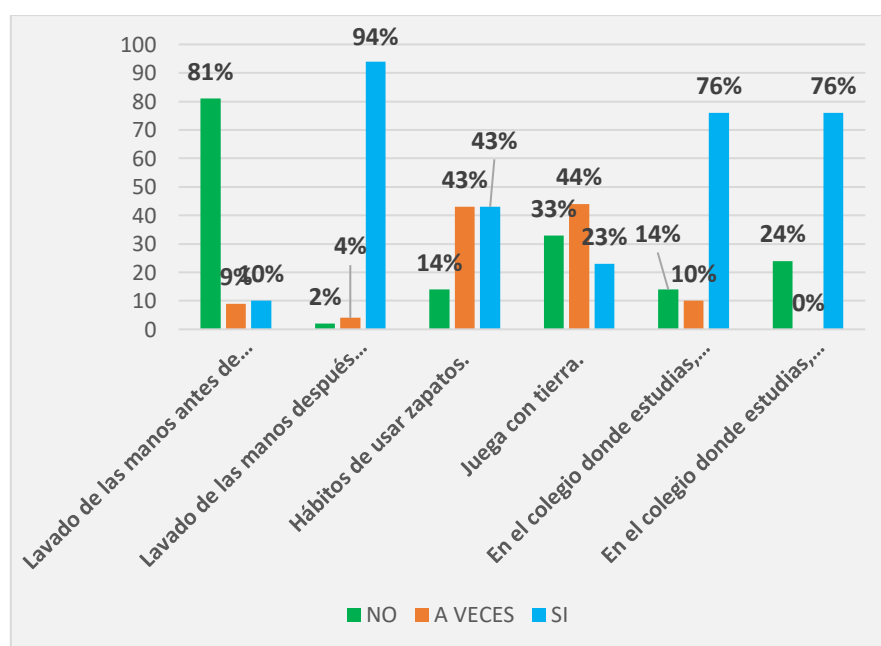


Figura 7. Resumen de los hábitos higiénicos sanitarios.

Interpretación: El resumen de los valores representativos de los hábitos higiénicos sanitarios, señalan que el 81% no se lava las manos antes de ingerir sus alimentos; el 94%, se lava las manos después de defecar; el 43%, usa zapatos; el 44%, juega con tierra; el 76%, indican que el colegio donde estudia, cuenta con agua y el 76%, cuenta con desagüe.

Tabla 36. Estadística descriptiva resumen de los hábitos higiénicos sanitarios.

<i>Estadística Descriptiva</i>	
Número de datos analizados	6
Mediana	59.5
Media	53.7
Moda	76
Desviación estándar	33.4
Coefficiente de Variación	62.3
Máximo	94
Mínimo	10
Rango	84
Nivel de confianza	95

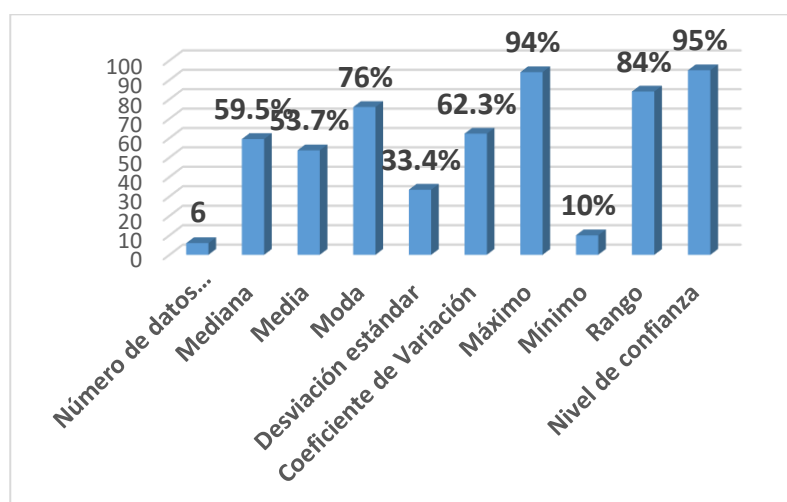


Figura 6. Estadística descriptiva del resumen de los hábitos higiénicos sanitarios.

Interpretación: El análisis estadístico de los valores de las respuestas afirmativas de los hábitos higiénicos sanitarios de la población en estudio, señalan que el número de datos analizados es 6; la mediana es 59.5%; la media 53.7%; la moda que es 76%; la desviación estándar es de 34.4%; el coeficiente de variación es de 62.3%; con un valor máximo de 94% y mínimo de 10%, con un rango de 84%. Todos estos datos, tienen un nivel de confianza del 95%.

3.3.Determinación de la prevalencia de enteroparasitosis registrados en las historias médicas de los infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018

Tabla 37. Diagnostico Parasitosis.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	117	100,0	100,0	100,0

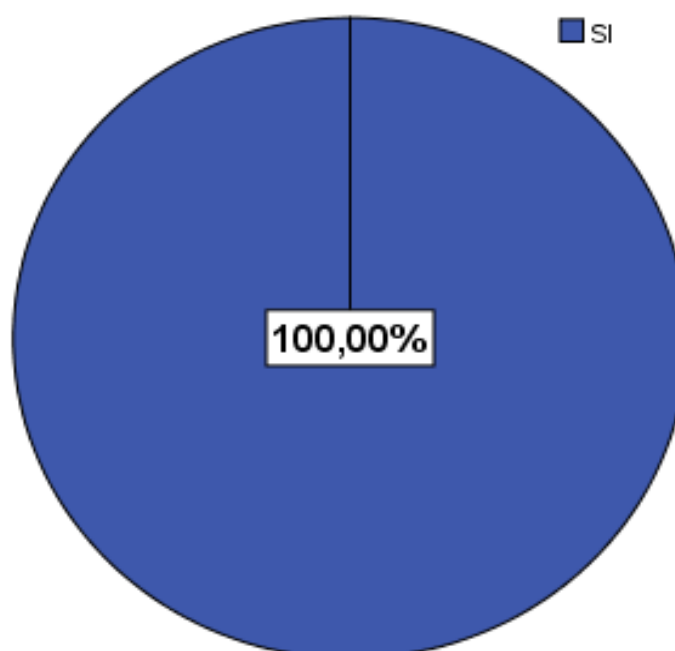


Figura 7. Diagnostico Parasitosis.

Interpretación: El 100% de las historias analizadas de los infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 201 8, son diagnosticados con parasitosis.

Tabla 38. Confirmación clínica de Enteroparasitosis.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	24	20,5	20,51	20,5
	Si	93	79,5	79,49	100,0
	Total	117	100,0	100,0	

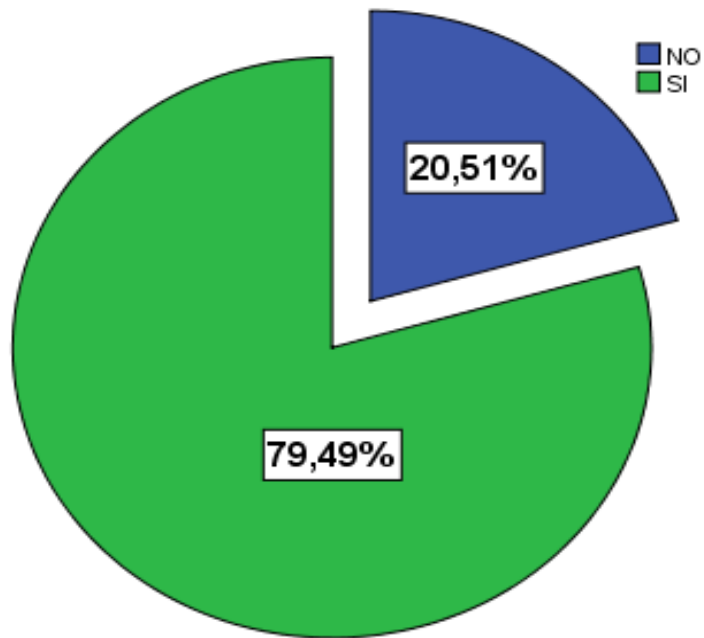


Figura 8. Confirmación clínica de Enteroparasitosis.

Interpretación: El 79.5% de las historias clínicas analizadas de los infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 201 8, tiene confirmación clínica de enteroparasitosis; el 20.51%, no tienen confirmación clínica.

3.4.Determinación de los enteroparasitos presentes en infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018

Tabla 39. Enteroparasitos Confirmado.

	Frecuencia	Porcentaje
No presenta	1	0,9
Huevos de <i>Entamoeba coli</i>	27	23,1
Huevos de <i>Hymenolepis nana</i>	6	5,1
Quiste de <i>Giardia lamblia</i>	30	25,6
Parasito intestinal no específico	25	21,4
Válidos		
Quiste de <i>Blastocystos homonis</i>	13	11,1
Quiste de <i>Enterobius vermicularis</i>	12	10,3
Huevos de <i>Diphyllobothrium datum</i>	2	1,7
Levaduras	1	0,9
Total	117	100,0

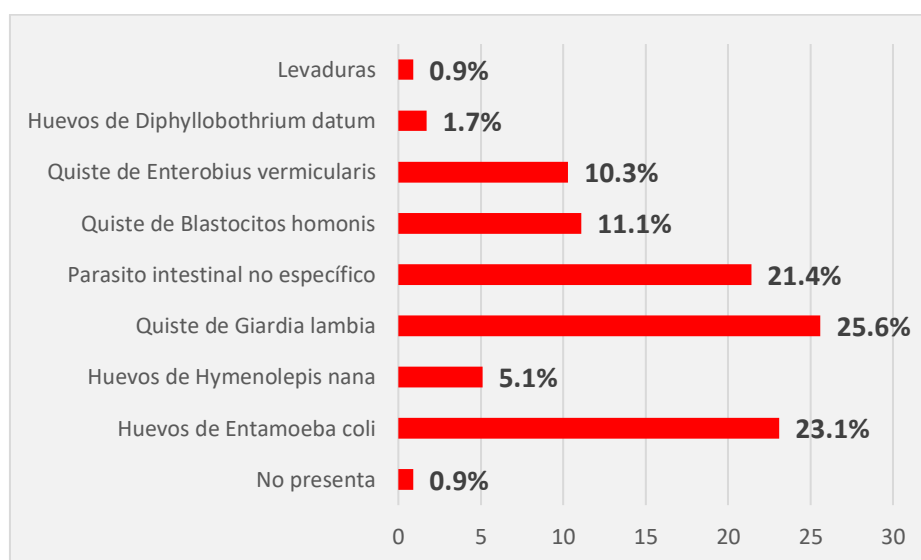


Figura 9. Enteroparasitos Confirmado.

Interpretación: Los enteroparasitos confirmados a través de los análisis de laboratorio, están dados por el 25.6% de quistes de *Giardia lamblia*; el 23.1% de huevos de *Entamoeba coli*; el 21.4% parásitos no especificados; el 11.1% de quistes de *Blastocitos homonis*; El 10.3% de quistes de *Enterobius vermiculares*; el 5.1% de huevos *Hymenolepis nana*; el 1.7% de huevos *Diphyllobothrium datum*; el 0.9% de levaduras y el 0.9% no presenta.

3.5. Caracterización del tratamiento farmacológico de la enteroparasitosis en niños atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018

Tabla 40. Antiparasitario Prescripto.

Medicamentos	Frecuencia	Porcentaje
Sin prescripción	1	0.9
Metronidazol 250mg/5 ml Jarabe	36	30.8
Albendazol 100mg/5 ml Jarabe	42	35.9
Metronidazol 500 mg Tabletas	16	13.7
Albendazol 200 mg Tabletas	20	17.1
Mebendazol 100mg/ml Jarabe	2	1.7
Total	117	100

Interpretación: De las historias analizadas, el 35.9% fue prescrito con Albendazol 100mg/5ml Jarabe; el 30.8% con Metronidazol 250mg/5ml Jarabe; el 17.1% con el Albendazol 200 mg Tabletas; 13.7% con Metronidazol 500 mg Tabletas; el 1.7% con Mebendazol 100 mg Tabletas y el 0.9% no fue prescrito con un antiparasitario.

Tabla 41. Dosis.

N°	DOSIFICACIÓN	ANTIPARASITARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Sin dosis	Amoxicilina +Ac.clavulanico		
		250mg/125mg/5ml	1	0.9
2	5 ml	Metronidazol 250mg/5ml	18	17.0
3	7.5ml	Metronidazol 250mg/5ml	8	7.5
4	10ml	Metronidazol 250mg/5ml	4	3.8
5	4ml	Metronidazol 250mg/5ml	1	0.9
6	1tableta	Metronidazol 500mg	13	12.3
7	1frasco de jarabe	Albendazol 100mg/5ml	30	28.3
8	1 tableta	Albendazol 200mg	29	27.4
9	1jarabe	Mebendazol 100mg/75ml	2	1.9
		TOTAL	106	100

Interpretación: De las historias médicas analizadas, el 28.3% tiene una dosis de 1 frasco de jarabe de Albendazol 100mg/5ml; el 27.4% de 1 tableta de Albendazol 200 mg; el 17.0% de 5 ml Metronidazol 250mg/5ml; el resto corresponde a porcentajes por debajo del 10%.

Tabla 42. Intervalo de administración del antiparasitario.

N°	INTERVALO DE TIEMPO	ANTIPARASITARIO	FRECUENCIA	%
1	sin dosis	Amoxicilina + Ac. Clavulanico 250mg/125mg/5ml	1	0.9
2	cada 8 horas	Metronidazol 250mg/5ml	32	28.8
3	cada 12 horas	Metronidazol 250mg/5ml	4	3.6
4	cada 8 horas	Metronidazol 500mg	6	5.4
5	cada 12 horas	Metronidazol 500mg	6	5.4
6	cada 24 horas	Metronidazol 500mg	2	1.8
7	cada 12 horas	Albendazol 100mg/5ml	7	6.3
8	cada 24 horas	Albendazol 100mg/5ml	22	19.8
9	cada 12 horas	Albendazol 200mg	10	9.0
10	cada 24 horas	Albendazol 200mg	21	18.9
11	cada 24 horas	Mebendazol 100mg/5ml	2	1.8
TOTAL			111	100

Interpretación: De las historias analizadas, el 28.8% tiene un intervalo de administración con Metronidazol 250mg/5ml cada 8 horas; el 19.8% con Metronidazol 250mg/5ml cada 24 horas; 18.9% con Metronidazol 250mg/5ml; el resto de intervalo de administración, están muy por debajo del 10%.

Tabla 43. Vía de Suministro.

	Frecuencia	Porcentaje
Oral	111	100.0
Total	111	100,0

Interpretación: De las historias médicas analizadas, el 100% registra como vía de suministro es oral.

Tabla 44. Tiempo de Tratamiento.

Nº	TIEMPO DE TRATAMIENTO	ANTIPARASITARIO	FREC.	%
1	Por 5 días	Metronidazol 250mg/5ml	10	9.0
2	Por 7 días	Metronidazol 250mg/5ml	20	18.0
3	Por 5 días	Metronidazol 500mg	9	8.1
4	Por 7 días	Metronidazol 500mg	10	9.0
5	Dosis única	Albendazol 100mg/5ml	30	27.0
6	Dosis única	Albendazol 200mg	29	26.1
7	Dosis única	Mebendazol 100mg/5ml	3	2.7
TOTAL			111	100

Interpretación: De las historias médicas analizadas, 27% tiene como tiempo de tratamiento dosis única con Albendazol 100mg/5ml; el 26.1%, dosis única con Albendazol 200mg; el 18% por 7 días con y el resto de tiempo, se encuentra por debajo del 10%.

Tabla 45. Resumen caracterización del tratamiento farmacológico.

N°	Ítem	Frec.	%
1	Antiparasitario: Albendazol 100mg/5 ml Jarabe	42	35.9
2	Dosis: 1 frasco de jarabe de Albendazol 100mg/5ml	30	28.3
3	Intervalo de Adm.: Cada 8 horas con Metronidazol 250mg/5ml	32	28.8
4	Vía de Suministro: Oral	111	100
5	Tiempo de tratamiento: Dosis única con Albendazol 100mg/5ml	30	27

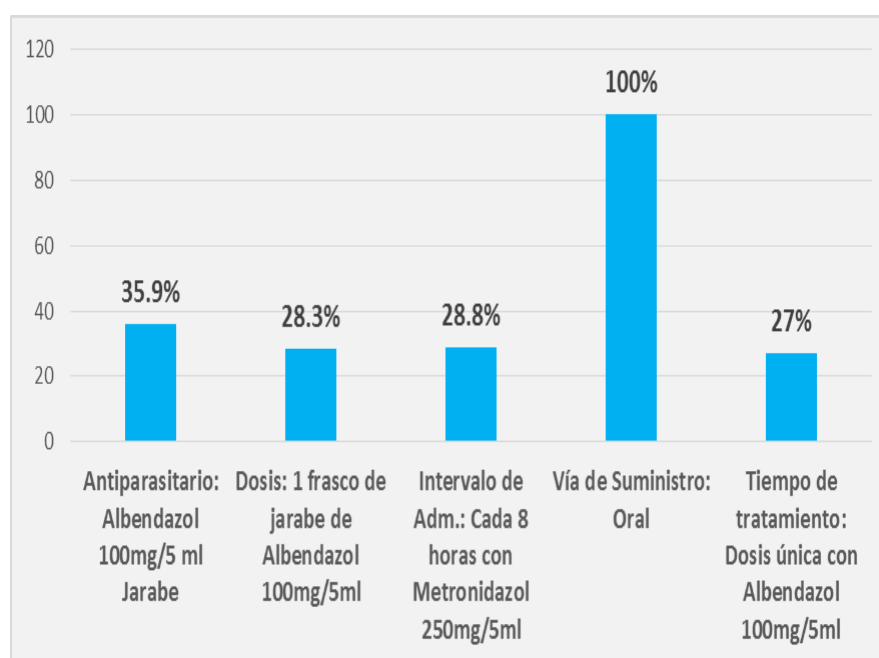


Figura 10. Resumen caracterización del tratamiento farmacológico.

Interpretación: El resumen de los valores más representativos sobre las características del tratamiento farmacológico, señalan que el 35.9% fue prescrito con Albendazol 100mg/5 ml Jarabe; el 28.3% fue dosificado por 1 frasco de jarabe de Albendazol 100mg/5 ml; el 28.8% con un intervalo de administración de cada 8 horas con Metronidazol 250mg/5ml; el 100% la vía de administración fue oral y el 27% tuvo un tiempo de tratamiento de dosis única con Albendazol de 100mg/5ml.

Tabla 46. Estadística descriptiva del resumen caracterización del tratamiento farmacológico.

<i>Estadística Descriptiva</i>	
Cuenta	5
Mediana	28.8
Media	44
Desviación estándar	31.5
Coefficiente de Variación	71.6
Máximo	100
Mínimo	27
Rango	73
Nivel de confianza	95

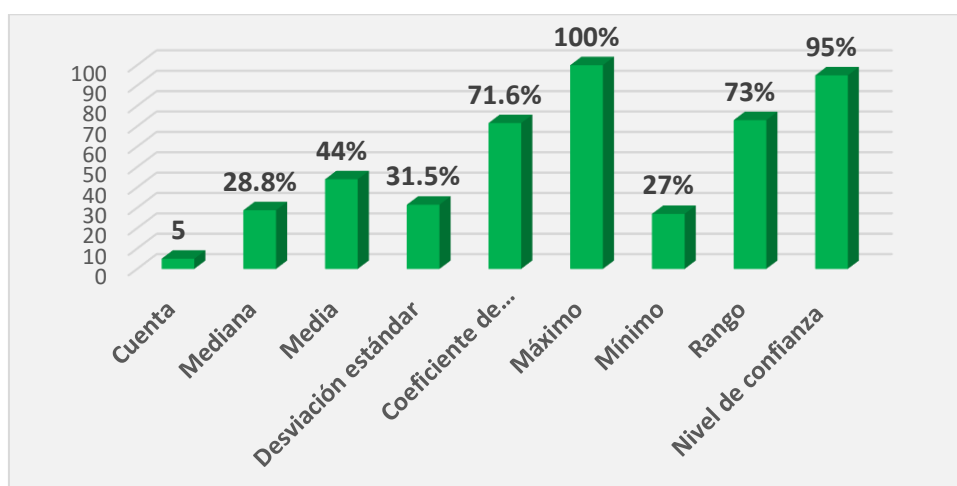


Figura 11. Estadística descriptiva del resumen caracterización del tratamiento farmacológico.

Interpretación: El análisis estadístico de los valores sobre las características del tratamiento farmacológico de las historias médicas analizadas, señalan que el número de datos analizados es 5; la mediana es 28.8%; la media 44%; la desviación estándar es de 31.5%; el coeficiente de variación es de 71.5%; con un valor máximo de 100% y mínimo de 27%, con un rango de 73%. Todos estos datos, tienen un nivel de confianza del 95%.

3.6.Determinación el medicamento más prescrito para el tratamiento de la enteroparasitosis en infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018

Tabla 47. Medicamento más prescrito.

N°	ANTIPARASITARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Metronidazol 250mg/5ml	34	30.6
2	Metronidazol 500mg	15	13.5
3	Albendazol 100mg/5ml	29	26.1
4	Albendazol 200mg	30	27.0
5	Mebendazol 100mg/5ml	3	2.7
TOTAL		111	100

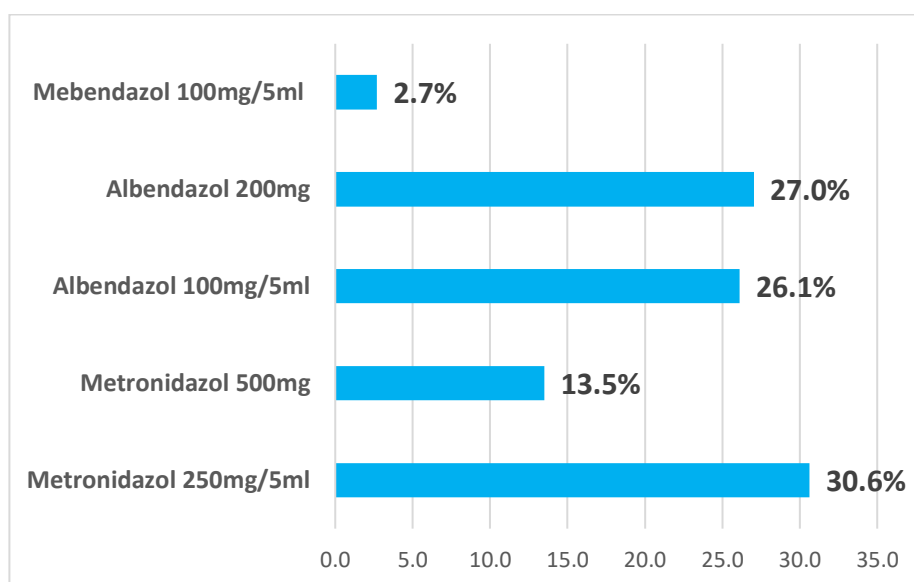


Figura 12. Medicamento más prescrito.

Interpretación: Del análisis de las historias médicas, señalan que el medicamento más prescrito es Albendazol 100mg/5 ml Jarabe.

3.7.Determinación de la relación existente entre los factores de estilo de vida y la prevalencia de enteroparasitosis en infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018

3.7.1. Prueba de hipótesis

Para la de hipótesis, se considera cinco pasos:

- ✓ Plantear las hipótesis estadísticas.
- ✓ Especificar el Nivel de significancia (α).
- ✓ Seleccionar el Estadístico de prueba.
- ✓ Establecer la regla de decisión.
- ✓ Tomar la decisión y conclusión.

3.7.2. Planteamiento de las hipótesis estadísticas

- **H1:** Existe una relación significativa entre los factores de estilo de vida y la prevalencia de enteroparasitosis en infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018.

- **H0: No** Existe una relación significativa entre los factores de estilo de vida y la prevalencia de enteroparasitosis en infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018.

3.7.3. Nivel de significancia (α)

El Nivel de significancia para la presente investigación fue de 0,05 ($\alpha = 0,05$). Quiere decir, los datos hallados, tienen un margen de error de 5%.

3.7.4. Seleccionar el estadístico de prueba

Según la naturaleza de las variables a analizar (variables cualitativas), el estadístico de prueba es el Chi Cuadrado de Pearson.

Tabla 48. Tabla de contingencia de los Factores de estilo de vida y la Prevalencia de enteroparasitosis.

			Prevalencia de enteroparasitosis		Total
			NO	SI	
Factores de estilo de vida	NO	Recuento	0	1	1
		Frecuencia esperada	,2	,8	1,0
		% del total	0,0%	1,0%	1,0%
	A VECES	Recuento	23	76	99
		Frecuencia esperada	22,8	76,2	99,0
		% del total	23,0%	76,0%	99,0%
Total	Recuento	23	77	100	
	Frecuencia esperada	23,0	77,0	100,0	
	% del total	23,0%	77,0%	100,0%	

Interpretación: La tabla muestra la relación entre los valores observados y los valores esperados de las dos variables analizadas.

Tabla 49. Pruebas de Chi Cuadrado.

		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	de	0,302	1	0,583		
Corrección de continuidad	por	0,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	de	0,526	1	0,468		
Estadístico exacto de Fisher					1,000	0,770
Asociación lineal por lineal		0,299	1	0,583		
N de casos válidos		100				

Interpretación: El análisis de prueba de hipótesis de Chi Cuadrado, nos da un valor de 0.583 (P= 0.583).

Tabla 50. Coeficiente de contingencia.

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	0,055	0,583
N de casos válidos		100	

Interpretación: El valor del coeficiente de contingencia, (0,583), nos garantiza que el valor de Chi Cuadrado.

3.7.5. Regla de decisión

- Si el valor de Chi cuadrado, es mayor a 0.05 ($P > 0.05$), se acepta la H_0 y se rechaza la H_1 .
- Si el valor de Chi cuadrado, es menor a 0.05 ($P < 0.05$), se rechaza la H_0 y se acepta la H_1 .

3.7.6. Toma de decisión y conclusión.

El análisis de prueba de Chi Cuadrado, da un valor de P igual a 0.0583, y al observar la regla de decisión, se puede tomar la decisión de aceptar la H_0 y se rechazar H_1 . Por lo tanto, se concluye que:

“No Existe una relación significativa entre los factores de estilo de vida y la prevalencia de enteroparasitosis en infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018”.

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Las características demográficas de la población en estudio, se encuentran registrados en las tablas 02 al 07. En la tabla 06, se registran que las características demográficas representativas de la población en estudio, están dadas por que el 58% radica en una zona rural, el 54% tiene una edad entre 6 años a 9 años; el 54% es de sexo femenino y el 100% tiene escolaridad primaria. Vélez (2014) señala que el 38% tenían 6 años de edad, el que se encuentra dentro de la edad representativa del presente estudio, donde se reporta que el 54% tiene una edad entre 6 años a 9 años; así mismo, Castillo (2014) reporta que el grupo etario más afectado corresponde a los niños de 8 a 10 años. Además de ello, Vélez reporta que el 53% pertenece al sexo masculino, en el presente estudio, muy contrariamente, el 54% es de sexo femenino. Vélez, también reporta que el 53% habita, en zonas urbana, en el presente estudio, muy por lo contrario, el 58% radica en una zona rural. Al realizar el análisis estadista de los datos recogidos en el presente estudio, correspondiente a las características demográficas representativas de la población en estudio, señalan que el número de datos analizados es 4; la moda es el 54%; la mediana es 56%; la media 66.5%; la desviación estándar es de 22.4%; el coeficiente de variación es de 33.7%; con un valor máximo de 100% y mínimo de 54%, con un rango de 46%. Todos estos datos, tienen un nivel de confianza del 95%. De estos datos, el coeficiente de variación cuyo valor es 33.7%, nos indica que los datos analizados, son ligeramente heterogéneos y por lo tanto no se pueden considerar como representativos de la población estudiada.

La caracterización de los factores de estilo de vida de la población en estudio, sus datos hallados se encuentran registrados en las tablas 08 al 36. La tabla 13, reporta los datos representativos de los datos clínicos, donde el 41%, no presentan prurito anal, el 56%, no presentan dolor abdominal; el 52% no presentan pérdida de apetito; el 64% no presentan diarreas y el 93% no presentan otros males. Al realizar el análisis estadístico de las respuestas afirmativas, la tabla 14, reporta que el número de datos analizados es 6; la mediana es 16%; la media 17.2%; la desviación estándar

es de 10.8%; el coeficiente de variación es de 62.8%; con un valor máximo de 36% y mínimo de 3%, con un rango de 33%. Todos estos datos, tienen un nivel de confianza del 95%. De estos datos, el valor del coeficiente de variación es de 62.8%, valor que señala que los datos analizados, son heterogéneos y por lo tanto no representan a la población.

La tabla 22, registran los datos representativos hallados sobre las características sanitarias de vivienda, donde se señala que el 81% de la población en estudio, tienen agua potable domiciliaria; el 67%, no consume agua de canal, pozo o no lo compra; el 82%, tiene alcantarillado; el 49%, tiene sus calles asfaltadas; el 48%, a veces cuenta con el servicio de recojo de basura; el 47%, no cría animales de corral y el 57%, no tiene mascotas. Al realizar el análisis estadístico a estos datos, la tabla 24 registra que el número de datos analizados es 7; la mediana es 36%; la media 45.9%; la desviación estándar es de 26.2%; el coeficiente de variación es de 57.1%; con un valor máximo de 82% y mínimo de 17%, con un rango de 65%. Todos estos datos, tienen un nivel de confianza del 95%. El valor del coeficiente de variación es de 57.1%; valor que indica que los datos analizados son heterogéneos y por lo tanto no representan a la población estudiada.

La tabla 27, señala los datos de las características del agua ingerida por la población en estudio, donde se indica que el 81% no consume agua clorada; el 38% a veces consume agua no hervida y el 74%, si consume agua hervida. Al realizar el análisis estadístico de los valores, la tabla 28 señala que el número de datos analizados es 3; la mediana es 20%; la media 34.7%; la desviación estándar es de 34.4%; el coeficiente de variación es de 99.3%; con un valor máximo de 74% y mínimo de 10%, con un rango de 64%. Todos estos datos, tienen un nivel de confianza del 95%. El coeficiente de variación, cuyo valor es de 99.3%, indicando que los datos analizados son muy heterogéneos y por lo tanto no son representativos de la población estudiada.

La tabla 35, se registran los datos representativos de los hábitos higiénicos sanitarios de la población estudiada, donde se evidencia que el 81% no se lava las

manos antes de ingerir sus alimentos; el 94%, se lava las manos después de defecar; el 43%, usa zapatos; el 44%, juega con tierra; el 76%, señala que el colegio donde estudia, cuenta con agua y el 76%, señala que el colegio donde estudia, cuenta con desagüe. Al realizar el análisis estadístico de los datos, la tabla 36, señala que el número de datos analizados es 6; la mediana es 59.5%; la media 53.7%; la desviación estándar es de 34.4%; el coeficiente de variación es de 62.3%; con un valor máximo de 94% y mínimo de 10%, con un rango de 84%. Todos estos datos, tienen un nivel de confianza del 95%. El valor del coeficiente de variación es de 62.3%, lo que señala que los datos son heterogéneos y por lo tanto no son representativos de la población estudiada.

La determinación sobre la prevalencia de enteroparasitosis registrados en las historias médicas de los infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, se encuentran registrado en la tabla 37 y 38; donde, en la tabla 37 se evidencias que el 100% de las historias médicas analizadas, son diagnosticadas con parasitosis. En la tabla 38, el 79.49% de las historias clínicas analizadas de los infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, tiene confirmación clínica de enteroparasitosis; el 20.51%, no tienen confirmación clínica.

La determinación de los enteroparásitos presentes, se encuentran registrados en la tabla 39, donde se evidencia que el 25.6% de quistes de *Giardia lamblia*; el 23.1% de huevos de *Entamoeba coli*; el 21.4% parásitos no especificados; el 11.1% de quistes de Blastocitos homonis; El 10.3% de quistes de Enterobius vermiculares; el 5.1% de huevos *Hymenolepis nana*; el 1.7% de huevos *Diphyllobothrium datum*; el 0.9% de levaduras y el 0.9% no presenta.

La caracterización del tratamiento farmacológico de la enteroparasitosis en infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, se encuentran registrados en la tabla 40, donde se señala que el 35.9% fue prescrito con Albendazol 100mg/5ml Jarabe; el 30.8% con Metronidazol 250mg/5ml Jarabe; el

17.1% con el Albendazol 200 mg Tabletas; 13.7% con Metronidazol 500 mg Tabletas; el 1.7% con Mebendazol 100 mg Tabletas y el 0.9% no fue prescrito con un antiparasitario. En la tabla 41, se evidencia que el 28.3% tiene una dosis de 1 frasco de jarabe de Albendazol 100mg/5ml; el 27.4% de 1 tableta de Albendazol 200 mg; el 17.0% de 5 ml Metronidazol 250mg/5ml; el resto corresponde a porcentajes por debajo del 10%. La tabla 42, evidencia que el 28.8% tiene un intervalo de administración con Metronidazol 250mg/5ml cada 8 horas; el 19.8% con Metronidazol 250mg/5ml cada 24 horas; 18.9% con Metronidazol 250mg/5ml; el resto de intervalo de administración, están muy por debajo del 10%. La tabla 43, señala que el 100% registra como vía de suministro es oral. La tabla 44, evidencia que el 27% tiene como tiempo de tratamiento dosis única con Albendazol 100mg/5ml; el 26.1%, dosis única con Albendazol 200mg; el 18% por 7 días con y el resto de tiempo, se encuentra por debajo del 10%.

La tabla 45, evidencia el resumen de los valores representativa del tratamiento farmacológico de los infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, donde se señala que el 35.9% fue prescrito con Albendazol 100mg/5 ml Jarabe; el 28.3% fue dosificado por 1 frasco de jarabe de Albendazol 100mg/5 ml; el 28.8% con un intervalo de administración de cada 8 horas con Metronidazol 250mg/5ml; el 100% la vía de administración fue oral y el 27% tuvo un tiempo de tratamiento de dosis única con Albendazol de 100mg/5ml. Al realizar, el análisis estadístico a los valores representativos del tratamiento farmacológico de los infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, se encuentra registrado en la tabla 46, donde se registra que el número de datos analizados es 5; la mediana es 28.8%; la media 44%; la desviación estándar es de 31.5%; el coeficiente de variación es de 71.5%; con un valor máximo de 100% y mínimo de 27%, con un rango de 73%. Todos estos datos, tienen un nivel de confianza del 95%. El valor del coeficiente de variación es 71.5%; valor que señala, que los datos analizados, son heterogéneos y por lo tanto, no son representativo de la población en estudio.

La determinación del medicamento más prescrito, se encuentra registrada en la tabla 47, donde se señala que el medicamento más prescrito es Albendazol 100mg/5ml Jarabe.

Para comprobar, la hipótesis específica 07, se realizó a través de la estadística inferencial, aplicando el estadístico Chi Cuadrado de Pearson. El resultado del análisis, se encuentra registrados en las tablas los datos que se encuentra registrado en 48, 49 y 50, donde se concluye que con un valor de Chi Cuadrado 0.583, se acepta la hipótesis nula (H_0) y se rechaza la hipótesis alternativa (H_1), por lo tanto se toma la decisión de señalar que “No Existe una relación significativa entre los factores de estilo de vida y la prevalencia de enteroparasitosis en infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018”.

V. CONCLUSIONES

El tener agua potable domiciliaria; no consumir agua de canal, pozo o no comprarlo; el tener alcantarillado; el tener sus calles asfaltadas; el contar a veces con el servicio de recojo de basura; el no criar animales de corral y el no tener mascotas; son las características sanitarias de vivienda. El no consumir agua clorada; el consumir a veces agua no hervida y el consumir agua hervida, son las características del agua ingerida por la población en estudio. El no lavarse las manos antes de ingerir sus alimentos; el lavarse las manos después de defecar; el usar zapatos; el jugar con tierra; el contar con agua en el colegio donde estudia y el contar con desagüe en el colegio donde estudia; son las características de los hábitos higiénicos sanitarios de la población estudiada.

El radicar en zona rural, el tener edad entre 6 años a 9 años; el pertenecer al sexo femenino y el tener escolaridad primaria, son los factores demográficos de los infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018”.

El 100% de las historias médicas analizadas diagnostican con parasitosis y el 79.5% es la prevalencia de la confirmación clínica de enteroparasitosis en los infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018.

Los quistes de *Giardia lamblia*, huevos de *Entamoeba coli*, parásitos no especificados, quistes de *Blastocytis hominis*, *Enterobius vermiculares*, huevos *Hymenolepis nana*, huevos *Diphyllobothrium datum* y la presencia de levaduras; son los enteroparasitos presentes en infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018.

El prescribir con Albendazol 100mg/5ml en jarabe, con una dosificación de 1 frasco, con un intervalo de administración de 24 horas, la vía de administración oral y de dosis única de tiempo de tratamiento; son las caracterizar el tratamiento farmacológico de la enteroparasitosis en infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018.

El Albendazol 100mg/5ml en Jarabe, es el medicamento más prescrito para el tratamiento de la enteroparasitosis en infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018.

No Existe una relación significativa entre los factores de estilo de vida y la prevalencia de enteroparasitosis en infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante los meses de setiembre a noviembre, Paita – 2018

VI. RECOMENDACIONES

Ante los resultados halados y que estos permitieron dar las conclusiones. Se recomienda que:

1. Realizar talleres de intervención de farmacia educativa en los colegios de las zonas rurales, con el propósito de dar a conocer las estrategias de prevención del parasitismo intestinal. Tomando en cuenta principalmente en cómo evitar el parasitismo, causas en la salud por parasitismo y el tiempo de visita al médico, para descartar presencia de endoparásitos.
2. Sensibilizar a la población en general, sobre la importancia de mantener las medidas higiénicas sanitarias.
3. Realizar investigaciones sobre esta problemática, con el propósito de aumentar la data científica, que permitirá a las autoridades de salud, a tomar las acciones asertivas para la prevención y tratamiento del endoparasitismo.
4. Realizar estudios, aplicando la técnica de exámenes coproparasitarios en colegios de la ciudad y recomendar el tratamiento adecuado.

VII. AGRADECIMIENTO

El amor de mi madre por estar conmigo en cada momento, por motivarme a seguir, y preguntarme cada día el avance de mi tesis, cada paso que doy,

A mi esposo por acompañarme por las noches, por tener la paciencia y entender cada sufrimiento y la impotencia Cuando las cosas no salen como tú quieres. Pero todo lo que llega a pasar es con uso objetivo terminar, lo que empezaste, y ser una profesional completa.

Como olvidarme de lo más valioso mi Dios por darme la vida y permitir que culmine mis metas propuestas, por estar conmigo en las buenas y en las malas dando fuerza para no dejar todo en el camino sino poder terminar esta tesis.

Dedicatoria

La presente tesis la dedico a mi familia principalmente a mis padres, hermanos, esposo, gracias a mis padres que fueron el pilar fundamental para mi formación como profesional, gracias por la confianza y el apoyo, de no dejarme vencer sino terminar con mis retos y metas propuestas, y a mi esposo, gracias por confianza depositada. Por estar conmigo apoyándome y no dejar que mis metas se queden incompletas, gracias Dios por regalarme la vida para poder terminar con mis logros propuestos.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altamirano, F.V. (2014). Factores de riesgo asociados a parasitismo intestinal en niños pre escolares atendidos en el Aclas San Jerónimo. Andahuaylas – 2014. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú. Recuperado de http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/877/Factores_AltamiranoZevallos_Faride.pdf?sequence=1&isAllowed
- Alvarado, L. & Romero, Y. (2013). Nivel de conocimiento y práctica de conductas promotoras en docentes de nivel inicial para la prevención de parasitosis intestinal. Distrito Florencia de Mora, 2013. [En línea]. Universidad Privada Antenor Orrego. Perú. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/233/1/ALVARADO_LI_LIBETH_DOCENTES_PREVENCION_PARASITOSIS_INTESTINAL.pdf
- Ashanga, G. & Tello, G. (2017). Factores sociodemográficos, culturales y satisfacción de la atención de enfermería en usuarios externos atendidos en el Hospital Regional de Loreto, Punchana 2016. [En línea]. Universidad Peruana del Oriente. Perú. Disponible en: <http://repositorio.upouni.edu.pe/bitstream/handle/UPOUNI/32/TESIS%20FACTORES%20SOCIODEMOGRAFICOS%2C%20CULTURALES%20Y%20SATISFACCION.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Beltrán, C.C., Benavidez, H.A. & Páez, Y.J. (2016). Prevalencia de enteroparasitosis en niños de jardines infantiles del Espinal Tolima y Maripí Boyacá en el año 2016. [En línea]. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales – U.D. C.A. Bogotá. Disponible en: <http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/bitstream/11158/754/1/TESIS%20FINAL%20-%20ENTEROPARASITOSIS.pdf>
- Benavidez, R. & Chulde, A. (2007). Parasitosis intestinal en niños menores de cinco años que acuden al Centro de Salud N° 1 de la Ciudad de Tulcan de enero a julio del 2007. [En línea]. Universidad Técnica del Norte. Ibarra. Disponible en:

<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2034/1/Tesis.pdf>

Bohorquez, G.C. (2010). Prevalencia y factores de riesgo asociados a parasitismo intestinal en niños y adolescentes de la localidad Lomitas (Vereda Hatogrande), Sopó (Cundinamarca). [En línea]. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. Disponible en:

<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/8748/tesis686.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Borrego, B. (2010). Influencia de factores ambientales y desnutrición en parasitosis intestinales en preescolares de centros municipales de bienestar infantil en ciudad Juárez en 2009. [En línea]. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Chihuahua. Disponible en:

<http://www.uacj.mx/ICB/redcib/Publicaciones/Tesis%20Licenciatura/Nutrici%C3%B3n/Influencia%20de%20factores%20ambientales%20y%20desnutrici%C3%B3n%20en%20parasitosis%20intestinales.pdf>

Botero, D. & Restrepo, M. (2012). Parasitosis Humana. 5ta Edición. Medellín: Corporación para investigaciones biológicas.

Castillo, M. (2014). Parasitosis intestinal y su relación con las condiciones higiénico sanitarias en niños de 5 a 12 años del barrio el Prado del Cantón Loja. [En línea]. Universidad Nacional de Loja. Ecuador. Disponible en:

<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/13572/1/TESIS%20PARASITOSIS.pdf>

Córdova, E. & Zavaleta, V. (2016). Prevalencia de enteroparasitosis y factores socio-epidemiológicos en niños de educación primaria de un colegio público y privado, Iquitos – Perú, 2014. [En línea]. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Perú. Disponible en:

<http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3278/TESES%20ENTEROPARASITOSISEVELYN%20CORDOVAVALERIA%20ZAVALETA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Lojano, R.I. & Lojano, M.A. (2017). Prevalencia de enteroparasitosis y factores de riesgo en escolares de la Unidad Educativa Chiquintad, 2017. Universidad de Cuenca. Ecuador. Recuperado de:

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28686/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>

- Marcos, L., Maco, V., Terashima, A., Samalvides, F. & Gotuzzo, E. (2002). Prevalencia de parasitosis intestinal en niños del Valle del Mantaro, Jauja, Perú. [en línea]. Rev Med Hered 13 (3): 85 – 89. Perú. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v13n3/v13n3ao2.pdf>
- Meneses, E.Y. (2016). Evaluación de tratamiento farmacológico de las Geohelmintiasis en el Hospital Manuel Angel Higa Arakaki – Satipo - 2015. [En línea]. Universidad Peruana los Andes. Huancayo, Perú. Disponible en: http://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/UPLA/104/Elen_Tesis_Licenciado_2016.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Moreno, A., López, L. & Corcho, A. (2000). Principales medidas en epidemiología, UNAM. [En Línea]. Universidad Nacional Autónoma de México. México. Disponible en: <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2015/11/epibasica-spm.pdf>
- Nakandakari, M.D., De la Rosa, D.N., & Beltrán-Fabián, M. (2016). Enteroparasitosis en niños de una comunidad rural de Lima-Perú. Revista Médica Herediana, 27(2), 96-99. <https://dx.doi.org/10.20453/rmh.v27i2.2845>
- Navone, G.T., Zonta, M.L., Cociancic, P., Garraza, M., Gamboa, M.I., Giambelluca, L.A., Dahinten, S. & Oyhenart, E.E. (2017). Estudio transversal de las parasitosis intestinales en poblaciones infantiles de Argentina. Rev Panam Salud Pública. 41,1–8. Argentina. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33879/v41a24.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Upiachihua, H. (2015). Factores sociodemográficos, culturales y el cumplimiento del calendario de inmunizaciones en lactantes, puesto de Salud I-2 Masusa. Punchana, 2015. [En línea]. Universidad nacional de la Amazonia Peruana. Perú. Disponible en:

http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3565/Herman_Tesis_Titulo_2015.pdf?sequence=1

Valladares, J.A. (2016). Prevalencia de enteroparásitos en niños de 8 a 13 años de edad de la Institución Educativa N° 6041 “Alfonso Ugarte” del distrito de San Juan de Miraflores. [En línea]. Universidad Ricardo Palma. Perú. Disponible en:

http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/699/1/valladares_ja.pdf

Velázquez, E.M. (2017). Factores de riesgo asociados a enteroparasitosis en alumnos del 3ro de primaria Institución Educativa N° 60022 Rvdo P.D.N.J - Belén – 2017. Universidad Científica del Perú. Perú. Recuperado de <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/357/VEL%C3%81SQUEZ-1-Trabajo-Factores.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vélez, J.E. (2014). Factores que inciden en la parasitosis intestinal en niños de segundo año de educación básica de la Escuela Franco Egidio Arias de la ciudad de Santa Rosa en el periodo de agosto a octubre del 2013. Universidad Técnica de Machala. Ecuador. Recuperado de: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/828/8/CD00185-TEISIS.pdf>

Vidaurre, E., Arraya, N.; Figueroa, M. y Salusso, M. (2010). Enteroparasitosis en una población rural de riesgo de Salta. [En línea]. Rev. Ciencia. 5(20), 41 –52. Universidad Nacional de Salta. Disponible en:

<http://www.exactas.unca.edu.ar/revista/v200/pdf/ciencia20-4.pdf>

Zamora, C. (2012). Prevalencia del enteroparasitismo en la población escolar de Nuevo Tumbes (Tumbes, Perú) y su relación con factores sociodemográficos, ambientales y con el rendimiento académico. 2009. [En línea]. Rev. Ciencia y Desarrollo. 15(1), 63–71. Perú. Disponible en: http://www.uap.edu.pe/Investigaciones/Esp/Revista_15-01_Esp_04.pdf

IX. ANEXOS Y APÉNDICES

9.1. Anexos

Anexo N° 01: Instrumento

Datos Generales del Paciente

Zona de Residencia: urbana: Rural: **Edad:**
Sexo: Masculino Femenino **Año de Estudio:**
Número de Hermanos:

N°	PREGUNTA	OPCIONES		
		SI	A VECES	NO
	DATOS CLÍNICOS			
1	Prurito anal			
2	Escozor anal			
3	Dolor abdominal:			
4	Pérdida de apetito			
5	Diarreas			
6	Otros			
	CARACTERÍSTICAS SANITARIAS DE VIVIENDA			
7	Agua domiciliaria potable			
8	Agua de pozo, canal o compra agua			
9	Alcantarillado o desagüe			
10	Calles están asfaltadas			
11	Servicio de recojo de basura			
12	Crían animales de corral (gallinas, patos, pavos, cerdos, etc)			
13	Tiene mascotas (perro o gato)			
	CARACTERÍSTICAS DEL AGUA INGERIDA			
14	Consume agua Hervida			
15	Consume agua no hervida			
16	Consume agua clorada			
	HÁBITOS HIGIÉNICOS SANITARIOS			
17	Lavado de las manos antes de ingerir alimentos			
18	Lavado de las manos después de defecar			
19	Hábitos de usar zapatos			
20	Juega con tierra			
21	En el colegio donde estudias, tiene agua			
22	En el colegio donde estudias, existe alcantarillado o desagüe			

Anexo N° 02: Instrumento - Ficha Técnica de Análisis Bibliográfico

N°	Título de la investigación	Autor	Año	Información Relevante Encontrada
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Anexo N° 02: Instrumento – Ficha de Análisis de Campo: Historias Clínicas

Datos Generales

Zona donde Radica: Urbana: Rural: **Edad:**

Sexo: Masculino Femenino **Gado de Instrucción:**

Código de Historia Clínica:

SITUACIÓN CLÍNICA				TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO					
Diagnostico Parasitosis		Confirmación clínica de Enteroparasitosis		Enteroparasitos Confirmado	Antiparasitario Prescripto	Dosis	Intervalo de Administración del Antimicrobiano	Vía de Suministro	Tiempo de Tratamiento
SI	NO	SI	NO						

Anexo N° 02: Evidencias fotográficas



Foto N° 01: Frontis del Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes” – Paita.



Foto N° 02: Sala de espera del Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes” – Paita.



Foto N° 03: Sala de atención del Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes” – Paíta.



Foto N° 04: Investigadora analizando las historias médicas de los infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, Paíta.



Foto N° 05: Investigadora analizando las historias médicas de los infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, Paita.

9.2.Apéndices

Apéndice N° 01: Zona geográfica de estudio

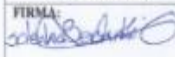



Apéndice 02: Validación de los instrumentos por especialistas

Especialista N° 01

**FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE LA INVESTIGACIÓN
POR ESPECIALISTA**

"Factores sociodemográficos y enteroparasitosis de infantes del Hospital "Nuestra Señora de las Mercedes", Paíta, 2018"
Br. Farfán Gómez, Kary Elized

ITEM	CRITERIOS A EVALUAR										Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)	
	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende			
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	✓		✓		✓		✓		✓			
2	✓		✓		✓		✓		✓			
3	✓		✓		✓		✓		✓			
4	✓		✓		✓		✓		✓			
5	✓		✓		✓		✓		✓			
6	✓		✓		✓		✓		✓			
7	✓		✓		✓		✓		✓			
8	✓		✓		✓		✓		✓			
9	✓		✓		✓		✓		✓			
10	✓		✓		✓		✓		✓			
11	✓		✓		✓		✓		✓			
12	✓		✓		✓		✓		✓			
13	✓		✓		✓		✓		✓			
14	✓		✓		✓		✓		✓			
15	✓		✓		✓		✓		✓			
16	✓		✓		✓		✓		✓			
17	✓		✓		✓		✓		✓			
18	✓		✓		✓		✓		✓			
19	✓		✓		✓		✓		✓			
20	✓		✓		✓		✓		✓			
21	✓		✓		✓		✓		✓			
22	✓		✓		✓		✓		✓			
ASPECTOS GENERALES										SI	NO	OBSERVACIONES
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario										✓		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación										✓		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial										✓		
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir										✓		
VALIDEZ												
APLICABLE						NO APLICABLE						
APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES												
VALIDADO POR: SOLEDA BERNABE GUERRERO			DNI: 17808221			FECHA: 13/12/18						
FIRMA: 			TELÉFONO: 953136142			e-mail: fbmorales57@paita.mil.gob.pe						
 DT. QUÍMICO FARMACÉUTICO MESA 1004 SOLEDAD BERNABE GUERRERO C.O.F.P. 02002												

**FICHA DE VALIDACIÓN DE LA FICHA TÉCNICA DE LA INVESTIGACIÓN
POR ESPECIALISTA**



"Factores sociodemográficos y enteroparasitosis de infantes del Hospital "Nuestra Señora de las Mercedes". Paiza, 2018"

Br. Farfán Gómez, Kary Elized

ÍTEM	CRITERIOS A EVALUAR										Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)	
	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende			
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	✓		✓		✓		✓		✓			
2	✓		✓		✓		✓		✓			
3	✓		✓		✓		✓		✓			
4	✓		✓		✓		✓		✓			
5	✓		✓		✓		✓		✓			
6	✓		✓		✓		✓		✓			
7	✓		✓		✓		✓		✓			
8	✓		✓		✓		✓		✓			
ASPECTOS GENERALES										SI	NO	OBSERVACIONES
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario										✓		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación										✓		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial										✓		
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir										✓		
VALIDEZ												
APLICABLE						NO APLICABLE						
APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES												
VALIDADO POR:				DNI:				FECHA:				
SUCDAD BERNABÉ GUECECO				17808221				13/12/18				
FIRMA:				TELÉFONO:				e-mail:				
				95 3136142				fbmunicia157@hclmoul.pe				

DT. QUÍMICO FARMACÉUTICO
 MARIA JANA VOLETO EGORAE SUCDAD
 C.Q.F.P. 02052

Especialista N° 02

FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE LA INVESTIGACIÓN POR ESPECIALISTA

"Factores sociodemográficos y enteroparasitosis de infantes del Hospital "Nuestra Señora de las Mercedes". Paíta, 2018"
Br. Farfán Gómez, Kary Elized

ITEM	CRITERIOS A EVALUAR										Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indicar)	
	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sengo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende			
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	X		X		X		X		X			
2	X		X		X		X		X			
3	X		X		X		X		X			
4	X		X		X		X		X			
5	X		X		X		X		X			
6	X		X		X		X		X			
7	X		X		X		X		X			
8	X		X		X		X		X			
9	X		X		X		X		X			
10	X		X		X		X		X			
11	X		X		X		X		X			
12	X		X		X		X		X			
13	X		X		X		X		X			
14	X		X		X		X		X			
15	X		X		X		X		X			
16	X		X		X		X		X			
17	X		X		X		X		X			
18	X		X		X		X		X			
19	X		X		X		X		X			
20	X		X		X		X		X			
21	X		X		X		X		X			
22	X		X		X		X		X			
ASPECTOS GENERALES										SI	NO	OBSERVACIONES
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario										X		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación										X		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial										X		
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir										X		
VALIDEZ												
APLICABLE						NO APLICABLE						
APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES												
VALIDADO POR: María Elena Del Castillo Ing.				DNI: 44133431				FECHA: 13/12/2018				
FIRMA: 				TELÉFONO: 976073512				e-mail: delcastilloingae@gmail.com				

María Elena Del Castillo Inga
 QUÍMICO FARMACÉUTICO
 CQFP1 18631

FICHA DE VALIDACIÓN DE LA FICHA TÉCNICA DE LA INVESTIGACIÓN
POR ESPECIALISTA



"Factores sociodemográficos y enteroparasitosis de infantes del Hospital "Nuestra Señora de las Mercedes". Paita, 2018"

Br. Farfán Gómez, Kary Elized

ÍTEM	CRITERIOS A EVALUAR										Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)	
	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sexgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende			
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	x		x		x		x		x			
2	x		x		x		x		x			
3	x		x		x		x		x			
4	x		x		x		x		x			
5	x		x		x		x		x			
6	x		x		x		x		x			
7	x		x		x		x		x			
8	x		x		x		x		x			
ASPECTOS GENERALES										SI	NO	OBSERVACIONES
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario										x		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación										x		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial										x		
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir										x		
VALIDEZ												
APLICABLE										x	NO APLICABLE	
APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES												
VALIDADO POR:				DNI:				FECHA:				
María Elena Del Castillo Inga				44133431				13/12/2018				
FIRMA:				TELEFONO:				e-mail:				
				976073512				delcastilloingae@gmail.com				

María Elena Del Castillo Inga
QUÍMICO FARMACÉUTICO
COFP: 180