

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
UNIDAD CENTRAL
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA**



Universidad de El Salvador

Hacia la libertad por la cultura

TITULO INVESTIGACION

“PROCESO DE ATENCIÓN DE PARASITISMO INTESTINAL EN NIÑOS DE 5 A 9 AÑOS QUE CONSULTAN EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR ZACAMIL, SAN SALVADOR, DE JULIO A AGOSTO 2017”

Informe Final Presentado por:

- Beatriz Adriana Jiménez Velásquez
 - Gabriel Agustín Alvayero
- Samuel Ernesto Linares Monterrosa

Para Optar al Título de:
DOCTOR EN MEDICINA
Asesor:

Dr. Adalberto Coto Sánchez

San Salvador, 15 de Noviembre 2017

INDICE

Capitulo	Páginas
I. RESUMEN.....	i
II. INTRODUCCION.....	ii
III. ANTECEDENTES.....	1
IV. JUSTIFICACION.....	3
V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
VI. OBJETIVOS.....	5
VII. MARCO TEORICO.....	6
VIII. HIPOTESIS.....	28
IX. DISEÑO METODOLOGICO.....	29
X. RESULTADOS.....	37
XI. DISCUSION Y ANALISIS.....	47
XII. CONCLUSIONES.....	49
XIII. RECOMENDACIONES.....	50
XIV. BIBLIOGRAFIA.....	51
ANEXOS	

I. RESUMEN

Esta investigación se diseñó para hacer una descripción del proceso de atención en salud de los pacientes que consultan por un cuadro de parasitismo intestinal en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Zacamil.

El problema de investigación fue analizar los aspectos que contemplan la Guía Clínica de Pediatría del Ministerio de Salud, en el apartado de Parasitismo Intestinal, y su proceso de atención que comprenden tres fases: examen físico, tratamiento y seguimiento. Este estudio es de tipo descriptiva no experimental, de variables cuantitativas, desarrollado en el periodo de junio a julio del 2017, se investigaron a 60 casos con la respectiva revisión de expedientes para asegurar el cumplimiento del proceso de atención.

Los resultados obtenidos muestran que en 35 de los expedientes se realiza un examen físico completo, y la identificación de la sintomatología más común, predominando los cuadros diarreicos con una frecuencia de 55, vómitos se describen en 48 de los expedientes y en 28 el dolor abdominal. En 22 de los casos se indicó el examen general de heces y 28 casos a los cuales se hizo diagnóstico sin reporte de examen ni su indicación, a 6 de los casos se dio un tratamiento adecuado en dosis, vía y tiempo acorde a guías clínicas; en los seguimientos solo en 8 expedientes se evidencio su cumplimiento.

Lo anterior nos llevó a formular las conclusiones que pretender fortalecer al Sistema de Salud para mejorar el proceso de atención de las parasitosis intestinales en los niños, ya que no se cumple a cabalidad el proceso diagnóstico y tratamiento de estas patologías.

II. INTRODUCCIÓN

El parasitismo intestinal en la población infantil es uno de los problemas de salud más frecuentes en la consulta diaria, ya que su presentación por lo general es mediante un cuadro diarreico que puede variar en gravedad, pero además puede presentarse de forma asintomática.

Las parasitosis son enfermedades infecciosas causadas por protozoos y helmintos los cuales ingresan al organismo mediante la ingestión de quistes de protozoos, huevos o larvas de gusanos o por la penetración de larvas por vía transcutánea desde el suelo. Dependiendo del agente causal y sus diferentes ciclos de vida pueden presentar síntomas variados como lo son: diarrea, dolor abdominal, fiebre, náuseas, deshidratación, distensión abdominal, meteorismo, etc. Si esta enfermedad no es tratada oportunamente puede llevar a complicaciones como lo son: anemia, absceso hepático amebiano, abdomen agudo, obstrucciones intestinales, entre otros. Por lo cual en la investigación se abordó el problema desde el punto de vista descriptivo, para determinar el cumplimiento del proceso de atención del Parasitismo Intestinal según las Guías Clínicas de Pediatría 2012 del Ministerio de Salud, en los niños de 5 a 9 años, desglosándolo en las 3 etapas de este proceso las cuales son: el examen físico, tratamiento y seguimiento.

Se identificó a los pacientes entre las edades de 5 a 9 años que presentaron un cuadro sugestivo a parasitismo intestinal, que consultaron en la Unidad de Salud Comunitaria Familiar Zacamil, San Salvador, posteriormente por medio de la revisión de expedientes clínico, en los cuales se identificó los pasos de la atención de dicha patología que están planteados en la guía Clínica de pediatría del MINSAL, y se determinó nivel de cumplimiento del mismo.

I. ANTECEDENTES

La parasitosis intestinal históricamente conocidas, continúan produciendo, con el correr de los años, consecuencias deletéreas en la salud del ser humano, es un tema medular tanto en el conocimiento que todo médico clínico, que a la vez forma parte íntima de las estadísticas epidemiológicas de todo país.

Todos los países, sin excepción, cuentan entre sus marcadores epidemiológicos a la parasitosis intestinal, que afecta principalmente a sectores jóvenes, escolares, adultos jóvenes. Aun que si bien en la mayoría actúan de forma asintomática, o también producen síntomas intestinales leves, la aparición de estos parásitos en el examen general de heces, determina la gran prevalencia que se tiene de esta patología en la población antes mencionada.

Se puede decir inclusive que en cada país con una mediana capacidad de investigación, a realizado a lo largo de su historia académica al menos un estudio que aborde la parasitosis intestinal, sobre todo porque este es una de las patologías con más prevalencia, solo estando detrás de las infecciones respiratorias del tracto superior y las gastroenteritis agudas. Por ejemplo en 2002 se realizó un estudio en la provincia de Jauja, Perú en el cual incluyeron a 188 individuos entre 1 y 16 años de edad, de estos a 161 se les realizó entrevista y examen clínico. Determinaron que la prevalencia de parasitosis intestinal fue alta, el 100% de ellos tenían parásitos o comensales y el 64% alojaban patógenos. Las características sociodemográficas de esta población mostraron precarias condiciones de vida, pobres hábitos higiénicos y hacinamiento. Los enteroparásitos más frecuentes fueron *Giardia lamblia* (35.1%) y *Fasciola hepática*(19.1%). La asociación parasitaria que tuvo significación estadística fue la de *Ascaris lumbricoides* y *Trichiuris trichiura*

($p < 0.05$).¹

A nivel local este es un de los principales temas que se establecen como objeto de investigación de gran parte de las ramas de la salud, desde profesionales en educación para salud, hasta médicos generales, y se encuentran estudios sobre esta temática en innumerables tesis, o como parte de la formación de los mismos profesionales, es así como se percibe que es un tema de amplio interés para las diversas ramas de la salud, y del cual mucho del nuevo contenido aportado a las políticas de salud proviene de estudios privados realizados por los mismos organismos reguladores de la salud poblacional, llámese MINSAL, u otras entidad, como organizaciones no gubernamentales, que proveen nueva información, sobre el comportamiento de las parasitosis intestinales, en diversas poblaciones, siempre en una escala local.

Si se realiza una búsqueda rápida en la web se encontrará que diferentes países tienen normativas, y guías clínicas que les sirven a los médicos de estos países tanto como un referente del manejo de las parasitosis como a su vez como un respaldo legal en el cual sostienen y fundamentan su actuar frente a tales enfermedades. En el salvador desde el año 2009 (actualizadas en el 2012), se cuentan con tales guías clínicas para el manejo de las patologías con mayor incidencia en la edad pediátrica, y dentro de estas guías clínicas se encuentra el acápite de parasitosis que sin duda tiene un completo y detallado manejo de las principales parasitosis encontradas en los niños y niñas del país, mas sin embargo se cuentan con este tipo de instrumento, hasta el momento no se ha encontrado ningún estudio que equipare al problema que se plantea con este estudio.

¹ MARCOS RAYMUNDO, Luis A. et al . Prevalencia de parasitosis intestinal en niños del valle del Mantaro, Jauja, Perú. **Rev Med Hered**, Lima, v. 13, n. 3, jul. 2002 .
<http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2002000300003&lng=es&nrm=iso>.

Al realizar revisión bibliografía a niveles de estudios de investigación en la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador se encontraron estudios de factores que influyen en la prevalencia de las parasitosis en la cual se evidencia que las de mayor prevalencia fueron la amebiasis y la giardiasis además se investigó sobre la relación de la presencia de las parasitosis con las medidas antropométricas y en la cual se evidencia que se da una disminución de la talla y el peso de menos de 50% de los casos de parasitismo intestinal y los casos más frecuentes se dieron en niñas que en su mayoría son habitantes de la zona rural.² En otro estudio que se realizó en la Unidad Comunitaria en Salud Familiar de San Luis La Herradura los resultados indicaron que los factores ambientales tienen una gran influencia en la frecuencia del parasitismo intestinal.³ No se encontraron estudios relacionados con el proceso de atención de los parásitos a nivel de la Universidad de El Salvador.

² Lopez Solis, Marlow Christopher; Leiva Lopez, Francisco; Fuentes Rodriguez, Jose; "Prevalencia del parasitismo intestinal de niños de 5 a 9 años en San Pedro Masahuat, San Juan Opico y Rosario de La Paz, enero- junio 04"

³ Avila Flores, Maria Alejandra; Cuellar Ramos, Nelson; Molina Galan, Luis; "Factores influyentes en el parasitismo intestinal en preescolares de San Luis La Herradura, Departamento de La Paz, periodo Julio a Septiembre 2004"

II. JUSTIFICACIÓN

Las parasitosis en la población escolar es una de las patologías que más frecuentemente se presentan en la consulta diaria, el cuadro clínico que este presenta no es exclusivo para esta enfermedad, por lo cual cuenta con distintos diagnósticos diferenciales de otras patologías gastrointestinales; teniendo en cuenta los múltiples agentes causales y los diferentes métodos diagnósticos.

Por lo cual es importante que el proceso de atención sea eficaz y completo, por lo cual se realizó la investigación para determinar el cumplimiento de las Guías Clínicas de Pediatría del año 2012 y así verificar los pasos del proceso de atención presentan mayor deficiencia en el cumplimiento, esto por medio de revisión de los expedientes de los pacientes con cuadro sugestivo y con examen general de heces confirmatorio, por medio instrumentos de vaciamiento de datos.

Se realizó en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar (UCSF) Zacamil, por ser una unidad de la región metropolitana con más consultas generales, como a su vez pediátricas, además de contar con un laboratorio en donde se cuenta con el estudio del Examen General de Heces (EGH).

Por las complicaciones crónicas del parasitismo intestinal en los niños de edad escolar que comprenden entre los 5 a 9 años de edad, se investigó si el proceso es adecuado y acorde a las directrices de las normas dadas por el MINSAL, y poder determinar las fases del procesos en las cuales hay una deficiencia y posteriormente plantear recomendaciones para superarlas y brindar una atención de calidad.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- **Identificación del problema**

Verificar el proceso de atención de parasitismo intestinal en los niños de 5 a 9 años de edad en la UCSF Zacamil, teniendo de base las guías clínicas del MINSAL para el diagnóstico y tratamiento adecuados, tomando una muestra aleatoria de pacientes que presenten cuadro clínico sugestivo de parasitismo el cumplimiento y manejo clínico según guía clínica de Pediatría.

- **Delimitación del problema**

El estudio se realizó en la población infantil de 5 a 9 años, de la UCSF Zacamil, San Salvador en los meses de junio-julio de 2017; determinado el porcentaje de cumplimiento del proceso de atención de pacientes con cuadro clínico sugestivo a parasitismo intestinal, verificando el abordaje brindado a cada caso ha sido en base a la normativa implementada por el Ministerio de Salud y estableciendo en cada caso detectado si se ha realizado el manejo adecuado y su respectivo tratamiento.

- **Definición del problema**

¿Cuál es el proceso de atención que reciben los niños de 5 a 9 años de edad que consultan en la UCSF Zacamil, San Salvador, en el periodo de junio- julio de 2017, con sospecha clínica y con examen de heces positivo a parasitismo intestinal, y aplicación de tratamiento indicado por las guías clínicas del MINSAL?

IV. OBJETIVOS

Objetivo general

- Verificar el proceso de atención de parasitismo intestinal en niños de 5-9 años de edad que consultan en UCSF Zacamil, San Salvador, en el periodo de junio a julio 2017.

Objetivos específicos:

- Identificar el proceso de evaluación clínica de parasitismo intestinal en los niños de 5 a 9 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Zacamil.
- Verificar el tratamiento indicado por el médico, según el agente causal de parasitismo intestinal en niños de 5-9 años que consulten en la UCSF Zacamil, San Salvador.
- Evidenciar el seguimiento del paciente con diagnóstico de parasitismo intestinal que consultan en la UCSF Zacamil, San Salvador.

V. MARCO TEÓRICO

Aspectos generales:

El **parásito** es un ser vivo que de manera temporal o permanente vive a expensas de otro organismo de distinta especie, que es el huésped, obteniendo de éste nutrición y morada, al que puede producir daño y con el que tiene una dependencia obligada y unilateral.

Los parásitos tienen determinadas características para asegurar su permanencia, resistir a los factores adversos y mantener su poder infectante. Cuando el parásito ha alcanzado un determinado estado de desarrollo se conoce como forma infectante.

El parasitismo intestinal son infecciones que pueden producirse por la ingestión de quistes de protozoos, huevos o larvas de gusanos o por la penetración de larvas por vía transcutánea. [1]

La gravedad de la enfermedad provocada por numerosos parásitos se encuentra relacionada con la dosis infecciosa y la cifra de microorganismos adquirida durante el tiempo. A diferencia de las infecciones bacterianas y virales, las parasitosis con más frecuencias, patologías crónicas, y se prolongan a lo largo de meses o años.

Estos organismos se adquieren casi siempre a partir de una fuente exógena, debido a esto, estos organismos tienen diferentes métodos para poder ingresar al organismo, como lo son vía oral, a través de ingestión del parásito o de su estado latente; o por la penetración directa a través de la piel u otras superficies.

EL parasitismo por su alto impacto en la salud, específicamente en la salud de la población infantil a la cual puede causarle complicaciones que pueden poner en peligro la vida, es una de las patologías a las cuales se le proporciona atención epidemiológica a nivel no solo regional sino mundial, ya

que puede presentarse tanto con cuadros asintomáticos y afectar a las poblaciones con condiciones de vida y sanitarias deficientes; teniendo relación con la contaminación del agua y suelo o de alimentos por heces infectadas con estos microorganismos, además de las deficiencias sanitarias y del cuidado de la preparación de los alimentos, no aplicar el lavado de manos o la disposición adecuada de las excretas.

Epidemiología

Las enfermedades infecciosas debidas a protozoos y helmintos son una causa importante de morbilidad y mortalidad de los lactantes y los niños de muchas partes del mundo, constituyendo uno de los principales problemas de salud que afecta a todos los grupos poblacionales. Se considera que existe en la población mundial 1,110 millones de personas infectadas por cestodos, 240 millones por trematodos y 3200 millones por nematodos, si a esto se le añade que los protozoos especialmente la *Entamoeba histolytica* y la *Giardia lamblia*, afecta de un 20 a 50% de la población mundial incluidos países desarrollados; se pueden comprender con exactitud la magnitud del problema que significan los paracitos intestinales.

La OPS/OMS calcula que 20–30% de todos los latinoamericanos están infectados por parásitos intestinales transmitidos por contacto con el suelo, pero, en los barrios pobres estas cifras pueden aumentar hasta el 50% y en algunas tribus indígenas inclusive llega al 95%, es así que, la prevalencia es persistentemente elevada e inalterada a través del tiempo. La desparasitación ha tenido impacto en los ocho objetivos de desarrollo del milenio y estudios han demostrado que ésta puede prevenir 82% del retraso en el crecimiento y es responsable de 35% del aumento de peso en niños en edad preescolar con malnutrición. Además, reduce el ausentismo escolar en 25% y mejora la escolarización y la permanencia escolar en niñas. Mejora así mismo, los resultados en la salud en general [2].

Etiología y Clasificación

El parasitismo intestinal puede ser causado por una amplia gama de agentes, los cuales tienen características específicas. Los parásitos intestinales se dividen en dos grandes grupos: protozoos (unicelulares) y helmintos (pluricelulares) en este grupo encontramos a los Nematodos y los Cestodos

- Protozoos: *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica/ dispar*, *cryptosporidium hominis*, *Blastocystis hominis*, *Balantidium coli*, *Entamoeba coli*, *Entamoeba hartmanni*, *iodamoeba butschlii*, *Endolimax Nana*
- Helmintos: *Enterobius vermicularis*, *Ancylostomas duodenale*, *Necator americanus*, *Strongyloides estercolaris*, *Trichuris trichiuria*, *Ascaris lumbricoide*.
- Cestodos: *Hymenolepis nana*, *Taenia saginata*, *Taenia solium*.

Ya entrados en materia y como base el conocimiento teórico sobre los principales agentes que producen las parasitosis desglosaremos de forma puntual los aspectos que nos interesan, y tomando de modelo la guías clínicas de pediatría 2012, en primer lugar la evaluación clínica, posteriormente el tratamiento, y de último pero no menos importante el seguimiento.

Evaluación Clínica:

El médico debe sospechar la posibilidad de una parasitosis en dos contextos clínicos diferentes: el sujeto asintomático que presenta una enfermedad preexistente (principalmente una inmunodeficiencia) o características epidemiológicas concretas y el enfermo que presenta algunas manifestaciones clínico-biológicas concretas. En esta última situación, los dos principales datos orientadores son el síndrome concreto (datos sistémicos o localizados) y los aspectos geográficos (formas cosmopolitas o restringidas a áreas específicas).

Signos y Síntomas

Las parasitosis pueden cursar sin sintomatología (portadores), con síntomas leves o con un cuadro típico y característico. Esto dependerá del número, tamaño, actividad y toxicidad del parásito, de su situación en el huésped y de la respuesta inmune de éste, así como del ciclo del parásito.

No existe correlación entre la presencia de síntomas gastrointestinales y la presencia de parasitosis. Con frecuencia, cursan con sintomatología variada: dispepsia, diarrea, estreñimiento, dolor abdominal difuso, etc. y, en muchas ocasiones, son asintomáticas o poco sintomáticas. La anemia y la eosinofilia pueden alertar de la presencia de helmintiasis.[7]

A continuación se presentaran los aspectos clínicos que involucran a los principales agentes que generan parasitosis intestinal

- **Giardiasis (*Giardia intestinalis*: *G. lamblia* y *G. duodenalis*)**

Etiopatogenia

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

Clínica

La sintomatología puede ser muy variada: a) asintomático: más frecuente en

niños de áreas endémicas; b) giardiasis aguda: diarrea acuosa que puede cambiar sus características a esteatorreicas, deposiciones muy fétidas, distensión abdominal con dolor y pérdida de peso; y c) giardiasis crónica: sintomatología subaguda y asocia signos de malabsorción, desnutrición y anemia.

Diagnóstico

Determinación de quistes en materia fecal o de trofozoítos en el cuadro agudo con deposiciones acuosas. Es importante recoger muestras seriadas en días alternos, pues la eliminación es irregular y aumenta la rentabilidad diagnóstica. En el caso de pacientes que presentan sintomatología persistente y estudio de heces negativo se recomienda realización de ELISA en heces.

- **Amebiasis (*Entamoeba histolytica/dispar*)**

Etiopatogenia

Tras la ingestión de quistes contenidos en alimentos y aguas contaminadas o por déficit de higiene en manos, los trofozoítos eclosionan en la luz intestinal y colónica, y pueden permanecer en ese lugar o invadir la pared intestinal para formar nuevos quistes tras bipartición, que son eliminados al exterior por la materia fecal y volver a contaminar agua, tierra y alimentos. En el proceso de invasión de la mucosa y submucosa intestinal, producen ulceraciones responsables de parte de la sintomatología de la amebiasis, así como la posibilidad de diseminación a distancia y afectación de otros órganos diana (absceso hepático).

Clínica

Muy variada, desde formas asintomáticas hasta cuadros fulminantes: a. Amebiasis asintomática: representa el 90% del total. b. Amebiasis intestinal invasora aguda o colitis amebiana disintérica: gran número de deposiciones con contenido mucoso y hemático, tenesmo franco, con volumen de la

deposición muy abundante en un principio y casi inexistente posteriormente, dolor abdominal importante, tipo cólico. En casos de pacientes desnutridos o inmunodeprimidos pueden presentarse casos de colitis amebiana fulminante, perforación y formación de amebomas con cuadros de obstrucción intestinal asociados. c. Amebiasis intestinal invasora crónica o colitis amebiana no disintérica: dolor abdominal tipo cólico con cambio del ritmo intestinal, intercalando periodos de estreñimiento con deposiciones diarreicas, tenesmo leve, sensación de plenitud posprandial, náuseas, distensión abdominal, meteorismo y borborigmos.

Diagnóstico

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

- **Criptosporidiasis (*Cryptosporidium*)**

Etiopatogenia

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

Clínica

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

Diagnóstico

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

- **Oxiuriasis (*Enterobius vermicularis*)**

Etiopatogenia

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

Clínica

Mucho más habitual en niños que en adultos, frecuentemente asintomática. Síntomas por acción mecánica (prurito o sensación de cuerpo extraño), invasión genital (vulvovaginitis), despertares nocturnos, sobreinfección secundaria a excoriaciones por rascado, dolor abdominal que en ocasiones puede ser recurrente, localizarse en Fosa Iliaca 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.

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.

- **Tricocefalosis (*Trichuris trichiura*)**

Etiopatogenia

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

Clínica

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

Diagnóstico

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

- **Ascariosis (*Ascaris lumbricoides*)**

Etiopatogenia

Es la helmintiasis más frecuente y con mayor distribución a nivel mundial. Tras

ingestión de material contaminado, las larvas eclosionan en ID, atraviesan la pared intestinal, se incorporan al sistema portal y llegan nivel pulmonar, donde penetran en los alveolos y ascienden hasta vías respiratorias altas que por la tos y deglución, llegan de nuevo a ID, donde se transforman en adultos, producen nuevos huevos, que se eliminan por material fecal.

Clínica

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

Diagnóstico

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

- **Anquilostomiasis o uncinariasis (*Ancylostoma duodenale* y *Necator americanus*)**

Etiopatogenia

Los huevos de estos dos helmintos se eliminan por materia fecal y eclosionan en un terreno favorecedor dando lugar a un tipo de larva que precisa una nueva modificación para obtener capacidad infectante mediante penetración por la piel (en *A. duodenale* también puede provocar infección por ingestión vía oral). Una vez atravesada la piel, se dirigen al sistema venoso o linfático para llegar a sistema cardiaco derecho y circulación pulmonar, penetrar en los alveolos, madurar allí y ascender por vías respiratorias altas para ser

deglutidas y alcanzar duodeno y yeyuno, donde se fijan y comienzan a producir nuevos huevos fecundados. Al fijarse en ID, los gusanos adultos causan una lesión mecánica que provoca pérdida sanguínea progresiva y crónica.

Clínica

- Piel: “síndrome de Larva Migrans Cutánea”: dermatitis pruriginosa, transitoria y recurrente en pies y zonas interdigitales, donde penetran y se desplazan hasta alcanzar el sistema circulatorio.
- Respiratoria: desde síntomas inespecíficos a síndrome de Löeffler (ver ascariosis).
- Digestiva: dolor epigástrico, náuseas, pirosis y diarrea ocasionalmente.
- Síndrome anémico.

Diagnóstico

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

- **Estrongiloidiasis (*Strongyloides stercoralis*)**

Etiopatogenia

Esta geohelmintiasis presenta un ciclo vital con distintas posibilidades: a. Ciclo directo: la larva, que se encuentra en el suelo, se modifica para poder penetrar a través de la piel al sistema circulatorio, donde llega a sistema cardiaco derecho y circulación pulmonar, asciende por las vías respiratorias hasta ser deglutida y dirigirse a la mucosa del ID. Allí se transforma en hembra infectante, produce nuevos huevos que eclosionan y se dirigen a la luz intestinal, desde donde son eliminados al exterior. b. Ciclo indirecto: incluye una o varias generaciones de larvas en vida libre (sin afectación humana), hasta que se produce la modificación que hace a la larva infectante para el

hombre. c. Ciclo de autoinfección: la modificación larvaria se produce en la luz intestinal en lugar del exterior y posteriormente penetra en el sistema circulatorio y realiza un recorrido similar al del ciclo directo. Es lo que se denomina síndrome de hiperinfección por *S. stercoralis*, y explica que pueda existir una parasitosis persistente sin necesidad de reinfecciones externas, así como la afectación de otros órganos: hígado, pulmón, SNC, sistema ganglionar.

Clínica

En general depende del estado inmunitario del paciente. • Piel: “síndrome de Larva Currens”: dermatitis pruriginosa por el paso transcutáneo de la larva y el recorrido realizado hasta llegar a circulación sistémica.

- Respiratorio: suele provocar sintomatología menor como tos y expectoración, pero también se han descrito casos de neumonitis y síndrome de Löeffler.
- Digestiva: la intensidad de la sintomatología está en relación con el grado de parasitosis: dolor epigástrico, vómitos, anorexia, períodos de diarrea que se alternan con estreñimiento.
- Síndrome de hiperinfestación: casi exclusivo del paciente inmunocomprometido. Los síntomas anteriormente señalados se expresan con mayor severidad.

Diagnóstico

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

- **Himenolepiasis (*Hymenolepis nana*)**

Etiopatogenia

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

Clínica

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

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.

- **Teniasis (*Taenia saginata* y *solium*)**

Etiopatogenia

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

infecciones únicas, producidas por una *Tenia* solamente.

Clínica

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

Diagnóstico

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

- **Cisticercosis (*Taenia solium*)**

Etiopatogenia

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

Clínica

- Neurocisticercosis: epilepsia de aparición tardía, cefalea y signos de Hipertensión Intracraneal (HTIC), síndrome psicótico, meningitis aséptica,

síndrome de los pares craneales, síndrome medular.

- Nódulos subcutáneos y musculares blandos y no dolorosos, generalmente asociados a la neurocisticercosis.
- Afectación oftálmica: generalmente única y unilateral. Si la larva muere, puede producir importante reacción inflamatoria y provocar importante reacción uveal, desprendimiento de retina y ceguera.

Diagnóstico

Imagen: Tomografía Computarizada (TC) cerebral o Resonancia Magnética (RNM) en paciente procedente de área endémica con inicio de sintomatología neurológica descrita. Inmunodiagnóstico con Inmunoblot posee mayor sensibilidad y especificidad que el diagnóstico por EIA. [4]

Manifestaciones clínicas

Tabla 1: Manifestaciones clínicas de las parasitosis

Agente Causal	Presentacion	Manifestaciones clínicas	
Giardiasis	a) Asintomático	b) Giardiasis aguda: diarrea pastosa, líquida o esteatorreica, fétidas, vómitos, náuseas, distensión abdominal con dolor y pérdida de peso.	c) Giardiasis crónica: sintomatología subaguda, signos de malabsorción, desnutrición y anemia.
Amibiasis.	a) Amebiasis asintomática: representa el 90% del total.	b) Amebiasis intestinal invasora aguda o colitis amebiana disintérica: Deposiciones con contenido mucoso, hemático, tenesmo, deposiciones abundantes al principio y casi inexistente posteriormente, dolor abdominal tipo cólico. Pacientes desnutridos o inmunodeprimidos: casos de colitis amebiana fulminante, perforación y formación de amebomas con cuadros de obstrucción intestinal asociados.	c) Amebiasis intestinal invasora crónica o colitis amebiana no disintérica: dolor abdominal tipo cólico con cambio del ritmo intestinal, intercalando periodos de estreñimiento con deposiciones diarreicas, tenesmo leve, sensación de plenitud postprandial, náuseas, distensión abdominal, meteorismo y borborigmos.
Criptosporidiasis.	a) Asintomática.	b) Forma intestinal: cuadro autolimitado, frecuente en guarderías y piscinas durante epidemias. Puede ser más prolongado en pacientes con inmunodepresión. Deposiciones diarreicas acuosas con dolor abdominal, fiebre, náuseas, vómitos, signos de deshidratación, pérdida de peso.	c) Forma extraintestinal: en inmunodeprimidos (SIDA) con afectación de sistema respiratorio, hepatitis, artritis reactivas y afectación ocular.

Sigue tabla 1 →

→ viene tabla 1

Blastocystis hominis	a) Asintomática.	Distensión abdominal, flatulencia, diarrea leve o moderada con leucocitos o sangre en heces, dolor abdominal y nauseas.	
Oxiuriasis		Frecuentemente asintomática. Prurito anal o sensación de cuerpo extraño, invasión genital (vulvovaginitis), despertares nocturnos, sobreinfección secundaria a excoriaciones por rascado, dolor abdominal (menos frecuente).	
Tricocefalosis (Trichuris-trichuria)		Asintomática. En pacientes inmunodeprimidos: dolor cólico y deposiciones diarreicas ocasionales, cuadros disenteriformes y prolapso rectal.	
Ascariodiosis		Digestiva: dolor abdominal difuso, meteorismo, vómitos y diarrea. Respiratorio: desde sintomatología inespecífica hasta Síndrome de Löeffler (cuadro respiratorio agudo con fiebre de varios días, tos y expectoración abundantes y signos de condensación pulmonar transitoria). Otras: anorexia, malnutrición, obstrucción intestinal, absceso hepático	
Taenia saginata		Síntomas de tipo irritativa mecánica e inespecífica: meteorismo, nauseas, dolor abdominal, etc. Puede ocurrir salida de proglótides a nivel anal con molestia y prurito perineal, así como la observación del deslizamiento de las mismas dejando un líquido lechoso muy pruriginoso y muy rico en huevos.	

Fuente: Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Infectología Pediátrica, 2010.

Diagnóstico diferencial

Diarrea acuosa por otras causas, disentería bacilar, principalmente shigellosis, síndrome de colon irritable, colitis ulcerativa, síndrome de mala absorción, úlcera péptica, colecistitis, colangitis, apendicitis aguda.

Tratamiento

El tratamiento antiparasitario requiere de la previa identificación del agente causal, para iniciar inmediatamente un tratamiento farmacológico específico para cada agente causal.

En muchos casos, las infestaciones por *Ascaris lumbricoides* y *Trichuris trichiura* incluyen ambos parásitos; los fármacos más utilizados son el albendazol y el mebendazol.

El tratamiento farmacológico de *Enterobius vermicularis* (oxiurosis o lombriz de niños) debe combinarse con medidas higiénicas a toda la familia durante dos semanas, para romper el ciclo de autoinfestación. Éstas incluyen el lavado de manos y cepillado de uñas antes de cada comida y después de ir al baño, lavado intensivo de ropa interior y de cama. Se recomienda una ducha/baño inmediatamente después de levantarse, para eliminar los huevos depositados durante la noche y dormir con ropa interior.

La infestación por *Strongyloides stercoralis* da lugar a un cuadro clínico diferente en el sujeto inmunocompetente y en el inmunodeprimido. El tratamiento de elección es la Ivermectina y en el caso de los inmunodeprimidos se debe repetir o prolongar el tratamiento.

Tratamiento antiparasitario

El método más eficaz en la actualidad en el control de las infecciones parasitarias es el empleo de fármacos, debido principalmente a la ausencia de vacunas frente a estos agentes causales.

La estructura química de la mayor parte de los antiparasitarios presenta como rasgos comunes la presencia de escasos elementos orgánicos (carbono, hidrógeno, oxígeno y nitrógeno) y estructuras cerradas (por ejemplo, anillo de benceno, anillos nitrogenados).

Las principales dianas de acción de los antiparasitarios son: la síntesis de cofactores, la generación de ácidos nucleicos, el metabolismo no energético, la estructura o función de los microtúbulos, el metabolismo energético y la función neuromuscular (en helmintos).

El espectro de acción de cada uno de los antiparasitarios es diferente,

existiendo fármacos útiles frente a géneros o especies concretas y otros con espectro amplio (principalmente los antihelmínticos).

Todos los fármacos antiparasitarios tienen toxicidad potencial y se pueden clasificar en dos grupos: con escasa toxicidad (albendazol, autovacuna, ivermectina, mebendazol, miltefosina, nitazoxanida, permetrina, praziquantel, proguanil y triclabendazol) y de toxicidad moderada o alta (antimoniales, benznidazol, cloroquina, dietilcarbamacina, eflornitina, fumagilina, halofantrina, melarsoprol, mefloquina, nifurtimox, primaquina, quinina y suramina).

Tomando como base la guía clínica pediátrica que es nuestro principal referente y que utilizaremos al momento de evidenciar la carencia o el acierto del proceder descrito en los expediente clínicos a revisar, como una medida de estandarización de criterios, utilizamos a continuación, esta guía para describir los tratamientos ante las diferentes parasitosis, previamente descritas. [5]

TABLA 2: TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LAS DIFERENTES PARASITOSIS

Patógeno	Fármaco	Dosis (mg/kg/día)	Intervalo (horas)	Vía	Duración (días)
Giardia lamblia	Metronidazol	15	8	Oral	5 - 7
Entamoeba histolytica (portador asintomático)	Furoato de diloxanida	20	8	Oral	10
Entamoeba histolytica (colitis amebiana)	Metronidazol	30 - 50	8	Oral	10

Sigue tabla 2 →

→ Viene tabla 2

Entamoeba histolytica (absceso hepático)	Metronidazol o Tinidazol1)	25-30 30-50	8 8	IV Oral	10 10
Cryptosporidium (inmunodeprimido)	Inmunocompetentes: generalmente autolimitado. Claritromicina	15	12	Oral	10
Enterobius vermicularis	Mebendazol	100mg/dosis	24	Oral	1 día (repetir dosis en 2 semanas)
Trichuris trichiura	Mebendazol o Albendazol	100mg/dosis o 500mg/dosis 400mg/dosis	12 24 24	Oral Oral Oral	3 1 1
Balantidium coli	Metronidazol	35 - 50	8	Oral	5
Blastocystis hominis (sintomático)	Usualmente-no requiere tratamiento Metronidazol	35	8	Oral	10
Ascaris lumbricoides	Mebendazol	100mg/dosis o 500mg/dosis	12 24	Oral Oral	3 1
Taenia solium (cisticercosis)	Albendazol	15 (máximo 800 mg)	12	Oral	14 - 28

Fuente: Modificado de Tratamiento de los parásitos intestinales más frecuentes Servicio de Pediatría. Unidad de E. Infecciosas y Pediatría Tropical. Hospital Carlos III. Madrid. Asociación Española de Pediatría. 2008

Seguimiento:

Según se ha descrito previamente, las parasitosis intestinales aparecen con una alta gama de sintomatología y presentaciones clínicas y a su vez existen

ciertos criterios para una atención especializadas de los pacientes que presentan estos cuadros clínicos,

Entre los criterios de referencia desde los Equipo Comunitario de Salud (ECOs) Familiar, a un ECOs especializado; que cabe recalcar cuenta con pediatra; son infecciones recurrentes a pesar del cumplimiento de las medidas preventivas y tratamiento específico,

Desnutrición severa, que debe haber una coordinación entre ambos ECOs para el seguimiento.

Parte del seguimiento de los pacientes que han sido diagnosticados con alguna de las parasitosis intestinales es, el conocimiento que cada uno de los agentes etiológicos pueden presentar diversas complicaciones que van desde ser extremadamente frecuentes, a tener muy pocos casos en los anales de la historia.

Complicaciones:

TABLA 3: COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES DE LAS PARASITOSIS

Agente/patología:	Complicaciones:
<i>Giardia intestinalis</i>	Síndrome de mala absorción, Manifestaciones extraintestinales como: erupción maculopapular, urticaria, aftas, poliartritis, colangitis, asma bronquial, iridociclitis, retinitis.
Amibiasis.	Amebiasis invasiva, perforación intestinal, amebiasis extra intestinal y consecuentemente abscesos amebianos.
Blastocystis hominis	Relacionado frecuentemente con urticaria y sinovitis, principalmente asintomática, pero en ocasiones puede presentarse como una diarrea crónica.

→ Viene tabla 3

Oxiuriasis (<i>enterobius vermicularis</i>)	Úlceras en íleo y colon, apendicitis, peritonitis, sobre infección, en regiones de migración ectópica, salpingitis, abscesos y granulomas perianales. Sigue tabla 3 →
Tricocefalosis (<i>Trichuris-trichuria</i>)	Puede provocar necrosis intestinal, prolapso rectal.
Ascaridiosis	Abscesos múltiples pulmonares y hepáticos, síndrome suboclusivo, oclusión intestinal, síndrome de Loffler, peritonitis biliar por perforación del conducto hepático común, colangitis.
<i>Taenia saginata y solium</i>	Cisticercosis (producida únicamente por <i>tenia solium</i>) [6]

Fuente: Infectología y enfermedades infecciosas, Emilio Cecchini, Silvia E. Gonzales Ayala, 1° edición Editorial Journal, 2008

Criterios de ingreso intrahospitalario, alta, y seguimiento.

Los criterios de ingreso intrahospitalario incluyen, deshidratación severa, pobre tolerancia oral, abdomen agudo, mal estado general, desnutrición severa, edema, y compromiso de otros órganos.

Criterios de alta:

En el segundo y tercer nivel se indicara alta al suspender la condición clínica por la cual fue ingresado.

Criterios de seguimiento:

Se debe indicar un EGH después de haber finalizado, el tratamiento,

A los pacientes que se les hubieran aislado entamoeba, balantidium o guardia, se les debe realizar un EGH, a la semana de finalizado tratamiento.

En pacientes con nematodos o Hymenoleptys, se les debe indicar un examen general de heces a las dos semanas de finalizado el tratamiento.

En pacientes a quienes se les haya aislado Strongyloides, se les debe indicar un examen general de heces a los quince treinta y noventa días de finalizado el tratamiento.

En pacientes con Taenia se debe indicar un examen general de heces al primer, segundo y tercer mes de finalizado el tratamiento.

VI. HIPÓTESIS

HIPOTESIS 1

El proceso de atención de los casos de parasitismo intestinal en niños/as de 5 a 9 años de edad se cumple en un 70% de los casos de acuerdo a las normas de Pediatría del MINSAL en la UCSF Zacamil, San Salvador.

VII. DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

El estudio realizado en esta investigación de tipo descriptiva, no experimental.

ÁREA DE ESTUDIO:

La investigación se realizó en la UCSF I Zacamil, San Salvador, la cual es un componente del Primer Nivel de Atención, incluido en la Atención Primaria en Salud (APS) en el área de la Salud Pública.

Por el sector de la población que se estudia, la investigación se sitúa dentro de la rama de la pediatría.

Por la información que se recolecto, la distribución, frecuencia, determinantes, y factores relacionados con la salud y enfermedad en la población estudiada se sitúa en el área de la epidemiología.

POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Niños de 5 a 9 años de edad que consultan en la UCSF I Zacamil, San Salvador, con sintomatología sugestiva a parasitismo intestinal.

PERÍODO DE INVESTIGACIÓN:

La investigación se realizó en el período de junio a julio del 2017.

UNIVERSO Y MUESTRA

El **universo** fueron todos los niños/as en edad escolar que consultan en la UCSF I Zacamil, durante el período de junio a julio del 2017 en el municipio de Mejicanos del departamento de San Salvador.

La **Población** serán los niños de 5 a 9 años que asistan a la UCSFI Zacamil,

San Salvador y presenten cuadro sugestivo de parasitismo intestinal durante el periodo comprendido de junio a julio de 2017, con un aproximado de población de 86 pacientes.

La **Muestra** fue tomada por conveniencia debido a la poca población consultante de parasitismo intestinal que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión, con una muestra final de 60 pacientes.

Se tomaron en cuenta ciertos criterios en la población seleccionada para incluirla en la muestra, los cuales incluyen los siguientes:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- o Niño/a de 5 a 9 años de edad
- o Paciente que consulte con sintomatología sugestiva de parasitismo intestinal
- o Que sea del área geográfica de inclusión
- o Que haya completado al menos el 60% del proceso de atención

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- o Pacientes asintomáticos
- o Paciente que consulta por seguimiento de cuadro intestinal infeccioso
- o Que no se encuentre expediente clínico del paciente
- o Que no cumpla con al menos un 40% de proceso de atención.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

<p align="center">Objetivo general: Verificar el proceso de atención de parasitismo intestinal en niños de 5 a 9 años de edad que consultan en UCSF Zacamil, San Salvador, en el periodo de junio a julio 2017.</p>								
Objetivos específicos	Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Valores	Fuente	Técnica	Herramienta
<p>Objetivo #1</p> <p>Identificar el proceso de evaluación clínica de parasitismo intestinal en niños de 5 a 9 años que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Zacamil.</p>	<p>Evaluación clínica de los casos de parasitismo intestinal en niños entre los 5 y 9 años de edad</p>	<p>Evaluación clínica: Valoración y evaluación del estado físico o psíquico de un paciente, basándose en la información obtenida de la entrevista, del historial médico del paciente y de la anamnesis, de exploraciones físicas, de pruebas de laboratorio. Por lo cual podemos determinar que tomaremos en cuenta tres parámetros, la historia clínica, el examen físico y los resultados de examen de laboratorio para confirmar el diagnóstico y poder</p>	<p>Cuadro clínico característico: nauseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, distensión abdominal, los cuales se confirman mediante examen físico y sellando el diagnóstico con examen general de heces</p>	Cuadro clínico	<p>-Numero de pacientes con cuadro clínico característico</p> <p>- Numero de pacientes que no presentan cuadro clínico característico</p>	<p>Fuentes secundarias por medio de revisión de expedientes clínicos de pacientes escolares con diagnóstico de parasitismo intestinal con examen de heces confirmatorio</p>	<p>Revisión documental</p>	<p>Matriz de vaciamiento de datos</p>
				Historia clínica	<p>-Tiempo de evolución</p> <p>-Signos y síntomas sugestivos</p>			

		establecer un tratamiento		Examen Físico	-Signos vitales -Exploración por sistemas			
				Exámenes de laboratorio	-Examen general de heces positivo -Examen general de heces negativo			
Objetivo #2 Verificar el tratamiento indicado según el agente causal de parasitismo intestinal en niños de 5 a 9 años de edad que consulten en la UCSF Zacamil, San Salvador	Tratamiento farmacológico indicado según el agente causal de parasitismo intestinal	Tratamiento farmacológico: Tratamiento con cualquier sustancia, diferente de los alimentos, que se usa para prevenir, diagnosticar, tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad o un estado anormal.	Se verificara en los expedientes clínicos que el tratamiento farmacológico indicado este acorde al microorganismo reportado en el EGH, medicamento adecuado, dosis adecuada, intervalo de dosis, tiempo de tratamiento y vía de	-Parasito aislado	- Protozoarios -Helmintos	Fuentes secundarias por medio de revisión de expedientes clínicos de pacientes en edad escolar con examen general de heces que se encuentra reportado en expediente	Revisión documental	Matriz de vaciamiento de datos
				-Medicamento indicado	-Acorde a guía clínica -No acorde a guía clínica			
				-Dosis	-Adecuada -No adecuada			

		<p>Agente causal:</p> <p>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 un huésped. Estos agentes son causales ya que son el motivo, directo o indirecto, del desarrollo de una enfermedad.</p>	administración adecuada					
				-Intervalo de dosis	-Correcta -Incorrecta			
				-Tiempo de tratamiento	-De acuerdo a guía clínica -No acorde a guía clínica			
				-Vía de administración	-Correcta -Incorrecta			

<p>Objetivo #3</p> <p>Evidenciar el seguimiento del paciente con diagnóstico de parasitismo intestinal que consultan en la UCSF Zacamil, San Salvador.</p>	<p>Seguimiento del paciente con diagnóstico confirmado y con tratamiento de parasitismo intestinal</p>	<p>Seguimiento: Observación minuciosa de la evolución y desarrollo de un proceso.</p>	<p>Se evidenciará si se realiza seguimiento posterior a diagnóstico y tratamiento de las parasitosis intestinales en los niños acorde a lo especificado en las guías clínicas de pediatría</p>	-Cita de seguimiento	-Cumple con seguimiento -No cumple seguimiento Nº de pacientes que cumplen seguimiento/ Nº total x100	<p>Fuentes secundarias por medio de revisión de expediente clínico</p>	<p>Revisión documental</p>	<p>Matriz de vaciamiento de datos</p>
				-Tratamiento	-Se cumple -No se cumple Nº pacientes que cumplen tratamiento/ Nº total x 100			
				-Examen general de heces control	-Si -No			

FUENTES DE INFORMACIÓN

La fuente de información es secundaria, ya que los datos se recolectaron directamente de los expedientes previamente llenados a través de la historia clínica, y examen físico, con previa autorización del centro de salud. Así como fuentes digitales del MINSAL, por medio del Sistema Nacional de Salud de MorbiMortalidad más Estadísticas Vitales (SIMMOW).

TÉCNICA Y HERRAMIENTA DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

Para la obtención de información se utilizó la revisión documental de expedientes contando con un instrumento de vaciamiento de datos, donde se verificará el cumplimiento del proceso de atención del paciente con parasitismo intestinal, revisando si se incluye historia clínica y examen físico, toma de exámenes en este caso el Examen General de Heces (EGH) posteriormente su tratamiento acorde a diagnóstico y seguimiento del paciente.

MECANISMOS DE CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE LOS DATOS

Al utilizar los expedientes clínicos y el instrumento de vaciamiento de información del expediente del paciente se generara un código para la identificación del expediente del cual se obtiene la información garantizando la confidencialidad de la información proporcionada además de la previa autorización del director de la UCSF I Zacamil SS Mejicanos

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Se procedió de la siguiente manera:

- ✓ Se solicitó autorización al director de la UCSF I Zacamil, por medio del Formulario de Autorización

- ✓ Se seleccionaron los pacientes de 5 a 9 años de edad que consultaron con síntomas sugestivos de parasitismo intestinal, con previo consentimiento del encargado del usuario; además de la revisión de expedientes clínicos de pacientes a los cuales se les envía EGH o presentaron EGH de laboratorio privado.

- ✓ A continuación se llenó la matriz de datos, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

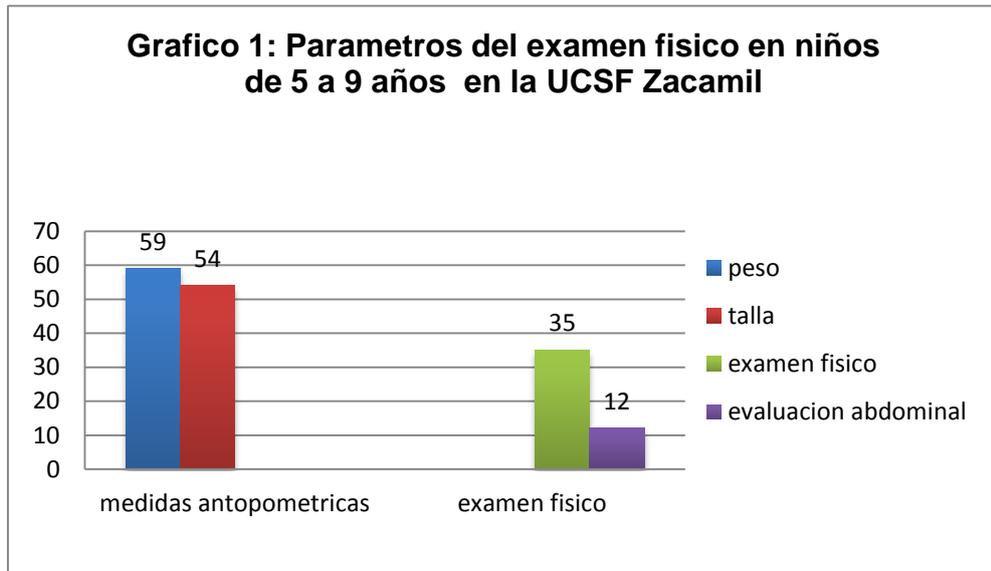
- ✓ Posteriormente se procesaron los datos obtenidos utilizando el programa Microsoft Excel 2003 ó 2007.

- ✓ Se realizó un análisis interpretativo y de contenido

- ✓ Se elaboraron graficas de pastel o de barras que ayudaron a una mejor interpretación de los datos obtenidos.

VIII. RESULTADOS

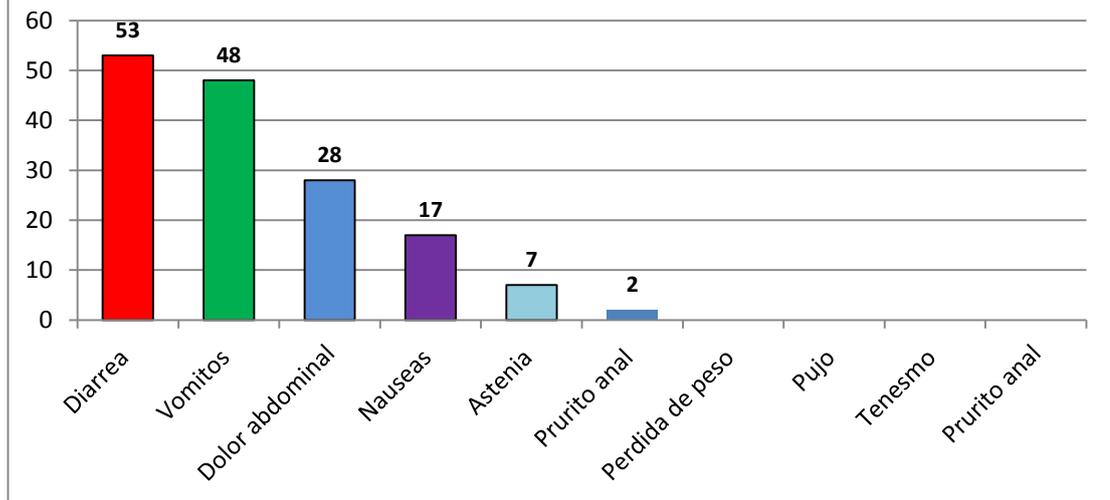
Objetivo #1 Identificar el proceso de evaluación clínica de parasitismo intestinal en niños de 5 a 9 años que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Zacamil.



Fuente: Instrumento de recolección de datos de expedientes clínicos; UCSF Mejicanos, San Salvador, junio a julio 2017

Los principales parámetros del examen físico evaluados en los pacientes con parasitismo intestinal, el examen físico completo solo se describió en 35 de los casos, únicamente la evaluación abdominal completa estaba descrita en 12 de los casos, las medidas antropométricas fueron descritas en 59 casos el peso y en 54 casos la talla.

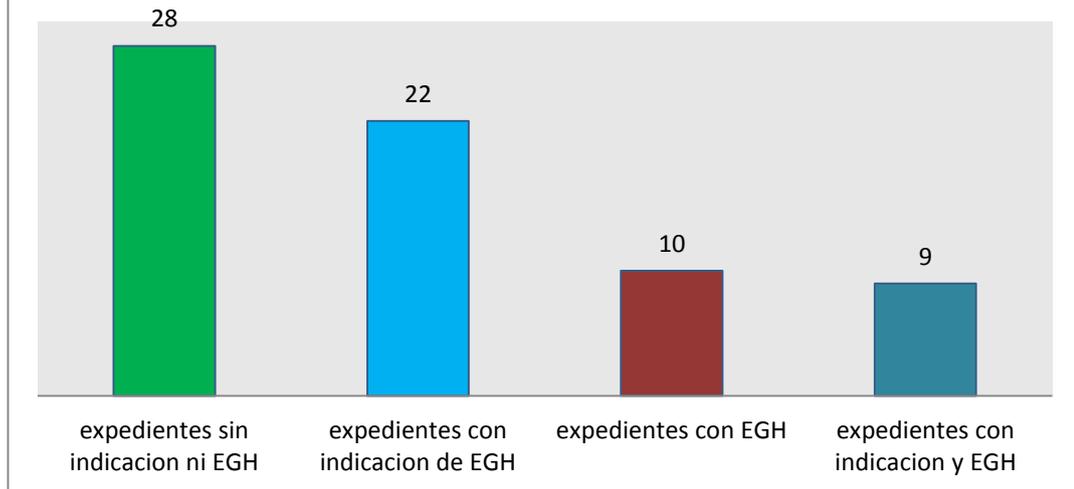
Grafico 2: Sintomas mas frecuentes descritos en la presente enfermedad de niños que consultaron en UCSF Zacamil



Fuente: Instrumento de recolección de datos de expedientes clínicos; UCSF Mejicanos, San Salvador, junio a julio 2017.

Al realizar la revisión de los 10 principales síntomas relacionados con la parasitosis intestinal que se enlistan en la guía clínica pediátrica del MINSAL solamente 6 síntomas fueron descritos con mayor frecuencia en la historia clínica, siendo la diarrea la predominante descrita en 53 de los expedientes, seguido por los vómitos (48) y dolor abdominal (28). Quedando las náuseas (17), la astenia (7) y el prurito anal (2) muy pocas veces descritas.

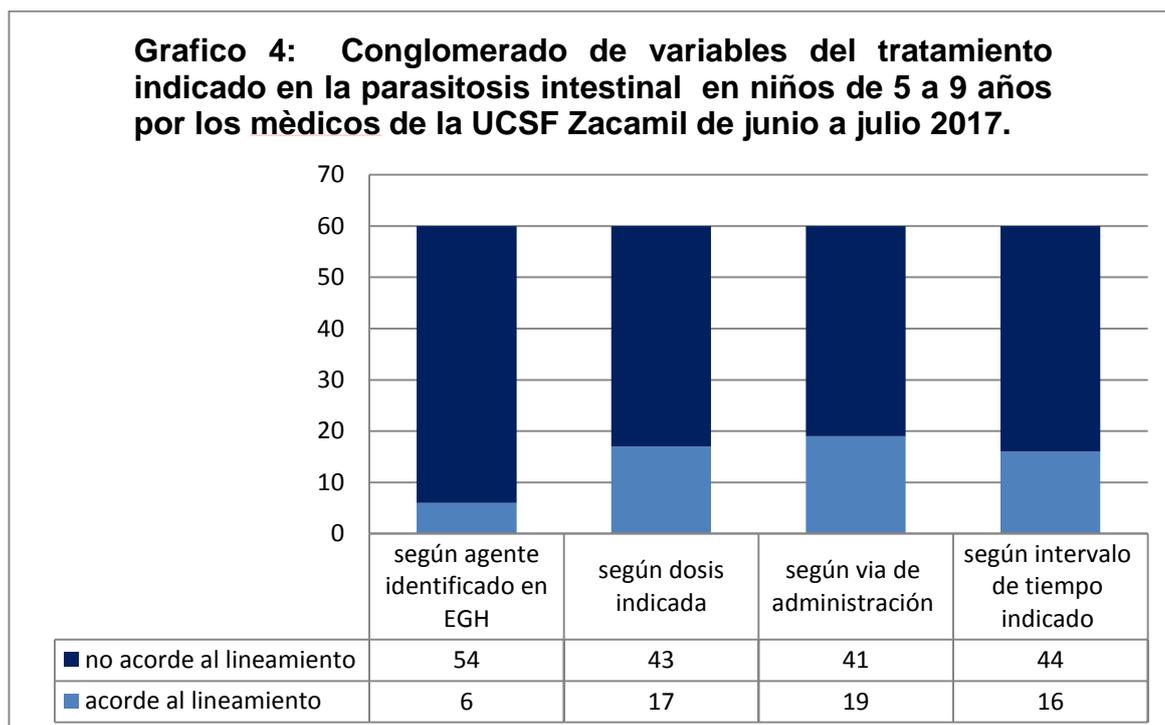
Grafico 3: Examen general de Heces realizados en niños que consultaron en UCSF Zacamil



Fuente: Instrumento de recolección de datos de expedientes clínicos; UCSF Mejicanos, San Salvador, junio a julio 2017

Se puede observar que de los expedientes revisados el mayor número (28 expedientes) no presentan reporte de examen general de heces ni indicación de examen; en segundo lugar con 22 casos en los cuales se encontraba la indicación pero no se encontraba reporte de examen, y en 10 expedientes se podía encontrar únicamente el examen reportado (pacientes que asisten con examen sin previa indicación médica); y en solo 9 de los expedientes en los cuales se encontraba la indicación se reporto el EGH.

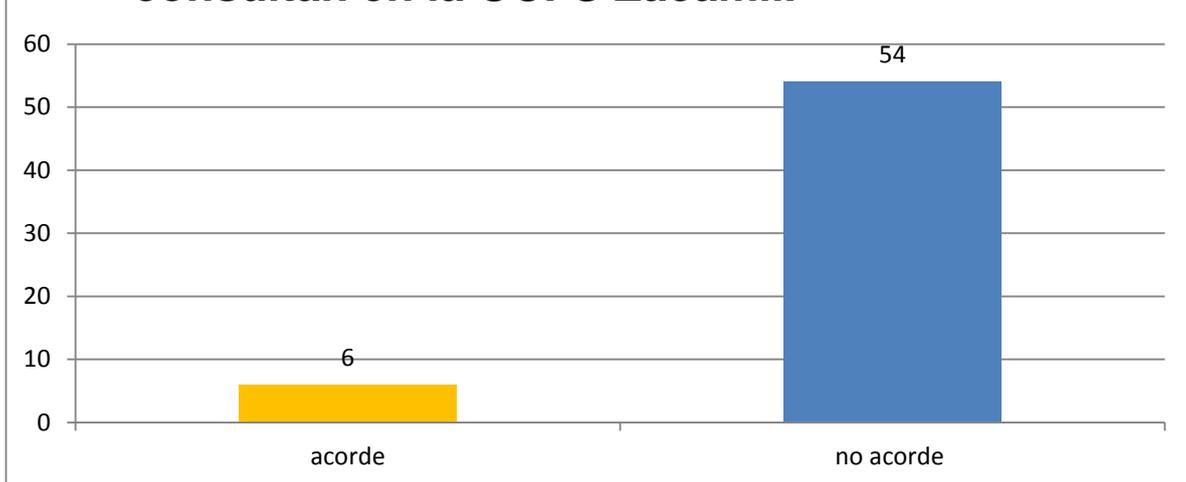
Objetivo #2 Verificar el tratamiento indicado según el agente causal de parasitismo intestinal en niños de 5 a 9 años de edad que consulten en la UCSF Zacamil, San Salvador.



Fuente: Instrumento de recolección de datos de expedientes clínicos; UCSF Mejicanos, San Salvador, junio a julio 2017

Al realizar un conglomerado de los indicadores de la fase de tratamiento, se evaluaron 4 de ellos que fueron el agente identificado, dosis, via de administracion y el intervalo de tiempo, en los cuales se observa que el tratamiento indicado adecuado según agente aislado es acorde a guia clinica solo en 6 de los casos, con dosis adecuadas en 17 de los casos, una via correcta de administracion en 19 de ellos y un intervalo de tiempo acorde a guia clinica solamente en 16 casos.

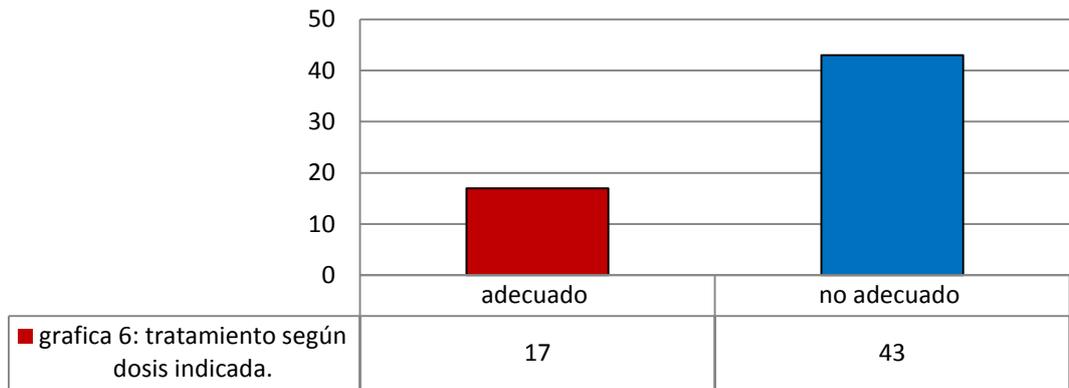
Grafico 5: Tratamiento indicado según agente identificado en el examen general de heces, en niños de 5 a 9 años que consultan en la UCFS Zacamil.



Fuente: Instrumento de recolección de datos de expedientes clínicos; UCSF Mejicanos, San Salvador, junio a julio 2017

El tratamiento indicado en los casos de parasitismo intestinal, acorde al agente causal identificado por medio de examen general de heces, y que se describe en las Guías Clínicas del MINSAL, fue acorde a estas en 6 de los expedientes revisados, en 54 de ellos se realizó un tratamiento empírico.

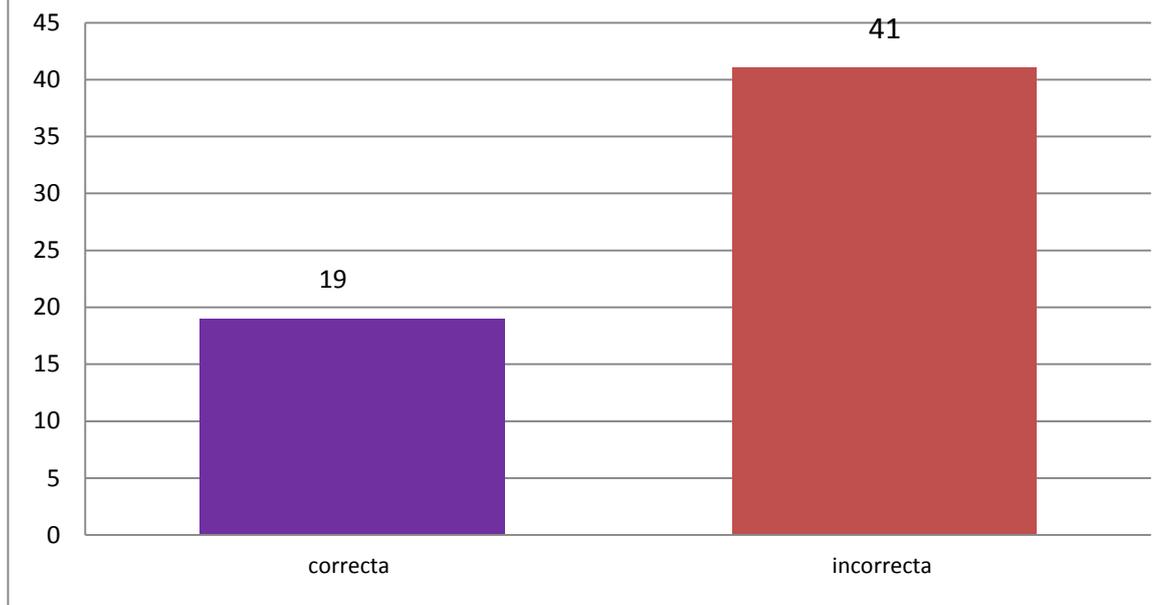
Grafico 6: Tratamiento según dosis indicada en niños de 5 a 9 años con diagnostico de parasitismo intestinal.



Fuente: Instrumento de recolección de datos de expedientes clínicos; UCSF Mejicanos, San Salvador, junio a julio 2017

El tratamiento indicado en los casos de parasitismo, fue prescrito por el medico en la dosis adecuada según las guias clinicas, en 17 de los casos reportados, mientras que en 43 de los casos no fue adecuada la dosis indicada.

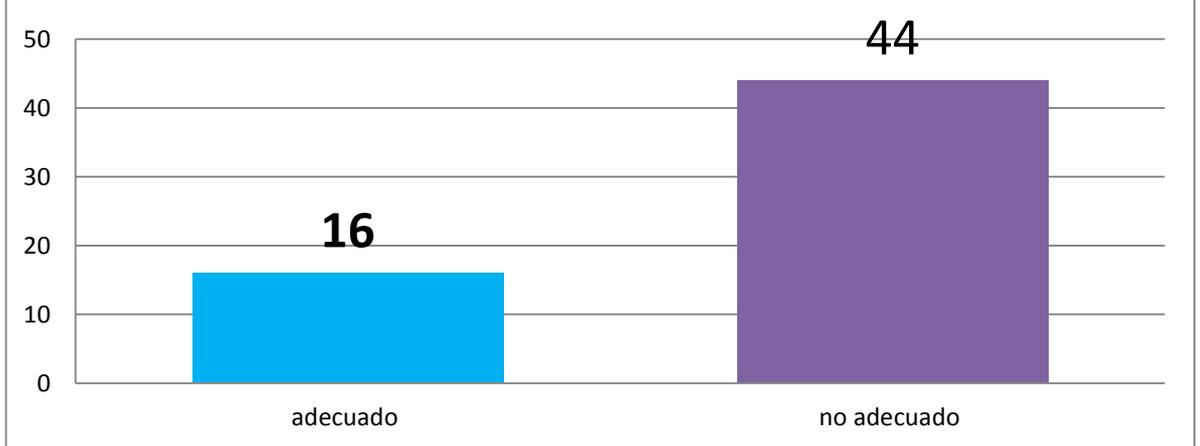
Grafico 7: Via de administracion de tratamiento de parasitismo intestinal en niños de 5 a 9 años.



Fuente: Instrumento de recolección de datos de expedientes clínicos; UCSF Mejicanos, San Salvador, junio a julio 2017

Se puede observar en la grafica que en 41 de los casos la vía de administración del tratamiento de parasitismo intestinal indicado no estaba acorde a los parámetros de las guías clínicas y solamente en 19 de los casos se indico de manera adecuada.

Grafico 8: Intervalo de tiempo de administracion de tratamiento en casos de Parasitismo Intestinal en niños de 5 a 9 años



Fuente: Instrumento de recolección de datos de expedientes clínicos; UCSF Mejicanos, San Salvador, junio a julio 2017.

El tratamiento indicado en los casos de parasitismo intestinal fue indicado con el intervalo de tiempo de administración acorde a las guías clínicas en 16 de los casos, y en 44 de ellos el intervalo fue o mayor o menor a lo que se establecen en las guías clínicas.

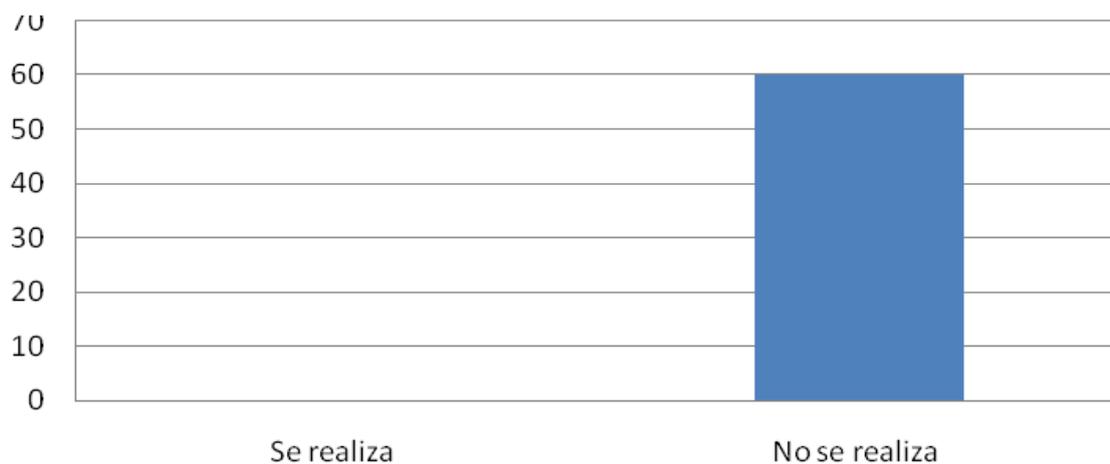
Objetivo #3 :Evidenciar el seguimiento del paciente con diagnóstico de parasitismo intestinal que consultan en la UCSF Zacamil, San Salvador.



Fuente: Instrumento de recolección de datos de expedientes clínicos; UCSF Mejicanos, San Salvador, junio a julio 2017.

El último de los pasos del proceso de atención del parasitismo intestinal es el seguimiento, en los expedientes revisados únicamente 8 expedientes se cumplió la cita de seguimiento posterior a la finalización del tratamiento, en 52 de los expedientes no se evidenció indicación ni cumplimiento de la cita de seguimiento.

Grafico 9: Toma de examen general de heces control post tratamiento de parasitismo intestinal en niños de 5 a 9 años



Fuente: Instrumento de recolección de datos de expedientes clínicos; UCSF Mejicanos, San Salvador, junio a julio 2017.

Podemos observar en la grafica que otro de los parametros que conforman el seguimiento de los pacientes con parasitismo para confirmar si se ha logrado erradicar el agente causal por medio del examen general de heces posterior al tratamiento no se cumple en los 60 expedientes revisados.

IX. DISCUSION

La recolección de datos realizada a través de la revisión y la ejecución del instrumento la cual contiene las 3 partes; evolución clínica, tratamiento y seguimiento; necesarias para evaluar adecuadamente una parasitosis intestinal como se menciona en la guías clínicas pediátricas del MINSAL.

Los expedientes fueron obtenidos a través de la revisión del sistema nacional de salud morbimortalidades más estadísticas vitales (SIMMOW) del MINSAL, del cual se seleccionaron los diagnósticos relacionadas a problemas intestinales como: diarreas y gastroenteritis agudas de presunto origen infeccioso, parasitosis y otras helmintiasis, y amibiasis. Se estableció una muestra de 86 expedientes a revisar 15 no cumplieron con criterios de inclusión como fueron: no encontrarse expediente clínico, o simplemente no coincidía el número de expediente con los demás datos buscados o la edad menor de 5 años y mayor de 9 años, solo se logró realizar una revisión de 71 expedientes, de los cuales se tuvieron que marginar 11 por tener los casos, características bien identificadas de gastroenteritis agudas de origen bacteriano o viral. Obteniendo un total de 33 expedientes para el mes de junio y 27 para el mes de julio para un total de 60 expedientes revisados.

El primer paso del proceso diagnóstico es la evaluación clínica se evaluó primeramente los principales motivos de consulta, entre los más frecuentes se encontraron “la diarrea”, “el dolor de estómago”. “el resultado de examen” “los vómitos”. Los cuales concuerdan con la sintomatología que presenta un caso de parasitismo, en el caso de la sintomatología reportada en la historia clínica son 6 los que más se presentan en la anamnesis la diarrea la más frecuente, seguido por los vómitos y dolor abdominal. Quedando las náuseas, la astenia y el prurito anal muy pocas

veces descrita, posteriormente se sella el diagnóstico por medio del examen general de heces el cual en el estudio se pudo observar que no se envía a todos los casos sospechosos únicamente fueron indicados en 22 casos pero solo se reportaron 15 expedientes con examen general de heces.

En la segunda etapa del proceso de atención abarca el tratamiento, de los 15 pacientes a los cuales se confirmó la patología por medio de EGH, únicamente 6 de estos tenían indicado el tratamiento acorde al agente etiológico reportado, en dosis adecuada y tiempo adecuado, por lo cual el resto de casos fue tratado con medicamentos antiparasitarios de amplio espectro.

Y finalmente en la última etapa del proceso de atención que consiste en el seguimiento posterior al tratamiento para verificar la eficacia de este, se encontró que de los 60 expedientes revisados únicamente 8 cumplieron la cita de seguimiento, y que en ningún caso se indicó examen general de heces control post-tratamiento por lo cual este acápite del proceso de atención es de mayor incumplimiento que se encontró, que se debería enfatizar para su mejora ya que no se puede verificar sin la cita y el EGH control del cumplimiento y eficacia del tratamiento indicado.

X. CONCLUSIONES

- En el proceso de evaluación clínica del parasitismo intestinal se concluye que 35 expedientes incluyen examen físico, y en solamente 12 se realiza una adecuada evaluación clínica abdominal y un registro adecuado de las principales sintomatologías, con un ligero déficit al momento de sellar el diagnóstico en la indicación del examen general de heces, en solo 22 de los expedientes revisados.
- Según nuestra investigación al dar tratamiento se pudo verificar que 19 reciben tratamiento antiparasitario, 6 según etiología reportada en un examen general de heces. En 54 de los casos se da un tratamiento empírico con antiparasitarios de amplio espectro.
- En los seguimientos a las parasitosis intestinales según Guía Clínica de Pediatría del MINSAL, solamente en 8 casos se realizó cita de seguimiento y en ninguno de los 60 expedientes se realizó EGH post tratamiento.
- Según los resultados obtenidos en la investigación se puede concluir que la hipótesis de trabajo es nula debido a que el proceso de atención se cumple en un 31% en los casos de parasitismo intestinal.

XI. RECOMENDACIONES

- **Al Ministerio de Salud:** Que se realicen revisiones y actualizaciones en las normativas de atención del Primer Nivel de Atención, además de realizar un monitoreo mayor del proceso de atención de las parasitosis y establecer parámetros de evaluación de calidad de atención para esta patología, al mismo tiempo mayor disponibilidad para realización de exámenes, abastecimiento de medicamentos, y de crear programas para enfatizar la prevención y el seguimiento de los casos reportados.
- **A los médicos en el Primer Nivel de Atención:** que se realicen capacitaciones y retroalimentación de las guías clínicas, haciendo énfasis en un examen abdominal más completo, además de la indicación de exámenes pertinentes para un diagnóstico más certero del agente causal y de aplicación del tratamiento adecuado, y acorde al esquema de medicamentos disponibles.
- **A la Universidad de El Salvador:** que se incorpore en el curriculum de la carrera de Doctorado en Medicina, los diversos programas de atención del MINSAL y realizar capacitaciones a nivel de programas enfocados en la infancia y en las diversas guías clínicas las cuales se utilizan mayormente en el Primer Nivel de Atención.

XIV. BIBLIOGRAFÍA

[1] Ministerio de Salud de El Salvador, Guías Clínicas de Pediatría,, Febrero 2012, pagina 132.

[2] Sandoval, Nelly Janeth. Parasitosis intestinal en países en desarrollo, REV MED HONDUR, Vol. 80, No. 3, 2012. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2012/pdf/Vol80-3-2012-2.pdf>

[3] Informacion Farmacoerapeutica de la comarca INFAC, (internet) Parasitosis intestinal, INFAC vol 17 N°2 2007 (citado 30 mayo de 2017) paginas 1-6, disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/apua-cuba/parasitosis_intestinales.pdf,

[4] A.F. Medina Claros, M.J. Mellado Peña, M. García López Hortelano, R. Piñeiro Pérez, P. Martín Fontelos; Parasitosis intestinales protocolo diagnostico- terapéutico de infectología sociedad española de pediatría, 3ra edición, Editorial Ergon, 2011

[5] C. Carranza-Rodríguez, F. Mateos-Rodríguez, A. Muro y J.L. Pérez Arellano. Revista MEDICINE, Enfermedades infecciosas, actualización de parasitosis intestinal, 54 edición, editorial Elsevier 2010.

[6] Emilio Cecchini, Silvia E. González Ayala. Infectología y enfermedades infecciosas, 1ra edición. Editorial Journal, 2008



ANEXO 1

Folio: ___

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

Instrumento de vaciamiento de datos de trabajo de investigación de “Proceso de atención del parasitismo intestinal en niños/as de 5 a 9 años que consultan en la UCSF Zacamil en periodo de junio a julio del 2017”

INDICACIONES: rellene los espacios con los datos que se e piden y posteriormente marque con una “X” si se cumple el ítem,

Aclaración: el instrumento consta de 3 partes, evolución clínica, tratamiento y seguimiento. Llenar con exactitud siguiendo las indicaciones de cada parte.

Datos generales:

Número de Expediente:

Sexo del paciente:

Fecha de la consulta:

- **Fase Diagnostica**

Evolución clínica		
Ítem a evaluar:	Si/ se evalúa	No/ no se evalúa
1 Consulta por:		
* Se relaciona con la parasitosis.		
2 Presente enfermedad: Se afirma o se niega:		
Dolor abdominal		
Nauseas		
Vómitos		
Pujo		
Tenesmo		
Prurito anal		
Diarrea		
Hiporexia o anorexia		
Astenia		
Pérdida de peso		
3 Antecedentes:		
Se afirman o se niegan episodios previos:		
4 Examen físico		
Peso		
Talla		
Evaluación abdominal		

	Observación		
	Auscultación		
	Percusión		
	Palpación		
5	** Diagnóstico:		
	Parasitosis intestinal		
	Síndrome diarreico agudo		
	***Otros diagnósticos.		
6	****Diagnostico según EGH :		

*ejemplos: dolor abdominal, el mareo, la pérdida de peso, el prurito anal, la diarrea, otros.

** marcar solo el diagnostico primario, sea este sospecha o diagnostico especifico.

*** marcar si es un diagnostico no relacionado a la parasitosis, pese a dar una sintomatología de dicha patología.

**** colocar el diagnostico según el parásito encontrado en el EGH (Examen General de Heces) ejemplo, Giardiasis , amibisis, criptosporidiasis, oxiuriasis ascaridiosis, entre otros.

- **Fase de Tratamiento**

Tratamiento			
	Ítem a evaluar:	Se realiza	No se realiza
	Plan médico:		
	Realiza Examen General de Heces		
	*Tratamiento farmacológico adecuado:		
	Recomendaciones como: lavado de manos, alimentación adecuada, lavado de frutas y verduras, deposición de excretas,		

*este tratamiento debe ser adecuado en el fármaco de elección, vía de administración, dosis, y número de días, según el agente infeccioso.

- **Fase de Seguimiento**

Seguimiento			
	Ítem a evaluar:	Se realiza	No se realiza
	*Se deja referencia de ser necesario.		
	Se deja examen de control pos tratamiento.		
	Se deja cita de seguimiento.		

*referencia según el flujograma de atención de parasitismo intestinal de las guías clínicas pediátricas.



ANEXO 2

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

Título de investigación: "PROCESO DE ATENCIÓN DE PARASITISMO INTESTINAL EN NIÑOS/AS DE 5 A 9 AÑOS QUE CONSULTAN EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR ZACAMIL, SAN SALVADOR, DE JUNIO A JULIO 2017"

Tabla 1. Instrumento de codificación de expedientes que se documentaran en la revisión clínica.

Indicacion: El código de confidencialidad se generara con la inicial del primer nombre, con la inicial del primer apellido.

No	# de Expediente	Código de Confidencialidad	Verificacion
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

ANEXO 3

Listado de Morbilidades en Niños de 5 a 9 años en UCSF I Zacamil en el periodo de Junio a Julio 2017

Lista internacional de Morbilidad por Sexo. Período del 01/06/2017 al 31/07/2017 Todas las Consultas Consulta Externa Nivel central UCSFI Mejicanos SS Zacamil * Departamento de San Salvador Municipio de MEJICANOS SS Personas con edad entre 5 y 9 Años ---- Médico ---- MINSAL+FOSALUD						
Grupo de Causas	Consultas masculina	Tasa	Consultas femenina	Tasa	Consultas Indeterminado A partir del 2013	Total Consultas
Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	62		89		0	151
Faringitis aguda y amigdalitis aguda	57		50		0	107
Bronquitis aguda y bronquilitis aguda	14		12		0	26
Diarrea de Presunto origen infeccioso(A09)	14		8		0	22
Fiebre de origen desconocido	13		5		0	18
Otras enfermedades del sistema urinario	10		8		0	18
Otras helmintiasis (B69-B71, B75, B77-B83)	6		10		0	16
Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	10		6		0	16
Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	5		10		0	15
Conjuntivitis y otros trastornos de la conjuntiva	7		6		0	13
Demás causas	72		81		0	153
Totales	270	0.00	285	0.00	0	555

- Listado de morbilidades de UCSFI Zacamil Junio a julio 2017 de niños de 5 a 9 años fuente SIMMOW 2017

ANEXO 4

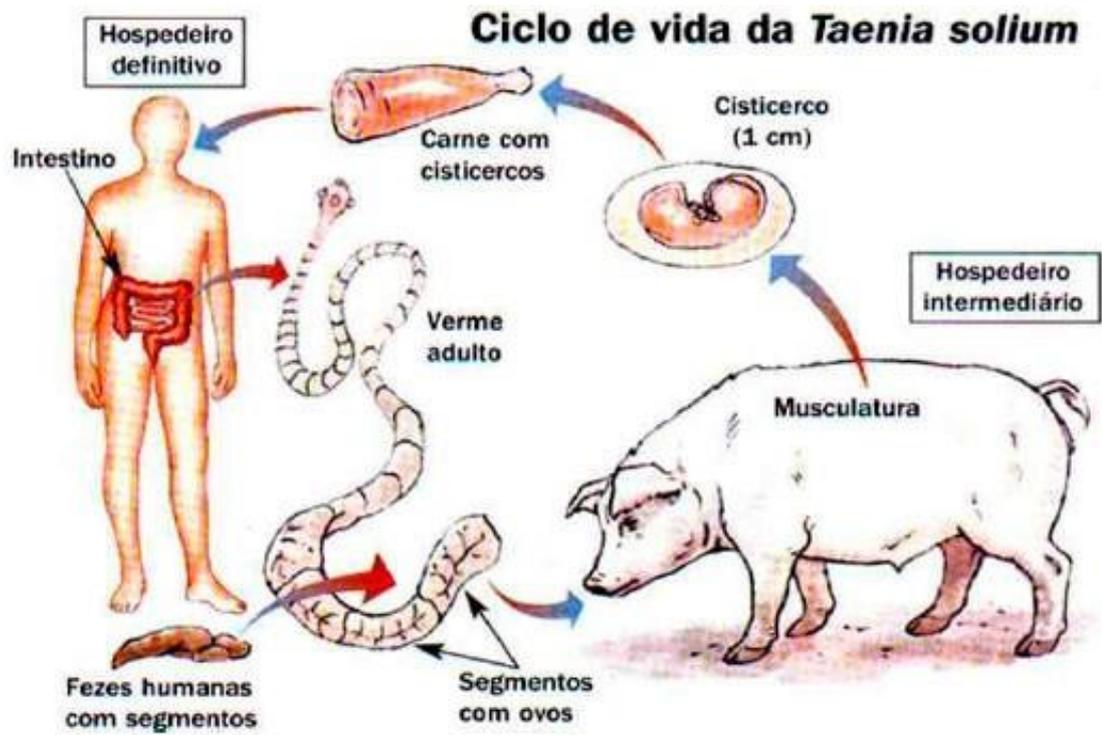
CASOS DE PARASITISMO INTESTINAL EN 2017 SEGÚN EDADES Y SEXO

Fuente: <http://vigepes.salud.gov.sv>



ANEXO 5

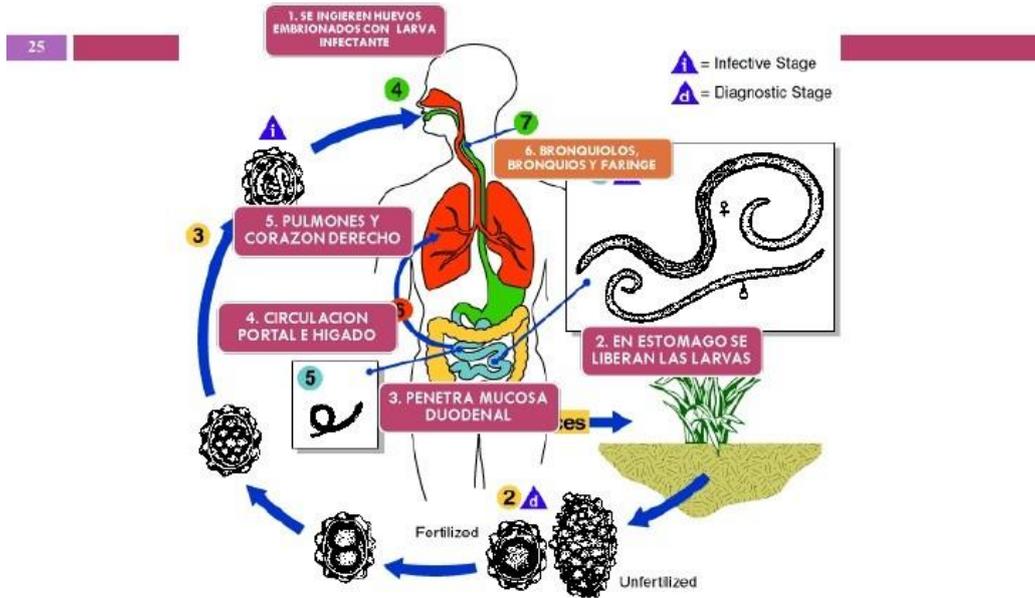
CICLO VITAL DE LOS PARÁSITOS: TAENIA SOLIUM



ANEXO 6

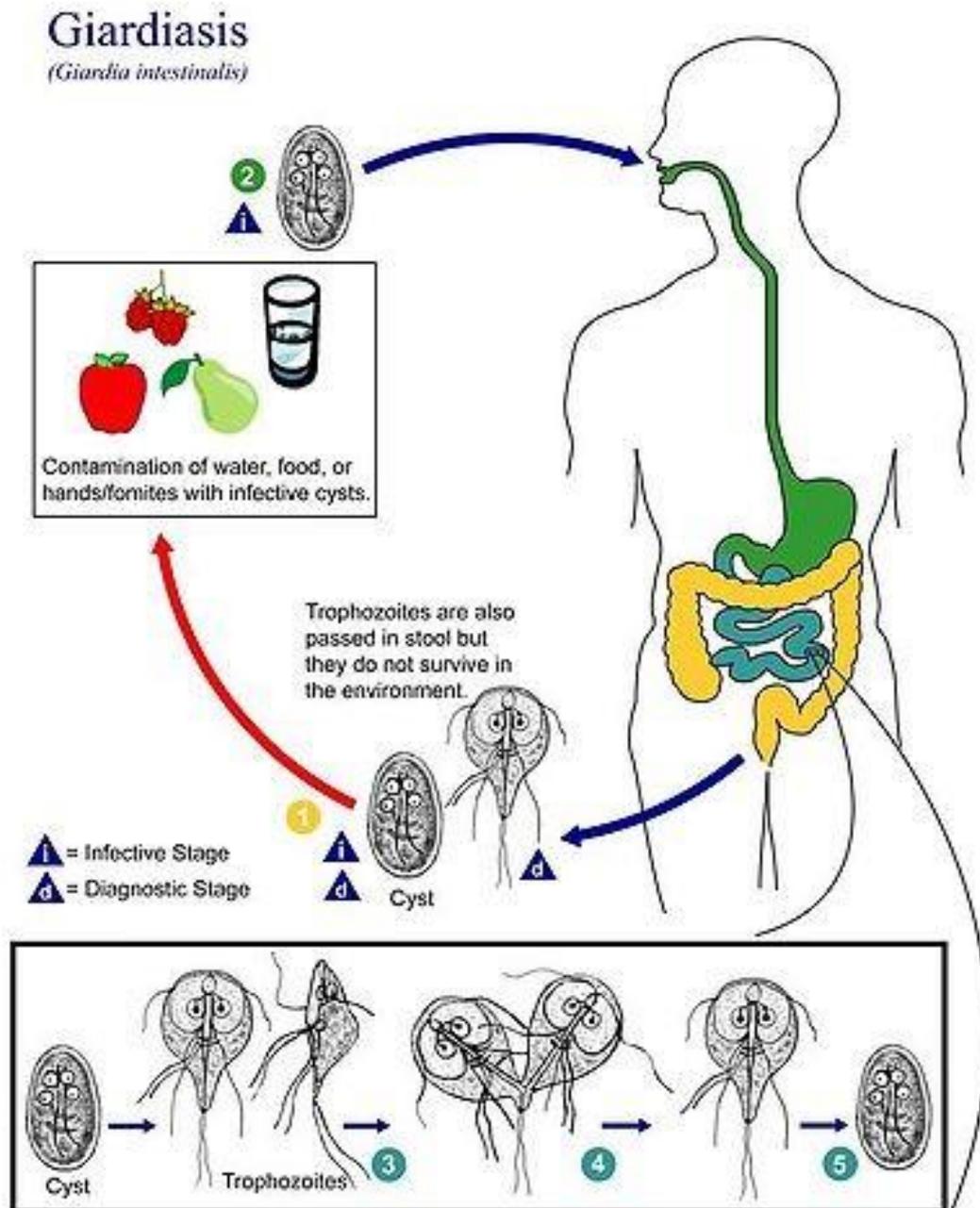
CICLO DE VIDA: ASCARIS LUMBRICOIDES

Ciclo vital de Ascaris lumbricoides



ANEXO 7

CICLO DE VIDA: GIARDIA LAMBLIA



ANEXO 8

GENERALIDADES DEL MUNICIPIO

Municipio de Mejicanos

Mejicanos es un municipio del departamento de San Salvador, El Salvador. Según el censo oficial de 2007, tiene una población de 140.751 habitantes.

Superficie: 22,12 km²

Población: 146.915 (2014)

En la actualidad Mejicanos forma parte del Gran San Salvador junto a 14 municipios más. La extensión territorial de Mejicanos es de 22.12 kilómetros cuadrados. Limita al norte con los municipios de Ayutuxtepeque y Apopa, al Este con Ciudad Delgado y Cuscatancingo y al Suroeste con el municipio de San Salvador.

Cuenta con 5 cantones, 36 caseríos y son de carácter urbano, rural y semi rural. Los Cantones son: Chancala, San Miguel, San Roque, Zacamil, Delicias del Norte.

El Departamento de Catastro cuenta con un registro en todo el municipio de 372 colonias entre condominios, urbanizaciones, comunidades y residenciales. El número de escuelas públicas y colegios privados establecidos en el municipio es de 76 en total incluyendo el Instituto Nacional Alberto Masferrer.

Entre las instituciones de servicio gubernamental en el municipio también identificamos dos unidades de salud: Unidad de Salud Zacamil, Unidad de Salud Palmira. Tres clínicas del Seguro social: Virgen del Tránsito, en el centro; Clínica Comunal Palmira y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social Zacamil. Un hospital público: Hospital Nacional Zacamil y una clínica de Asistencia social que es administrada y apoyada por el club de leones de Mejicanos, así como clínicas Municipales y de Carácter Eclesial sin precisar el numero.

ANEXO 10

GLOSARIO

Adinamia: La adinamia es la ausencia de movimiento o reacción, lo que puede llevar a un estado de postración. Se manifiesta por falta de fuerza, debilidad, ausencia de iniciativa física y emocional como consecuencia de un estado patológico.

Aéreas rurales: es aquella que se caracteriza por la inmensidad de espacios verdes que la componen y que por esta razón está destinada y es utilizada para la realización de actividades agropecuarias y agroindustriales, entre otras.

Diarrea: es la deposición, tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces sueltas o líquidas.

Entero-parásitos: es un término compuesto por dos palabras simples (entero y parásito), siendo el primero un derivado de la raíz griega “enteron” la cual significa “intestino” y el segundo es parásito.

Estudio parasitológico: consiste en la detección de parásitos como helmintos, huevos o larvas de helmintos y protozoarios.

Esprue tropical: es una enfermedad rara y no genética, comúnmente de regiones tropicales, marcada con un aplanamiento y atrofia anormal de las vellosidades intestinales e inflamación del revestimiento del intestino delgado.

Examen general de heces: consiste en la obtención de una muestra de heces procedentes del paciente que posteriormente será conservada en medios adecuados y llevada a analizar en un laboratorio especializado en este tipo de estudios.

Fármacos antiparasitarios: Fármaco que se emplea en el tratamiento de las infecciones producidas por parásitos.

Heces: Residuo producido por la digestión y posterior absorción de nutrientes de los alimentos ingeridos.

Helmintos: (Del griego “elmins” = gusano). Nombre genérico dado a los gusanos parásitos del hombre y de los animales; comprenden los platelmintos o gusanos planos, y los nematelmintos o gusanos redondos.

Hospedador: aquel organismo que alberga a otro en su interior o lo porta sobre sí, ya sea en una relación simbiótica, como comensal o parasitaria.

Incidencia: es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.

Oncosfera: o hexacanto son los términos utilizados para denominar a un estadio larvario de los cestodos.

Parásito: aquel ser vivo que vive y se nutre a expensas de otro, sin aportarle ningún tipo de beneficio a este último, el cual pasa a ser llamado “hospedador” y que en la mayoría de los casos y como consecuencia de esta situación, puede ocasionarle importantes daños o lesiones a su benefactor.

Parasitología: es una rama de la ciencia ecológica que trata el estudio integral del fenómeno del parasitismo, las relaciones existentes entre el parásito y el hospedador (dependencias metabólicas) y los factores ambientales que influyen sobre esta comunidad.

Período prepatente: es el tiempo que media desde la entrada del parásito al organismo hasta el momento en que se hace patente la presencia de formas parasitarias en el hospedador.

Protozoo: Los protozoarios son microorganismos unicelulares pertenecientes al Reino Protista, subreino Protozoa. Pueden vivir libremente o actuar como parásitos. Pueden parasitar a distintos animales y a la especie humana.

Reservorio: refiere al hospedador de largo plazo de un patógeno que causa una enfermedad infecciosa.



ANEXO 1

Folio: ___

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

Instrumento de vaciamiento de datos de trabajo de investigación de "Proceso de atención del parasitismo intestinal en niños/as de 5 a 9 años que consultan en la UCSF Zacamil en periodo de junio a julio del 2017"

INDICACIONES: rellene los espacios con los datos que se e piden y posteriormente marque con una "X" si se cumple el ítem,

Aclaración: el instrumento consta de 3 partes, evolución clínica, tratamiento y seguimiento. Llenar con exactitud siguiendo las indicaciones de cada parte.

Datos generales:

Número de Expediente:

Sexo del paciente:

Fecha de la consulta:

- **Fase Diagnostica**

Evolución clínica		
Ítem a evaluar:	Si/ se evalúa	No/ no se evalúa
1	Consulta por:	
	* Se relaciona con la parasitosis.	
2	Presente enfermedad: Se afirma o se niega:	
	Dolor abdominal	
	Nauseas	
	Vómitos	
	Pujo	
	Tenesmo	
	Prurito anal	
	Diarrea	
	Hiporexia o anorexia	
	Astenia	
	Pérdida de peso	
3	Antecedentes:	
	Se afirman o se niegan episodios previos:	
4	Examen físico	
	Peso	
	Talla	
	Evaluación abdominal	
	Observación	

	Auscultación		
	Percusión		
	Palpación		
5	** Diagnóstico:		
	Parasitosis intestinal		
	Síndrome diarreico agudo		
	***Otros diagnósticos.		
6	****Diagnostico según EGH :		

*ejemplos: dolor abdominal, el mareo, la pérdida de peso, el prurito anal, la diarrea, otros.

** marcar solo el diagnostico primario, sea este sospecha o diagnostico especifico.

*** marcar si es un diagnostico no relacionado a la parasitosis, pese a dar una sintomatología de dicha patología.

**** colocar el diagnostico según el parásito encontrado en el EGH (Examen General de Heces) ejemplo, Giardiasis , amibisis, criptosporidiasis, oxiuriasis ascaridiosis, entre otros.

- **Fase de Tratamiento**

Tratamiento			
	Ítem a evaluar:	Se realiza	No se realiza
	Plan médico:		
	Realiza Examen General de Heces		
	*Tratamiento farmacológico adecuado:		
	Recomendaciones como: lavado de manos, alimentación adecuada, lavado de frutas y verduras, deposición de excretas,		

*este tratamiento debe ser adecuado en el fármaco de elección, vía de administración, dosis, y número de días, según el agente infeccioso.

- **Fase de Seguimiento**

Seguimiento			
	Ítem a evaluar:	Se realiza	No se realiza
	*Se deja referencia de ser necesario.		
	Se deja examen de control pos tratamiento.		
	Se deja cita de seguimiento.		

*referencia según el flujograma de atención de parasitismo intestinal de las guías clínicas pediátricas.

.



ANEXO 2

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

Título de investigación: "PROCESO DE ATENCIÓN DE PARASITISMO INTESTINAL EN NIÑOS/AS DE 5 A 9 AÑOS QUE CONSULTAN EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR ZACAMIL, SAN SALVADOR, DE JUNIO A JULIO 2017"

Tabla 1. Instrumento de codificación de expedientes que se documentaran en la revisión clínica.

Indicacion: El código de confidencialidad se generara con la inicial del primer nombre, con la inicial del primer apellido.

No	# de Expediente	Código de Confidencialidad	Verificacion
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

ANEXO 3

Listado de Morbilidades en Niños de 5 a 9 años en UCSF I Zacamil en el periodo de Junio a Julio 2017

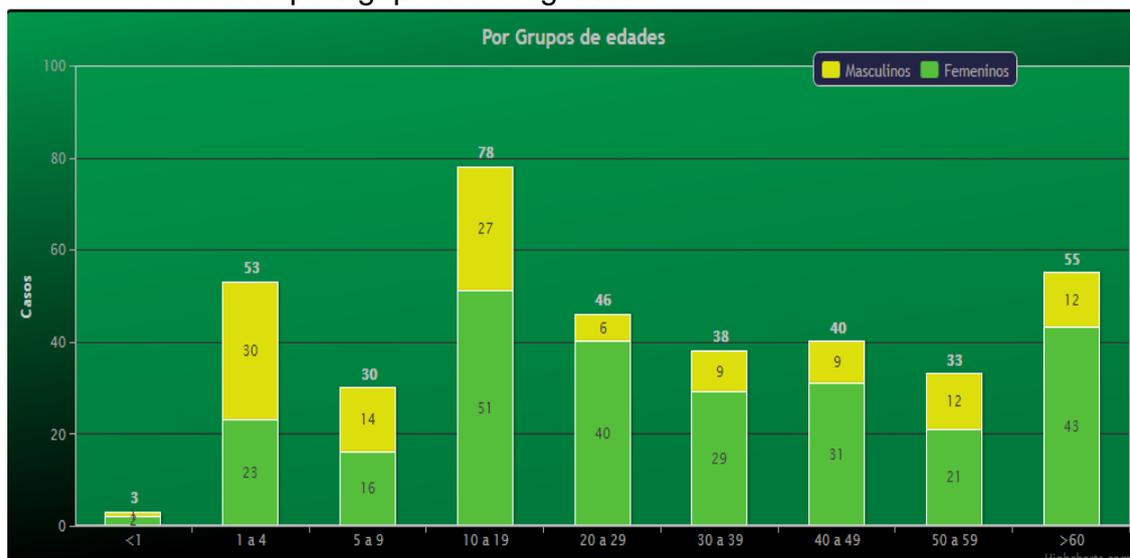
Lista internacional de Morbilidad por Sexo. Periodo del 01/06/2017 al 31/07/2017 Todas las Consultas Consulta Externa Nivel central UCSFI Mejicanos SS Zacamil * Departamento de San Salvador Municipio de MEJICANOS SS Personas con edad entre 5 y 9 Años ---- Médico ---- MINSAL+FOSALUD							
Grupo de Causas	Consultas masculina	Tasa	Consultas femenina	Tasa	Consultas Indeterminado A partir del 2013	Total Consultas	Tasa
Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	62		89		0	151	
Faringitis aguda y amigdalitis aguda	57		50		0	107	
Bronquitis aguda y bronquilitis aguda	14		12		0	26	
Diarrea de Presunto origen infeccioso(A09)	14		8		0	22	
Fiebre de origen desconocido	13		5		0	18	
Otras enfermedades del sistema urinario	10		8		0	18	
Otras helmintiasis (B68-B71, B75, B77-B83)	6		10		0	16	
Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	10		6		0	16	
Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	5		10		0	15	
Conjuntivitis y otros trastornos de la conjuntiva	7		6		0	13	
Demás causas	72		81		0	153	
Totales	270	0.00	285	0.00	0	555	0.00

- Listado de morbilidades de UCSFI Zacamil Junio a julio 2017 de niños de 5 a 9 años fuente SIMMOW 2017

ANEXO 4

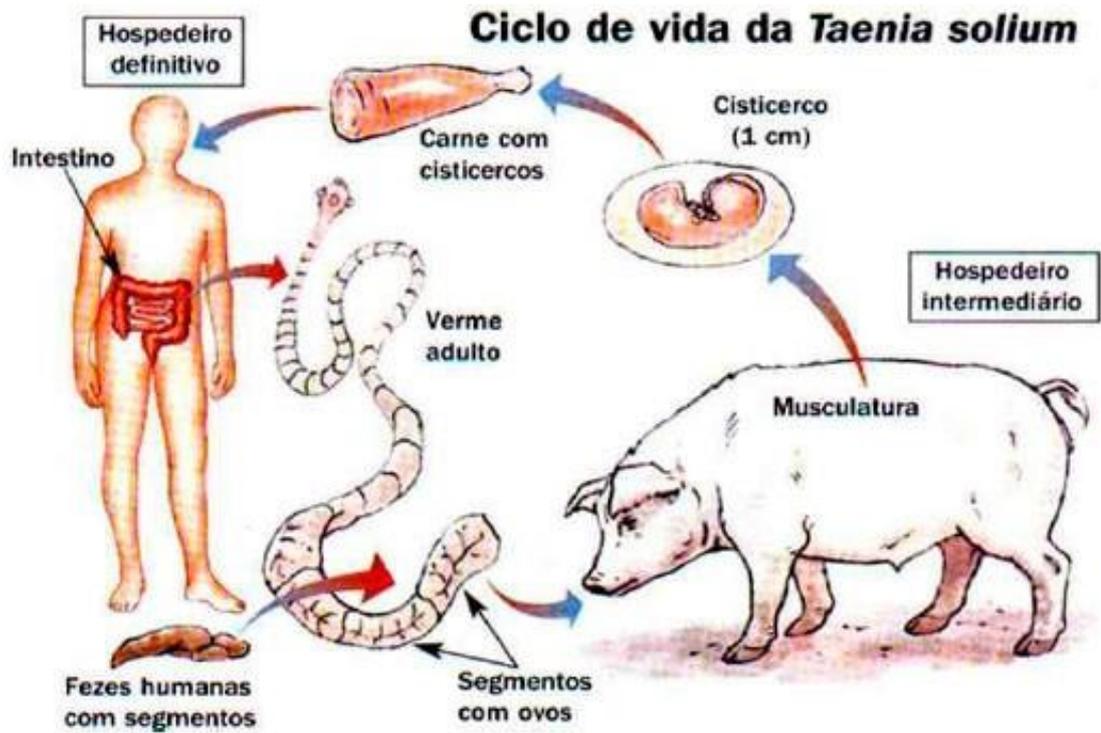
CASOS DE PARASITISMO INTESTINAL EN 2017 SEGÚN EDADES Y SEXO

Fuente: <http://vigepes.salud.gov.sv>



ANEXO 5

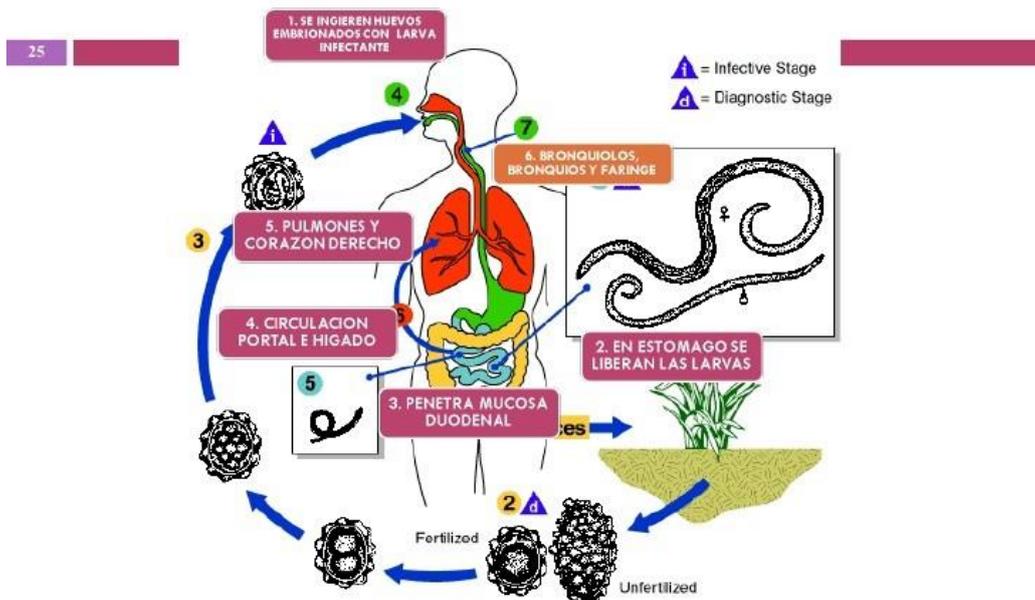
CICLO VITAL DE LOS PARÁSITOS: TAENIA SOLIUM



ANEXO 6

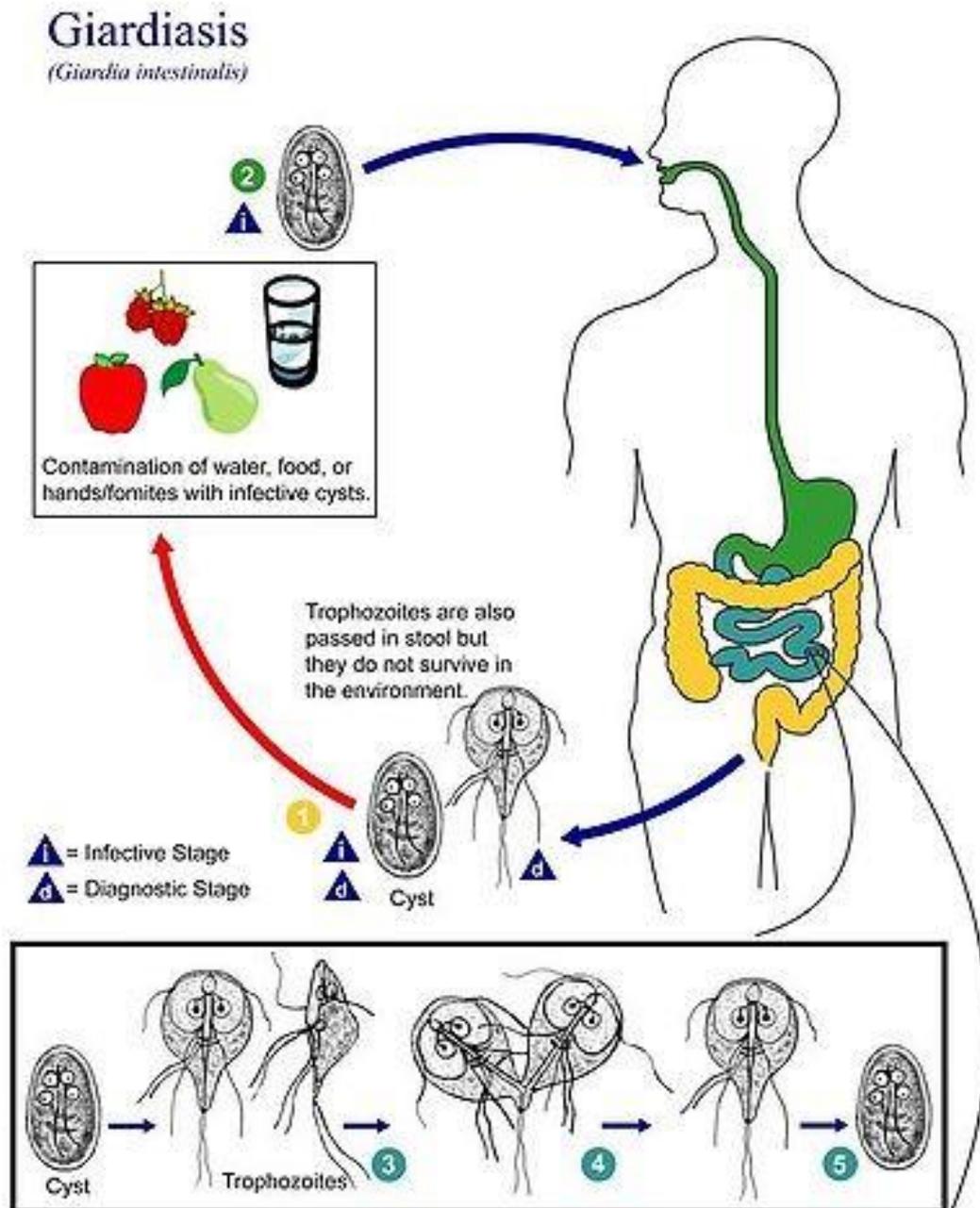
CICLO DE VIDA: ASCARIS LUMBRICOIDES

Ciclo vital de *Ascaris lumbricoides*



ANEXO 7

CICLO DE VIDA: GIARDIA LAMBLIA



ANEXO 8

GENERALIDADES DEL MUNICIPIO

Municipio de Mejicanos

Mejicanos es un municipio del departamento de San Salvador, El Salvador. Según el censo oficial de 2007, tiene una población de 140.751 habitantes.

Superficie: 22,12 km²

Población: 146.915 (2014)

En la actualidad Mejicanos forma parte del Gran San Salvador junto a 14 municipios más. La extensión territorial de Mejicanos es de 22.12 kilómetros cuadrados. Limita al norte con los municipios de Ayutuxtepeque y Apopa, al Este con Ciudad Delgado y Cuscatancingo y al Suroeste con el municipio de San Salvador.

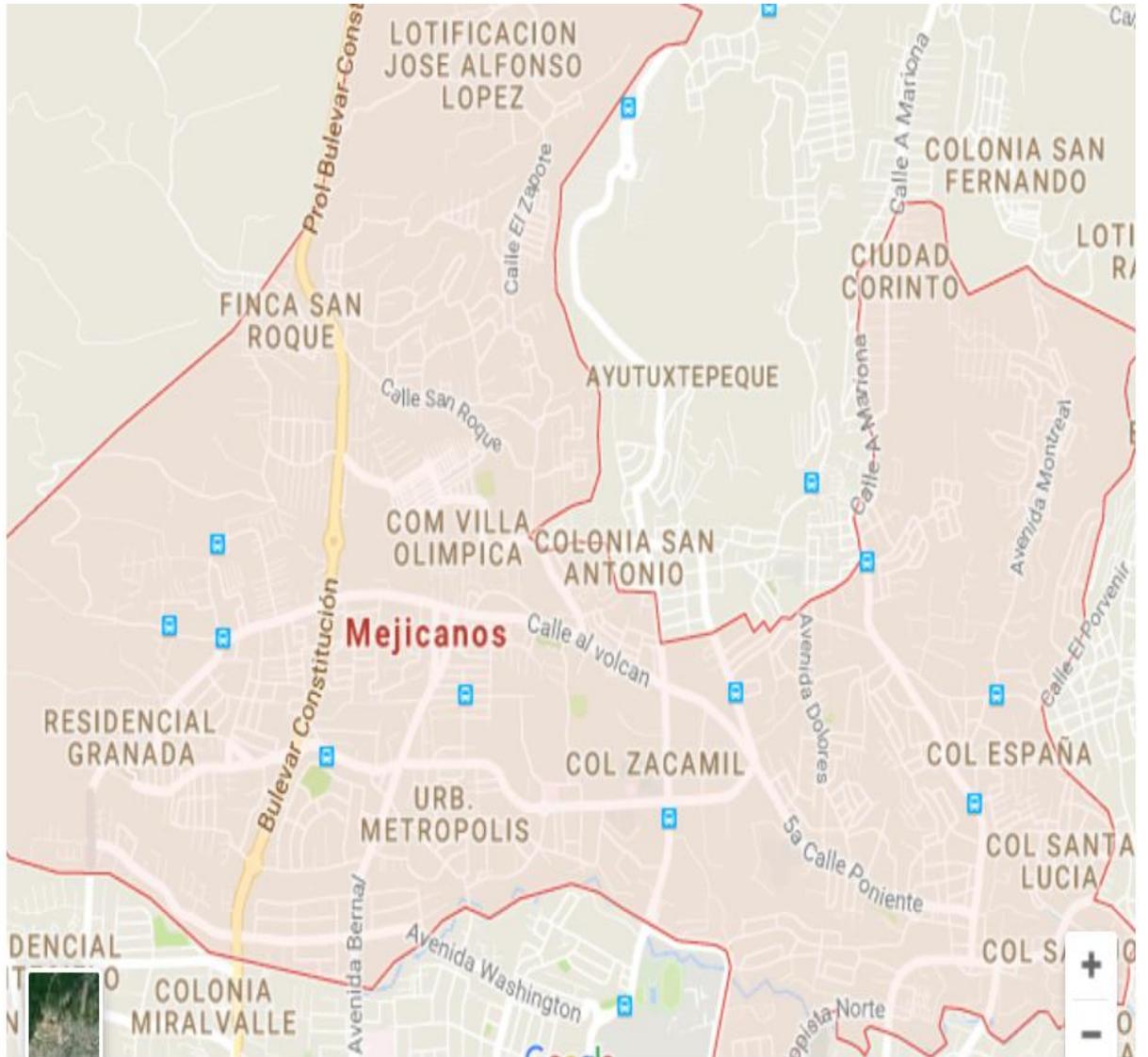
Cuenta con 5 cantones, 36 caseríos y son de carácter urbano, rural y semi rural. Los Cantones son: Chancala, San Miguel, San Roque, Zacamil, Delicias del Norte.

El Departamento de Catastro cuenta con un registro en todo el municipio de 372 colonias entre condominios, urbanizaciones, comunidades y residenciales. El número de escuelas públicas y colegios privados establecidos en el municipio es de 76 en total incluyendo el Instituto Nacional Alberto Masferrer.

Entre las instituciones de servicio gubernamental en el municipio también identificamos dos unidades de salud: Unidad de Salud Zacamil, Unidad de Salud Palmira. Tres clínicas del Seguro social: Virgen del Tránsito, en el centro; Clínica Comunal Palmira y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social Zacamil. Un hospital público: Hospital Nacional Zacamil y una clínica de Asistencia social que es administrada y apoyada por el club de leones de Mejicanos, así como clínicas Municipales y de Carácter Eclesial sin precisar el numero.

ANEXO 9

Mapa de Municipio de Mejicanos



Fuente: Google Maps

ANEXO 10

GLOSARIO

Adinamia: La adinamia es la ausencia de movimiento o reacción, lo que puede llevar a un estado de postración. Se manifiesta por falta de fuerza, debilidad, ausencia de iniciativa física y emocional como consecuencia de un estado patológico.

Aéreas rurales: es aquella que se caracteriza por la inmensidad de espacios verdes que la componen y que por esta razón está destinada y es utilizada para la realización de actividades agropecuarias y agroindustriales, entre otras.

Diarrea: es la deposición, tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces sueltas o líquidas.

Entero-parásitos: es un término compuesto por dos palabras simples (entero y parásito), siendo el primero un derivado de la raíz griega “enteron” la cual significa “intestino” y el segundo es parásito.

Estudio parasitológico: consiste en la detección de parásitos como helmintos, huevos o larvas de helmintos y protozoarios.

Esprue tropical: es una enfermedad rara y no genética, comúnmente de regiones tropicales, marcada con un aplanamiento y atrofia anormal de las vellosidades intestinales e inflamación del revestimiento del intestino delgado.

Examen general de heces: consiste en la obtención de una muestra de heces procedentes del paciente que posteriormente será conservada en medios adecuados y llevada a analizar en un laboratorio especializado en este tipo de estudios.

Fármacos antiparasitarios: Fármaco que se emplea en el tratamiento de las infecciones producidas por parásitos.

Heces: Residuo producido por la digestión y posterior absorción de nutrientes de los alimentos ingeridos.

Helmintos: (Del griego “elmins” = gusano). Nombre genérico dado a los gusanos parásitos del hombre y de los animales; comprenden los platelmintos o gusanos planos, y los nematelmintos o gusanos redondos.

Hospedador: aquel organismo que alberga a otro en su interior o lo porta sobre sí, ya sea en una relación simbiótica, como comensal o parasitaria.

Incidencia: es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.

Oncosfera: o hexacanto son los términos utilizados para denominar a un estadio larvario de los cestodos.

Parásito: aquel ser vivo que vive y se nutre a expensas de otro, sin aportarle ningún tipo de beneficio a este último, el cual pasa a ser llamado "hospedador" y que en la mayoría de los casos y como consecuencia de esta situación, puede ocasionarle importantes daños o lesiones a su benefactor.

Parasitología: es una rama de la ciencia ecológica que trata el estudio integral del fenómeno del parasitismo, las relaciones existentes entre el parásito y el hospedador (dependencias metabólicas) y los factores ambientales que influyen sobre esta comunidad.

Período prepatente: es el tiempo que media desde la entrada del parásito al organismo hasta el momento en que se hace patente la presencia de formas parasitarias en el hospedador.

Protozoo: Los protozoarios son microorganismos unicelulares pertenecientes al Reino Protista, subreino Protozoa. Pueden vivir libremente o actuar como parásitos. Pueden parasitar a distintos animales y a la especie humana.

Reservorio: refiere al hospedador de largo plazo de un patógeno que causa una enfermedad infecciosa.