

# Prevalencia de parasitosis intestinal en niños menores de diez años

## Prevalence of intestinal parasitosis in children under ten years of age

CHILA, Nelly S.<sup>1</sup>

MALDONADO, Beatríz M.<sup>2</sup>

### Resumen

Las enfermedades parasitarias siguen impactando significativamente en la población mundial, sobre todo en regiones menos desarrolladas. Estas constituyen un riesgo para la salud de millones de personas en todo el mundo, siendo los niños el grupo más vulnerable. Para este estudio se evaluaron 105 muestras correspondientes a niños de uno a diez años. Estas fueron analizadas con el método coproparasitario directo. El protozoo que tuvo mayor frecuencia fue la *Entamoeba histolytica* con el 50,60% seguido del helminto *Ascaris lumbricoides* 29,30%.

**Palabras clave:** parasitosis infantil, método coproparasitario, *entamoeba histolytica*, *ascaris lumbricoides*

### Abstract

Parasites continue to have a significant impact on the world population, especially diseases in less developed regions. These constitute a risk to the health of millions of people around the world, with children being the most vulnerable group. For this study, 105 samples corresponding to children from one to ten years old were evaluated. These were analyzed with the direct coproparasitic method. The protozoan with the highest frequency was the *Entamoeba histolytica* with 50.60% followed by the helminth *Ascaris lumbricoides* with 29.30%.

**key words:** infantile parasitosis, coproparasitic method, *entamoeba histolytica*, *ascaris lumbricoides*

## 1. Introducción

Las enfermedades parasitarias siguen teniendo un impacto significativo en la población mundial, sobre todo en regiones poco desarrolladas, donde los esfuerzos dedicados a la atención de la salud, las medidas de saneamiento y el control de vectores distan de ser adecuados. Sin embargo, la mayor movilidad, la inmigración y el desplazamiento de la población son factores que amplían los límites geográficos de algunas enfermedades o crean nuevos problemas de salud en áreas no afectadas previamente (áreas no endémicas). Tanto la urbanización como el movimiento hacia áreas suburbanas causan problemas especiales. El hacinamiento en las áreas urbanas pone a prueba las condiciones sanitarias y el control de las especies parásitas más frecuentes

<sup>1</sup> Licenciada en Laboratorio Clínico. Hospital básico Borbón.

<sup>2</sup> Docente-Investigadora . Pontificia Universidad Católica del Ecuador, sede Esmeraldas. beatriz.maldonado@pucese.edu.ec

transmitidas a través del contacto con tierra. El desplazamiento hacia áreas rurales expone a la población no inmunizada a una variedad de infecciones parasitarias por vectores (Lawrence & Thomas, 2010), Marcos et al., 2002).

En países subdesarrollados como el Ecuador, la escasez de agua potable, las malas condiciones higiénicas, el deficiente saneamiento ambiental, las características geográficas del lugar y las condiciones socioeconómicas están asociados a la presencia de parásitos intestinales y hemáticos (Gregorys & Cuéllar, 2008)

En Ecuador, más del 80% de la población rural tiene parásitos, representando una importante cifra para los controles sanitarios y sistemas de salud. Las soluciones para evitar este tipo de enfermedad consisten en mejorar el nivel de vida, alimentación adecuada, vivienda, educación y saneamiento ambiental. Sin embargo, un alto porcentaje de personas no cuenta con ello, por lo que es necesario educar a la población sobre prevención de las enfermedades parasitarias (Gregorys & Cuéllar, 2008).

La ciudad de Esmeraldas es una de las más afectadas en cuanto a la calidad de vida de sus habitantes, presentando condiciones inadecuadas en los servicios básicos, en la infraestructura sanitaria y en la calidad de las aguas. La comunidad de Zapallo Grande, ubicada en la Provincia de Esmeraldas, es una de las más sensibles debido a la carencia de servicios sanitarios apropiados, que afectan de forma significativa las condiciones de la niñez (Toapanta, 2007).

Este trabajo se centra en la evaluación de la prevalencia de parasitosis humana en los niños menores de diez años que residen en la comunidad de Zapallo Grande, esto con el fin de aportar en las mejoras de la infraestructura sanitaria, así como dar a conocer los riesgos de esta enfermedad en la población infantil.

### **1.1. La parasitosis intestinal**

Es una enfermedad infectocontagiosa, causada por parásitos que se alojan especialmente en el sistema digestivo, que ingresan al organismo a través de la ingesta del agua o alimentos contaminados con materia fecal que contienen los huevos o quistes de los parásitos, que interfieren en la absorción, excreción y metabolismo de los alimentos, retardan el desarrollo mental y físico de los niños provocando en ellos pérdida de peso, diarrea, dolor abdominal, desgaste mental inclusive hasta la muerte (Gregorys & Cuéllar, 2008).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a las infecciones parasitarias como un serio problema de salud, debido a la alta morbilidad y mortalidad que causa, las cuales están estrechamente ligadas con la pobreza, deficiencia de condiciones sanitarias y socioculturales, afectando el desarrollo económico de un país y la calidad de vida de sus habitantes (Mistry et al., 2011).

En América Latina uno de los países más afectados por esta enfermedad es Ecuador, le siguen Brasil, Bolivia y Colombia (Mistry et al., 2011).

Conocer los factores que influyen en la proliferación de la enfermedad es fundamental para intentar reducir sus efectos en la población. Algunos autores (Raymundo et al., sf ) exponen que las altas cifras de parasitosis en infantes, es causada por condiciones de vida precarias, que incluyen la falta de higiene en la preparación de alimentos, malos hábitos de limpieza, consumo de aguas contaminadas, entre otros.

Conocer la prevalencia de parasitosis en la comunidad de Zapallo Grande, puede ser de vital importancia para el control de la enfermedad, así mismo, resulta de gran relevancia tener datos actualizados sobre las infecciones parasitarias de la comunidad, para con ello definir políticas públicas de mejoramiento de las condiciones de salubridad y de las conductas higiénicas de la población.

## 1.2. Clasificación de los parásitos

Los parásitos se dividen en dos grandes grupos entre estos tenemos a los protozoos y helmintos (Devera et al., 2003):

### 1.2.1. Protozoos

Afectación digestiva y potencialmente en tejidos:

*Entamoeba histolytica*

Afectación exclusivamente digestiva

*Giardia intestinalis (lamblia)*

*Blastocystis hominis*

### 1.2.2. Helmintos

#### a. Nematodos

Afectación digestiva y pulmonar

*Ascaris Lumbricoides*

*Necator americanus*

Afectación exclusivamente digestiva

*Trichuris trichiura:*

*Enterobius vermiculares*

#### b. Platelminos

Afectación exclusivamente digestiva y potencialmente en tejidos

*Taenia solium*

*Taenia saginata*

## 1.3. Giardiasis (*Giardia lamblia*)

### 1.3.1. Etiopatogenia

Se trata de la parasitosis intestinal más frecuente a nivel mundial, con distribución universal, los quistes son eliminados con las heces.

Los quistes son muy infectantes y pueden permanecer viables por largos períodos de tiempo en suelos y aguas hasta que vuelven a ser ingeridos mediante alimentos contaminados. Muy frecuente en niños de zonas endémicas y adultos que viajan a este tipo de lugares.

### 1.3.2. Diagnóstico

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

### 1.3.3. Clínica

La sintomatología puede ser muy variada:

a) asintomático: más frecuente en niños de áreas endémicas;

b) giardiasis aguda: diarrea acuosa que puede cambiar sus características a esteatorreicas, deposiciones muy fétidas, distensión abdominal con dolor y pérdida de peso.

## 1.4. Amebiasis (*Entamoeba histolytica*)

### 1.4.1. Etiopatogenia

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

### **1.4.2. Clínica**

Muy variada, desde formas asintomáticas hasta cuadros fulminantes:

- a. Amebiasis asintomática: representa el 90% del total.
- b. Amebiasis intestinal invasora aguda o colitis amebiana disintérica: gran número de deposiciones con contenido mucoso y hemático, tenesmo franco, con volumen de la deposición muy abundante en un principio y casi inexistente posteriormente, dolor abdominal importante, tipo cólico.
- c. Amebiasis intestinal invasora crónica o colitis amebiana no disintérica: dolor abdominal tipo cólico con cambio del ritmo intestinal, intercalando periodos de estreñimiento con deposiciones diarreicas, tenesmo leve, sensación de plenitud posprandial, náuseas, distensión abdominal, meteorismo y borborigmos.

### **1.4.3. Diagnóstico**

Mediante visualización de quistes en materia fecal o de trofozoítos en cuadro agudo con deposiciones acuosas.

## **1.5. Tricocefalosis (*Trichuris trichiura*)**

### **1.5.1. Etiopatogenia**

Geohelmintiasis producida por la ingesta de huevos embrionados procedente de alimentos, tierra (típico en niños) o aguas contaminadas. Las larvas maduran en ciego y colon ascendente, donde permanecen enclavados a la mucosa, produciendo lesión mecánica y traumática con inflamación local, y desde donde vuelvan a producir nuevos huevos fértiles que son eliminados por materia fecal.

### **1.5.2. Clínica**

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

### **1.5.3. Diagnóstico**

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

## **1.6. Ascariosis (*Ascaris lumbricoides*)**

### **1.6.1. Etiopatogenia**

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

### **1.6.2. Clínica**

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

### **1.6.3. Diagnóstico**

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

## **1.7. Teniasis (*Taenia saginata* y *Taenia solium*)**

### **1.7.1. Etiopatogenia**

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

### **1.7.2. Clínica**

Es escasa, principalmente de tipo irritativa mecánica, e inespecífica: meteorismo, náuseas, dolor abdominal, y otros. 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 ( MMII) dejando un líquido lechoso muy pruriginoso y muy rico en huevos.

### **1.7.3. Diagnóstico**

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

## **1.8. Oxiuriasis (*Enterobius vermicularis*)**

### **1.8.1. Etiopatogenia**

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

### **1.8.2. Clínica**

Mucho más habitual en niños que en adultos, frecuentemente asintomática. Síntomas por acción mecánica (prurito o sensación de cuerpo extraño), invasión genital (vulvovaginitis), despertares nocturnos, sobreinfección secundaria a excoriaciones por rascado, dolor abdominal que en ocasiones puede ser recurrente, localizarse en fosa ilíaca derecha (FID) y simular apendicitis aguda. No está demostrada su relación con síntomas que tradicionalmente se relacionan con oxiuriasis como bruxismo, enuresis nocturna o prurito nasal.

### **1.8.3. 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.

## **1.9. Himenolepiasis (*Hymenolepis nana*)**

### **1.9.1. Etiopatogenia**

El hombre puede ser tanto huésped intermedio como definitivo para la parasitación por este cestodo de pequeño tamaño. Los huevos son ya infectantes al salir por la materia fecal y son ingeridos mediante prácticas de escasa higiene. Los huevos alcanzan el duodeno, donde se adhieren a la mucosa intestinal y penetran en la mucosa, obteniendo la forma de cisticercoide. Posteriormente podrá pasar de nuevo a la luz intestinal y formar el parásito adulto con capacidad productora de huevos (Cáceres & Liu, 1988).

### **1.9.2. Clínica**

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

### 1.9.3. 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

---

## 2. Metodología

El presente trabajo se realizó en la comunidad de Zapallo Grande de la parroquia Telembí de la provincia de Esmeraldas. Para la toma de datos se consideraron muestras de niños menores de diez años de edad.

### 2.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio cuantitativo de corte trasversal con un alcance descriptivo en la comunidad Zapallo Grande comprendido en el periodo de octubre- diciembre en 2019.

### 2.2. Definición y operacionalización de las variables

Las variables estudiadas fueron:

**Agente causal** : Se denomina agente causal al factor que se encuentra en el medio ambiente y que, por sus características, puede generar un trastorno de salud a huésped.

**Parasitosis**: Enfermedad causada por parásitos

**Factores de riesgo**: Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad

**Conocimiento** Facultad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.

**Niños**: Ser humano que aún no ha alcanzado la pubertad.

### 2.3. Métodos

En el presente estudio se utilizaron los siguientes métodos

#### 2.3.1. Métodos empíricos

Se utilizó la medición para obtener información numérica de la prevalencia de la parasitosis que afecta a los niños en la comunidad, donde se representaron adecuadamente.

#### 2.3.2. Método teórico

Se aplicó el método deductivo y analítico- sintético, para analizar y sintetizar la información pertinente de este estudio.

### 2.4. Población y muestra

#### 2.4.1. Población

Se trabajó con una población de 131 niños de la población de Zapallo Grande en el periodo de octubre- diciembre en el año 2019

#### 2.4.2. Tipo de muestra

Se utilizó un tipo de muestra probabilístico (Ecuación 1) que representa un subconjunto de una población de 131 niños de la comunidad de Zapallo Grande, donde se analizaron muestras de heces de los mismos. Y una muestra de tipo no probabilístico dirigida de casos tipos a los padres con hijos con parasitosis confirmadas.

$$n = \frac{N\sigma^2 Z^2}{e^2(N-1) + \sigma^2 Z^2} = 105 \quad (1)$$

Para lo cual se consideró:

n= muestras

N= población

E=límite de error (0,05)  
 $\sigma$  = desviación estándar de la población (0.5)  
Z = Valor representativo (1.96)

### 2.4.3. Criterios de inclusión y exclusión

#### 2.4.3.1 Los criterios de inclusión fueron:

- Residentes en la comunidad de Zapallo Grande.
- Edades comprendidas entre 1 - 10 años.
- Voluntarios que tengan la disposición de participar.

#### 2.4.3.2 Los criterios de exclusión fueron

- A los niños y niñas cuyos padres no firmaron el consentimiento informado para la realización del examen coproparasitario.
- Residentes de la comunidad Zapallo Grande que estaban con tratamiento antiparasitario por más de 15 días.

## 2.5. Técnicas e instrumentos

Las técnicas que se utilizó en esta investigación fueron la encuesta y la observación, y como instrumento un cuestionario y microscopio óptico.

### 2.5.1 Recolección de información

**Paso 1:** A través de las charlas informativas se comunicó a los padres de los niños de la comunidad sobre el objetivo y beneficio de este estudio.

**Paso 2:** Se procedió con la entrega del consentimiento informado junto con el recipiente respectivo para la recolección de muestra previamente.

**Paso 3:** Se realizó la recolección de muestra y la encuesta para obtención de datos para cumplir con los objetivos requeridos.

**Paso 4:** Procesamiento de las muestras de heces fecales a través del examen coproparasitario utilizando el método directo en fresco.

### 2.5.2. Materiales y procesos

#### 2.5.2.1 Materiales, Equipos y reactivos.

Materiales:

- Hisopos
- Guantes
- Placas cubre y porta objetos
- Marcador de vidrio

Reactivos:

- Solución salina
- Lugol

Equipos:

- Microscopio, marca Olympus.

#### 2.5.2.2 Recolección de muestras de heces fecales

Aquellos padres que firmaron el consentimiento informado para la participación de sus niños en este estudio, se les proporcionó las instrucciones necesarias para la recolección de heces fecales y se procedió a entregar el recipiente para la recolección.

#### 2.5.2.3 Examen directo microscópico

Para el proceso de las muestras de heces se utilizó el método o técnica de examen directo, donde se realizaron dos emulsiones, una con solución salina y otra con solución de Lugol. Se evaluaron las muestras en el microscopio contando de forma individual los quistes y huevos de los diferentes parásitos.

#### 2.5.2.4 Control de calidad de la muestra

Se descartaron aquellas muestras que presentaban las siguientes características:

- Muestra insuficiente.
- Muestra recolectada en otro tipo de recipiente y que no es adecuado para el análisis de las mismas.
- Recipientes de las muestras mal etiquetadas.
- Muestras fecales contaminadas con orina, agua del retrete, papel, sangre

### 2.6. Normas éticas

Para la realización de este trabajo se utilizó la aprobación individual a través del consentimiento informado y se explicó que los datos recogidos serían para uso exclusivo de la Universidad Católica del Ecuador, sede Esmeraldas.

---

## 3. Resultados

La prevalencia e intensidad de la infección por parásitos está asociada con mayor riesgo de morbilidad principalmente en los niños, como demuestra este trabajo en el que se encontró una alta cifra de infestación intestinal con el 71,4% en niños. Estos resultados tienen similitud a otros estudios, entre los cuales destacan el realizado por (Silva, 2017) con el 95%, de casos y a la investigación llevada a cabo en Venezuela por (Brito et al., 2017), en el cual se observó el 92,20% de niños con parasitismo.

El género masculino fue el más afectado, con el 68%, datos similares al estudio de (Brito et al., 2017) de prevalencia de parasitosis intestinal, donde se evaluaron 64 niños entre 0-15 años de edad, de ellos el 51,6% eran masculinos a diferencia del estudio de (Arias et al., 2010) sobre prevalencia de protozoos intestinales en 79 niños de 2 a 5 años de edad de un hogar infantil estatal en Circasia, Quindío, donde hubo mayor porcentaje de individuos parasitados dentro del género femenino (56,9%) en comparación con el 43% del género masculino, existiendo diferencia en ambos estudios.

El género no es un causa que influye en la aparición de enfermedades intestinales por parásitos ya que tanto niñas y niños realizan generalmente las mismas actividades y están expuestas a los mismos factores de riesgos, sin embargo, podemos deducir que las niñas tienden a permanecer más tiempo en el hogar al lado de la madre mientras que los niños suelen realizar actividades deportivas al aire libre y tal vez este sea el factor que influye entre la diferencia de los niños y niñas.

En relación a la edad, las enfermedades parasitarias constituyen un problema importante de salud pública en países en desarrollo como el Ecuador, aunque el grupo de edades más afectado de acuerdo a este estudio es de 8 a 10 años de edad (60%), datos muy parecidos sobre un estudio de parasitosis realizado por (Garrido & Grijalva, 2016) donde los rangos de edad con mayor prevalencia fueron de 9 a 12 años (13,89%) respectivamente. Esto puede deberse al estilo de vida que enfrentan muchos de ellos.

El poliparasitismo se presenta en las distintas poblaciones evaluadas, resaltando la alta frecuencia de individuos poliparasitados (65,3%) sobre los monoparasitados (34,7%). Resultados similares obtenidos en un estudio en Ecuador que reportó parasitosis múltiple del 81,8% obtenidos por (Alvares & Serrano, 2015).

Los agentes patógenos que predominan en esta investigación fueron *Entamoeba histolytica* con mayor frecuencia (50,6%), *Ascaris lumbricoides* con un (29,3%) y *Iodamoeba butschlii* con el (24%), resultados semejantes a otros estudios donde predomina *Ascaris lumbricoides* con un (17,6%) seguido por *Entamoeba coli* con un (16,1%) al comparar con el estudio realizado en Bogotá aunque predominan los protozoarios es más prevalente *Blastocystis spp*, (64,6%); *G. lamblia* (22,8%) complejo *Entamoeba histolytica/dispar* (5,1%).



El 74,6 % de los padres de familia de los niños que sufren parasitosis intestinal, demostraron tener conocimiento sobre las infecciones por parásitos, esto puede deberse a las campañas educativas que se llevan a cabo frecuentemente a través de los medios de comunicación y charlas formativas por las visitas del Médico del barrio, implementado por el Ministerio de Salud Pública. Ratificando lo antes mencionado los padres han obtenido conocimientos sobre las enfermedades intestinales por parásitos con el 81,82% a través de las charlas formativas.

Mientras que el 25,5% tiene total desconocimiento de dicha infección y esto representa la parte de la población que no ha sido guiada en una educación adecuada y por la falta de información relacionada con el tema de las parasitosis, lo cual es la principal causa de la adquisición de las enfermedades parasitarias.

Andar descalzo es considerado como un factor de riesgo para el contagio de parasitosis, debido a que múltiples parásitos como los geohelminthos son nematodos que necesitan de tierra húmeda y cálida para completar su ciclo de vida, teniendo en el estudio que el 58,2% de los niños frecuentemente camina descalzos y el 36,3% lo hacen siempre, lo que hace notar que es uno de los factores con mayor riesgo para que los niños de la comunidad de Zapallo Grande padezcan de parasitismo. Es importante resaltar que la mayoría de las familias de Zapallo perciben un ingreso menor al salario mínimo, lo cual es un factor predisponente para la infestación de parásitos ya que económicamente no pueden invertir en la compra de ropa y calzado adecuado.

En relación con el uso de sanitarios el 85,40% de los padres de familias encuestados manifestaron que realizan su deposición en letrinas y un 6,90% en la tierra o suelo, esto puede conllevar a la aparición de enfermedades parasitarias y diarreicas, ya que la contaminación por heces humanas es muy elevada, a diferencia de un estudio realizado en Colombia (Rodríguez, 2015), donde manifiesta que el 94% tiene acceso a baños sanitarios demostrando así que la contaminación por heces humanas es casi nula.

Con respecto al lavado de mano, de acuerdo a las estadísticas, los habitantes de la parroquia Telembí de la comunidad de Zapallo Grande demostraron tener buenas prácticas del mismo, ya que el 81,80% de los padres de familia afirmaron que tanto ellos como sus hijos se lavan las manos antes de comer y después de ir al baño, aportando al diseño de prevención de las enfermedades parasitarias, virales o bacterianas.

El 98,40% de los padres de los niños con parasitismo realizan una correcta cocción de sus alimentos antes de consumirlos y se descarta que a través de sus alimentos ellos padezcan una infección parasitaria. Cabe recalcar que es importante preparar los alimentos de forma higiénica ya que, si los microorganismos contaminan los alimentos y bebidas, pueden transmitir enfermedades entre ellas las parasitarias.

Por falta del sistema de agua potable la población de Zapallo Grande está obligada a consumir agua no tratada que proviene de la lluvia y del río. Esto representa uno de los principales riesgos para la infestación de parásitos debido a que el río está contaminado con basura y excretas por los mismos habitantes, y no se tiene la costumbre de hervir el agua para purificarla.

Uno de los problemas de salud y de contaminación más importantes es causado por la ineficaz gestión de la eliminación de basura por parte de las autoridades municipales. Esto ocasiona que un 50,9% de los ciudadanos realice una mala disposición de los residuos, desechándolos en las calles y con ello produciendo posibles criaderos de vectores que transmiten enfermedades virales como el dengue y parasitarias como la malaria. Así como también provocando enfermedades como la parasitosis intestinal como resultado del fecalismo al aire libre.

Las características sociodemográficas observadas de esta población demuestran las precarias condiciones de vida, pobres hábitos higiénicos y hacinamiento humano en que viven la mayoría de las familias, como ya fue mencionado anteriormente, a que perciben ingresos inferiores al salario mínimo. Esto explicaría la alta

endemicidad de parasitosis intestinal que presenta en el sector Chispero con el 28% seguido de Zapallo Grande con el 25,3%.

---

#### **4. Conclusiones**

La comunidad de Zapallo Grande de la parroquia Telembí, presentó una prevalencia del 71,4% de parasitismo entre edades de 8–10 años con múltiples tipos de parásitos, siendo un índice elevado y se considera que es un riesgo de salud pública el cual puede llegar a causar complicaciones de gran importancia como la muerte.

Los parásitos que más predominan en la población entre niños de 1 a 10 años de edad en la comunidad de Zapallo Grande, es la *Entamoeba histolytica* y *Ascaris lumbricoides*, siendo estos los agentes más patógenos para el ser humano.

Zapallo Grande es una comunidad rural cuyos habitantes carecen de servicios básicos como el agua potable, lo cual repercute en la correcta higiene personal, no poseen sistema de alcantarillados, eliminación de basura por parte del servicio municipal, no cuentan con servicios sanitarios adecuados para la eliminación de excretas, realizan sus necesidades al ras del suelo, ésta contaminación fecal del suelo puede generar contagio de parásitos intestinales a personas y animales; de igual manera, es probable que el contacto de animales infectados con el ser humano genere enfermedades parasitarias. Todos estos factores contribuyen a la adquisición de parasitosis.

Los malos hábitos de higienes de los niños están relacionados con la infestación de parásitos en niños de la comunidad de Zapallo Grande.

Los padres con el 25% demostraron no tener conocimiento con respecto a las infecciones intestinales por parásitos siendo el desconocimiento un factor principal para esta enfermedad.

---

#### **5. Recomendaciones**

##### **A la comunidad**

Aplicar estrategias higiénico- sanitarias para mejorar la calidad de vida de los habitantes de la Comunidad de Zapallo Grande, especialmente en el suministro de agua potable, adecuada disposición de excretas y un óptimo manejo y eliminación de la basura.

##### **Al sub-centro de salud**

Educar más a la comunidad sobre las enfermedades parasitarias y sus consecuencias.

##### **A las autoridades estatales, municipales y gubernamentales**

Deben enfocarse a crear planes para mejorar las infraestructuras sanitarias, sistema de recolección de desechos, instalar plantas para potabilizar el agua, fomentar campañas educativas dirigidas a todos los habitantes de Zapallo Grande y realizar desparasitaciones periódicas.

##### **A las autoridades de la PUCESE, Carrera de Laboratorio Clínico**

Realizar prácticas pre-profesionales de los estudiantes de los semestres superiores, con la finalidad de hacer seguimiento periódico de la población a través de la realización de exámenes CPS y la realización de Campañas educativas.

---

## Referencias

- Alvares, B., & Serrano, P. (2015). Identificación de Parasitismo intestinal en materia fecal por microscopía directa de los habitantes de 19 – 40 años de la comunidad de Quilloac. . Cañar-Ecuador: Universidad de Cuenca.
- Arias, J., Guzmán, G., Lora, F., Torres, E., & Gómez, J. (2010). Prevalencia de protozoos intestinales en 79 niños de 2 a 5 años de edad de un hogar infantil estatal en Circasia, Quindío. *Revista infectio*, 34-38.
- Brito, J., Landaeta, J., Chávez, A., Gastiaburú, P., & Blanco, Y. (2017). Prevalencia de parasitosis intestinales en la comunidad rural apostadero, Municipio Sotillo, estado Monagas, Venezuela. *Revista Científica Ciencia Médica*, 7-14.
- Cáceres, A., & Liu, M. (1988). Estudio comparativo de dos esquemas de tratamiento con Albendazol en himenolepiasis. *Rev. gastroenterol.*, 37-41.
- Devera, R., Cermeño, J., Blanco, Y., Bello, M., Guerra, X., Sousa, M. d., & Maitán, E. (2003). Prevalencia de blastocistosis y otras parasitosis intestinales en una comunidad rural del Estado Anzoátegui, Venezuela. *Parasitología latinoamericana*.
- Garrido, K., & Grijalva, J. (2016). Prevalencia de parasitosis intestinal en estudiantes del Centro Educativo Comunitario Intercultural Bilingüe de Educación Básica Belén 15 de Julio y de la Unidad Educativa Túpac Yupanqui del Cantón Sigchos de la Provinci. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Gregorys, C., & Cuéllar, J. (2008). Responsabilidad Social. . Obtenido de Campaña para desparasitar a niños. : <https://responsabilidadsocialcuador.wordpress.com/>
- Lawrence, R., & Thomas, C. (2010). *Atlas de Parasitosis Humana*. Los Ángeles, California: Editorial Medica Panamericana. .
- Marcos, L., Maco, V., Terashima, A., Samalvides, F., & Gotuzzo, E. (2002). Prevalencia de parasitosis intestinal en niños del valle del Mantaro, Jauja, Perú. *Rev. Medica Herediana*, 85-89.
- Mistry, N., Moreno, L., & Periago, R. (2011). Obtenido de Un Llamado a la Acción: Hacer frente a los helmintos transmitidos por el contacto con el suelo en Latino América y el Caribe: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/lac-report-esp-final-3-2011.pdf>
- Raymundo, L., Maco, F., Terashima, I., Samalvides, C., & Gotuzzo, H. (s.f.). Prevalencia de parasitosis intestinal en niños del valle del Mantaro, Jauja, Perú. . *Revista Médica Herediana*, 85-90. .
- Rodríguez, A. (2015). Factores de riesgo para parasitismo intestinal en niños escolarizados de una institución educativa del municipio de Soracá - Boyacá. *Revista Universidad y Salud*,, 112-120.
- Silva, M. (2017). Prevalencia de parasitosis intestinal en niños de la provincia de Tungurahua. . Quito, Ecuador.: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Toapanta, L. (2007). Diagnóstico situacional Zapallo Grande, participativo con el comité de salud y junta parroquial. Esmeraldas, Ecuador.: Dirección Distrital de Salud .

