

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



**Prevalencia de enteroparasitos y características del
tratamiento farmacológico en pacientes pediátricos del
Hospital Paita, 2019**

Tesis para obtener el Título de Químico Farmacéutico

Autor:

Correa Odar, Jorge Eduardo

Asesor:

Gonzales Ruiz, Walter

Piura – Perú

2019

1. PALABRAS CLAVE

TEMA	ENTEROPARASITOS. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
ESPECIALIDAD	FARMACIA Y BIOQUIMICA

Topic	ENTEROPARASITES. PHARMACOTHERAPY
Specialty	PHARMACY AND BIOCHEMISTRY

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. TÍTULO

Prevalencia de enteroparasitos y características del tratamiento farmacológico en pacientes pediátricos del Hospital Paita, 2019

3. RESUMEN:

El presente estudio “Prevalencia de enteroparasitos y sus características del tratamiento farmacológico en pacientes pediátricos del Hospital Paita 2019”, tiene como objetivo determinar la prevalencia de enteroparásitos y el tratamiento farmacológico aplicado a pacientes pediátricos del Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes” - Paita, atendidos durante los meses de abril a agosto de 2019. Fue un estudio aplicativo, descriptivo, prospectivo, con diseño no experimental, descriptivo, transversal. La muestra estuvo conformada por 150 tutores y 150 historia pediátricos atendidos, La técnica utilizada para el recojo de información fue observación y la encuesta, con sus instrumentos de la ficha técnica y el cuestionario respectivamente. El análisis y discusión de los resultados, permiten concluir que La prevalencia del parasitismo en la población encuestada es del 26% y de las historias médicas analizadas es del 26.7%. Y, las características del tratamiento farmacológico están representadas por: forma medicamentosa en suspensión, la dosis es 15 ml, el intervalo de administración es de cada 8 horas, la vía de administración es la oral, y el tiempo de tratamiento es de 7 días.

Palabras Clave: Enteroparasitos, Tratamiento Farmacológico y farmacia y Bioquímica

4. ABSTRACT

The present study “Prevalence of enteroparasites and their characteristics of pharmacological treatment in pediatric patients of Hospital Paita 2019”, aims to determine the prevalence of enteroparasites and pharmacological treatment applied to pediatric patients of the Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes” - Paita, attended during the months of April to August 2019. It was an application study, descriptive, prospective, with non-experimental, descriptive, cross-sectional design. The sample consisted of 150 tutors and 150 pediatric history attended. The technique used to collect information was observation and the survey, with its instruments of the technical file and the questionnaire respectively. The analysis and discussion of the results allow us to conclude that the prevalence of parasitism in the surveyed population is 26% and the medical records analyzed are 26.7%. And, the characteristics of the pharmacological treatment are represented by: drug form in suspension, the dose is 15 ml, the administration interval is every 8 hours, the route of administration is oral, and the treatment time is 7 days.

Keywords: Enteroparasites and Treatment Pharmacological and Pharmacy and Biochemistry.

INDICE GENERAL

TEMAS	Pág.
ÍNDICE GENERAL	i
ÍNDICE TABLAS	ii
ÍNDICE GRÁFICOS	iv
1. PALABRAS CLAVE	v
2. TÍTULO	vi
3. RESUMEN	vii
4. ABSTRACT	viii
5. INTRODUCCIÓN	01
6. METODOLOGÍA	43
7. RESULTADOS	49
8. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	63
9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	65
10. AGRADECIMIENTO	67
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS Y APÉNDICE	

5.1. Antecedentes y fundamentación científica

5.1.1. Antecedentes de la investigación

Vinueza, P. (2014) de Ecuador, en su estudio “Influencia de la parasitosis en el estado nutricional de niños en etapa escolar de 5 a 12 años de la escuela “La Libertad, en la Comunidad de Tanlahua”, donde el objeto de estudio fue determinar la influencia de parasitosis en el estado nutricional de infantes que cursar la etapa escolar de 5 - 12 años de la escuela “La Libertad” en la localidad de Tanlahua. Fue un estudio de tipo cuantitativa, observacional de tipo transversal, con un nivel descriptivo. La población de estudio, fue representada por un total de 96 infantes mujeres y hombres de la escuela fiscal “La Libertad” de Tanlahua en la ciudad de Quito. Las conclusiones dada por el autor son: La prevalencia de los protozoarios con un 93% y de los helmintos el 6%. Toda la población estudiada tiene parasitosis: la *Entamoeba coli* (56%), la *Entamoeba histolytica* (20%); *Giardia lamblia* (10%). El 53.7% y el 64.2% de la muestra aparentemente se encuentra en rangos normales; según índice de peso peso/edad y talla/edad respectivamente. La incidencia de peso bajo en los estudiantes analizados logró alcanzar un porcentaje de 16.8% y riesgo de peso bajo (14.7%) en lo que respecta a peso/edad; lo que evidencia que alrededor de un 31.5% padecen desnutrición aguda.

Acosta Garzón en su tesis titulada “Parasitosis y factores de riesgo asociados en niños menores de 2 años de edad que acuden a la consulta externa de La Fundación Pablo Jaramillo. Marzo a Agosto 2014”, presentada en la Universidad de Cuenca de Ecuador, donde el objeto de estudio fue hallar la prevalencia de parasitosis y los factores de riesgo que se encuentran vinculados en niños menores con edades inferiores a 2 años a los cuales se le realizó un coproparasitario en la consulta

externa de la Fundación Pablo Jaramillo. Fue una investigación de tipo descriptivo transversal analítico, en infantes con edades inferiores a dos años los cuales se atendieron en consulta externa en la fundación, los datos fueron obtenidos de las historias clínicas digitales, el universo estuvo conformado por infantes con edades inferiores a dos años, los cuales acudieron a la consultar externa Pediátrica y se les practicó un coproparasitario. Para analizar los datos recogidos se hizo por medio del programa informático SPSS versión 12.0, en el cual usamos medidas estadísticas como porcentajes, promedios y Chi Cuadrado. Los datos encontrados fueron: La prevalencia hallada de parasitosis en niños con edades inferiores a dos años probado por un análisis coprológico es 51,8%. En promedio la edad de los niños fue de 9 – 12 meses. La *Ameba histolitica* vegetativa influyó un 43.2 %. El 54.4 % mantienen una dieta mixta hasta alcanzar los 6 meses de vida. La ingesta de alimentos complementarios, edad, sexo, la forma de lactancia y la educación que posee la madre, se hallaron presuntos precipitante para contraer una enteroparasitosis a dicha edad. (Acosta, R., Jadán, A. & Garzón, P, 2015)

Fumadó, V. (2015) de España, en su publicación Parasitosis intestinal, estudio que se ha realizado en la ciudad de Barcelona y se publicó en la revista *Pediatr Integral*, el cual fue un estudio monográfico, es decir netamente bibliográficos. La autora después de hacer diversas revisiones de la literatura científica, concluye: Los parásitos intestinales, aunque tienen la virtud de autolimitarse y, por lo general, generan baja morbilidad, suele suceder que, depende del parásito, el nivel de contaminación y la condición del sistema inmunitario del huésped, podrían llegar ocasionar una patología grave e inclusive ocasionar mortalidad. Lo que compete al tratamiento, existen pocas novedades, por ende el tratamiento sigue siendo farmacológico. En algunas situaciones, suelen ser medicamentos extranjeros el cual se

debe hacerse una solicitud especificar e individual para cada caso y no se tiene almacenado. Los fármacos antiparasitarios de mayor uso son: Albendazol, Mebendazol, Ivermectina, Mepacrina, Praziquantel, Niclosamida y Nitazoxanida. Es menester, por tanto, no solo tener conocimiento de la cantidad y manera de ejecutar la administración de los fármacos, sino también tener conocimiento de la manera de conseguir los medicamentos, siguiendo el proceso establecido de solicitud de medicación extranjera.

Hellman, V. y Arbo, A. (2016) de Paraguay, en su tesis “Prevalencia de Enteroparásitos en Niños de una Comunidad Ache de Alto Paraná”, donde el propósito del estudio fue hallar la prevalencia de enteroparásitos en personas que pertenecen a la comunidad Ache de Alto Paraná, La investigación fue de tipo transversal con la participación de 132 niños con edades inferiores a 15 años en hombres y mujeres. Tanto de varones como de mujeres se obtuvieron muestras fecales la cual se analizó usando métodos de concentración de Kato y formol-éter, técnica del examen directo, coloración de Kiayoung y Cultivo en placa de agar. Los datos obtenidos, señalan que la prevalencia de parasitosis intestinal tuvo un porcentaje del 85% (112/132). Las prevalencias por edad, grupo mostraron ser parecidas ($\chi^2 = 0,5$). Tanto hombres como mujeres resultaron afectados de igual forma ($p > 0,05$). Se reconocieron hasta 7 especies de parásitos y/o comensales. Los protozoarios resultaron ser más prevalentes a diferencia de los helmintos. *Giardia lamblia* (46%), *Blastocystis hominis* (33%), *Entamoeba coli* (21%). Es importante hacer mención a la aparición de 7 casos de *Cryptosporidium parvum* (6%). Entre los helmintos *Ascaris lumbricoides* (43%), *Trichuris trichiura* (31%) y *Strongyloides stercoralis* (26%) resultaron ser los más prevalentes. Estos resultados, dieron pie a que los autores determinaran que existe una prevalencia elevada (85%) de parásitos intestinales en pobladores

de la comunidad Ache de Naranjal, Alto Paraná sin preferencia debido a su sexo o la edad y siendo predominantes los protozoarios, particularmente *Giardia lamblia*.

De La Cruz, G. y Villagaray, J. (2014) en su tesis titulada “*Prevalencia de Giardia lamblia en diarreas agudas en niños menores de 5 años de edad, que se atienden en el Centro de Salud de los Aquijes -Ica. Junio a setiembre 2013*”, presentada en la Universidad Nacional San Luis Gonzaca de Ica de Perú. El objeto de estudio fue hallar la prevalencia de *Giardia lamblia* en casos de diarrea aguda en infantes con edades inferiores a 5 años los cuales se presentaron en el C.S. (Centro de Salud) de Los Aquijes - Ica, y su asociación con las varianzas sexo, desague, edad, tenencia de animales domésticos, asimismo el grado de instrucción e información que indique que los padres tienen conocimiento de parasitosis, dicho estudio fue realizado en los meses de Junio hasta Setiembre del año 2013. El material estudiado fue constituido por muestras de heces fecales diarreicas de 104 infantes con edades inferiores a 5 años, las cuales fueron analizadas usando las técnicas parasitológicas: concentración por flotaciones de Willis, sedimentación espontánea y método directo. Los datos obtenidos indican que 37,50% de muestras que dieron resultados positivos con *Giardia lamblia*, el grupo de infantes que fue afectado en su mayoría tiene una edad de 3 a 4 años (41,03%); existe un predominio de Monoparásito con el 67.40%. Estos resultados permiten concluir que se halló una prevalencia alta de *Giardia lamblia* en las muestras diarreicas que fueron recogidas, en los niños con edades inferiores a 5 años, los cuales habitan el Distrito de Los Aquijes - Ica, esto significa un problema de salud pública grave.

Panduro, K. (2015) en su tesis titulada “*Factores relacionados con parasitosis intestinal y su prevalencia en infantes de 0 a 5 años, atendidos en los meses de febrero a julio, en el C.S. Moronacochoa*”.

Iquitos - Perú, 2014”, presentada en la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Cuyo objetivo fue hallar el vínculo que mantienen los factores con la parasitosis intestinal y su prevalencia en niños con edades comprendidas entre 0 – 5 años, los cuales fueron atendidos a lo largo de los meses de Febrero a Julio en el C.S. Moronacocha, Iquitos – Perú. 2014. El estudio investigativo está enmarcado dentro del método No Experimental, del tipo Descriptivo y Diseño Correlacional - Retrospectivo. La población está formada por todos los niños con una edad comprendida entre 0 - 5 años. Se representa por 350 niños hombres y mujeres, se hizo uso de un muestreo aleatorio con una muestra de estudio de 183 niños los cuales se seleccionaron de acuerdo a la tabla de números aleatorios. Para la obtención de los datos se usó la aplicación de un cuestionario que ha sido validado por el Coeficiente de Crobach a los padres y a los infantes se les brindó una hoja de registro como instrumentos de obtención de los datos. La investigadora concluyó que existe un vínculo entre los factores referentes al nivel de escolaridad de los padres, al uso de calzado, material con el que se construyó la vivienda, edad, provisión de agua, la eliminación de excretas y tenencia de mascotas con la parasitosis intestinal en infantes comprendidos en edades desde los 0 años, hasta los 5 años. La prevalencia de parasitosis intestinal fue un 74,3%, en la cual el parásito que más prevaleció fue *Ascaris lumbricoides* (15.3%), en segundo lugar, fue *Entamoeba histolytica* (14.8%), en tercer lugar, *Entamoeba coli* (14.2%), en cuarto lugar, *Giardia lamblia* (9,3%). El lapso de tiempo donde se tuvo mayor prevalencia fueron durante los meses de febrero con un 97,1%, Junio con 85,3% y Julio con 93,8% y el periodo de tiempo con una prevalencia menor fueron los meses de Marzo con un 51,9%, Abril con un 50% y Mayo con un 55,6%.

Alcca, B. y Aquino, S. (2015) en su trabajo de investigación titulado “*Parasitosis intestinal en los niños de 2 a 10 años por los canes que*

crían en casa del Centro Educativo “Mi pequeño hogar” en el AA. HH Túpac Amaru de Ate - Vitarte, 2013 a 2014”, presentada en la Universidad Wiener, donde el objeto de investigación fue la parasitosis intestinal en 100 niños comprendidos entre las edades de 2 a 10 años debido a los canes que crían en casa del Colegio “Mi Pequeño hogar” que está ubicado en el AA. HH Túpac Amaru de Ate-Vitarte, 2013 - 2014, para ello se utilizó el método de Willis y el método directo. Los investigadores concluyeron: Se encontró que 63% de infantes evidenciaron algún tipo de parásito. Según el grupo etario de los infantes se evidenció una prevalencia mayor, en los cuales, los infantes de 6 a 10 años de edad con un porcentaje del 60.32%. De acuerdo al género, las mujeres presentaron un 49.21 % parasitados y el género masculino 50.79%. Las tipos de parásitos que se encontraron fueron: *Entamoeba coli* con un 42%, *Endolimax nana* con un 19%, *Giardia lamblia* con un 14%, *Blastocystis hominis* con un 7%, *Ascaris lumbricoides* con un 4%, *Entamoeba histolytica* con un 3%, *Hymenolepisnana* 1%. Las especies de parásitos encontrados tanto en infantes como en canes fueron las siguientes *Entamoeba coli* con un 42% en infantes, 17.14% en perros, *Giardia lamblia* con un 14 % en niños, 17.14 % en canes. En lo que compete a los factores que son condicionantes, se halló que la provisión de agua fue: agua obtenida de caño 72%, agua que se obtuvo de un pozo el 25% y agua que se obtuvo del tanque cisterna 3%; la eliminación de excretas en inodoros 72% y en silo 28%; presencia de vectores moscas 98%, cucarachas 30% roedores 7%. Lo que compete a los higiene, los infantes lavan sus manos antes de ingerir sus alimentos en un 92%, luego de hacer uso del inodoro en un 79%, lavan las frutas antes de comer 81% ingesta de agua hervida 70%,.

Cacñahuaray, S. (2017) en su tesis titulada “*Factores sanitarios asociados y prevalencia de enteroparasitos en niños de 3 a 13 años IE*

N° 20955-2 Naciones Unidas del asentamiento humano de Santa Cruz de Cajamarquilla, Lurigancho – Chosica”, presentada en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, donde el objetivo fue hallar la relación que mantiene las variables de factores sanitarios asociados y la prevalencia de enteroparásitos en infantes con edades de 3 hasta los 13 años en el I.E N° Naciones Unidas 20955-2 del AA.HH de Santa Cruz – Cajamarquilla. El estudio se basó en un tipo Descriptivo – Observacional que se desarrolló durante el tiempo de octubre del año 2016 hasta abril del año 2017. La población fue representada por 100 niños que cuentan con edades de entre 3 a 13 años. Lo que refiere a la obtención de datos se aplicó una encuesta en la cual se consideró edad, sexo y condiciones de higiene sanitaria. Se procedió a la aplicación del método de concentración natural y el test de Graham a través de un método directo. La investigadora concluyo lo siguiente: La enteroparásitos tuvo una prevalencia elevada en los infantes que asisten al centro educativo I.E N° Naciones Unidas 20955-2 el cual se encuentra ubicado en el AA.HH de Santa Cruz - Cajamarquilla, Lurigancho - Chosica, en el cual los 100 infantes que fueron estudiados, dieron como resultado positivo con un porcentaje del 92%. La prevalencia del parásito *Enterobius vermiculares* tienen un porcentaje de 73%, *Blastocystis hominis* es de 42 %, *Entamoeba coli* es de 38 %. Asimismo los parásitos que tuvieron una prevalencias inferior fueron Endolimaxnana con un porcentaje del 16 %, Hymenolepisnana con un porcentaje del 7 %, Iodamoebabutschilli con un porcentaje del 7 %, Giardia lamblia con un porcentaje del 6 % y Chilomastixmesnelli con un porcentaje del 3 %, y en lo que compete a los datos obtenidos del estudio realizado. De acuerdo a la investigación, en lo que compete a relación que presentan los factores sanitarios y la evidencia de enteroparásitos llegó a la siguiente conclusión: Al evaluar la ficha de observación en la cual se puede apreciar que al carecer de distribución de agua potable y desagüe, la inapropiada eliminación de desechos

Magaraci, G. (2018) en su tesis titulada “Medidas básicas de prevención asociadas a la enfermedad diarreica aguda en niños menores de cinco años del asentamiento humano Torres de Melgar del distrito de Villa María del Triunfo en el periodo enero – diciembre del 2016”, presentada en la Universidad Privada San Juan Bautista, cuyo objetivo fue Identificar las medidas básicas preventivas vinculadas a la enfermedad diarreica aguda en infantes con edades inferiores a 5 años pertenecientes al AA.HH “Torres de Melgar” del distrito Villa María del Triunfo durante los meses de Enero – Diciembre en el año 2016. Fue un estudio de Campo, Observacional, Analítico, Casos y Controles, Transversal, Prospectivo. El instrumento para la obtención de los datos fue la encuesta y la técnica utilizada fue la aplicación de la encuesta. La investigadora llegó a las siguientes conclusiones: En el A.H. “Torres de Melgar” se encontraron como medidas básicas de prevención asociadas a la enfermedad diarreica aguda a la lactancia materna exclusiva por su papel altamente inmunológico, y al lavado de manos como principal medio de contacto de gérmenes, mientras que la inmunización y el manejo de residuos sólidos como fuente de diversas enfermedades se encuentran con una asociación del 5% debido al nivel de confianza del estudio. La alimentación exclusivamente por lactancia durante los primeros 6 meses de vida, resulta ser un factor importante para la prevención de varias enfermedades que pueden atacar a los infantes, de tal forma sigue siendo un factor de riesgo para contraerlas el destete temprano ya que les quitan a los niños del AA.HH. “Torres de Melgar” ese factor protector que la madre les pasa a los niños mediante la lactancia. Los infantes con edades inferiores a 5 años del AA.HH. “Torres de Melgar” que no han recibido su vacuna contra el rotavirus, o no han completado su calendario de vacunas correspondiente tienen de alguna manera una predisposición para contraer enfermedades diarreicas agudas por la falta de inmunización.

Herrera, M. (2018) en su tesis “*Enteroparasitosis en escolares de 3 a 12 años del Centro Poblado Urbano “Nuevo Sullana”*”, presentada en la Universidad Nacional de Piura de la ciudad de Piura - Perú, donde el objeto de estudio fue hallar la enteroparasitosis en estudiantes con edades de 3 hasta los 12 años de edad ubicados en el Centro Poblado Urbano “Nuevo Sullana” – Perú, el cual se desarrolló durante los meses de Junio hasta Agosto del año 2017; Para esto, se evaluó las muestras fecales de 200 escolares con edades entre 3 hasta los 12 años de los 3 centros de estudio de la zona, mediante el MD (Método Directo), método de Graham y método de Parodi Alcaraz; además de la aplicación de una encuesta socio-epidemiológica. Los resultados encontrados fueron: Se hizo registro de una prevalencia de enteroparasitados con un porcentaje del 61.50% en toda la población estudiantil, siendo *Enterobius vermicularis* y *Entamoeba coli*, dichas especies cuentan con una mayor prevalencia, con un porcentaje de 57.72% y 45.53% respectivamente. De igual forma predominaron los protozoarios sobre los helmintos. El tipo de parasitismo más predominante fue el biparasitismo sobre el monoparasitismo y el triparasitismo con un porcentaje de 65.85%. Se encontró dependencia entre enteroparasitosis y la mayoría de los factores epidemiológicos.

5.1.1.1.Prevalencia

Para Ibáñez refiere que entre Incidencia y Prevalencia hay una relación muy estrecha, esto, porque ambos son medidas de la enfermedad que se está midiendo o estudiando; en otras palabras, miden la cifra de nuevos casos que padecen la enfermedad estudiada la cual aparece dentro de una población. Así mismo, agrega que para realizar estos estudios, es de suma importancia el dejar muy en claro las bases de lo que se intenta medir, considerando que un individuo puede estar exento de una enfermedad o padecer una enfermedad específica. Lo que refiere a Prevalencia, trata acerca de la cantidad de individuos los cuales aquejan

una determinada enfermedad la cual se desea analizar, dentro del espacio y tiempo indicado, se podría decir que se trata de una foto fija. Lo que refiere a Incidencia, se toma en cuenta la cantidad de nuevos casos que presentan la enfermedad la cual se está estudiando, los cuales aparecen en un periodo de tiempo indicado.

Se tiene que señalar que estas medidas de prevalencia e incidencia, suelen usarse como complemento y para hallar diferentes objetivos. Las medidas de prevalencia tienen una gran utilidad para estudiar enfermedades que se van desarrollando de forma lenta o en caso la enfermedad sea crónica, tales enfermedades podrían ser artritis o diabetes; para estimar las necesidades asistenciales o planificar servicios sanitarios. Se usan también para determinar la frecuencia de características específicas en la población que se estudia. Y el indicador de incidencia es usado cuando el motivo de interés es medir el flujo, en otras palabras, los casos que aparecen durante el periodo en el cual se lleva a cabo el estudio, por este motivo son de mayor utilidad en padecimientos que tienen un breve tiempo de inducción. (Ibañez, 2012)

5.1.1.2.Tratamiento farmacológico

Pérez y Merino hacen énfasis en que el tratamiento son un conjunto de medios los cuales son usados para aliviar los síntomas o curar la enfermedad, transformar algo o llegar a la esencia de lo desconocido. Este concepto de tratamiento es muy común en el ámbito médico. En este caso, la noción de tratamiento se usa como sinónimo de terapia. Puede ser un conjunto de medios de distintas clases: Quirúrgicos, farmacológicos, etc. El objetivo del tratamiento es aliviar o curar los síntomas que se han detectado.

Ante lo dicho, CITE (2016) señala que el tratamiento farmacológico es la aplicación o administración de medicamentos, dependiendo de la

gravedad del cuadro presentado, se pueden usar antiinflamatorios, corticoides e inmunosupresores. (Pérez, J. & Merino, M, 2013)

5.1.1.3. Enteroparasitos

Según Nakandakari y Beltran definen el término de enteroparasitosis o parasitosis intestinales como, la contaminación del tracto digestivo causadas por parásitos con características helmintos o protozoarios. Estas infecciones se caracterizan debido a la gran prevalencia que mantiene a nivel mundial. Asimismo Vinueza manifiesta que la enteroparasitosis o parasitosis son contaminaciones intestinales que son debidas al ingerir quistes de protozoarios, larvas o huevos de insectos; afectando de alguna u otra manera al huesped que lo aloja. (Nakandakari, De La Rosa, & Beltran, 2016)

Ante lo dicho, Fumado, V. (2015) señala que la contaminación por parásitos daña a la población pediátrica en mayor magnitud a diferencia de la adulta. Sin embargo la mayoría de casos que se han reportado suelen ser patología banal, también diversos parásitos pueden ser los causantes de una gran morbilidad y, en algunos casos mortalidad. Reconocer las manifestaciones clínicas es importante, esto nos permite hacer una búsqueda activa y determinar el momento de iniciar la medicación, el tipo de tratamiento y de qué forma.

Del mismo modo Hellman, y Arbo, afirman que la parasitosis intestinal, es un importante problema sanitario debido a las tasas altas de prevalencia y su amplia distribución a nivel mundial, siendo importante también los sectores subtropicales y tropicales, ya que los niños son los más afectados.

Estos autores Licona, Medina y Acosta señalan que los parásitos clasificados como protozoarios y helmintos son los que tienen posibilidades de invadir la mucosa intestinal. (Licona, Medina, Acosta, & Tinoco, 2014)

A. Protozoos: Ser que posee una sola célula, el cual se trasmite a través de aguas infectadas hacia el tracto digestivo.

✓ Protozoarios Patógenos: *Dientamoeba fragilis*, *Giardia intestinalis*, *Balantidium coli*, *Cryptosporidium parvum*, *Isospora belli* y *Cyclospora cayetanensis*.

✓ Comensales: *Blastocystis hominis*, *Tricomonas hominis*, *Chilomastix*, *Endolimax nana*, *Entamoeba coli*, *Entamoeba coli*, y *Iodamoeba butschlii*.

a. Giardia Intestinal: *G. lamblia* y *G. duodenalis*: Es la parasitación más habitual que se da en todo el mundo, mayormente en climas templados. Este parásito ataca especialmente a los infantes que se encuentran en las instituciones de educación inicial, logrando la mayor prevalencia en edad comprendidas de 2 - 6 años de edad. Luego de aproximadamente un periodo de 5 días de incubación se da inicio al periodo clínico, donde existen 3 evoluciones estimadas: portador sin síntomas, urticaria, diarreas autolimitadas o cuadro crónico de malabsorción.

Giardiasis: Se considera una de las parasitosis intestinal que es común a nivel global, con una distribución universal. Después de ingerir quistes del protozoo, los trofozoítos se almacenan en el ID (intestino delgado) fijándose en la mucosa intestinal hasta el momento de su bipartición, momento en el cual los quistes descienden hacia el lumen intestinal y puede ser expulsados en las heces. La viabilidad de los quistes puede darse durante periodos largos siendo

altamente infecciosos cuando se ingieren con los alimentos contaminados. Es común en infantes que viven en lugares donde es común el padecimiento de dicha enfermedad y en los adultos que llegan a visitar lugares de este tipo.

Clínica: La sintomatología que se presenta puede ser:

- a) Asintomático: común en infantes que habitan zonas en donde comúnmente se presenta dicha enfermedad.
- b) Giardiasis aguda: Pérdida de peso, diarrea acuosa con características que pueden cambiar hacia la esteatorrea, heces muy fétidas y distensión abdominal con dolor.
- c) Giardiasis crónica: síntomas subagudos, asociándose a malabsorción, malnutrición y anemia.

Diagnóstico: En la fase aguda presencia de quistes en las heces o trofozoitos en las heces acuosas. Se deben obtener muestras seriadas en días alternos, esto debido a que la eliminación no es regular y se incrementa la fiabilidad del diagnóstico. Cuando exista sintomatología persistente y el estudio coprológico no resulte positivo, es aconsejable que se realice un análisis con la técnica ELISA en heces.

Prevención: Es de suma importancia extremar las medidas para lograr controlar la infección fecal de aguas, asimismo ingerir alimentos o bebidas que no sean de una procedencia confiable en los viajes a las zonas donde el padecimiento de esta enfermedad es común.

Tratamiento: Debe brindarse tratamiento en pacientes asintomáticos o sintomáticos. Esto debido a que los trofozoitos, en ambos casos, generan un estado negativo para la absorción de nutrientes, lo cual se ve reflejado en alteraciones diversas de malabsorción. A pesar del tiempo no se ha hallado un anti giardiástico preciso y los

tratamientos que son usados, se han obtenidos de la naranja de acridina, nitrofuranos, bencimidazoles, nitroimidazoles y nitrotiazol; los cuales tienen efectos negativos y debido al mal uso que se le ha dado, ha producido la aparición de cepas resistentes. El metronidazol es usado para la giardiasis a partir de la década de los 70', el mecanismo de acción que esta tiene, incluye 3 fases:

1. Ingreso al trofozoito por difusión pasiva.
2. Disminución del grupo nitro. El traslado de electrones va a depender de la piruvato ferredoxina oxidoreductasa (PFOR) y la ferredoxina (Fd). La descarboxilación de la piruvato a acetil CoA y CO₂, es catalizada por la PFOR y disminuyendo simultáneamente la Fd. Normalmente, la Fd capta electrones. Los protones se ven sustituidos por el Metronidazol, que capta electrones, disminuyendo así el grupo 5-nitro a su radical nitro (tóxico).
3. Efecto citotóxico del producto disminuido; el radical nitro tóxico al interactuar con el ADN provoca la pérdida de su estructura y rompimiento de las cadenas helicoidales. En adultos se debe administrar una dosis de 250 mg cada 8 horas durante 1 semana; La dosis pediátrica es 7.5 mg/kg/día, cada 8 horas por 5 – 7 días. Con una eficacia del 90 - 97%. Pueden presentarse efectos secundarios como: sabor metálico, náuseas, mareo, cefalalgias, genotoxicidad o dolor abdominal. El Tinidazol (derivado imidazólico) es tolerado mejor que el metronidazol, en adultos su dosis es de 2.0 g y en niños de 50 mg/kg (sin pasar de 2.0 g). Otro medicamento es el albendazol, cuya absorción por vía oral no es suficiente, incrementándose con las comidas grasas. Tanto en niños como en adultos su dosis es de 400 mg/día (como toma única) por 7 días, con una eficacia del 97-

100%. Un antiparasitario de amplio espectro es la nitazoxanida. En adultos la dosis es de 500 mg c/12 horas por 3 días y en niños de 200 mg c/12 horas por 3 días. Con una eficacia del 65-72% y escasos efectos secundarios. Se menciona que su mecanismo de acción sería similar al de los 5-nitroimidazoles. Tratamiento alternativo: Ha sido evidenciado que el orégano, ajo, geranio y guayaba, entre muchas otras, podrían ser candidatos para obtener nuevos fármacos anti-giardíasis.

b. *Entamoeba histolytica/dispar*: Son morfológicamente idénticas, pero diferentes en su genética. La primera, generalmente causa patología y la segunda se relaciona con el estado de portador asintomático. A nivel mundial se la considera como la 3ra causa de muerte por infección parasitaria, esta infección es producida por la ingesta de sus quistes (miden de 10 a 18 μ) los cuales tienen 4 núcleos. Existen otras no patógenas; *E. coli*, *E. hartmanni*, *E. gingivalis*, *E. moshkovskii*, *E. polecki*. En el 90% de los casos, aproximadamente, esta amebiasis no produce sintomatología (portador asintomático), sin embargo en el 10% de casos restantes la clínica corresponde al de amebiasis sintomática invasiva, la cual puede tomar 3 variantes. La más común (90%) es la colitis amebiana crónica no disintérica, la segunda es la colitis amebiana aguda disintérica (10%) caracterizada por un cuadro de diarrea mucopurulenta grave, con pujos y tenesmo rectal, sin fiebre. En raras ocasiones las amebas invaden el aparato circulatorio, ocasionando lo que se conoce como amebiasis invasiva extraintestinal y la presencia de abscesos hepáticos, pulmonares o en el sistema nervioso central, peritonitis, lesiones dérmicas y en genitales.

- ✓ Amebiasis: Luego de ingerir los quistes en las comidas y aguas infectadas o manos contaminadas, los trofozoitos eclosionan en el lumen intestinal y colónico, se eliminan al exterior por las heces y nuevamente infectan el agua y los alimentos. Durante la invasión intestinal (mucosa y submucosa), se generan úlceras que explican parte de su sintomatología, asimismo puede diseminarse a otros órganos (absceso hepático).
- ✓ Clínica: Resulta muy varia, la cual se podría presentar de formas asintomáticas hasta los cuadros fulminantes:
 - a. Infección intestinal que no presenta síntomas: Se evidencia que es un 90% del total.
 - b. Infección intestinal invasiva aguda o colitis amebiana disintérica: cantidad elevada de deposiciones (6 - 8/día) con una proporción mucosa y de la sangre, tenesmo franco, con abundante volumen de forma inicial en las deposiciones y posteriormente casi inexistente, dolor en la zona abdominal de magnitud considerable. Si el paciente sufre de desnutrición o inmunodeprimidos podría evidenciarse colitis amebiana fulminante, formación de amebomas con cuadros de obstrucción intestinal y perforaciones.
 - c. Amebiasis intestinal invasora crónica o colitis amebiana no disintérica: Dolor en la zona abdominal, parecido a un cólico con el ritmo intestinal cambiado, varía entre momentos de estreñimiento con deposiciones diarreicas, sensación de plenitud posprandial, distensión abdominal, tenesmo leve, borborigmos y meteorismo.
- ✓ Diagnóstico: Haciendo uso de la visualización de quistes en las heces o trofozoitos que presentan cuadros agudos con deposiciones acuosa. Existen dos tipos:
 - a) *E. histolytica*, ameba patógena

- b) *E. dispar*, ameba no patógena la cual no requiere tratamiento.
- ✓ Prevención: El huésped que no presenta síntomas tiene un fundamental papel en la continuidad de la enfermedad; la amebiasis intestinal posee predominio en los grupos acumulados y tendencia familiar, por ende es menester que las medidas de higiene personal y comunitaria sean extremadas.
 - ✓ Tratamiento: Una vez comprobada la infección causada por *E. histolytica*, el siguiente paso es proveer un tratamiento sea que el paciente esté sintomático o no. Para la amebiasis intestinal se aconseja usar los siguientes medicamentos: 8-hidroxiquinolinas y dixolanida; clorhidrato de emetina y dehidroemetina. De forma pasiva o extraintestinal, se recomienda metronidazol. Actualmente se emplea la nitazoxanida con muy buenos resultados, con efectos adversos disminuidos a diferencia del metronidazol. Los componentes de 8-hidroxiquinolinas son yodoquinol (diyodohidroxiquinoleína). Se debe emplear dosis de 650mg, 3 veces en el transcurso del día por un promedio de dos/tres semanas. Algunos profesionales aconsejan su uso por 20 días. Y elioquinol (yodoclorhidroxiquinolona), se debe administrar en dosis de 500 – 750mg por 3 veces durante el transcurso del día por el lapso de 10 días. La diloxanida se debe recetar en caso que los portadores presenten quistes. La forma de administración es en dosis de 500mg 3 veces en el transcurso del día por el lapso de 10 días. El metronidazol ejecuta su acción sobre los ácidos nucleicos de las amebas y debe ser administrada en dosis de 1g dos veces en el transcurso del día por el lapso de 5 a 10 días (en infantes la dosis varía, ya que son de 35 a 50mg por día en 3 dosis por el lapso de 10 días). Los resultados son observables a partir del día 3 del

tratamiento, pero para estar totalmente seguros del resultado es aconsejable que se siga un régimen no menos a 5 días. La administración del medicamento por vía intravenosa solo debe darse en casos graves. Si se da el caso de hallar algún tipo de amebas comensales, no es posible indicar el tratamiento, sin embargo se puede brindar el tratamiento solo si el paciente está siendo sintomático

- c. *Cryptosporidium*: Nos referimos a un protozoo esférico de 6µ de diámetro, el cual se le considera oportunista, evidenciando una difusión incrementada debido a que sigue un curso similar al SIDA.
- ✓ Criptosporidiasis: Son coccidios protozoarios con distribución universal la cual puede ser causante de una infección en los animales y los seres humanos. Es producto del consumo de oocitos que provienen de las aguas y alimentos contaminados (por ejemplo piscinas comunes, aguas de lagos, pantanos y parques acuáticos.) o mediante la vía fecal-oral (esto frecuentemente sucede en los jardines infantiles). Luego de ingerir los oocitos que se encuentran en comidas o líquidos infectados, hay una liberación de esporozoitos con la cualidad de poder aferrarse a los bordes del cepillo de las células epiteliales intestinales, lugar donde se reproducen asexual o sexualmente (mediante la formación de macrogametos y microgametos, la formación y unión de oocitos nuevos) para posteriormente ser eliminados en la materia fecal y continuar la probabilidad de contaminación.
- ✓ Clínica. Resulta variada:
 - a) Careciente de síntomas
 - b) Forma intestinal: Depositiones diarreicas acuosas que están acompañadas de dolor en la zona abdominal, náuseas, fiebre, signos de deshidratación y vómitos,

también pérdida de peso, se autolimita y suele observarse en infantes que acuden a guarderías o piscinas en las cuales no es frecuente esta infección. En inmunodeprimidos las diarreas pueden ser más prolongadas.

c) Forma extraintestinal: Observado en inmunosupresión afectando al aparato respiratorio, hepático, ocular y artritis reactiva.

- ✓ Diagnóstico: Evidencia de oocitos en muestra fecal.
- ✓ Prevención: Es menester el maximizar las medidas de higiene con lo cual se lograría disminuir la transmisión fecal – oral, también es importante el poner un límite al uso de las piscinas en pacientes que presentan diarrea.
- ✓ Tratamiento: La cryptosporidiosis es autolimitada en personas inmunocompetentes, y es común que se curen al lapso de tres semanas de forma esporádica. En infantes, la infección que presenta síntomas se potencia en caso existe desnutrición, y es común que se logre observar diarrea persistente por más de 30 días; en estos casos lo aconsejable es la restaurar el agua y los electrolitos, no es recomendable que se usen antimicrobianos ni antidiarreicos. Aunque en inmunocomprometidos la cryptosporidiosis genera diarrea, la cual podría desencadenar una deshidratación y posteriormente la muerte. Los fármacos que se suministran con mayor frecuencia en estas personas son: furoato de diloxanida, furazolidona, quinina más clindamicina, interleucina 2 y amprolio. La espiramicina es un macrólido parecido a la eritromicina y la clindamicina ha logrado aminorar la eliminación de ooquistes en las heces. En niños se ha utilizado la nitaxosanida con buena respuesta. En adultos con SIDA se ha utilizado una combinación de

paromomicina (1 gr. dividido en dos tomas v.o.) también azitromicina (600 mg/día v.o.) por el lapso de cuatro semanas consecutivas de monoterapia con paromomicina por el lapso de 8 semanas. A pesar de todo, ningún medicamento ha logrado resolver la cryptosporidiosis.

B. Helminetos: Son metazoarios, entre ellos están:

- ✓ Nematodos intestinales o gusanos redondos: *Áscaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, *Ancylostoma duodenale*, *Necator americanus*, *Enterovios vermicularis* y *Strongy loides stercoralis*.
- ✓ Cestodos o gusanos planos: *Taenia bovina*, *Taenia saginata* y *Taenia porcina*, *Taenia solium*, *Himenolepis nana*.

a) *Ascaris lumbricoides*: Es el nematodo de mayor longitud, pudiendo medir hasta 35 cm., siendo una contaminación frecuente con mayor presencia en zonas tropicales.

- ✓ Ascariidiasis: Es la helmintiasis más recurrente y con una distribución a nivel mundial mayor. Tras ingerir materia contaminada, las larvas erupcionan en el ID, perforan la pared intestinal, se combinan con el sistema portal y logran llegar a los pulmones, donde perforan en los alveolos y llegan a las vías respiratorias altas las cuales, debido a la tos y deglución, logran llegar otra vez al ID donde evolucionan hasta ser adultos y generan nuevos huevos los cuales son eliminados por las heces.

a) Clínica. La afección clínica se reducen a individuos con una importante carga de helmintos. Aproximadamente de 1,2 – 2 millones de casos nuevos en el mundo que poseen manifestaciones clínicas, se estiman que por lo menos 20 mil muertes al año son a causa de enfermedad severa. El cuadro clínico de ascariasis intestinal por lo general no presenta síntomas, o podría suceder que los síntomas

presentados son vagos como dolor en la zona abdominal, náuseas, diarrea ocasional y distensión. Se hace una estimación de que una importante carga de helmintos (13 – 40) generan una pérdida de 4 gramos de proteínas de una dieta que diariamente contenga 30 – 50 gramos de proteínas. La contaminación por *A. lumbricoides* podría ser a causa de la falta de vitaminas A y E en zonas donde la enfermedad se presenta de forma

- b) Digestiva: dolor abdominal difuso (debido a irritación mecánica) y no tan común meteorismo, vómitos y diarrea.
 - c) Respiratorio: Puede llegar a ser sintomatología inespecífica o llegar a ser síndrome de Löeffler (cuadro respiratorio grave que presenta fiebre durante varios días, tos con expectoración en abundancia y también señales de condensación pulmonar transitoria, a causa del paso de las larvas por el pulmón y respuesta vinculada a la hipersensibilidad).
 - d) Otras: malnutrición, absceso hepático, anorexia, obstrucción intestinal.
- ✓ Diagnóstico: Evidencia del parásto o sus larvas/huevos en heces, material gástrico o en esputo si llega a coincidir con fase pulmonar. También cuando los parásitos adultos son expulsados en las heces, nariz o boca.
 - ✓ Prevención: Medidas extremas de higiene personal, eliminación adecuada de excreciones, ingesta de agua potable, adecuado aseo de manos, frutas y verduras.
 - ✓ Tratamiento: En la actualidad se evidencia la existencia de distintos fármacos, entre los que son más eficaces están: pirantel, mebendazol, nitazoxanida y piperazina. El albendazol debe administrarse en dosis de 400 mg/día, una sola dosis. Si no evidencia una cura, es aconsejable volver a iniciar con la dosis a la tercera semana. En infantes con edad inferiores a dos años, se debe aplicar 1 dosis únicamente de 200 mg/día; para los infantes que tienen una edad

superior a los dos años, se les debe administrar como en el caso de los adultos. En mujeres gestantes no se recomienda. El mebendazol puede ser empleado en dosis de 100 mg/día por el lapso de tres días continuos (dicho medicamento puede ser el causante de la migración del gusano hacia la parte de la boca y broncoaspiración), si no se evidencia la cura podría administrarse en 3 – 4 semanas. La dosis no ha sido establecida para infantes con edades inferiores a dos años, y en el caso de infantes con edades superiores a los dos años el tratamiento es igual a la de un adulto, se aconseja no administrar en gestantes. La piperazina puede ser empleada con total seguridad, es aconsejable que se administre en los individuos que presentan obstrucción biliar o gastrointestinal, debido a que ocasiona la parálisis flácida del gusano; la dosis que se le administra a una persona adulta es de 3,5 g/día por el lapso de 2 días, en edades pediátricas la administración es de 75 mg/kg/día durante dos o tres días, sin que se exceda los 3.5 g/dosis, no es aconsejable que se use en gestantes. Pamoato de pirantel causa la parálisis espástica del gusano; no es aconsejable administrar en casos de ascariosis masiva, debido a que podría ocasionar asfixia, debe ser administrada en dosis de 11 mg/kg en tan solo 1 dosis, sin que se llegue a exceder de 1 g/dosis. En infantes debe ser administrada de igual forma que para los adultos. Piperazina y pirantes son antagonistas, por lo cual no deben ser usados juntos. La oclusión y penetración intestinales, asimismo la penetración a apéndices y obstrucción de conductos biliares lo cual debe ser tratado quirúrgicamente.

- b) *Trichuris trichiura*: También llamado tricocéfalo, mide de 3- 5 centímetros, es un helminto el cual su distribución universal mantiene una prevalencia alta en lugares tropicales o subtropicales con niveles sanitarios preocupantes; se estima que 800,000 millones de personas se hallan infestadas alrededor del mundo.
- ✓ Tricocefalosis: Geohelmintiasis se produce debido a ingerir huevos embrionados que se encuentran en comidas, la tierra o las aguas infectadas. Las larvas evolucionan ciego y colon ascendente, lugar en

el cual se mantienen enclavados a la mucosa originando lesiones mecánicas y traumáticas con hinchazón local, y en el lugar donde se produzcan otra vez los nuevos huevos fértiles que serán evacuados por la materia fecal.

- ✓ Clínica: Está sujeta a la proporción de la infestación: Puede llegar a ser careciente de síntomas, siguiendo por dolor cólico y diarrea ocasional, hasta los cuadros más graves produciendo disenteriformes con deposiciones mucosanguinolentas.
- ✓ Diagnóstico. Hallar los huevos en la muestra fecal, en los casos más graves, se plantea hacer un diagnóstico diferencial con amebiasis, colitis ulcerosa y disentería bacilar.
- ✓ Prevención. Incrementar las medidas de higiene personal, la correcta excreción, uso de agua potable y desinfectada y el adecuado lavado de comidas y manos. Vigilar los juegos que contengan arena.
- ✓ Tratamiento. Los medicamentos recomendados por la OMS son albendazol (400 mg única dosis que se le administra en todas las edades) y mebendazol (500 mg, v.o única dosis o, 100 mg durante dos veces/día por el lapso de tres días) estos medicamentos son recomendados por su alta eficacia, costo bajo y fácil uso por los médicos (por ejemplo profesores). Han logrado pasar diversas pruebas de seguridad y han sido usadas por una gran cantidad de personas con efectos adversos leves. En esta investigación, se brindó tratamiento con mebendazol durante tres días a los niños con trichuriasis y al hacer el examen control de heces se encontró que la mayoría continuaban con dicho helminto, por lo cual se brindó albendazol y nueva dosis de mebendazol.

c) Uncinaria (*A. duodenale* y *Necator americanus*): Existen dos géneros principales de uncinaria, la del género *Ancylostoma* (*Ancilostoma duodenale*) que causa la uncinariasis y las especies zoonóticas menos frecuentes: *Aceylanicus*, *A caninum* y *A brasiliense*, esta última

ocasiona la larva *migrans cutánea* que es una lesión en la piel. La uncinariasis puede ser originada también por *Necator americanus*. Las larvas miden de 5 - 13 mm de longitud. Las hembras maduras de *A. duodenale* pueden producir 30,000 huevos diarios.

• Anquilostomiasis o uncinariasis. Las crías de estos dos helmintos son eliminados por las heces y erupcionan en una zona que les favorece, dando lugar a una especie de larva que necesita una modificación nueva para ganar la virtud de infectar mediante la penetración por la piel. (*A. duodenale* de igual forma puede causar una contaminación por vía oral). Una vez la piel es atravesada, se dirigen hacia el sistema venoso o linfático para posteriormente poder llegar al sistema cardiaco derecho y circular por los pulmones, penetrar en los alveolos, madurar y subir por las vías respiratorias para ser deglutidas y llegar hasta el duodeno y yeyuno, lugar en el cual se fijan y empiezan a generar huevos fecundados. Al posicionarse en el ID, las larvas adultas provocan lesiones mecánicas la cual a su vez, provoca pérdida de sangre progresiva y crónica (0.2ml de sangre, por parásito cada día).

• Clínica

- a) Piel: “Síndrome de Larva *Migrans Cutánea*”: dermatitis pruriginosa, momentánea y recurente en pies y zonas interdigitales, lugar en el cual penetran y se logran desplazar hasta llegar al sistema circulatorio.
- b) Respiratoria: Desde no llegar a especificar los síntomas hasta convertirse en el síndrome de Löeffler como en la ascariasis.
- c) Digestiva: dolor epigástrico, náuseas, pirosis y diarrea ocasionalmente.
- d) Síndrome anémico: cuya intensidad varía según el número de parásitos.

• Diagnóstico. Hallazgo de huevos del parásito en materia fecal.

- ✓ Clínica. Síntomas cutáneos y pulmonares, anemia. Antecedente de contacto con tierra y proceder de zona endémica.
 - ✓ Prevención. Se le debe sumar a las medidas de tipo preventivo que se realizan habitualmente (uso de letrinas, saneamiento ambiental, educación de los individuos y uso de letrinas) se suman en la actualidad al tratamiento comunitario en zonas que es común el padecimiento de esta enfermedad.
 - ✓ Tratamiento. Es importante brindar un soporte nutricional, sobre todo la reposición de hierro. Este tratamiento médico debe exterminar los parásitos adultos; el albenadazol (400 mg. Única dosis para todas las edades). Logra alcanzar una tasa de curación de aproximadamente un 95% aunque, también se evidencia que en ocasiones es refractaria y puede requerir hasta dosis adicionales, mebendazol (500mg v.o en Debe brindarse soporte nutricional, principalmente reposición de hierro. El tratamiento médico debe eliminar los parásitos adultos; el albendazol (400 mg. Dosis única para todas las edades) alcanza tasas de curación hasta de 95% aunque a veces es refractaria y se necesitan más dosis, mebendazol (500 mg, v.o en única dosis o, 100 mg dos veces/día por el lapso de tres días) el cual tiene la misma tasa de eficacia.
- d) *Enterobius vermicularis*: Nematodo de 1 cm de longitud, blanco y filamentosos que habita en el ciego, apéndice, íleon y colon ascendente. Durante las noches, la hembra grávida migra a la región perianal para depositar los huevos, produciendo prurito y con el rascado quedan estos en las uñas.
- ✓ Enterobiasis u Oxiuriasis: El parásito hembra tiene un desplazamiento hasta la zona perianal, con horario nocturno principalmente, en el cual deposita sus huevos los cuales tienen una alta probabilidad infecciosa y quedan adheridos a la ropa o la piel. Al rascarse la zona, se sitúan

entre las uñas y la piel donde se lleva a cabo la autoinfección por transmisión fecal-oral.

- ✓ Clínica: Esta infección se evidencia de forma más común en niños a diferencia de los adultos, también es frecuente que no presente síntomas. Síntomas por acción mecánica (sensación de cuerpo extraño o prurito), invasión genital (volvovaginitis), sobreinfección a causa de excoriaciones por rascado, dolor en la zona abdominal y despertares nocturnos, se localizan en fosa iliaca derecha y logra simular una apendicitis aguda. Se deben visualizar los huevos depositados por la hembra en las zonas perianal, visualización directa del gusano evolucionado en la exploración anal o vaginal, examen en fresco y concentración de heces.
- ✓ Diagnóstico: Test de Graham: uso de cinta adhesiva transparente por la mañana antes de defecación o lavado. Visualiza los huevos depositados por la hembra en zona perianal, Visualización directa del gusano adulto en la exploración anal o vaginal, examen en fresco y concentrado de heces.
- ✓ Prevención: Los huevos de los gusanos suele ser muy resistentes esto es debido a la persistencia del nivel de humedad, por ende puede permanecer durante tiempos largos en la ropa. Es menester extremar las medidas de higiene de inodoros, uñas y manos lavar con agua caliente y el uso de lejía en el caso de la ropa de casa. Es sumamente importante que toda la familia siga el tratamiento ante la posibilidad de una infección.
- ✓ Tratamiento: Es sumamente importante la higiene y reglas sanitarias en la población. En este caso se podría usar albendazol y mebendazol, medicinas cuya acción es denegar a que el helminio pueda captar glucosa que distribuyen la energía para las funciones del parásito; estos medicamentos son administrados en una sola dosis. El pamoato de pirantel deniega el sistema neuromuscula del parásito, quedando así, inmovilizados. Se debe administrar en dosis únicas, es

aconsejable una dosis más después de dos a cuatro semanas. La OMS también aconseja piperanzina para los adultos y niños; 50mg/kg diarios en el periodo de 7 días ininterrumpidos, este ciclo será repetido en un intervalo de dos a cuatro semanas. Conviene que el tratamiento competa a todos los familiares al mismo tiempo.

- e) *Strongyloides stercoralis*: Es un nemátodo pequeño, apenas visible a simple vista, es muy común en zonas calientes y húmedas. Los individuos contraen la infestación al momento que su piel entra en contacto con suelo infectado, con estos gusanos que se desplazan por la piel de una persona hacia el torrente sanguíneo hasta los pulmones y vías respiratorias
- ✓ Estrongiloidiasis: Esta geohelmintiasis presenta un ciclo vital con distintas posibilidades:
 - a) Ciclo directo: La larva que está situada en el suelo, se adapta y evoluciona para lograr penetrar la piel y llegar al sistema circulatorio, donde intenta llegar al sistema cardiaco derecho y circulación pulmonar, ascendiendo por las vías respiratorias hasta llegar a ser deglutida y se dirige a la mucosa del intestino delgado. En este lugar se transforma en hembra infectante, engendra huevos que erupcionan y son dirigidas lumen intestinal, desde donde son expulsadas al exterior.
 - b) Ciclo indirecto: Una o varias generaciones de gusanos en vida libre son incluidas (sin afectarse al humano), hasta que se modifiquen lo que hace que la larva sea infecciosa para el hombre.
 - c) Ciclo de autoinfección: La evolución de la larva que se ha producido en el lumen intestinal y ya no en el exterior, posteriormente penetra el sistema circulatorio y hace un recorrido parecido al ciclo directo. Es lo que denominamos como síndrome de hiperinfección por *S. stercoralis*, y es posible que exista una parasitosis la cual persiste sin ser

necesaria la reinfección externa, así como también logra afectar a otros órganos: pulmón, SNC, sistema ganglionar e hígado.

d) Clínica. Depende en general del estado inmunitario del individuo.

1) Piel: “Síndrome de Larva *Currens*”: dermatitis pruriginosa por el paso tanscutáneo de la larva y el recorrido realizado hasta llegar a circulación sistémica.

2) Respiratorio: Suele ocasionar síntomas menores como tos y expectoración, sin embargo también se constataron casos de neumonitis y síndrome de Löeffler.

3) Digestiva: La forma en cómo se presentan los síntomas y la intensidad están relacionados con el grado de parasitosis: dolor epigástrico, anorexia, vómitos, periodos de estreñimiento que se alternan con diarrea.

4) Síndrome de hiperinfestación: Es altamente exclusivo del individuo que parece inmunodepresión. Los síntomas que han sido anteriormente descritas son expresadas con una severidad incrementada.

✓ Diagnóstico. Eosinofilia de suma importancia, su evidencia es mayor si la extracción es paralela al paso pulmonar del parásito. Se visualiza el parásito en la muestra de heces, sin embargo su diagnóstico suele ser difícil por la irregularidad en la eliminación, esto debido a que se encuentra en un grado de mucosa-submucosa intestinal. Es necesario un microbiólogo experto. Serología mediante EIA, sensibilidad >90% pero reactividad cruzada con filarias y otros nematodos.

✓ Prevención: La prevención debe ser tratada ante la posible autoinfección y la cura debe ser comprobada parasitológicamente. Son

de suma importancia las medidas para la prevención de esta infección, debe realizarse prevención de tipo individual y general: uso de zapatos y letrinas, saneamiento ambiental y educación en la comunidad.

- ✓ Tratamiento. Se pueden suministrar diferentes medicamentos; tiabendazol, (se discontinuó en México), otros quimioterápicos usados son mebendazol y albendazol, los cuales se administran durante tres días. El fármaco de elección es la ivermectina en dos dosis de 200 µg/kg de peso por 1 o 2 días la primera semana, se dejan pasar siete días y luego se repite la dosis con excelentes resultados.

f) *Taenia saginata* y *T. solium*: Las tenías o solitarias son parásitos que miden de 3 - 4 metros. Los parásitos adultos tienen una cabeza o escólex provisto de ventosas de fijación y un cuerpo formado por anillos o proglótides, cada uno de ellos dotado de órganos masculinos y femeninos y repletos de huevos fecundados. Los humanos parasitados eliminan en sus heces proglótides cargados de millares de huevos que contienen en su interior un embrión hexacanto ya formado. Ingeridos los huevos por un bóvido (*taenia saginata*) o por un cerdo (*taenia solium*).

- ✓ Teniasis: El ser humano puede actuar con este parásito como huésped intermediario o definitivo. El paciente parasitado elimina proglótides y huevos en la materia fecal, que son ingeridos por animales (cerdo en *T. solium* y ganado vacuno en *T. saginata*), en los que se forman cisticercos en músculo estriado que son posteriormente ingeridos por el hombre mediante carnes poco o mal cocinadas. Una vez en el intestino delgado, el parásito se adhiere a la pared, crece y comienza a producir de nuevo proglótides y huevos. La mayoría son infecciones únicas, producidas por una taenia solamente.
- ✓ Clínica. Es escasa, principalmente de tipo irritativa, mecánica e inespecífica: meteorismo, náuseas, dolor abdominal, etc. Puede

ocurrir la salida de proglótides a nivel anal con molestia y prurito perineal, así como la observación del deslizamiento de las mismas por los miembros inferiores dejando un líquido lechoso muy pruriginoso y muy rico en huevos.

- ✓ Diagnóstico. Mediante la observación por parte del paciente de salida de proglótides en heces. Visualización de proglótides en materia fecal. Determinación de coproantígenos por EIA (aunque presenta reactividad cruzada con otros cestodos), útil para la comprobación de la efectividad del tratamiento.
- ✓ Prevención. La prevención debe realizarse por medio de un correcto control de seguridad de las carnes en los mataderos, así como una correcta cocción o congelación prolongada de las carnes. Correcta eliminación de las heces resulta ser un punto importante a tomar en cuenta.

a) Tratamiento. El tratamiento que se recomienda para tratar la teniasis es prazicuantel (5-10 mg/kg v.o. en una sola dosis) Como otra elección tenemos a la niclosamida (50 mg/kg v.o. en una sola dosis). Dichos antihelmínticos no se deben suministrar en infantes con edades inferiores a los dos años de vida o mujeres en estado de gestación. La adquisición del albendazol es más factible en nuestro medio y su administración es en una dosis de 6.6 mg/kg o dos dosis de 200 mg diariamente durante el lapso de 3 – 5 días de forma consecutiva. La cisticercosis es la afectación tisular por la larva *Taenia solium*. El individuo se infecta debido a que ingiere huevos de este subtipo de tenia y cuando llega al ID, perfora la pared hasta lograr llegar al sistema circulatorio, los pulmones y luego al corazón, donde son distribuidos por la circulación arterial a diferentes lugares del cuerpo (es más frecuente en el sistema nervioso central, músculo, ojo y tejido celular subcutáneo), en los cuales se ven formados los que

denominamos como quistes o cisticercos, pudieron permanecer durante mucho tiempo y al morir, generan una importante reacción inmunológica e hinchazón que provoca una gran porción de los síntomas, los cuales podrían ocasionar:

- b) Neurocisticercosis: Se manifiesta con convulsiones de aparición tardía, cefalea y signos de hipertensión endocraneana, síndrome psicótico, meningitis aséptica, síndrome de los pares craneales, síndrome medular.
 - c) Nódulos subcutáneos y musculares blandos y no dolorosos, generalmente asociados a la neurocisticercosis.
 - d) Afectación oftálmica: generalmente única y unilateral. Si la larva muere, puede producir importante reacción inflamatoria y provocar importante reacción uveal, desprendimiento de retina y ceguera. El diagnóstico se realiza mediante: TAC cerebral o IRM en paciente procedente de área endémica con inicio de sintomatología neurológica descrita. También se pueden realizar pruebas inmunológicas. Tratamiento y prevención. En la neurocisticercosis, además del tratamiento antihelmíntico por tiempo más prolongado, puede ser necesario añadir corticoides, antiepilépticos e incluso cirugía si aparecen signos de hipertensión endocraneana. Es necesario realizar control de imagen 3 - 6 meses después de concluir el tratamiento. Para la prevención es fundamental realizar una correcta cocción de la carne de cerdo, así como extremar las medidas de higiene en la cría de éstos.
- g) *Hymenolepis nana*: Se trata de un cestodo pequeño con un ciclo biológico complejo en el que intervienen roedores, moscas, cucarachas y diversos insectos que van a contaminar las aguas con quistes o embriones.

- ✓ Himenolepiasis: El hombre puede ser tanto huésped intermedio como definitivo para la parasitación por este cestodo de pequeño tamaño. Los huevos son ya infectantes al salir por la materia fecal y son ingeridos mediante prácticas de escasa higiene. Los huevos alcanzan el duodeno, donde se adhieren a la mucosa intestinal y penetran en la mucosa, obteniendo la forma de cisticercoide. Posteriormente podrá pasar de nuevo a la luz intestinal y formar el parásito adulto con capacidad productora de huevos.
- ✓ Clínica. Síntomas digestivos, generalmente leves; como dolor abdominal, meteorismo, diarrea y bajo peso si la infección se cronifica.
- ✓ Diagnóstico. Eosinofilia si está circulante, lo habitual es que curse sin eosinofilia. Visualización de huevos en materia fecal. El número de ellos encontrado está directamente relacionado con el grado de parasitación.
- ✓ Prevención. En general es una taenia más resistente por la presencia de cisticercoides, en la mucosa intestinal, por lo que el ciclo de tratamiento debe ser repetido entre 7 - 10 días.
- ✓ Tratamiento. El medicamento de elección es praziquantel, a dosis de 25 mg/kg en dosis única por vía oral y repetirla en una semana. Se recomienda realizar estudios coproparasitológicos de control tres semanas después del tratamiento para verificar su eficacia. Otro fármaco suministrado pero con menor eficacia (82% de curación) es nitazoxanida y niclosamida. Es importante considerar que un infectado con H. nana no lo esté con cisticercosis, pues el praziquantel también suele destruir al cisticerco, lo que puede desencadenar reacciones toxialérgicas que lleven incluso al choque anafiláctico y la muerte del paciente.

5.1.1.4. Factores condicionantes de la enteroparasitosis

Quispe, M. (2017) cita a Botero, D. y Restrepo, M. (2005) quienes señalan que los Factores Condicionantes de la enteroparasitosis son:

- Condiciones ambientales: La presencia de suelos húmedos y con temperaturas apropiadas, es indispensable para la sobrevivencia

de los parásitos. Las deficientes condiciones de las viviendas favorecen la entrada de algunos artrópodos vectores. La existencia de aguas aptas para la reproducción de estos vectores, condiciona su frecuencia alrededor de las casas o de los lugares de trabajo.

- Vida rural: La ausencia de letrinas en los lugares de trabajo rural es el factor predominante para la alta prevalencia de las parasitosis intestinales en esas zonas.
- Deficiencia en higiene y educación: La mala higiene personal y la ausencia de conocimientos sobre transmisión y prevención de las enfermedades parasitarias, son factores favorables a la presencia de estas. Está establecido que en el mismo país, los grupos de población que presentan las deficiencias anotadas, tiene prevalencias más altas de parasitismo; estos grupos son los de nivel socio-económico inferior, que a la vez habitan zonas con deficiente saneamiento ambiental.
- Costumbres alimenticias: La contaminación de alimentos y agua de bebida favorecen el parasitismo intestinal.

Además de ello, Rodríguez C. et al. (2011. Citado por Quispe, M. 2017) señalan que el bajo nivel de instrucción materna es el factor que estaría relacionado con el riesgo de adquirir estas parasitosis.

5.1.1.5. Edad pediátrica

Tradicionalmente, llega hasta la edad de 14 años; sin embargo, dado que la adolescencia tiene más en común con la niñez, con personas en pleno crecimiento y desarrollo, esta etapa de la vida ha ido quedando a cargo de esta especialidad, llegando incluso hasta los 18 años. Para poder conocer sobre la población de estudio del presente estudio, se tiene que conocer el concepto de infancia. Para ello, se cita lo dicho por

Fundación INDIG (2016), quien señala que la infancia es el periodo que transcurre desde el nacimiento a la madurez del niño. Se divide en etapas muy diferenciadas denominadas periodos de la infancia y sirven para agrupar a los niños según:

- Características físicas, psicológicas y sociales.
- Comportamiento propio de cada edad.

Un aporte importante para conceptualizar la infancia, lo da Mansilla, M.E. (2000), quien menciona que a mediados del siglo XX se logra el consenso científico en cuanto a que el ser humano alcanza su máximo desarrollo a los 18 años en promedio: en lo biológico, logrando la fortaleza física y capacidad reproductora sin riesgos; y, en lo psicológico, adquiriendo las estructuras que permiten el adecuado interactuar dentro del grupo social de los "mayores".

Así mismo, Mansilla, M.E. (2000) señala que en 1948 las Naciones Unidas reconoce la separación del desarrollo humano en dos grupos y denomina oficialmente "NIÑOS" a los menores: y en 1989, por la "Convención de los Derechos del Niño ", los define como todo ser humano desde que nace hasta que alcanza la "mayoría de edad". Ante esta situación, se determina la edad en que se reconocen la mayoría de edad en cada país, se reconoce legalmente durante la década del noventa un primer grupo poblacional denominado "mayores de edad" y un segundo grupo denominado "niños".

Por otro lado, Mansilla M.E. (2000), indica que en el Perú, al igual que en la mayoría de países, cumplir los 12 años significa el término de los estudios primarios y, en el mejor de los casos, el paso a los estudios secundarios; si bien, para muchos, es el paso a la incorporación temprana a las actividades de trabajo; así, por el "Código de los Niños y Adolescentes" (Ministerio de Justicia, 1993) reconoce la transición

señalada, considerando dos sub-períodos: los "Niños" (0 a 11 años); y, los "Adolescentes" (12 a 18 años).

Por lo tanto, Mansilla M.E. (2000) señala que, la niñez propiamente tal, es uno de los períodos de desarrollo humano mejor estudiado y, por tanto, existe ya un consenso en que el diferente ritmo crecimiento observable en pocos años dentro de la población que la conforma, requiere diferentes satisfactores a sus necesidades en relación inversa a su edad, por lo que se puede señalar dos grupos claramente perfilados:

- a. La Primera Infancia (0 - 5 años) caracterizada por un alto grado de dependencia y su alta morbi-morbilidad, características que lo ponen en alto grado de riesgo en relación inversa a la edad, por lo que requiere un estricto "Control de Desarrollo y Crecimiento". De aquí, en la categoría "niños", el grupo de 0 a 1 año sea de muy alto riesgo; el grupo de 2 a 3 años de alto riesgo; y, el grupo de 4 a 5 años que tiene mayor atracción a los intereses exogámicos, como de menor riesgo.

Por la condición predominante de riesgo de morbi-mortalidad se le denomina "Edad Vulnerable".

- b. La Segunda Infancia (6 a 11), se caracteriza por su apertura al mundo externo y por la acelerada adquisición de habilidades para la interacción. En este período los niños tienen un riesgo menor que en la primera infancia, que disminuye igualmente en razón inversa a la edad, por lo que el Control de Desarrollo y Crecimiento se realiza anualmente.

5.2. Justificación de la investigación

La enteroparasitosis es, un problema de salud pública constante a nivel mundial bastante preocupante, en especial en países en desarrollo y subdesarrollados, ya que su manifestación se da como enfermedades debilitantes agudas, crónicas y en ocasiones de riesgo mortal. Este problema, representan en el ámbito de salud pública, no sólo desde el punto de vista médico, sino también social y económico, constituyendo un factor importante en el subdesarrollo. Desde este punto de vista, el presente estudio se justifica por:

Justificación teórica científica, ya que las teorías y conceptos que fundamenta a las variables investigadas, son extraídas de la literatura científica.

Justificación social, porque es de necesidad social el de conocer cifras precisas de la prevalencias de endoparásitos y las características del tratamiento farmacológico de la población infantil que acude al Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes” de la ciudad de Paita; esto, para programar y/o reforzar los programas de intervención ya existentes, frente a este problema de salud pública y, realizar talleres de intervención de educación farmacéuticas.

Justificación metodológica, porque las técnicas y métodos utilizados para el culmino exitoso de la investigación; pueden ser utilizadas en futuras investigaciones que tiene similitud con las variables estudiadas.

Justificación práctica, ya que la presente investigación, puede ser aplicada por futuras investigaciones a diferentes poblaciones infantiles de la región, para contar con una data precisa sobre este problema de salud y tomar las medidas para prevenir y mitigarlo.

Problema

La enteroparasitosis, constituye actualmente un problema de salud social, que afecta no solamente a los países subdesarrollados, sino también a los países desarrollados. Es de importancia social, por sus altas tasas de prevalencia y amplia distribución mundial, sobre todo en las regiones tropicales y subtropicales, siendo la población infantil la mayormente afectada.

En el Perú, un país en desarrollo, la parasitosis es una realidad que constituye un grave problema de salud pública, donde las causas que inciden este mal son: condiciones climáticas favorables, modestas condiciones socioeconómicas y culturales de gran parte de la población, la falta de saneamiento básico (agua, desagüe), especialmente en las zonas rurales y en las zonas marginales de las ciudades.

Desde este punto de vista, el presente estudio tiene como propósito el conocer la prevalencia de enteroparásitos e identificar las características de su tratamiento farmacológico en infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes” de la ciudad de Paita. Esto, con el fin de recomendar talleres de intervención de educación farmacéuticas, con el propósito de combatir este mal.

Por lo anteriormente expuesto, se plantea el siguiente problema:

¿Cuál es la Prevalencia de enteroparasitos y sus características del tratamiento farmacológico en pacientes pediátricos del Hospital Paita 2019?

Conceptuación y Operacionalización de las Variables

Prevalencia de enteroparásitos.

Prevalencia: Para Moreno, A., López, L. y Corcho, A. (2000), prevalencia es la proporción que indica la frecuencia de un evento. En general, se define como la proporción de la población que padece la enfermedad en estudio, en un espacio y momento dado.

Enteroparásito: Según los autores Nakandakari, M., De La Rosa, D. y Beltran, M. (2016), definen el término de enteroparasitosis o parasitosis intestinales como, las infecciones del tracto digestivo causadas por parásitos de tipo protozoarios o helmintos. Estas infecciones se caracterizan por su gran prevalencia a nivel mundial.

Es así que, para el presente estudio, la prevalencia de enteroparásitos, viene hacer la proporción de la población infantil atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes” de la ciudad de Paita, que presentan parásitos intestinales.

La operación de la variable se realizó a través del instrumento de investigación, que viene hacer el cuestionario, el cual está constituido por 12 preguntas, distribuidas en dos dimensiones: características demográficas y la prevalencia de enteroparasitos.

- Características demográficas: Preguntas 1, 2, 3,4, 5, 6, 7, 7, 8, 9, 10 y 11.
- Prevalencia: Pregunta 13.

5.2.1.1.Indicadores

Para saber que se esté operando correctamente a la variable, se tuvo en cuenta como indicadores:

- Porcentaje de infantes con enteroparasitos.
- Porcentaje de infantes sin enteroparasitos.
- Sexo.
- Edad.
- Escolaridad.
- Residencia.
- Ingreso económico familiar.
- IMC.

- Hacinamiento familiar.
- Condiciones de vivienda.
- Presencia de mascotas.

5.2.2. Variable 02

Tratamiento farmacológico.

5.2.3. Conceptualización

CITE (2016) señala que el Tratamiento Farmacológico es la aplicación o administración de fármacos antiinflamatorios, corticoides e inmunosupresores, dependiendo de la gravedad del cuadro.

5.2.4. Operacionalización

La operación de la variable se realizó a través del instrumento de investigación, La Ficha Técnica de Campo, estructurada con 8 ítems de evaluación.

5.2.5. Indicadores

Para el correcto operado de la variable, se tuvo en cuenta como indicadores:

- Enteroparasitismo.
- Enteroparásito.
- Medicamento.
- Forma.
- Dosis.
- Intervalo de administración.
- Vía de suministro.

Tiempo de tratamiento.

Hipótesis

El 60 % es la prevalencia de enteroparasitismo y el Albendazol, en forma de jarabe, 3 veces al día, una cucharita, por vía oral y por 15 días, son las características del tratamiento farmacológico del enteroparasitismo en infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes” (abril a agosto), Paita-2019.

El sexo femenino, la edad entre 5 a 10 años, escolaridad primaria, zona urbana marginal, un ingreso familiar entre S/. 500 a S/. 1000, un IMC de 20, con un hacinamiento familiar de 4 integrantes, piso de casa de cemento, consumo de agua potable, con presencia de un perro en casa, son las características demográficos de los pediátricos atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes” Paita - 2019.

70 pediátricos es la frecuencia de enteroparasitismo en pediátricos atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, Paita - 2019. Enterobius vermicularis es el enteroparásito más frecuente en pediátricos atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, Paita - 2019.

Albendazol y Mebendazol son los medicamentos prescritos en el tratamiento farmacológico en pediátricos con enteroparásitos atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, Paita - 2019.

El Albendazol, en forma en jarabe, 3 veces al día, una cucharita, por vía oral y por 15 días, son las características del tratamiento farmacológico del enteroparasitismo en pediátricos atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes” Paita - 2019.

Objetivos

Objetivo General

Determinar la prevalencia y las características del tratamiento farmacológico del entero parasitismo en atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, Paita - 2019.

Objetivos Específicos

1. Identificar las características demográficas de los pediátricos atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, Paita - 2019.
2. Determinar la frecuencia de enteroparasitismo en pediátricos atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes” Paita - 2019.
3. Identificar el enteroparásito más frecuente en pediátricos atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes” Paita - 2019.
4. Identificar los medicamentos prescritos en el tratamiento farmacológico en pediátricos con enteroparásitos atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes” Paita - 2019.
5. Identificar las características del tratamiento farmacológico del enteroparasitismo en pediátricos atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes” Paita - 2019.

6. METODOLOGÍA

6.1. Tipo y diseño de investigación

Tipo del estudio

El tipo de investigación fue descriptivo, observacional, prospectivo.

Descriptivo, porque la investigación cuenta con variables: prevalencia de enteroparásitos y tratamiento farmacológico de la enteroparasitismo; variables que no tienen ninguna relación de dependencia entre ellas.

Observacional, porque el investigador solo observo a la variable, para luego describirla.

Prospectiva, porque el investigador diseño un cuestionario, donde quede registrado los datos que se obtendrán de las variables.

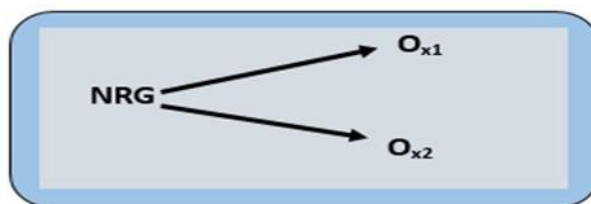
El diseño de investigación es no experimental, transversal, descriptivo.

No experimental, porque el investigador no manipulo la variable, solo se limitó a observarlas, medirlas y describirlas tal cual se estén dando en la naturaleza.

Transversal, porque el investigador midió a las variables en una sola oportunidad a cada unidad de estudio.

Descriptivo, porque los datos o medidas obtenidas de las variables, permitió describirlas y de esta forma determinar el comportamiento de ellas en su contexto natural.

El diseño de investigación presenta el siguiente gráfico:



Dónde:

- NR: Viene hacer la muestra o grupo no randomizado.
- G: Es el grupo o muestra en estudio.
- O_{x1}: Observaciones realizadas a la variable 1 (prevalencia de enteroparásitos) de la población en estudio.
- O_{x2}: Observaciones realizadas a la variable 2 (tratamiento farmacológico) de la población en estudio.

6.2. Población - Muestra

Población y Muestra

La población de estudio fue representada por la totalidad de infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes” (abril – Julio), Paita – 2019.

La muestra de estudio, es una muestra no probabilístico, intencional; es decir el número de unidades de estudio que conformaron la muestra, ha sido elegido a criterio y conveniencia del investigador. La muestra la conformaron 150 tutores y 150 historias médicas de los infantes atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes” (abril – Julio), Paita – 2019.

6.3. Técnicas e Instrumentos de investigación

6.1.1. Técnicas

Para la presente investigación se usó de las siguientes técnicas:

- Observación no experimental de campo.

- Observación no experimental bibliográfica.
- La Encuesta.

6.1.2. Instrumentos

Cada técnica cuenta con un instrumento, es así que los instrumentos que se utilizaran son:

- Ficha técnica de campo.
- Ficha técnica de revisión bibliográfica.
- Cuestionario.

6.1.2.1. Validación del instrumento

La validación del instrumento (Ver apéndice N° 04), fue realizada por los Químicos Farmacéuticos Jenny E. Pachas Alvarado y Winston F. Rodríguez Zúñiga, quienes al revisar el instrumento y cada uno de sus items, y verificar la confiabilidad del mismo, dieron conformidad y validación del Instrumento.

6.1.2.2. Confiabilidad del instrumento

Para determinar la confiabilidad del instrumento, este se aplicó a un grupo piloto no constituyente de la muestra en estudio, dicho grupo piloto lo conformaron 18 personas. La confiabilidad del instrumento se realizó a través del Coeficiente de Confiabilidad de Alfa de Cronbach.

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. El presente

estudio, cuenta con un instrumento que tiene opciones de respuesta poltómicas: Los valores dados a cada respuesta son:

- Sin opción o respuesta = 0
- a = 1
- b = 2
- c = 3
- d = 4

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 items.
- $\sum V_i$ = varianza de cada pregunta o items.
- $\sum V_{total}$ = 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 N° 01: Confiabilidad del instrumento – cuestionario.

N°	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS												PREV.	Σtotal
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
1	1	2	2	1	1	2	2	3	1	1	1	1	2	20
2	1	3	3	2	2	3	3	2	2	3	3	4	2	33
3	2	4	4	1	2	3	5	3	2	1	1	1	2	31
4	2	3	3	2	2	3	3	2	4	3	3	3	2	35
5	2	3	3	2	2	3	2	2	2	1	1	4	1	28
6	2	3	3	3	2	3	3	2	4	3	3	3	1	35
7	1	3	3	2	1	2	2	2	2	1	3	2	1	25
8	2	3	3	3	2	2	2	2	4	3	4	2	1	33
9	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	20
10	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	16
11	2	3	3	2	1	2	2	2	2	3	3	3	1	29
12	2	4	4	3	1	2	3	2	3	3	3	3	1	34
13	1	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	3	20
14	2	3	3	1	1	2	2	2	2	1	1	1	3	24
15	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	3	2	3	26
16	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	3	19
17	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	4	3	20
18	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	3	17
i	1.6	2.5	2.3	1.7	1.4	2.0	2.2	2.1	2.2	1.7	1.9	2.2	1.9	
Vi	0.3	0.9	1.2	0.6	0.3	0.6	0.9	0.1	1.0	0.9	1.2	1.2	0.8	43.6

ΣVi =	9.9
Vtotal =	43.6
K =	13

$$\alpha = \frac{\sum x^2}{n \cdot x^2} \rightarrow \alpha = \frac{9.9}{13 \cdot 43.6} \rightarrow \alpha = 0.837$$

Al observar el valor del Coeficiente de Confiabilidad de Alfa de Cronbach ($\alpha = 0.837$) y si observamos la tabla de los niveles de confiabilidad, podemos notar que el instrumento

tiene una confiabilidad fuerte y por lo tanto puede ser aplicado en la muestra de la investigación.

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

6.1.1. Procesamiento

El procesamiento de los datos obtenidos se realizó a través del programa estadístico EXCEL 2013 y SPSS versión 20, haciendo uso de las tablas de tabulación, tablas de frecuencias y figuras estadísticas.

6.1.2. Análisis

El análisis de los resultados se realizarán a través de los estadígrafos de tendencia central: media y los estadígrafos de dispersión, como la desviación estándar y coeficiente de variación.

7. RESULTADOS

7.1. Identificar las características demográficas de los pediátricos atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, Paita – 2019

Tabla 2: Sexo.

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Masculino	58	38,7
Válidos Femenino	92	61,3
Total	150	100,0

Interpretación: De las encuesta realizadas, el 61.3% es de sexo femenino y el 38.7% es masculino.

Tabla 3: Edad.

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos 0 meses a 11 meses	19	12,7
Válidos 1 año a 5 años	64	42,7
Válidos 6 años a 10 años	38	25,3
Válidos 11 años a 15 años	29	19,3
Total	150	100,0

Interpretación: Del total de los encuestados, el 42.7% manifiesta que su menor hijo(a), tiene de 1 a 5 años de edad; el 25.3% de 6 a 10 años; el 19.3% de 11 a 15 años y el 12.7% de 0 a 11 meses.

Tabla 4: Escolaridad.

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Ninguna	69	46,0
Válidos Inicial	19	12,7
Válidos Primaria	37	24,7
Válidos Secundaria	25	16,7
Total	150	100,0

Interpretación: El 46% de la población en estudio, señala que su menor hijo(a), no tiene escolaridad; el 24.7%, estudia primaria; el 16.7%, estudia secundaria y el 12.7%, estudia inicial.

Tabla 5: Zona de residencia.

	Frecuencia	Porcentaje	
Válidos	Urbana	61	40,7
	Urbana marginal	69	46,0
	Rural	20	13,3
	Total	150	100,0

Interpretación: Del total de la población, el 46% vive en una zona urbana marginal; el 40.7, en una zona urbana, el 13.3%, en una zona rural.

Tabla 6: Ingreso económico.

	Frecuencia	Porcentaje	
Válidos	S/. 500 a S/. 1000	109	72,7
	S/. 1001 a S/. 2000	39	26,0
	Mayor a S/: 2000	2	1,3
	Total	150	100,0

Interpretación: El 72.7% de la población en estudio, señala que su ingreso económico familiar es de S/. 500 a S/. 1000; el 26%, de S/. 1001 a S/. 2000; y el 1.3%, es mayor a S/. 2000.

Tabla 7: Talla.

	Frecuencia	Porcentaje	
Válidos	80 cm a 110 cm	96	64,0
	111 cm a 130 cm	29	19,3
	131 cm a 150 cm	18	12,0
	151 cm a 170 cm	7	4,7
	Total	150	100,0

Interpretación: De la población en estudio, el 64%, señala que su menor hijo(a) tiene 80 cm a 110 cm; el 19.3% de 111 cm a 130 cm; el 12%, de 131 cm a 150 cm y el 4.7%, de 151 a 170 cm.

Tabla 8: Peso.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	20 Kg a 40 Kg	123	82,0
	41 Kg a 60kg	24	16,0
	61 Kg a 80 Kg	3	2,0
	Total	150	100,0

Interpretación: El 82% de la población en estudio, señala que su menor hijo(a), tiene 20kg a 40 kg de peso; el 16%, tiene de 41 kg a 60 kg; el 2%, tiene de 61 a 80 kg de peso.

Tabla 9: Índice de Masa Corporal (IMC).

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	15% a 20%	135	90,0
	21% a 25%	11	7,3
	26% a 30%	3	2,0
	31% a 35%	1	0,7
	Total	150	100,0

Interpretación: De la población en estudio, el 90%, tiene un IMC de 15% a 20%; el 7.3%, de 21% a 25%; el 2%, de 26% a 30% y el 0.7%, de 31% a 35%.

Tabla 10: ¿Cuántas personas viven en casa?

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Tres	26	17,3
	Cuatro	72	48,0
	Cinco	51	34,0
	Mayor a cinco	1	0,7
	Total	150	100,0

Interpretación: El 48% de la población en estudio, señala que en casa viven 4 personas; el 34%, señala que 5 personas, el 17.3%, señalan que 3 personas; y el 0.7%, señala que son mayor que 5 personas.

Tabla 11: ¿Cómo es el piso de su casa?

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Cemento	73	48,7
	Madera	3	2,0
	Suelo	74	49,3
	Total	150	100,0

Interpretación: De la población en estudio, el 49.3%, señala que el piso de su vivienda es de suelo; el 48.7%, que es de cemento y el 2%, que es de madera.

Tabla 12: El agua que consume es:

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Potable (grifo)	94	62,7
	Pozo	1	0,7
	Compra	55	36,7
	Total	150	100,0

Interpretación: De la población en estudio, el 62.7%, señala que el agua que consume es potable; el 36.7%, señala que lo compra y el 0.7%, señala que es de pozo.

Tabla 13: ¿Que mascota tiene en casa?

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Perro	23	15,3
	Animales de corral	99	66,0
	Ninguno	28	18,7
	Total	150	100,0

Interpretación: El 66% de la población en estudio, tiene animales de corral en casa; el 18.7%, no tiene animales en casa y el 15.3%, tiene como mascota un perro.

Tabla 14: ¿Presenta enteroparásitos?

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	39	26,0
	No	111	74,0
	Total	150	100,0

Interpretación: El 26% de la población en estudio, señala que su menor hijo(a), tiene enteroparasitos; el 74%, señala que no.

Tabla 15: Resumen de los valores representativos de la población en estudio.

N°	Pregunta	Frecuencia	Porcentaje
1	Sexo: Femenino	92	61.3
2	Edad: 1 a 5 años	64	42.7
3	Escolaridad: Ninguna	69	46
4	Zona de residencia: Urbana marginal	69	46
5	Ingreso económico: S/. 500 a S/. 1000	109	72
6	Talla: 80 cm a 110 cm	96	64
7	Peso: 20 kg a 40 kg	123	82
8	Índice de Masa Corporal: 15% a 20%	135	90
9	¿Cuántas personas viven en casa?: 4 personas	72	48
10	¿Cómo es el piso de su casa?: Suelo	74	49.3
11	El agua que consume es: Potable	94	62.7
12	¿Qué mascota tiene en casa?: Animales de corral	99	66
13	¿Presenta enteroparásitos?: No	111	74

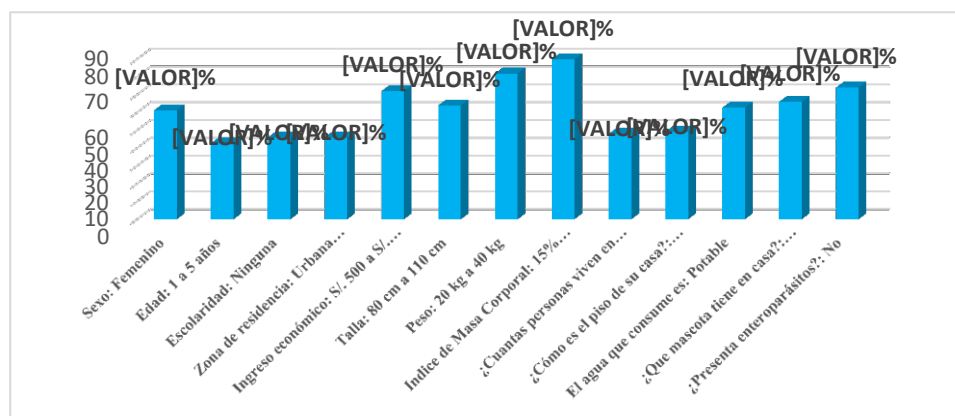


Figura 1: Resumen de los valores representativos de la población en estudio.

Interpretación: Registro de los valores representativos de las características demográficas de los pediátricos en estudio.

Tabla 16: Análisis estadístico descriptivo del resumen de los valores representativos de la población en estudio.

<i>Estadística Descriptiva</i>	
Numero de valores Analizados	13.0
Mediana	62.7
Moda	46.0
Media	61.8
Desviación estándar	15.0
Coefficiente de variación	24.2
Máximo	90.0
Mínimo	42.7
Rango	47.3
Nivel de confianza	95.0

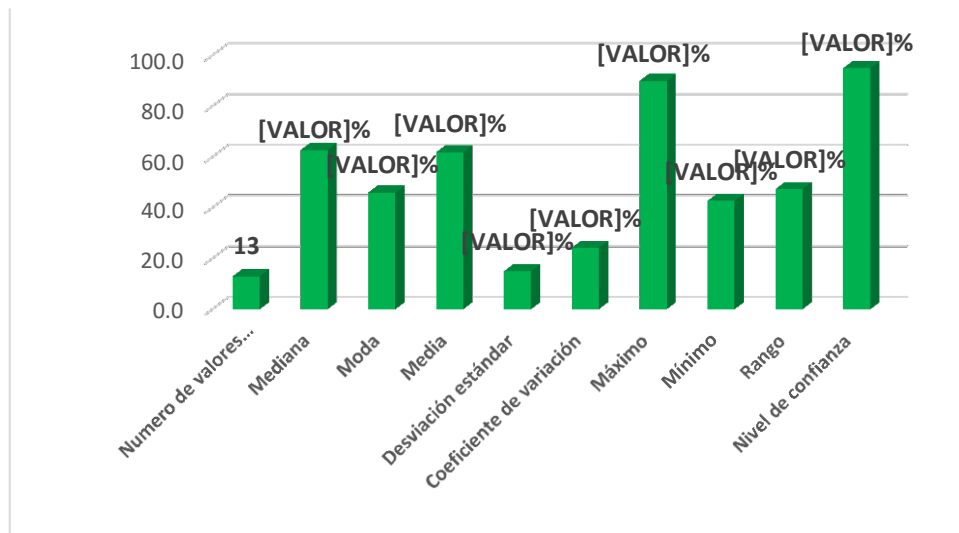


Figura 2: Análisis estadístico descriptivo del resumen de los valores representativos de la población en estudio.

Interpretación: El análisis estadístico descriptivo de los valores representativos de las características demográficas, señalan que se analizaron 13 datos, una mediana de 62.7%; la moda de 46%; la mediana de 61.8%; una desviación estándar de 15%, un coeficiente de variación de 24.2%, el valor máximo de 90% y el valor mínimo de 42.7%, con un rango de 47.3%. Todos estos valores, analizados con un nivel de confianza de 95%.

7.2. Análisis de las historias médicas de los pediátricos atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes” Paita - 2019

7.2.1. Determinación la frecuencia de enteroparasitismo en las historias médicas de los pediátricos atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes” Paita - 2019

Tabla 17: Frecuencia de enteroparasitismo.

N°	Entero parasitismo	Frecuencia	Porcentaje
1	Si	40	26.7
2	No	110	73.3
Total		150	100

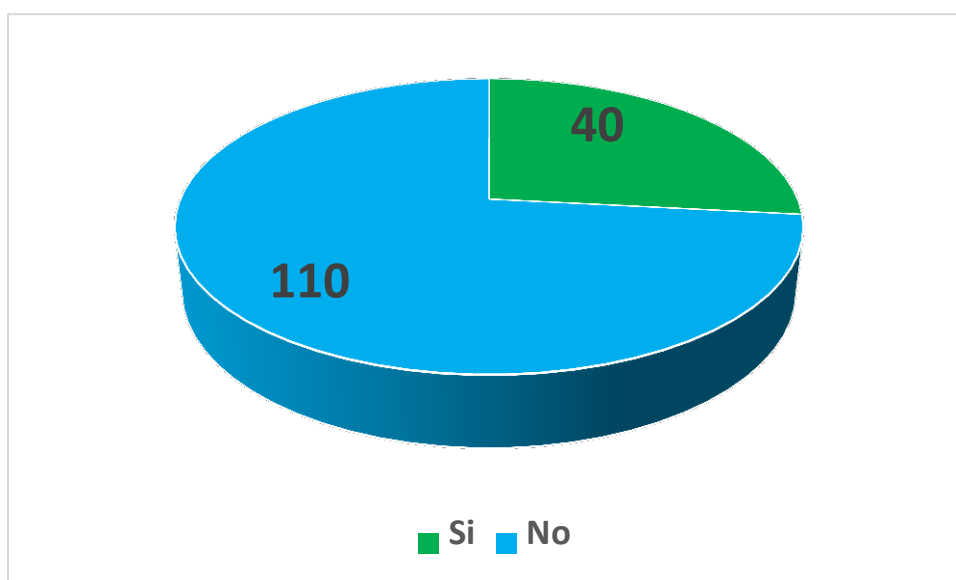


Figura 3: Frecuencia de enteroparasitismo.

Interpretación: Del total de historias médicas analizadas de los pacientes pediátricos atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes” Paita - 2019, 40 reportan enteroparasitismo y 110 no lo reportan.

Tabla 18: Tipo de enteroparasitismo.

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Monoenteroparásito	40	100,0



Figura 4: Tipo de enteroparasitismo.

Interpretación: El 100% de las historias analizadas, registran Monoenteroparásito, es decir, que solo se registra por historia médica, un solo parasito por paciente.

7.2.2. Identificación el enteroparásito más frecuente en pediátricos atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes” Paita - 2019

Tabla 19: Tipo de enteroparásito.

	Frecuencia	Porcentaje
Enteroparasitosis	7	17,5
Giardia	21	52,5
Enterogiosis	9	22,5
Válidos Blastocystis	1	2,5
Oxiuros	1	2,5
Entoameba	1	2,5
Total	40	100,0

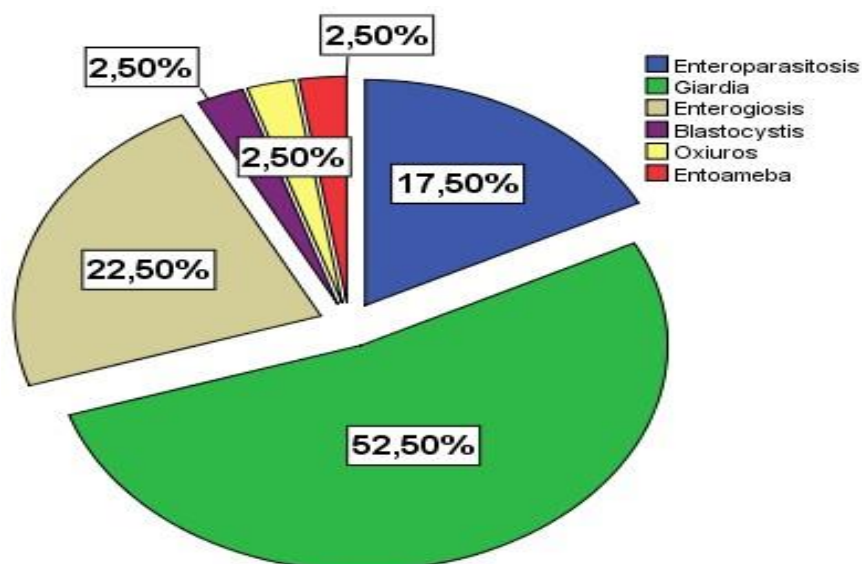


Figura 5: Tipo de enteroparásito.

Interpretación: Del total de historias analizadas con enteroparasitismo, el 52.50%, reporta como tipo de enteroparásito a Giardia; el 22.50%, a Enterogiosis; el 17.5%, a Enteroparasitosis; Blastocystis, Oxiuros y Entoameba, representan el 7.5%.

7.2.3. Identificación de los medicamentos prescritos en el tratamiento farmacológico en pediátricos con enteroparásitos atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes” Paita - 2019

Tabla 20: Medicamentos prescritos.

	Frecuencia	Porcentaje
Albendazol	17	42,5
Válidos Metronidazol	23	57,5
Total	40	100,0

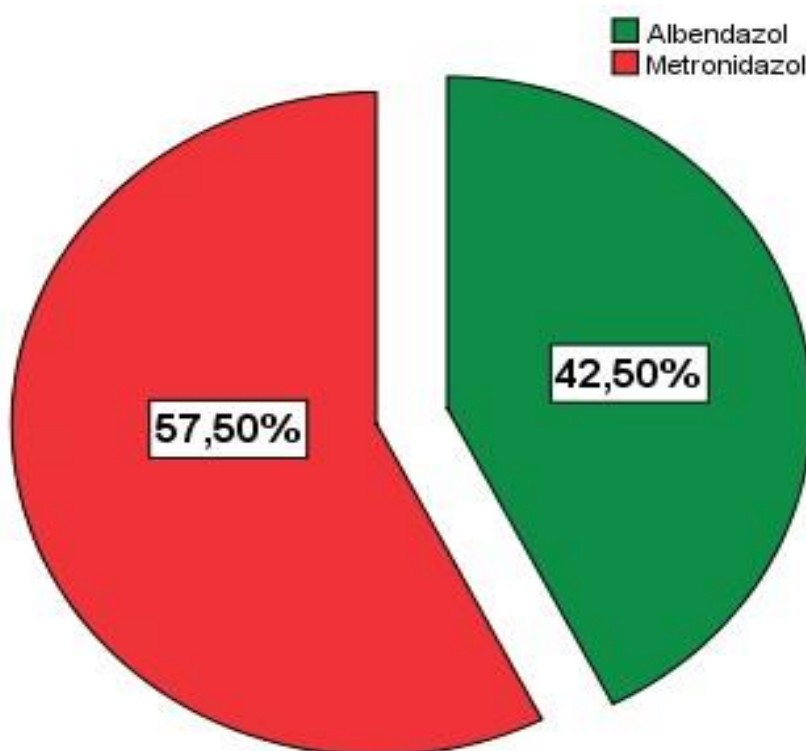


Figura 6: Medicamentos prescritos.

Interpretación: Del total de historias médicas que reportan enteroparasitismo, el 57.50%, registran al Metronidazol, como medicamento prescrito y el 42.50%, registran al Albendazol.

7.2.4. Identificación de las características del tratamiento farmacológico del enteroparasitismo en pediátricos atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes” Paita - 2019

Tabla 21: Forma medicamentosa.

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Suspensión	40	100,0

Interpretación: El 100% de las historias médicas analizadas que reportan enteroparasitismo, son prescriptos con medicamentos d en suspensión.

Tabla 22: Dosis del medicamento.

	Frecuencia	Porcentaje
200 ml	17	42,5
15 ml	21	52,5
Válidos 30 ml	1	2,5
120 ml	1	2,5
Total	40	100,0

Interpretación: El 52.5% de las historias médicas con enteroparasitismo, registran una dosis de 15 ml del medicamento prescripto; el 42.5%, 200 ml; el 2.5%, 120 ml y el 2.5%, 30 ml.

Tabla 23: Intervalo de Administración del medicamento.

	Frecuencia	Porcentaje
1 dosis	17	42,5
Válidos Cada 8 horas	23	57,5
Total	40	100,0

Interpretación: El 57.5% de las historias médicas con enteroparasitismo, registran un intervalo de administración del medicamento, cada 8 horas y el 42.5% de un sola dosis.

Tabla 24: Vía de Suministro del medicamento.

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Oral	40	100,0

Interpretación: El 100% de las historias médicas con enteroparasitismo, registran como vía de administración la oral.

Tabla 25: Tiempo de tratamiento del medicamento.

	Frecuencia	Porcentaje
Por 1 día	17	42,5
Válidos Por 7 días	23	57,5
Total	40	100,0

Interpretación: Del total de historias médicas con enteroparasitismo, el 57.5%, registran un tiempo de tratamiento de 7 días y el 42.5%, de 1 día.

Tabla 26: Resumen de los valores representativos de las características del tratamiento farmacológico del enteroparasitismo.

N°	Características del tratamiento farmacológico	Frecuencia	Porcentaje
1	Forma medicamentosa: Suspensión	40	100
2	Dosis del medicamento: 15 ml	21	52.5
3	Intervalo de Administración: Cada 8 horas	23	57.5
4	Vía de Suministro: Oral	40	100
5	Tiempo de tratamiento: Por 7 días	23	57.5

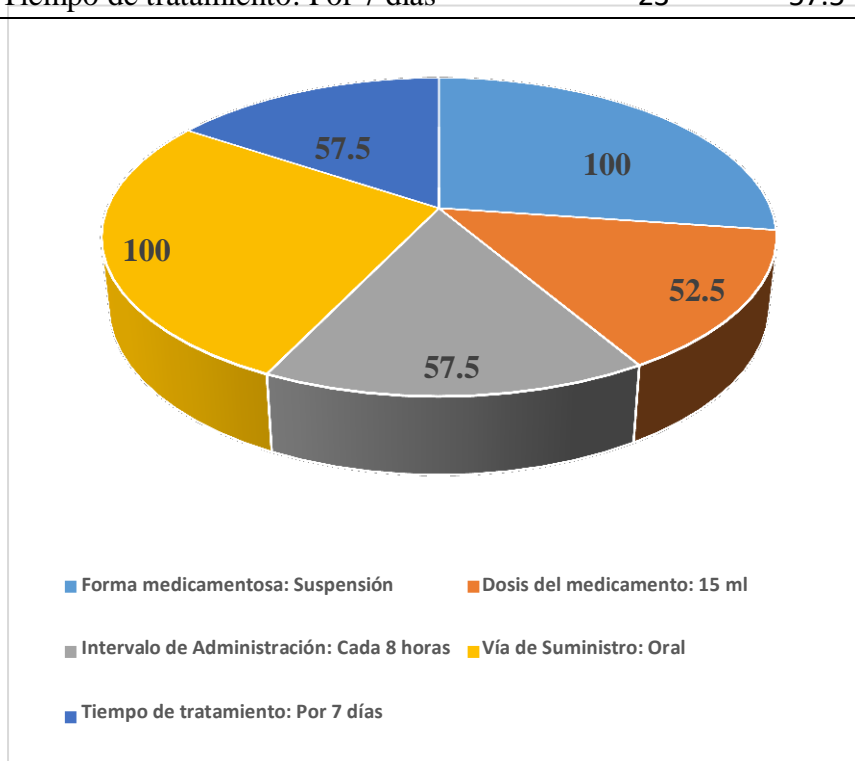


Figura 7: Resumen de los valores representativos de las características del tratamiento farmacológico del enteroparasitismo.

Interpretación: En la tabla y figura, se registran los valores porcentuales representativos de las características del tratamiento farmacológico del enteroparasitismo.

Tabla 27: Análisis estadístico descriptivo del resumen de los valores representativos de las características del tratamiento farmacológico del enteroparasitismo.

<i>Estadística Descriptiva</i>	
Numero de valores Analizados	5
Mediana	57.5
Moda	100
Media	73.5
Desviación estándar	24.3
Coefficiente de variación	33
Máximo	100
Mínimo	52.5
Rango	47.5
Nivel de confianza	95

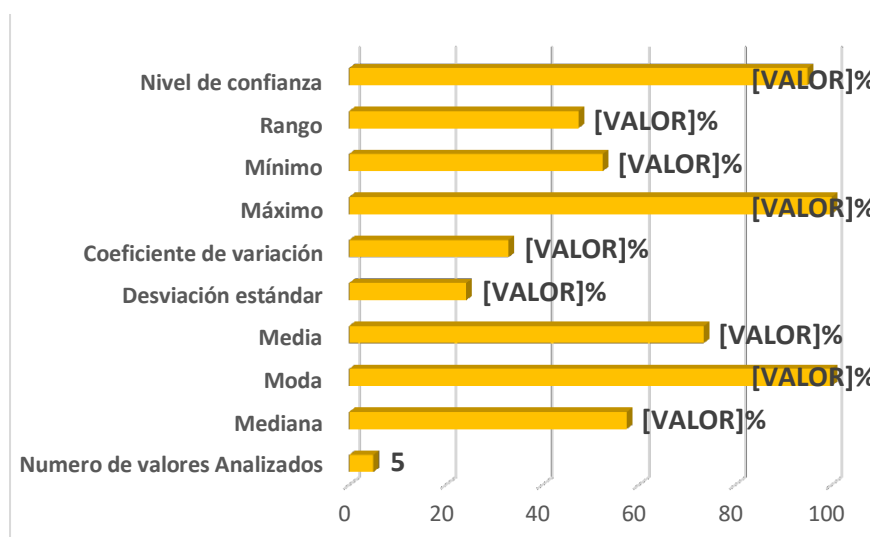


Figura 8: Análisis estadístico descriptivo del resumen de los valores representativos de las características del tratamiento farmacológico del enteroparasitismo.

Interpretación: El análisis estadístico descriptivo de las características del tratamiento farmacológico del enteroparasitismo, señalan que se analizaron 5 datos, una mediana de 57.5%; la moda de 100%; la media de 73.5%; una desviación estándar de 24.3%, un coeficiente de variación de 33%, el valor máximo de 100% y el valor mínimo de 52.5%, con un rango de 47.5%. Todos estos valores, analizados con un nivel de confianza de 95%.

8. DISCUSIÓN

La identificación de las características demográficas de los pediátricos atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, se encuentra registrados en las tablas 02 al 16. En la tabla 02, se evidencia que 61.3% es de sexo femenino y el 38.7% es masculino. La tabla 03, registra que el 42.7% manifiesta que su menor hijo(a), tiene de 1 a 5 años de edad; el 25.3% de 6 a 10 años; el 19.3% de 11 a 15 años y el 12.7% de 0 a 11 meses. La tabla 04 registra que el 46% de la población en estudio, señala que su menor hijo(a), no tiene escolaridad; el 24.7%, estudia primaria; el 16.7%, estudia secundaria y el 12.7%, estudia inicial. La tablas 05, registra que el 46% vive en una zona urbana marginal; el 40.7, en una zona urbana, el 13.3%, en una zona rural. En la tabla 06, se evidencia que el 72.7% de la población en estudio, señala que su ingreso económico familiar es de S/. 500 a S/. 1000; el 26%, de S/. 1001 a S/. 2000; y el 1.3%, es mayor a S/. 2000. La tabla 07, se evidencia que el 64%, señala que su menor hijo(a) tiene 80 cm a 110 cm; el 19.3% de 111 cm a 130 cm; el 12%, de 131 cm a 150 cm y el 4.7%, de 151 a 170 cm. En la tabla 08, se registra que el 82% de la población en estudio, señala que su menor hijo(a), tiene 20 kg a 40 kg de peso; el 16%, tiene de 41 kg a 60 kg; el 2%, tiene de 61 a 80 kg de peso. La tabla 09, registra que el 90%, tiene un IMC de 15% a 20%; el 7.3%, de 21% a 25% de IMC; el 2%, de 26% a 30% de IMC y el 0.7%, de 31% a 35% de IMC. En la tabla 10, se evidencia que el 48% de la población en estudio, señala que en casa viven 4 personas; el 34%, señala que 5 personas, el 17.3%, señalan que 3 personas; y el 0.7%, señala que son mayor que 5 personas. La tabla 11, señala que el 49.3%, señala que el piso de su vivienda es de suelo; el 48.7%, que es de cemento y el 2%, que es de madera. La tabla 12, se evidencia que el 62.7%, señala que el agua que consume es potable; el 36.7%, señala que lo compra y el 0.7%, señala que es de pozo. La tabla 13, señala que el 66% de la población en estudio, tiene animales de corral en casa; el 18.7%, no tiene animales en casa y el 15.3%, tiene como

mascota un perro. La tabla 14, registra que el 26% de la población en estudio, señala que su menor hijo(a), tiene enteroparasitos; el 74%, señala que no.

La tabla 15, registra los datos porcentuales representativos de las características demográficas de la población de estudio, señalando que el sexo predominante fue el femenino, con el 61,3%; la edad se encuentra entre 1 a 5 años, representado por el 42.7%; no presentan escolaridad, con el 46%; la zona de residencia es la urbana marginal, representada por el 72%; el ingreso económico, está dada por representada por S/. 500 a S/. 1000 con el 72%; la talla, está representada por 80 cm a 110 cm, con el 64%; el peso es de 20 Kg a 40 Kg, con el 82%; un IMC de 15% a 20%, representada con el 90%; en su casa viven 4 personas, que representa el 48%; tiene piso de su casa de suelo, representado por 49.3%; el consumir agua potable, representado por el 62.7%; tener aves de corral en su casa, representado por el 66% y no tener enteroparásito, representado por el 66%.

En la tabla 16, se registra los datos del análisis estadístico hecho a los valores del resumen de las características demográficas de la población en estudio, donde se señala que el número de datos analizados son 13; una mediana de 62.7%; la moda de 46%; la mediana de 61.8%; una desviación estándar de 15%, un coeficiente de variación de 24.2%, el valor máximo de 90% y el valor mínimo de 42.7%, con un rango de 47.3%. Todos estos valores, analizados con un nivel de confianza de 95%. De estos valores, el coeficiente de variación (valor es 24.2%), valor que es menor al 30%, señalando que los datos analizados son homogéneos y por lo tanto representan a la población en estudio.

En la tabla 17, se registra la frecuencia del enteroparasitismo que se encuentran registrados en las historias médicas, donde se señala que 40 historias evidencian la presencia de enteroparasitismo y 110 no presenta.

Además de ello, la tabla 18, señala que 100% de las 40 historias médicas, presentan Monoenteroparásito.

La tabla 19, señala que del total de historias analizadas con enteroparasitismo, el 52.50%, reporta como tipo de enteroparásito a Giardia; el 22.50%, a Enterogiosis; el 17.5%, a Enteroparasitosis; Blastocystis, Oxiuros y Entoameba, representan el 7.5%.

Con lo correspondiente a la identificación del medicamento prescrito, la tabla 20, registra que del total de historias médicas que reportan enteroparasitismo, el 57.50%, registran al Metronidazol, como medicamento prescrito y el 42.50%, registran al Albendazol.

Las características del tratamiento farmacológico del enteroparasitismo en pediátricos atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes” Paita - 2019, se encuentran registradas en las tablas 21 al 27. En la tabla 26, se registra los datos porcentuales representativos, donde se señala que la forma medicamentosa es la suspensión, con el 100%; la dosis es 15 ml, representada por el 52.5%; el intervalo de administración es de cada 8 horas, representado por el 57.5%; la vía de administración es la oral, representada por 100% y, por último, el tiempo de tratamiento es de 7 días, representado por el 57.5%. En la tabla 27, se registra los datos del análisis estadístico de los valores del resumen de las características del tratamiento farmacológico del enteroparasitismo, donde se señala que se analizaron 5 datos, una mediana de 57.5%; la moda de 100%; la media de 73.5%; una desviación estándar de 24.3%, un coeficiente de variación de 33%, el valor máximo de 100% y el valor mínimo de 52.5%, con un rango de 47.5%. Todos estos valores, analizados con un nivel de confianza de 95%. De estos valores, el coeficiente de variación (valor es 33%), cuyo valor es ligeramente mayor al 30%, valor que indica, que los datos analizados son heterogéneos y por lo tanto son datos que no representan a la población.

Según Vinueza (2014), estudio 96 niños, toda la población estudiada tiene parasitosis con protozoarios que representa el 93% y de helmintos con un 6%; mientras tanto en el presente estudio, la prevalencia del parasitismo en la población estudiada es 26.7%; esto nos da a conocer que la comunidad de Tanalahua es mayor al del Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes” Paita. En el mismo sentido Hellman y Arbo (2016), en su estudio los resultados señalan que la prevalencia de parasitosis intestinal fue de 85%, prevalencia que es mayor a la prevalencia de parasitosis encontrada en el presente estudio, que fue el 26.7%.

Acosta, Jadan, y Garzon (2015) en su estudio reporta que la prevalencia encontrada en parásitos fue la *Ameba histolitica* vegetativa, que predomino con un 43%, mientras que el enteroparásito más frecuente en las historias médicas analizadas en la población del presente estudio es *Giardia lamblia*. Fumado (2015) en su estudio, reporta que los fármacos antiparasitarios de mayor uso son el albendazol, mebendazol, ivermectina, mepacrina, prazicuantel, niclosamida y nitazoxamida, mientras que en el presente estudio, los medicamentos más utilizado es el metronidazol y albendazol. Estos datos señalan que existe una coincidencia en dos medicamentos que reportan, metronidazol y Albendazol.

De La Cruz y Villagaray (2014), en su estudio reportan que el 37.5% de las muestras positivas con *Giardia lamblia* y en el estudio realizado en el Hospital “Nuestra Señora de la Mercedes” de Paita, los resultados señalan que el enteroparásito más prevalente es *Giardia lamblia*, datos que son similares en ambas investigaciones.

Panduro (2015) en su estudio, los resultados hallado señalan que la prevalencia de parasitosis intestinal fue del 74.3%, donde el parasito de mayor prevalencia fue *Áscaris lumbricoides* con el 15.3% y el de menor

prevalencia fue *Giardia lamblia* con el 9.3%. Al hacer un comparativo con los resultados del presente estudio, la prevalencia de parasitosis intestinal que reportan De La Cruz y Villagaray, es mayor al reportado en el presente estudio, además, el presente estudio, reporta como enteroparásito de mayor frecuencia es *Giardia lamblia* con el 52.50%, valor muy superior al reportado por De La Cruz y Villagaray.

Alca y Aquino (2015) reporta que el 63% de niños estudiado presentaron algún tipo de parásito, teniendo una prevalencia mayor al encontrado al presente estudio. Del mismo modo Cacánhuaray (2017), reporte una prevalencia del 92%; Tovar e Ynfantes (2018) reportan una prevalencia del 80 % de enteroparásito y Herrera (2018) reporta el 61,50% de la población que estudio tenía enteroparásito, estos datos son mayor al reporte del presente estudio.

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

9.1. CONCLUSIONES

9.1.1.1. La prevalencia del parasitismo en la población encuestada es del 26% y de las historias médicas analizadas es del 26.7%. Y, las características del tratamiento farmacológico es tan representadas por forma medicamentosa es la suspensión, la dosis es 15 ml, el intervalo de administración es de cada 8 horas, la vía de administración es la oral, y el tiempo de tratamiento es de 7 días.

9.1.1.2. Las características demográficas de los pediátricos atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, Paita – 2019, están representados por el sexo predominante fue el femenino, la edad se encuentra entre 1 a 5 años, no presentan escolaridad, la zona de residencia es la urbana marginal, el ingreso económico, está dada por representada por S/. 500 a S/. 1000, la talla es de 80 cm a 110 cm, el peso es de 20 Kg a 40 Kg, el IMC de 15% a 20%, en su casa viven 4 personas, tienen piso de su casa de suelo, el consumo de agua es potable, tienen aves de corral en su casa.

9.1.1.3. La frecuencia de enteroparasitismo en pediátricos atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes” Paita - 2019, es de 39 niños en las encuestados realizadas a los tutores de los pacientes pediátricas y en las historias médicas es de 40 niños.

9.1.1.4. El enteroparásito más frecuente de las historias médicas analizadas, de los pacientes pediátricos atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, Paita – 2019, está representado por la Giardia.

9.1.1.5. El Metronidazol y Albendazol, son los medicamentos prescritos en el tratamiento farmacológico en pediátricos con enteroparásitos atendidos en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes” Paita - 2019.

El Metronidazol como forma medicamentosa, una dosis de 15 ml en 24 horas, en un intervalo de 5 ml de administración cada 8 horas, la vía de administración oral, el tiempo de tratamiento es de 7 días; son las características del tratamiento

farmacológico del enteroparasitismo en pediátricos atendidos en el Hospital
“Nuestra Señora de las Mercedes” Paita - 2019.

9.2. RECOMENDACIONES

Según los resultados obtenidos recomendamos a las autoridades competentes implementar programas para asegurar que la población en mención tenga conocimiento de cómo nos infectamos de parásitos y como prevenirlo y de esta manera disminuir el parasitismo en la población infantil dentro de nuestra comunidad.

Los padres no auto medicar a sus hijos sin tener un análisis previo de laboratorio para identificar qué tipo de parásito tiene para darle el medicamento correcto y la dosis adecuada.

Para evitar la parasitosis en pediátricos es necesario la intervención de los padres y si son niños de edad escolar, la ayuda de los maestros debe ser enfocado a orientar a los niños a tener una mejor higiene al ingerir todo tipo de alimentos y así disminuir la prevalencia de parasitosis en la comunidad, centros educativos y en el hogar.

10. AGRADECIMIENTOS

Agradecer a mi Dios, por su ayuda e inmenso amor, por ello que cumplo mi formación profesional.

A Jorge y Eida, por su amor y apoyo incondicional, durante esta mi vida de formación profesional.

A mi hermana Elizabeth, porque sin su apoyo no cumpliría esta mi meta profesional.

A la Universidad San Pedro, por ser mi casa de estudio, de mi formación profesional.

A mis docentes, por su guía, paciencia y orientación, durante este mi proceso de formación profesional.

A mis compañeros de aula y amigos, gracias por el apoyo.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, R., Jadán, A. y Garzón, P. (2015). Parasitosis y factores de riesgo asociados en niños menores de 2 años de edad que acuden a la consulta externa de La Fundación Pablo Jaramillo. Marzo - Agosto 2014.” Cuenca 2015. Universidad de Cuenca. Ecuador. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22436/1/tesis%20pdf.pdf>
- Alcca, B. y Aquino, S. (2015). Parasitosis intestinal parasitosis intestinal en los niños de 2 a 10 años por los canes que crían en casa del centro educativo “Mi pequeño hogar” en el AA.HH Túpac Amaru de Ate - Vitarte, 2013 - 2014. Universidad Wiener. Lima - Perú. Recuperado de http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/279/ALCC_A%20%26%20AQUINO.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Cacñahuaray, S. (2017). Factores sanitarios asociados y prevalencia de enteroparasitos en niños de 3 a 13 años IE N° 20955-2 Naciones Unidas del asentamiento humano de Santa Cruz de Cajamarquilla, Lurigancho – Chosica. Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Perú. Recuperado de <http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/1449/TESIS%20CAC%C3%91AHUARAY%20CONDORI%20SARITA.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- CITE. (2016). Gran Diccionario de la Lengua Española. Recuperado de <https://es.thefreedictionary.com/farmacol%C3%B3gico>
- De la Cruz, G. y Villagaray, J. (2014). Prevalencia de *Giardia lamblia* en diarreas agudas en niños menores de 5 años de edad, que se atienden en el centro de salud de los Aquijes - Ica. Junio a setiembre 2013. Universidad Nacional San Luis Gonzaca de Ica. Perú. Recuperado de <http://repositorio.unica.edu.pe/bitstream/handle/UNICA/1922/500.040.000025.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Fumadó, V. (2015). Parasitosis intestinal. Rev. Pediatr Integral. 19(1): 58 – 65. Recuperado de https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix01/06/n1-058-065_Vicky%20Fumado.pdf

- Fundación INDIG (2016). La infancia y sus etapas. España.
Recuperado de
https://fundacionindig.com/wp-content/uploads/2016/03/NOTICIAS-INFANTIL_pdf.pdf
- Hellman, V. y Arbo, A. (2016). Prevalencia de Enteroparásitos en Niños de una Comunidad Ache de Alto Paraná. Rev. Inst. Med. Trop. 11(1): 3 – 9. Paraguay. Recuperado de:
<http://scielo.iics.una.py/pdf/imt/v11n1/v11n1a02.pdf>
- Herrera, M. (2018). Enteroparasitosis en escolares de 3 a 12 años del Centro Poblado Urbano “Nuevo Sullana”. Universidad Nacional de Piura. Perú.
Recuperado de:
<http://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1315/CIE-HER-ROA-18.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ibáñez, C, (2912). Que es la incidencia y la prevalencia de una enfermedad.
Recuperado de:
http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2012/02/29/133136
- Licon, T., Medina, M., Acosta, S y Tinoco, R. (2014). Parasitismo Intestinal y Anemia en niños. Universidad Nacional Autónoma De Honduras. Honduras.
<http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/Parasitismo.Intestinal.y.Anemia.en.ninos/pdf/Parasitismo.Intestinal.y.Anemia.en.ninos.pdf>
- Magaraci, G. (2018). Medidas básicas de prevención asociadas a la enfermedad diarreica aguda en niños menores de cinco años del asentamiento humano Torres de Melgar del distrito de Villa María del Triunfo en el periodo enero – diciembre del 2016. Universidad Privada San Juan Bautista. Lima – Perú. Recuperado de
<http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1642/T-TPMC-%20Gabriela%20Johanna%20%20Magaraci%20Castro.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Mansilla, M.E. (2000) Etapas del desarrollo humano. Revista de Investigación en Psicología. 3(2): 105 – 116. Recuperado de
https://www.researchgate.net/publication/319474635_Etapas_del_desarrollo_humano

- Moreno, A., López, L. y Corcho, A. (2000). Principales medidas en epidemiología. Rev. Salud Pública de México. 42(4): 337 – 446. México. Recuperado de <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2015/11/epibasica- spm.pdf>
- Nakandakari, M. y De la Rosa, D. y Beltran, M. (2016). Enteroparasitosis en niños de una comunidad rural de Lima-Perú. Rev. Med Hered. 27: 96 – 99. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v27n2/a05v27n2.pdf>
- Panduro, K. (2015). Factores relacionados con parasitosis intestinal y su prevalencia en infantes de 0 a 5 años, atendidos en los meses de febrero a julio, en el C.S. Moronacocha. Iquitos - Perú, 2014. Universidad Nacional De La Amazonía Peruana. Perú. Recuperado de http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3886/Karla_Tesis_Titu_lo_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pérez, J. y Merino, M. (2013). Definición de tratamiento. Recuperado de <https://definicion.de/tratamiento/>
- Quispe, M. (2017). Prevalencia p de parasitosis intestinal en niños de 3 a 6 años de la I.E. Andrés Avelino Cáceres N° 7235 y su relación con los parásitos de los canes que crían en casa, Villa María del Triunfo, año 2016. Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Perú. Recuperado de http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/1797/TESIS_MIRTHA%20QUISPE%20CANO.pdf?sequence=2
- Tovar, R. (2018). Parasitosis intestinal relacionado con los factores socioeconómicos y ambientales en niños de 1 a 12 años de los albergues provisionales de la asociación de Carapongo en Lurigancho-Chosica, durante los desastres naturales ocurridos en marzo, 2017. Universidad Nolbert Wiener. Lima-Perú. Recuperado de <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1743/TITULO%20-%20Tovar%20Ticse%2C%20Rosmery%20Dionicia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vinueza, P. (2014). Influencia de la parasitosis en el estado nutricional de niños en etapa escolar de 5-12 años de la escuela “La Libertad” en la

Comunidad de Tanlahua. Pontificia Universidad Católica del
Ecuador. Ecuador. Recuperado de
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7705/Tesis%20Paulina%20V%20inueza.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



12. ANEXOS Y APÉNDICE

Anexo N° 01: Instrumento - Cuestionario

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FILIAL PIURA
ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

“Prevalencia de enteroparasitos y sus características del tratamiento farmacológico en pacientes pediátricos del Hospital Paita 2019”

Br. Correa Odar, Jorge.

CUESTIONARIO

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	1. Sexo:
	a. Masculino
	b. Femenino
	2. Edad:
	a. 0 a 11 meses
	b. 1 a 5 años

	c. 6 a 10 años
	d. 11 a 15 años
	3. Escolaridad:
	a. Ninguna
	b. Inicial
	c. Primaria
	d. Secundaria
	4. Zona de Residencia:
	a. Urbana
	b. Urbana Marginal
	c. Rural
	5. Ingreso económico familiar:
	a. S/. 500 a S/. 1000
	b. S/. 1001 a S/. 2000
	c. > S/. 2000
	6. Talla:
	7. Peso:
	8. I.M.C.
	9. Cuantas personas viven en casa
	a. Tres
	b. Cuatro
	c. Cinco
	d. > a Cinco
	10. Como es el piso de su casa:
	a. Cemento
	b. Madera
	c. Suelo
	11. El agua que consume es:
	a. Potable (grifo).
	b. Pozo.
	c. Compra
	d. Canal.
	12. Que mascota tiene en casa:
	a. Perro
	b. Gato
	c. Animales de corral.
	d. Ninguno
PREVALENCIA	13. Presenta enteroparásitos
	a. Si
	b. No
A	c. No sabe

Anexo N° 02: Instrumento – Ficha técnica



**UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FILIAL PIURA**

ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

“Prevalencia de enteroparasitos y sus características del tratamiento farmacológico en pacientes pediátricos del Hospital Paita 2019.”

Br. Correa Odar, Jorge.

FICHA TÉCNICA DE OBSERVACIÓN

N°	PREVALENCIA DE ENTEROPARASITISMO		CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO					
	ENTEROPARASITISMO	ENTEROPARÁSITO	MEDICAMENTO DE TRATAMIENTO	FORMA	DOSIS	INTERVALO DE ADMINISTRACIÓN	VIA DE ADMINISTRACIÓN	TIEMPO DE TRATAMIENTO
1	a. Monoenteroparásito							
	b. Dienteroparásito.							
	c. Polienteroparásito.							
2	a. Monoenteroparásito							
	b. Dienteroparásito.							
	c. Polienteroparásito.							
3	a. Monoenteroparásito							
	b. Dienteroparásito.							
	c. Polienteroparásito.							
4	a. Monoenteroparásito							
	b. Dienteroparásito.							
	c. Polienteroparásito.							
5	a. Monoenteroparásito							
	b. Dienteroparásito.							
	c. Polienteroparásito.							

Anexo N° 03: Instrumento - Ficha Técnica de Análisis Bibliográfico

N°	Título de la investigación	Autor	Año	Información Relevante Encontrada
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Anexo N° 04: Evidencias fotográficas.



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



Foto N° 02: Investigador analizando las historias médicas, del Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes” – Paita.



Foto N° 03: Investigador analizando las historias médicas, del Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes” – Paita.



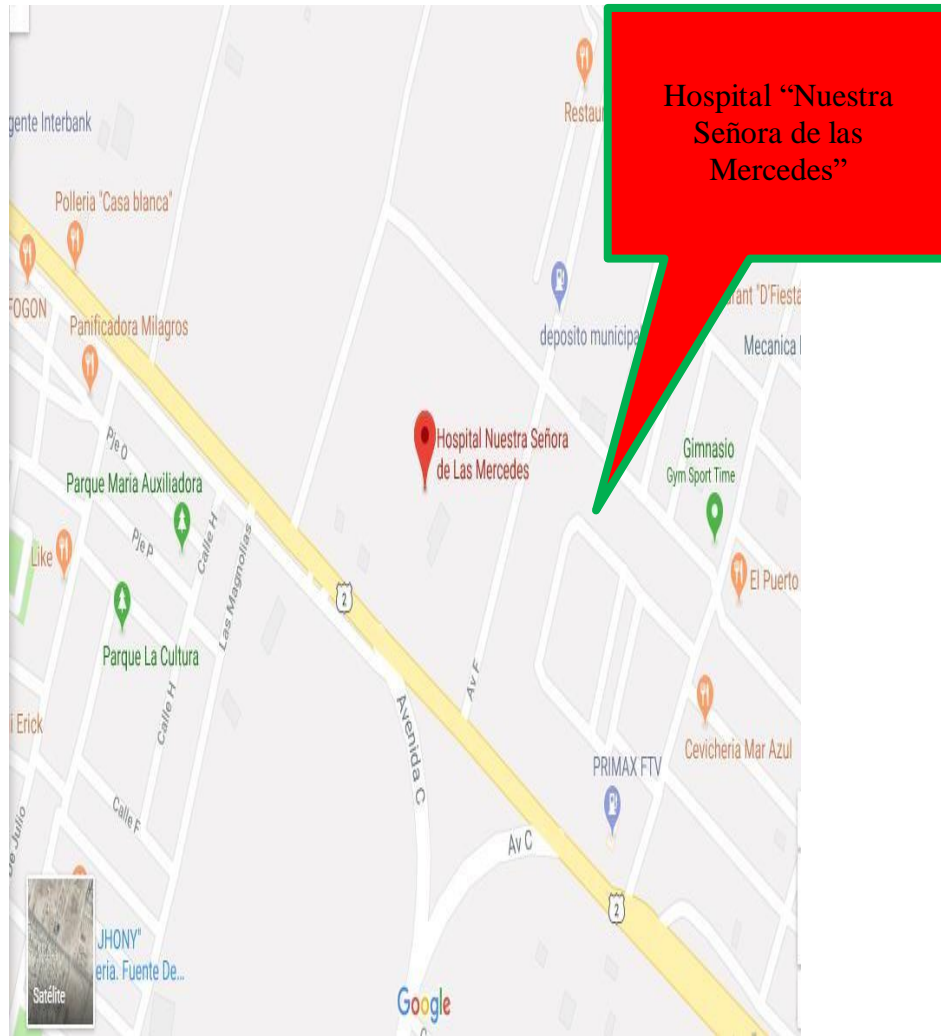
Foto N° 04: Investigador encuestando a madre de paciente pediátrico del Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes” – Paita.



Foto N° 05: Investigador encuestando a madre de paciente pediátrico del Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes” – Paíta.

6.2. Apéndices

Apéndice N° 01: Ubicación geográfica del hospital “Nuestra Señora de las Mercedes” de Paita.



Fuente: Google Map.

Apéndice N° 02: Solicitud de autorización para la ejecución del proyecto

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD"

Paita 19 de marzo del 2019

SOLICITO:

Autorización para la ejecución de Tesis para Obtener el Título Profesional de Químico Farmacéutico.

Dr: Aldo Yancarlo Borrero Zeta

Director del "Hospital Nuestra Señora de las Mercedes" Paita Ciudad



Yo, Jorge Eduardo Correa Odar, Identificado con DNI N° 25830054 con domicilio legal Av Santa Rosa N° 282, Sullana, egresado de la Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica de la Universidad San Pedro, filial Piura. Ante Ud. me presento y expongo:

Que, al haber culminado mis estudios y haber obtenido mi Grado de Bachiller y proseguir con la obtención de mi Título Profesional, para lo cual me es necesario realizar mi tesis titulada "PREVALENCIA DE ENTEROPARASITOS Y SU TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN INFANTES DE UN HOSPITAL (ABRIL – JULIO), PAITA - 2019"; por ello pido a usted me autorice y dé las facilidades para la ejecución y culminación de la misma.

Razón por la cual me dirijo a su digno despacho con la finalidad de contar con su apoyo y de esta forma culminar con éxito mi trabajo de investigación.

POR LO EXPUESTO:

A usted ruego se sirva acceder a mi solicitud, gracias que espero alcanzar de su respectable despacho.

BR. Jorge Eduardo Correa Odar

Apéndice N° 03: Autorización para la ejecución del proyecto



GOBIERNO REGIONAL DE PIURA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE PIURA
E.S. II-1 HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES PAITA

Paita, 20 de Marzo del 2019

CARTA N° 068 -2019-GRP-DSRSP-HLMP-DG.

Br. JORGE EDUARDO CORREA ODAR
CIUDAD

ASUNTO : Brindar Facilidades a Trabajo de Investigación

REFERENCIA : Documento s/n de fecha 20/03/2019

De acuerdo al documento de la referencia, autorizo a la Br. Jorge Eduardo Correa Odar para que realice su Tesis: "PREVALENCIA DE ENTEROPARASITOS Y SU9 TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN INFANTES DE UN HOSPITAL (ABRIL- JULIO) , PAITA2019 .

Indico al Jefe de Admisión, Jefe de Estadística y Coordinadora de Pediatría, dar las facilidades que el caso requiere, bajo responsabilidad.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE PIURA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE PIURA
E.S. II-1 HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES, PAITA
DR. ALDO BORRO ZETA
DIRECTOR EJECUTIVO
C.M.P. N° 54527

C.c.: Admisión
Estadística
Serv. Pediatría
Archivo
ABZ/agca.

Apéndice N° 04: Validación del instrumento por juicio de especialistas

Especialista N° 01



FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR ESPECIALISTA
 "PREVALENCIA DE ENTEROPARASITOS Y SU TRATAMIENTO
 FARMACOLÓGICO EN INFANTES DE UN HOSPITAL (ABRIL – JULIO),
 PAITA - 2019"

BR. CORREA ODAR JORGE EDUARDO.

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	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				
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: Q.F. Jany E. Pachas Alvarado						DNI: 028 226 91				FECHA: 20/03/2019			
FIRMA: 						TELEFONO: 958879493				e-mail: jenvpachas@gmail.com			

GOBIERNO REGIONAL DE PIURA
 DIRECCIÓN REGIONAL INDIUPEC
 Q.F. Jany Eugenia Pachas Alvarado
 CQFP 19630
 JEFE DE FARMACIA



FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR ESPECIALISTA

“PREVALENCIA DE ENTEROPARASITOS Y SU TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN INFANTES DE UN HOSPITAL (ABRIL – JULIO), PAITA - 2019”

BR. CORREA ODAR JORGE EDUARDO.

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	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			
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: WINSTON FRANK RODRIGUEZ ZUNIGA					DNI: 41529037					FECHA: 20/03/2019.		
FIRMA: 					TELEFONO: 996464518					e-mail: winstrg_25@hotmail.com.		

INSTITUTO PERUANO DE SALUD S.P.A.

 SUB REGIÓN DE SALUD E.C.

 WINSF RODRIGUEZ ZUNIGA

 COFR 10083

 JEFE DE ALMACÉN y ESPECIALISTA