



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA
ISSSTE. DE AUTLÁN DE NAVARRO JALISCO

**"FACTORES SOCIALES Y NUTRICIONALES ASOCIADOS A LA
PARASITOSIS INTESTINAL INFANTIL"**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA



ISSSTE

DR. J. REFUGIO AMBRIZ HERNÁNDEZ

AUTLÁN DE NAVARRO, JALISCO.
1998

Autorizo a... de la... de...
UNAM a... de... de...
contenido... de... de...
contenidos... de... de...

NOMBRE: J. Refugio Ambriz Hernández

FECHA: 23 de Nov. del 2006

FIRMA: [Firma manuscrita]



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**FACTORES SOCIALES Y NUTRICIONALES ASOCIADOS A LA
PARASITOSIS INTESTINAL INFANTIL**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DR. J. REFUGIO AMBRIZ HERNÁNDEZ

AUTORIZACIONES

**DR. JAVIER RAMÍREZ SAAVEDRA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS FAMILIARES EN
AUTLÁN DE NAVARRO, JALISCO.**

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.
ASESOR DE TESIS**

**DR. GUSTAVO ADOLFO CASTRO HERRERA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN DE RECURSOS
HUMANOS PARA LA SALUD
COORDINACIÓN NACIONAL DE POLÍTICAS Y DESARROLLO
EDUCATIVO
ISSSTE**

**FACTORES SOCIALES Y NUTRICIONALES ASOCIADOS A LA
PARASITOSIS INTESTINAL INFANTIL**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DR. J. REFUGIO AMBRIZ HERNÁNDEZ

AUTORIZACIONES

**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

**DR. ARMULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.**

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**



TITULO:

**“FACTORES SOCIALES Y
NUTRICIONALES
ASOCIADOS A LA
PARASITOSIS INTESTINAL
INFANTIL”**





ÍNDICE

MARCO TEÓRICO.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	30
JUSTIFICACIÓN.....	32
OBJETIVOS.....	34
METODOLOGÍA.....	36
RESULTADOS.....	39
DISCUSION.....	81
CONCLUSIONES.....	84
ANEXO.....	86
BIBLIOGRAFÍA.....	94



MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

El Dr. Harold Osborn, señala: En el último medio siglo las parasitosis siguen siendo un problema de salud mundial, el ascariis y el enterobius infectan casi mil millones de personas cada año, que equivale a una sexta parte de la población mundial. La parasitosis intestinal se presenta frecuentemente en pacientes inmunosuprimidos, en especial los que padecen la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana VIH I.

Los parásitos infestan a los niños con mayor frecuencia que a los adultos, por su conducta oral, higiene deficiente e incapacidad de mantener alejados a los artrópodos vectores. (Harold Osborn 1997)

El Segundo Departamento de Medicina Interna, en la Universidad Técnica de Munich Alemania, en Enero de 1992 señala: El enterobius vermicularis es raramente encontrado, fuera del camino gastrointestinal. Nosotros describimos un caso de Lombriz extraintestinal, formando un absceso asociado con una hernia inguinal en un paciente adulto. Un repaso de la literatura nos informa sobre mecanismos de otros tejidos que son invadidos por este tipo de parásito.

En estudio hecho por la División de Gastroenterología, de la Universidad de San Diego California, Estados Unidos, señala que la amibiasis es la tercera enfermedad parasitaria que causa muerte en el

mundo. Aproximadamente 500 millones de personas en el mundo entero son infectadas anualmente, con entamoeba Histolytica. Esta enfermedad es mucho más común en niños, mujeres y alcohólicos. (Crompton, D. W. T. Savioli, L. 1993)

La parasitosis puede presentarse en forma endémica, en brotes esporádicos o en forma aislada. Cada país y localidad tiene problemas diferentes de acuerdo a los factores condicionantes demográficos, socioeconómicos, educacionales, ambientales, etc.

(Marisa T., Patricia M., 1999).

En México en estudios efectuados por varios autores, mediante exámenes coproparasitológicos, se ha calculado que alrededor del 27% de la población nacional alberga a la Entamoeba histolytica. En niños es frecuente encontrar cuadros clínicos severos, incluso mortales; en los niños se observa en el 1.9% de los lactantes, 10.1% en los preescolares y 14.5% en los escolares.

En 1972, numerosas encuestas señalan que en muchos países de América Latina, entre ellos México, las parasitosis intestinales son endémicas y tienen exagerada incidencia entre los niños de uno a cuatro años, pero también en algunos lactantes y escolares. Se encuentran, por ejemplo, en más del 60% de los preescolares de las áreas suburbanas de la ciudad de México, y en cerca del 100% en algunas entidades de la República. (Veracruz, Tabasco y Yucatán, entre otros). (Hernández Valenzuela R. 1982)

En México, las enfermedades transmitibles del tubo digestivo en 1981 ocupan el primer lugar a causa de los hábitos higiénicos defectuosos. En los niños la colonización del intestino por *Giardia lamblia* y la *Entamoeba histolytica* puede aparecer desde el primer día de vida. (Viviana R. 1999)

En México la frecuencia de parasitosis intestinal es muy elevada; la mortalidad por amibiasis reportó en 1982 una tasa de 2.4 por 100 000 habitantes, o sea, 1761 casos.

En 1983 se notificaron 100075 casos de helmintiasis en todo el país y solo en el IMSS. Se atendieron 12,750146 pacientes; de estos hubo 589,302 casos de amibiasis (2227/100 000 habitantes); 177,792 casos de ascariasis (671/100.000 habitantes); 79,346 de oxiuriasis (229/100.000 habitantes. (Enrique NC, Rubén ACh. 1995)

En 1984 se reportaron 1,004 906 casos, con una tasa de 1,295.2 por 100 000 habitantes, siendo las edades pediátricas las más afectadas; para éste mismo año se reportaron 851,485 casos de amibiasis, con tasa de 1097 por 100 000 habitantes.

En 1965 se realizaron 6 estudios uno de ellos se llevó a cabo en la comunidad de San Miguel Tzinacapán, en la Sierra Norte de Puebla, con el fin de evaluar la prevalencia de la parasitosis intestinal y se encontró con que la mayoría

de los niños tenían por lo menos un tipo de parásito y que el grado de anemia se dio en relación al tipo de parásito encontrado. (Valdez B, y Cols, 1982).

En 1986 se hizo un estudio en el 100% de los niños que acudieron a consulta al Hospital Infantil de México y se encontró giardia lamblia en un 38%, con una ligera mayor frecuencia en las niñas.

La giardiasis es una enfermedad universal causada por un protozoo, se calcula que en México en 1987 hubo nueve millones de personas parasitadas por giardia lamblia, siendo esta protozoosis la causa más común de parasitosis intestinal. (Isabel Noemí y Antonio Atlas 1999).

En México, en el año de 1988 la giardia lamblia es una causa importante de diarrea en los niños y en un Hospital Pediátrico de esta misma ciudad, fue el parásito encontrado con mayor frecuencia en niños menores de seis años de edad. (Enrique NC. ; Rubén ACh. 1995).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, las helmintiasis son la sexta causa de demanda de consulta. Para 1989 se dieron más de un millón de consultas por esta causa, con una tasa de 35 por cada 1,000 derechohabientes. Sin embargo, en el grupo de uno a quince años es el tercer motivo de consulta. La tasa de mortalidad por amibiiasis es 1989 fue de 0.59 por 100,000 derechohabientes, y para las helmintiasis en general de 0.52 (Jorge NE y Cols. 1993).

En 1990 las parasitosis más frecuentes fueron la amibiiasis, 621 de giardiasis y 2,499 de ascariasis con tasas de 32, 1.6 y 6, respectivamente por mil derechohabientes,

El Instituto Mexicano del Seguro Social, el 12 de Agosto de 1991 señala, que el ascaris es la infestación helmíntica más frecuente del hombre, afectando a cerca d 25% de la población mundial. Se calcula que está presente en más de mil millones de seres humanos.

Por lo general el ascaris lumbricoides produce una parasitosis asintomática. Si el número de ascárides es considerable, puede afectar la función Intestinal y originar sintomatología y signología del tubo digestivo. Ocasionalmente estos parásitos obstruyen o causan vólvulo de una asa intestinal, comprometiendo gravemente al paciente. Las complicaciones Intestinales constituyen el 90% de la patología quirúrgica derivada de la ascariasis en la edad pediátrica. (Alejandro V. GA y Cols. 1992).

En un estudio epidemiológico realizado en el mes de Octubre de 1995, por el Hospital Infantil de México señala, que las parasitosis intestinal en los niños son un problema de salud pública, ya que provocan en quienes las padecen manifestaciones clínicas fácilmente identificables y tratables, que son capaces de poner en riesgo la vida.

Sin duda alguna el protozooario intestinal, giardia lamblia es el más frecuentemente encontrado en las heces de los niños; en dicho hospital representa el 44% del total de las parasitosis. (José Alberto GA.1995.)

En el mismo boletín señala el IMSS. que con el estudio de una sola muestra de heces, se observa hasta el 50% de los individuos, se les realizan dos exámenes fecales el porcentaje se incrementa al 83 % y cuando se llevan a cabo tres exámenes parasicológicos estos alcanzan una cifra cercana a 100%.

El Hospital Infantil de México, en su boletín médico del mes de Abril de 1996. Hizo un estudio prospectivo, comparativo y observacional, en niños captados en la consulta externa de medicina familiar del Hospital General de Zona No. 34 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Minatitlán Veracruz, en el que se señala que la giardiasis es la protozosis intestinal de distribución mundial que afecta con mayor frecuencia a la población infantil. En México se ha encontrado una prevalencia del 3 al 60%. (Roberto R. G. y Cols. 1996.)

CLASIFICACION DE LA PARASITOSIS INTESTINAL.

De acuerdo al "DR. Carlos A Rau". La clasificación de los parásitos es amplia y ya, en estos aspectos existe afirmado conocimiento en médicos especializados.

En ésta investigación me concretaré a hablar de los endoparásitos que afectan exclusivamente a la vía intestinal ó, aquellos parásitos que habitan el

canal alimentario: vesícula biliar, hígado, intestinos y sus demás conductos. (Rau Carlos A. 1999).

A pesar de lo complejo que resulta dicha clasificación, la adaptaré a la que señala la mayoría de los autores de libros que manejan los temas (de pediatría, infectología, etc.) Describiré aquellos parásitos que tengan relación con el tema a tratar en la presente investigación, que sean patógenos y que afecte a la población infantil de Autlán y de manera específica a los pacientes de la Clínica del ISSSTE.

Los demás parásitos solo los mencionaré, siempre y cuando afecten a la población en cuestión.

I.- PROTOZOARIOS

- Amebas o amibas intestinales patógenas. Entamoeba Histolytica.
- Amebas intestinales no patógenas Entamoeba coli.
- Flagelados intestinales Giardia lamblia.
- Balantidium coli Balantidium coli
- Endolimax Nana

II.- HELMINTOS

- Taenia Saginata
- Taenia Solium
- Hymenolepis Nana
- Hymenolepis Diminuta
- Trichinelloidea (Tricocefalosis) Trichuris
- Rhabditoidea Strongyloides
- Ascaridoidea Ascaris
- Oxyuroidea (Oxiuriasis) Enterobius
- Ancylostomatoidea (Uncinariasis) Necator
- Estos parásitos no se reportaron en los exámenes de laboratorio

La patología de la parasitosis intestinal es muy antigua y nunca ha dejado de ser un problema para toda la humanidad. La prevalencia de las enfermedades parasitarias, está en función de tres factores esenciales: el parásito, el huésped y el ambiente, según las características de cada uno de ellos, hace que aumente o disminuya su presencia.

Afirma el doctor Harold Osborn, en Enero de 1998. La parasitosis debe considerarse en cualquier paciente con fiebre inexplicable, dolor abdominal, diarrea, úlceras de la piel, eritemas o eosinofilia. Según el doctor Harold Osborn, existen factores de riesgo que favorecen la parasitosis intestinal como son: El clima húmedo y caliente, donde las instalaciones sanitarias son deficientes, posición socioeconómica y nutrición deficiente, la inmunosupresión de los pacientes, el hacinamiento, la pica, el consumo de alimentos crudos (carne de cerdo y de res). Etc.

A continuación anexo información teórica, de las distintas parasitosis intestinal, que se reportaron en los estudios de laboratorio solicitados a los niños que se estudiaron.

La giardia lamblia es un parásito flagelado perteneciente a la familia Hexamitidae, orden diplomonadida, clase zoomastigophora, descrito por primera vez en 1681 por Van Leevenhock pero se atribuye su descripción detallada en 1959 al investigador Checoslovaco W. D. Lambi. La forma de resistencia e infección es el quiste, la forma patógena es el trofozoito. (Bernal RR. 1994) (William J, Klish, 1993).

La giardiasis es una parasitosis cosmopolita, endémica que afecta principalmente a la población infantil. El agente causal es la giardia lamblia y se presenta dicha enfermedad en forma aguda, subaguda o asintomática. (Norberto SC., Acosta MS.1998).

En México resulta ser el patógeno intestinal más común con una frecuencia de presentación general del 19%.

CICLO EVOLUTIVO

- Ingestión de quistes infestantes.
- Localización en el intestino delgado. Las formas vegetativas frecuentemente parasitan la vesícula biliar.
- Eliminación de trofozoitos y quistes. (Rau Carlos A. 1999).

CUADRO CLÍNICO.

En los casos leves es asintomática, generalmente se refiere dolor abdominal, hiporexia, náuseas, vómito y meteorismo; en los casos de parasitosis masiva, sobre todo en niños pequeños, se observa paroxismos de dolor abdominal, se detiene el crecimiento y desarrollo, puede haber diarrea intensa con evacuaciones líquidas verdosas, que sugieren deficientemente absorción intestinal. (Bernal RR. 1994)

DIAGNÓSTICO

Observación directa del parásito en la materia fecal (recién evacuada); observación de quistes y trofozoitos activos.

CONTAGIO

Por el consumo directo de alimentos o agua contaminados, por contacto directo ano-mano-boca y por reservorios humanos y animales.

TRATAMIENTO

Metronidazol: 20 mg / Kg. / día, tres dosis máximo 750mg / día, durante 7-10 días, presentación suspensión / tabletas.

Tinidazol: 40 – 50 mg / Kg. / día, dosis única, suspensión / tabletas

Furazolidona: 6 mg / Kg. / día, tres dosis, máximo 400 mg / día, durante 7-10 días, en suspensión.

Albendazol: 20 – 30 mg / Kg. / día (200 – 400 mg / día), durante 3 – 5 días, suspensión/ tabletas.

Mebendazol: 10 mg / Kg. / día, dosis única, en suspensión. (Isabel N., Antonio A. 1999.)

ASCARIASIS.

Esta parasitosis fue estudiada con precisión a mediados del siglo XIX, por Mosler, Leuckart, Stewart, Lutz y los hermanos Coina.

Es la parasitosis ocasionada por el ascaris lumbricoides, tiene distribución mundial, según estimaciones actuales, existen más de mil millones de seres humanos infectados por este nemátodo.

La infección se mantiene en la comunidad por el depósito de heces humanas en el suelo, permitiendo que los huevos lleguen a estado infeccioso, lo cual toma unas 2 semanas. (Renzo T., 1999).

Es el nemátodo más grande que parasita el tubo digestivo y es eliminado junto con las materias fecales. Afecta a niños y adultos, pero los primeros tienen mayor probabilidad de exposición, debido a sus hábitos y en consecuencia son los más afectados.

(Michael Katz, 1993.)

CICLO EVOLUTIVO

- Ingestión de huevos infestantes.
- Liberación de las larvas en el intestino.
- Pasaje por el hígado

- Migración a los pulmones
- Deglución con localización definitiva en el intestino delgado.
- Eliminación de huevos no infestantes luego de 30 – 40 días de transformación en huevos infestantes

CUADRO CLINICO

Puede originar fiebre, tos, disnea, hemoptisis y eosinofilia, diarrea con expulsión de gusanos adultos por vía rectal, ocasionalmente náuseas, vómito acompañado de parásitos por boca y nariz.

DIAGNOSTICO

Examen microscópico de materia fecal para identificar los huevecillos y/o en ocasiones el gusano adulto.

CONTAGIO

Ingestión de agua y vegetales contaminados con huevos embriones. (Rau Carlos A. ,1999).

TRATAMIENTO

- Medidas de control mediante la eliminación adecuada de las excretas humanas.

- Mebendazol : 100 mg. 2 veces al día, durante tres días , en presentación de suspensión .
- Pamoato de pirantel : 11mg/ kg. , sin exceder 1 gr. , una sola dosis , en presentación de suspensión .
- Citrato de piperazina : 75 mg/ kg., máximo 3.5 gr. / día , en una dosis diario , durante 2 días , en presentación de jarabe o suspensión .
- La obstrucción intestinal suele requerir operación , ante todo en niños .
(Bradley HK. , William JK . 1993)

AMIBIASIS

La amibiasis constituye un problema de extrema gravedad, ocasionada por la *Entamoeba histolytica*. Parásito que merece la consideración detenida de las autoridades, así como de los clínicos.

En la sesión inaugural de la XLIV Reunión Anual de la Sociedad Norteamericana de Medicina Tropical celebrada en Nueva Orleans, el Dr. D' Antoni, Presidente del Congreso y autoridad reconocida en la materia, señalaba que la poca atención prestada por los médicos a la amibiasis, se debía a la escasez de literatura sobre esta. (Rau Carlos A, 1999).

A esta parasitosis se le conoce, como la causante de la disentería amibiana. La ameba o amiba perteneciente al grupo de los protozoos, descubierto en 1975 en Rusia por el investigador F. Losch.

En la amibiasis la forma de residencia e infectante es el quiste y la forma patogena es el trofozoito. (Michael Katz, 1993.)

CICLO EVOLUTIVO

- Ingestión de quistes infectantes.
- Formación intestinal de amibas nucleadas.

- Formación de pequeñas amibas que se dirigen hacia el colon donde se producen ulceraciones de la mucosa.
- Eliminación de trofozoitos no infestantes (a) y quistes infestantes. (b).
- Localización extraintestinales: Hepática, pulmonar cerebral. (Rau Carlos A. , 1999).

CUADRO CLÍNICO.

Entre las manifestaciones clínicas se incluyen náuseas y vómito, anorexia, diarrea, fiebre, dolor abdominal, en los exámenes de laboratorio se reportan leucocitosis y eosinfilia.

DIAGNÓSTICO

Exámen microscópico directo de la materia fecal (recién evacuada) observación de quistes y trofozoitos activos.

CONTAGIO

Ingestión de agua y alimentos contaminados.

TRATAMIENTO

- Metronidazol 35 a 50 mg / Kg. /PD
- Tres veces por día
- Suspensión

Yodoquinol

- 40 mg / Kg. / PD, dividido en dosis cada 8 hrs., durante 20 días, en suspensión

Furoato de diloxamida

- 7 mg / Kg. / día, dividido en dosis cada 8 hrs., durante 10 días, vía oral.

Dehidroemetina

Dosis de 1 a 15 mg / Kg. / día, cada 12 hrs., durante 5 días por vía l. M.

(Bradley HK.; WILLIAM JK. 1993)

TENIASIS (TAENIA SAGINATA)

Es una parasitosis intestinal crónica transmisible, cosmopolita. La taenia saginata es una especie de gusano plano que pertenece a la subclase de los cestodos, que llega a medir entre los 5 y 10 metros.

Esta parasitosis es más abundante en sitios con condiciones sanitarias pobres o en poblaciones que tienen hábitos alimenticios especiales, al consumir carne cruda, como el bistec a la tártara, en consecuencia el ganado vacuno es el huésped intermediario, donde se desarrolla el cisticerco (larva) y el hombre el huésped definitivo. La teniasis es poco frecuente en niños. (Enrique NC; Rubén ACh., 1995).

CICLO EVOLUTIVO.

- Ingestión de carne cisticercosa de vacunos y liberación de la larva en el aparato digestivo.
- Cadena de anillos o proglótides hermafroditas.
- Proglótides maduros cargados de huevos. Eliminación de los mismos por vía anal.
- Ingestión por el huésped intermediario.
- Liberación en su estómago del embrión hexacanto.
- Transporte del tejido muscular y conversión en larva. (Cysticercus Bovis).

(Rau Carlos A., 1999).

CUADRO CLÍNICO

La persona afectada puede estar asintomática o tener náuseas y vómito, cefalea, dolor abdominal, prurito, estreñimiento, diarrea y obstrucción intestinal.

DIAGNÓSTICO

Exámen macroscópico de materia fecal, investigación de anillos maduros aislados y huevos del parásito.

CONTAGIO

Ingestión de carne de vacunos cisticercosa cruda (poco cocida).

TRATAMIENTO:

Nicosamida: Niños menores de 7 a 14 años, 0.5 gramos cada 12 hrs. durante 3 días, presentación en tabletas.

Praziquantel: 10 mg /Kg. Dosis única, presentación tabletas. (María Inés B. 1999)

TRIQUINOSIS (TAENIA SOLIUM)

Triquinosis es la infección intestinal y de los tejidos causada por un cestodo, la triquinilla spiralis. En 1835 Owen describió el organismo que causa la enfermedad; en 1846 Leidy fue el primero en hallar el organismo en el huésped; en 1846 Zenker describió la enfermedad. La cisticercosis generalmente se presenta en niños mayores de 5 años. (Enrique NC. Rubén ACh. 1995)

CICLO EVOLUTIVO

- Ingestión de carne de cerdo triquinoso, cruda o sometida a cocción insuficiente.
- Liberación de larvas que se convierten en adultos, los machos se eliminan por la vía anal y las hembras se alojan en la submucosa.
- Migración de los embriones al tejido muscular.
- Formación del quiste de triquina. (Rau Carlos A., 1999).

CUADRO CLÍNICO.

En los primeros días el paciente puede estar asintomático, posteriormente puede manifestar alteraciones digestivas como: náuseas, vómito, dolor abdominal, anorexia y diarrea, , en ocasiones puede haber hipertermia; cuando el parásito invade el tejido muscular se presenta fiebre, mialgias, astenia, edema

periorbitario, cefalea, exantema cutáneo, edema de tronco y extremidades, hemorragia subconjuntival; frecuentemente existe compromiso del sistema nervioso (polineuritis, poliomielitis, miastenia, meningitis, encefalitis, psicosis, delirio o coma); existe la posibilidad de miocarditis, manifestándose esta como taquicardia congestiva. (Enrique NC.; Rubén A Ch. 1995).

DIAGNÓSTICO.

Directo por búsqueda de elementos adultos en materia fecal o embriones del parásito por sondeo duodenal.

Indirecto por reacción intradérmica o de precipitación de Bachmann.

Biopsia de músculo.

CONTAGIO

Ingestión de carne de cerdo triquinoso.

TRATAMIENTO.

Tiabendazol: 25 mg / Kg. / día, dividido en dos dosis, durante 2 días, presentación suspensión, acompañado de prednisona y salicilatos, cuando hay compromiso del sistema nervioso o del miocardio. (Ian M. Rollo, 1981)

HYMENOLEPIASIS

Este parásito fue descubierto por Bilhare en 1851 en el Cairo; prevalece en climas cálidos. (Marisa T, Patricia M, 1999).

Es la teniasis más frecuente en niños, ocasionada por un cestodo llamado *Hymenolepis nana*. El hombre es el huésped intermediario y definitivo.

En el Hospital Infantil de México, se demostró la presencia de huevecillos de *Hymenolepis* en el 12.3 % de los niños que acudieron o que fueron llevados a la consulta familiar. (Enrique N. C. Rubén Ach. 1995).

CICLO EVOLUTIVO

- Ingestión de huevos infectantes.
- Al digerirse penetran al tubo digestivo y se alojan en el duodeno.
- Hay un ciclo de autoinfección interna en el hombre.
- Eliminación de huevecillos en las heces fecales.

CUADRO CLÍNICO

Generalmente hay dolor epigástrico, náuseas y vómito, diarrea y/o constipación, astenia, hipodinamia, cefalea y palidez.

DIAGNÓSTICO.

Examen microscópico directo de la materia fecal (recién evacuada); observación de huevecillos y del gusano.

CONTAGIO.

Ingestión de alimentos o bebidas contaminadas con materia fecal que contenga huevos infectantes.

TRATAMIENTO.

Nicloxamida: Niños de 7 a 14 años, 0.5 gr. cada 12 hrs., durante 3 días.
(Bernal RR. 1994)

TRICOCEFALOSIS.

Este parásito fue descubierto por el investigador sueco C. Linneo en 1771. La tricocefalosis o trichuris Trichiura, es una parasitosis intestinal endémica y cosmopolita, que tiene una prevalencia que se aproxima a las de otras infecciones importantes de los nemátodos, con 500 millones de casos en todo el mundo. (Bradley HK., William JK., 1993).

CICLO EVOLUTIVO

- Ingestión de huevos infestantes.
- Liberación de larvas en el intestino y transformación "In situ" en parásitos adultos.
- Eliminación de huevos no infestantes. (a)
- En el medio externo transformación en huevos infestantes. (b)

CUADRO CLÍNICO

Produce anorexia, insomnio, dolor abdominal, fiebre, flatulencia, diarrea con moco, reducción ponderal, prurito, eosinofilia, anemia microscópica hipodrómica, colitis, prolapso rectal y/o tenesmo en los niños.

DIAGNÓSTICO

Examen microscópico de materia fecal para identificar los huevecillos.

CONTAGIO

Ingestión de agua y vegetales contaminados.

TRATAMIENTO

Mebendazol: 10 mg / Kg. Dosis única, presentación suspensión. (Rau Carlos A., 1999).

ENTEROBIASIS

(Oxyuroidea u oxiuriasis)

El agente causal es el enterobios vermicularis (oxiuro o alfilerillo .) Es un pequeño nematodo blanco que nunca supera los 12 mm. , es capaz de producir notorias dificultades orgánicas.

La oxiuriasis se presenta preferentemente en niños . El hacinamiento y los hábitos higiénicos deficientes son condiciones de la diseminación de esta parasitosis cosmopolita ; su prevalencia es de 10 a 20 % en la población mundial en promedio . En México se ha encontrado una frecuencia de más del 60% en la población. (William J, Klish, 1993)

CICLO EVOLUTIVO

- Ingestión de huevos infestantes.
- Eclosión del embrión en el intestino delgado con localización de machos y hembras jóvenes.
- Migración de las hembras fecundadas a colon , recto y región perianal .
- Eliminación de huevos infestantes capaces de producir exoinfestaciones y autorreinfestaciones .

CUADRO CLINICO

Los síntomas más frecuentes son prurito anal de predominio nocturno, nerviosismo, trastornos del sueño, lesiones perianales por rascado, diarrea, hiporexia y dolor abdominal. Algunos pacientes pueden llegar a presentar convulsiones e irritación meníngea.

DIAGNÓSTICO

Investigación de huevos por escobillado perianal y por técnica de Grahan.

CONTAGIO

Ixoinfestación; ingestión de agua y alimentos contaminados,, autorreinfestación directa. (Rau Carlos A., 1999).

TRATAMIENTO

Piperazina: 75 mg / Kg. Máximo 3.5 gr. / día, en una sola dosis, durante dos días, presentación jarabe.

Mebendazol: 100 mg. Cualquiera que sea el peso, en una sola dosis diaria, presentación suspensión; repetir el Tx. A las 2 o 3 semanas. Nota: No darse a niños menores de 2 años.

Albendazol: 20 a 30 mg. / Kg. / Día, (200 a 400 mg. / día), durante 3 a 5 días, presentación suspensión.

Pamoato de pirantel: 11 mg. /Kg. Sin exceder 1 gr., en una sola dosis, presentación suspensión. (Bradley HK., William JK., 1993), (Ian M. Rollo 1981.)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

No obstante los adelantos en conocimientos y tecnología médica durante las últimas décadas, la parasitosis sigue siendo un problema de salud pública.

En la Clínica del ISSSTE. De la ciudad de Autlán Jalisco, la parasitosis intestinal es una causa frecuente de consulta médica que afecta principalmente a la población infantil; problema de salud que nunca pasará de moda, hasta en tanto no se tomen las medidas adecuadas de prevención y se dé un tratamiento eficaz a los niños que ya la padecen.

Este estudio se pretende realizar en un lapso de tiempo no mayor a 4 meses y estaría dirigido a la población infantil, que sea llevada a la atención médica en el Consultorio No. 3, turno matutino, para la realización de dicho estudio se solicitaría la anuencia de los papás de los niños.

Se pretende conocer la incidencia de real de la parasitosis intestinal infantil. ¿a qué edad el niño es más susceptible de adquirir algún tipo de parásito? ¿Quiénes sufren más parasitosis los niños o las niñas? ¿Cuáles parásitos afectan más a este grupo de edad?, Finalmente comprobar que la parasitosis intestinal infantil, no es solo un reflejo de la insalubridad y desnutrición en la que viven, sino como consecuencia también de otros factores sociales como: La pobreza, la marginación, la falta de cultura de los papás, el vivir en una casa que no cuenta con servicios de urbanización como sería el agua potable, drenaje y otras

condiciones materiales de la vivienda, entre ellas la iluminación, la ventilación, número adecuado de recámaras, etc.

¿Cuáles son los factores sociales y nutricionales que se asocian a la parasitosis intestinal infantil, con sus variables correspondientes?

JUSTIFICACIÓN

A) Trascendencia: La parasitosis intestinal nunca ha tenido fronteras, ni respeta edad o sexo y la clínica del ISSSTE. De la ciudad de Autlán de Navarro, Jalisco no es la excepción. En dicha Unidad Médica son llevados a consulta de Medicina Familiar todos los días, un número importante de niños por probable parasitosis del aparato digestivo; además es importante recordar que existen cerca de 100 clases de parásitos que pueden ser patógenos para la población infantil.

Todos o casi todos los médicos sabemos que la edad infantil se caracteriza por una evolución constante, que se manifiesta por desarrollo funcional y psicológico, así como crecimiento somático. Pero todo ello se ve alterado en el niño, cuando la parasitosis intestinal afecta su organismo, e inclusive pone en riesgo la vida de éste. Como es de suponer la población infantil, que en esta ocasión es objeto de estudio, también tiene las mismas consecuencias, cuando es infectada por algún tipo de parásito del intestino.

B) Magnitud: Este estudio sobre parasitosis intestinal que se realizará próximamente, estará dirigido a los niños que sean llevados a consulta en el turno matutino, consultorio No. 3 de la Clínica del ISSSTE., en Autlán de Navarro, Jalisco.

A) Factibilidad: Dicho estudio se podrá realizar, ya que se cuenta con el apoyo del Director de la Clínica y demás personal que ahí labora. también se cuenta con los recursos materiales suficientes. los recursos económicos, así como de la colaboración de los padres de los niños, ya que son ellos los más interesados de que se les brinde una mejor atención médica. y esta es una excelente oportunidad para conocer si sus hijos tienen o no parasitosis intestinal.

1.- OBJETIVO GENERAL.

- 1.1. Determinar si existe asociación entre la parasitosis, con factores sociales y nutricionales de la población infantil (0-14 Años), del consultorio No. 3, Turno Matutino en la clínica del ISSSTE., de la ciudad de Atlán de Navarro, Jalisco.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.1.1. Determinar la frecuencia de parasitosis en la población infantil, del consultorio No. 3, Turno Matutino en la clínica del ISSSTE., en la ciudad de Atlán de Navarro, Jalisco.
- 1.1.2. Determinar la frecuencia de parasitosis intestinal, por grupos de edad y sexo, en la población infantil.
- 1.1.3. Determinar el tipo de parásitos que con mayor frecuencia se encuentre en la población infantil, que sean llevados al consultorio y clínica señalada.
- 1.1.4. Determinar el estado nutricional de la población infantil, que resulte con algún tipo de parasitosis intestinal.
- 1.1.5. Determinar la asociación del factor económico, con la parasitosis intestinal de la población infantil.

- 1.1.6. Establecer la asociación entre la escolaridad de los padres y la parasitosis intestinal infantil.
- 1.1.7. Establecer la relación existente en cuanto a los materiales de que están hechas las viviendas y la parasitosis intestinal infantil.
- 1.1.8. Determinar si existe asociación, con el servicio de agua de las viviendas y el número de niños que resulten con algún tipo de parasitosis intestinal .
- 1.1.9. Identificar si existe asociación entre la preparación de los alimentos, con la presencia de parasitosis intestinal infantil.
- 1.1.10. Determinar si existe asociación entre la higiene y la presencia de parasitosis intestinal infantil.
- 1.1.11. Identificar si existe asociación entre el hacinamiento familiar y la parasitosis intestinal infantil.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO: El presente estudio es observacional, descriptivo y transversal. En dicho estudio se llevó a cabo durante los meses de Junio, Julio y Agosto y primer quincena de septiembre de 1998, en el consultorio No. 3 del T. M., de la Unidad Médica Familiar de la ciudad de Autlán de Navarro Jalisco. En él se observó la presencia de parasitosis intestinal en los niños de ambos sexos (0 – 14 años), asociada a factores socioculturales y económicos de los papás.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA: Se trata de un muestreo no aleatorio y por cuotas. En este trabajo se estudiaron 110 pacientes en edad infantil (0 – 14 años), de ambos sexos a quienes se les practicó un examen coproparasitológico seriado; pertenecientes al consultorio No. 3 del T. M., de la Unidad Médica Familiar de la ciudad de Autlán de Navarro Jalisco.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

- A) Inclusión : Todos aquellos niños de ambos sexos, a quienes se les practicaron un coproparasitológico seriado.
- B) Exclusión: Se excluyeron aquellos niños que no se les practicó un examen coproparasitológico seriado.

- C) Eliminación: Se eliminaron todos aquellos niños de ambos sexos, que no pertenecen al consultorio No.3, y turno matutino de la Clínica del ISSSTE, en la ciudad de Autlán de Navarro Jalisco.

VARIABLES:

Cantidad de niños por edad y sexo, grado de estudio del padre, grado de estudio de la madre, ingreso económico del padre, ingreso económico de la madre, condiciones materiales y servicios con que cuentan las viviendas, tipo de higiene y alimentación de las familias.

PROCEDIMIENTO PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN:

- A) En este trabajo de campo, realicé encuestas a las familias de los niños del presente estudio, mediante cédulas que contengan preguntas encaminadas a conocer los factores socioculturales y económicos de los mismos.
- B) Mediante estudios de laboratorio se determinará, la presencia de parasitosis intestinal, en pacientes de edad infantil, ambos sexos, del Consultorio y Clínica señalados.

CONSIDERACIONES ETICAS:

- A) Tanto las encuestas familiares y los exámenes de laboratorio se realizaron, con el pleno consentimiento de los posibles interesados.

- B) Los nombres de los niños que resulten con parasitosis intestinal serán confidenciales.
- C) Los resultados obtenidos de la presente investigación, tendrá entre otros objetivos, conocer la frecuencia con que se presenta la parasitosis intestinal infantil, su prevención y/o tratamiento.

RESULTADOS

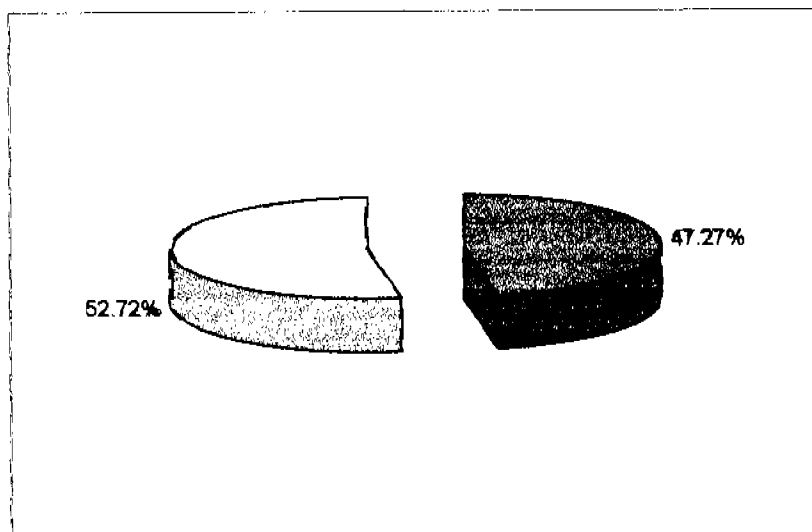
Durante los meses que duró la investigación pude estudiar a 110 niños de ambos sexos, que son la muestra del presente estudio. Estos niños fueron llevados al consultorio No 3, T. M., de la Clínica del ISSSTE, de la ciudad de Autlán de Navarro Jalisco; de los 110 niños 58 son del sexo femenino, correspondiéndoles un 52.72% y 52 del sexo masculino, con un 47.27 % (Ver cuadro No. 1 y Gráfica No. 1).

Cuadro No. 1: Distribución de la muestra estudiada por sexo

MUESTRA INFANTIL ESTUDIADA	NO. DE CASOS	FRECUENCIA EN %
SEXO FEMENINO	58	52.72 %
SEXO MASCULINO	52	47.27 %
TOTAL DE LA MUESTRA	110	100.00 %

Fuente: Cédula recolectora de datos.

Gráfica 1.- Distribución de la muestra estudiada por sexo



Fuente: Cédula recolectora de datos

NIÑAS	58	52.72 %
NIÑOS	52	47.27 %
TOTAL DE MUESTRA	110	100.00 %

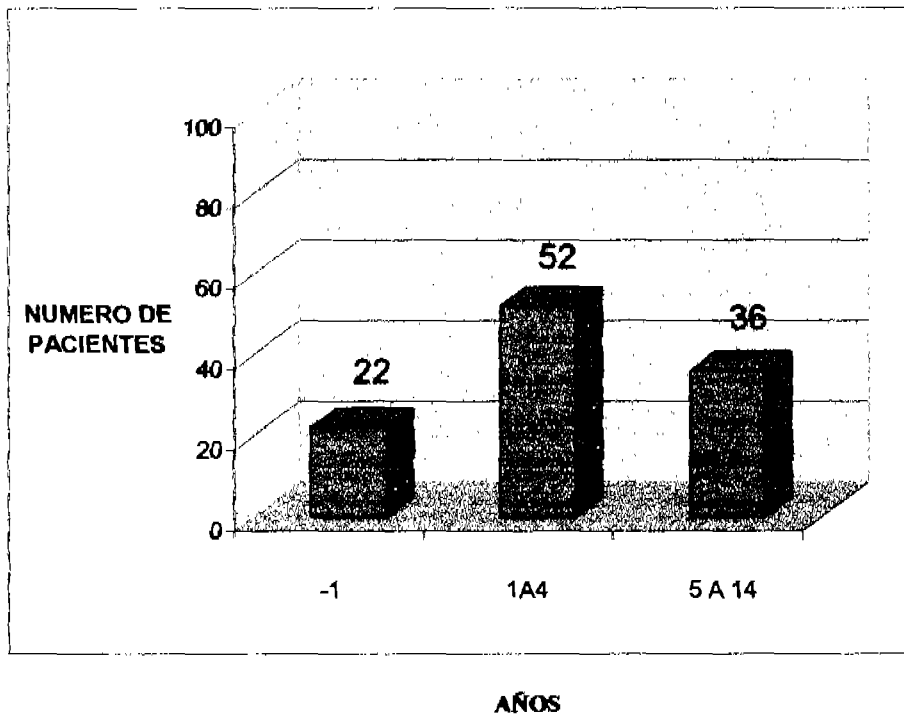
Según su distribución por grupos de edad y sexo, 22 niños fueron menores de un año (20 %); 52 de 1 a 4 años (47.27 %) y 36 de 5 a 14 años (32.72 %). Ver cuadro No. 2 y Gráfica No. 2.

Cuadro No. 2: Distribución de la muestra estudiada por grupos de edad.

MUESTRA INFANTIL POR GRUPOS DE EDAD	No. de casos	Frecuencia en %
MENORES DE UN AÑO	22	20.00%
DE 1 A 4 AÑOS	52	47.27%
DE 5 A 14 AÑOS	36	32.72%
TOTAL DE LA MUESTRA	110	100.00%

Fuente. Cédula recolectora de datos

Gráficas 2.- Distribución de la muestra por grupo de edad.



Fuente: Cédula recolectora de datos

A los 110 niños que son el total de la muestra que se estudió, se les solicitó y practicó un examen coproparasitológico seriado y solo 77 de ellos se les detectó algún tipo de parásito. De estos 34 son niñas (44.15%), y 43 niños (55.84%). Como se puede observar la mayor frecuencia se dió en los niños con una diferencia del (11.69%) de parasitosis intestinal más que las niñas. (Ver cuadro No. 3 y Gráfica No. 3).

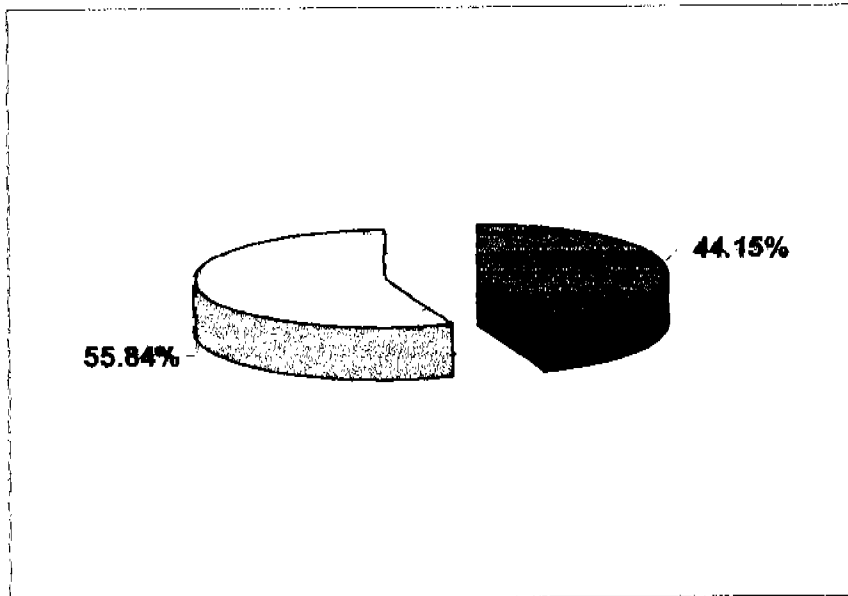
Cuadro No. 3: Distribución por sexo de los niños con parasitosis intestinal.

Niños de ambos sexos que resultaron con parasitosis	No. de casos	Frecuencia en %
NIÑAS	34	44.15%
NINOS	43	55.84%
TOTAL	77	100.00%

Fuente: Cédula recolectora de datos.

Nota: El 11.69% de parasitosis intestinal, resultó mayor en niños que en las niñas.

Grafica 3.- Distribución por sexo de los niños con parasitosis intestinal



Fuente: Cédula recolectora de datos

NIÑAS	34	=	44.15 %
NIÑOS	43	=	55.84 %
TOTAL	77	=	100 %

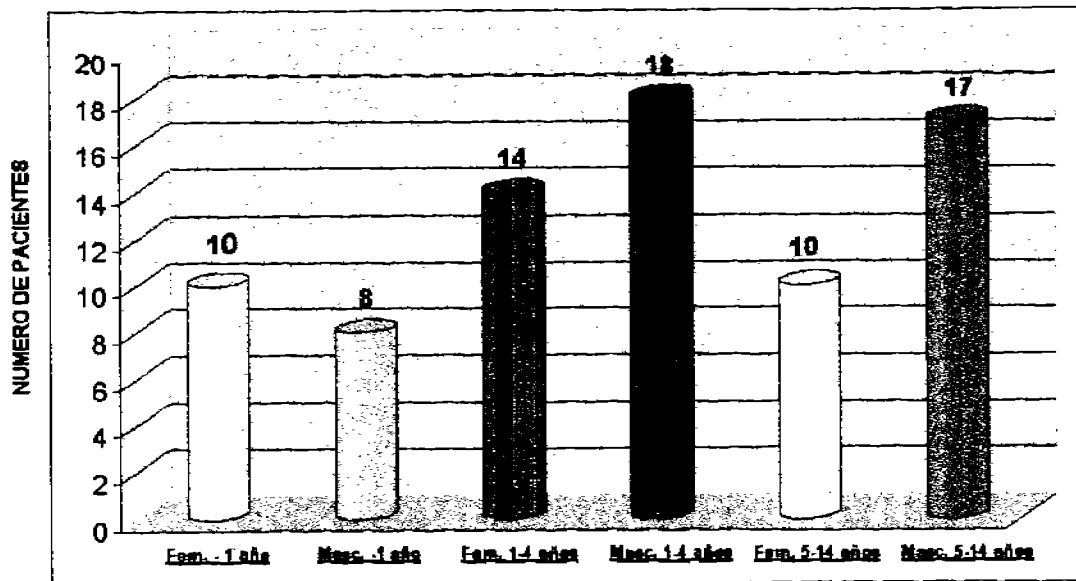
La frecuencia de parasitosis intestinal por grupos de edad y sexo, de los 77 pacientes en edad infantil, se dio de la siguiente manera: menos de un año 18 (23.37%), 10 niñas y 8 niños; de 1 a 4 años 32 (41.55%) 14 niñas y 18 niños; de 5 a 14 años 27 (35.96%), 10 niñas y 17 niños.

Cuadro No. 4: Distribución por edad y sexo de los niños con parasitosis intestinal.

NIÑOS POR EDAD Y SEXO	NO. DE CASOS	FRECUENCIA EN %
MENORES DE UN AÑO	18	23.37%
Niñas	10	12.98%
Niños	8	10.38%
DE 1 A 4 AÑOS	32	41.55%
Niñas	14	18.18%
Niños	18	23.37%
DE 5 A 14 AÑOS	27	35.06%
Niñas	10	12.98%
Niños	14	22.07%
TOTAL	77	100.00%

Fuente: Cédula recolectora de datos.

Grafica 4.- Distribución por edad y sexo de los niños con parasitosis intestinal.



Fuente: Cédula recolectora de datos

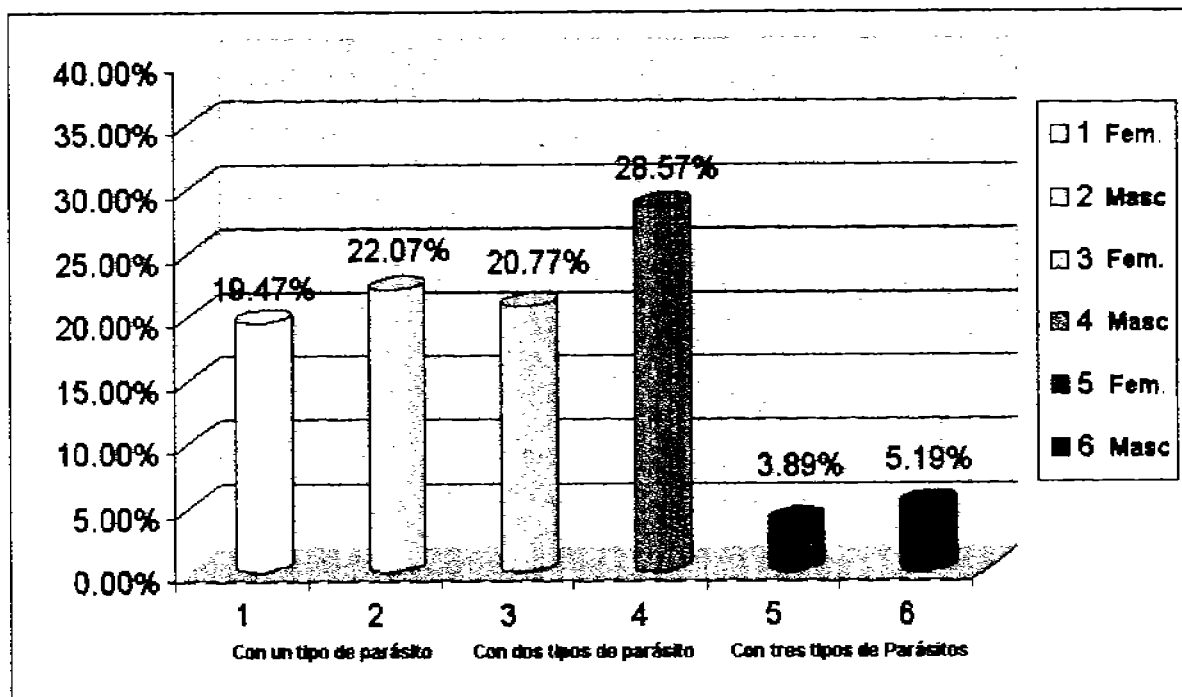
De los 77 pacientes en edad infantil, que resultaron con parasitosis intestinal, debo señalar que 32 de ellos solo se les encontró un tipo de parasitosis, 15 de estos son del sexo femenino y 17 del sexo masculino; en otros 38 pacientes en edad infantil se encontraron dos tipos de parásitos, 16 niñas y 22 niños; finalmente en 7 pacientes se reportó en el examen coproparasitológico, 3 tipos de parásitos, de ellos 3 fueron niñas y 4 niños (Ver cuadro No. 5 y Gráfica No. 5).

Cuadro No. 5: distribución de la población estudiada, de acuerdo al número de parásitos encontrados.

PACIENTES DE AMBOS SEXOS	No. DE CASOS	FRECUENCIA EN %
NIÑOS CON UN SOLO TIPO DE PARASITO	32	41.55%
• De sexo femenino	15	19.47%
• De sexo masculino	17	22.07%
NIÑOS CON DOS TIPOS DE PARÁSITO	38	49.35%
• De sexo femenino	16	20.77%
• De sexo masculino	22	28.57%
NIÑOS CON 3 TIPOS DE PARÁSITO	7	9.89%
• De sexo femenino	3	3.89%
• De sexo masculino	4	5.19%
TOTAL	77	100.00%

Fuente: Cédula recolectora de datos.

Grafica 5.- Distribución de la población estudiada de acuerdo al número de parásitos encontrados.



Fuente: Cédula recolectora de datos

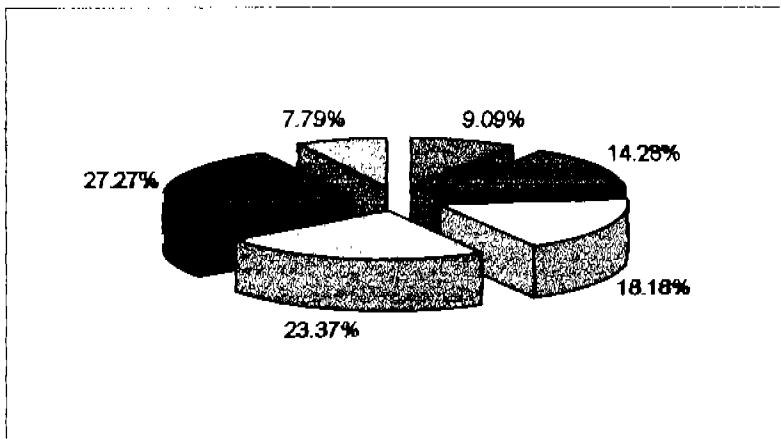
Los parásitos que más frecuentemente se encontraron en la población estudiada fueron: La entamoeba histolytica 21 casos (27.27%); la giardia lamblia 18 (23.37%); enterobios vermiculares 14 (18.18%); Himenolepiasis nana 11 (14.28%); ascaris lumbricoides 7 (9.09%); otros con taenia saginata y tricocefalosis 6 (7.79%). Algunos parásitos se encontraron de manera aislados o asociados con otros. Ver cuadro No. 6 y Gráfica No. 6.

Cuadro No. 6: Tipos de parásito reportado en la población estudiada.

TIPO DE PARASITOSIS	NO. DE CASOS	FRECUENCIA EN %
ENTAMOEBIA HISTOLYTICA	21	27.27%
GIARDIA LAMBLIA	18	23.37%
ENTERIBIOS VERMICULARES	14	18.18%
HIMENOLEPIASIS NANA	11	14.28%
ASACARIS LUMBRICOIDES	7	9.09%
OTROS	6	7.79%
TOTAL	77	100.00%

Fuente: Cédula recolectora de datos.

Grafica 6.- Tipo de parásito reportado en la población estudiada



Fuente: Cédula recolectora de datos

ASCARIS LUMBRICOIDES	9.09 %
HIMENOLEPIASIS NANA	14.28 %
ENTEROBIOS VERMICULARIS	18.18 %
GIARDIA LAMBLIA	23.37 %
ENTAMOEBIA HISTOLYTICA	27.27 %
OTROS	7.79 %

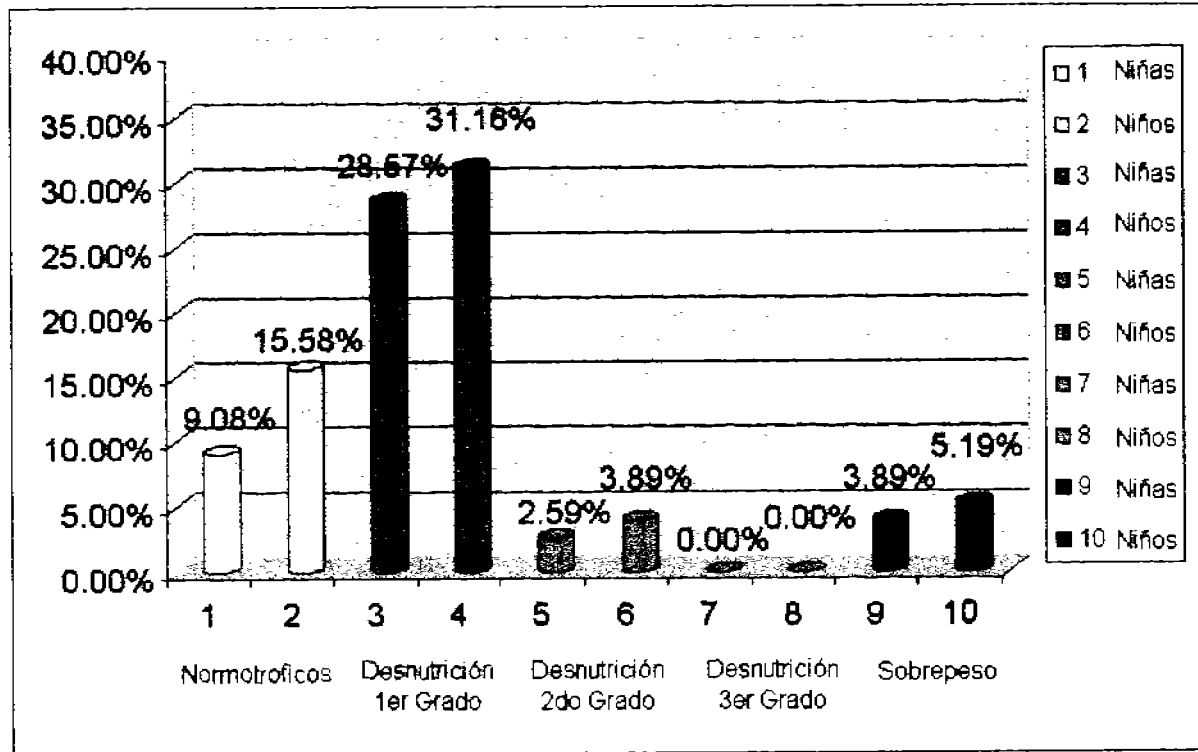
De los 77 niños que resultaron con algún tipo de parasitosis intestinal, 58 de ellos tuvieron algún grado de desnutrición, 31 del sexo masculino (40.26%) y 27 del sexo femenino (35.06%). Al clasificar la alteración nutricional de los niños, relacionados con la parasitosis intestinal, resultó de la siguiente manera: 46 niños con desnutrición de 1º grado (59.74%), 24 niños y 22 niñas; 5 niños resultaron con desnutrición de segundo grado (6.49%) 3 niños y 2 niñas; cero con desnutrición de tercer grado; 7 con sobrepeso (9.09%), 4 niños y 3 niñas; los 19 niños restantes no se les detectó alteración en el estado nutricional a ellos se les consideró normotróficos. (Ver cuadro No. 7 y Gráfica No. 7).

Cuadro No. 7: Estado nutricional y sexo de los 77 participantes asociados a la parasitosis intestinal.

ESTADO NUTRICIONAL	No. DE CASOS	FRECUENCIA EN %
NORMOTRÓFICOS	19	24.67%
• Niños	7	9.09%
• Niñas	12	15.58%
DESNUTRICIÓN DE 1º GRADO	46	59.75%
• Niñas	22	28.57%
• Niños	24	31.16%
DESNUTRICIÓN DE 2º GRADO	5	6.49%
• Niñas	2	2.59%
• Niños	3	3.89%
DESNUTRICIÓN DE 3º GRADO	0	0.00%
SOBREPESO	7	9.09%
• Niñas	3	3.89%
• Niños	4	5.19%
GLOBAL	77	100.00%

Fuente: Cédula recolectora de datos

Grafica 7.- Estado nutricional y sexo de los 77 niños asociados a la parasitosis intestinal.



Fuente: Cédula recolectora de datos

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PARASITOSIS INTESTINAL

Los factores socioculturales que tuvieron que ver con la parasitosis intestinal infantil, fueron los siguientes: situación socioeconómica o ingreso familiar, escolaridad de los papás y condición material de las viviendas. En relación a la situación socioeconómica o ingreso familiar, se consideró sobre la percepción del o ambos cónyuges y en base al salario mínimo.

En 1997 el salario mínimo era de \$23.52 pesos M. N., haciendo un ingreso promedio de \$800.00 a \$2600.00 pesos M. N. en una quincena por persona. De las 34 familias que forman parte del presente estudio, en 16 de ellas trabajan ambos cónyuges, y en las 18 restantes, solo uno de ellos.

En consideración a lo anterior, se clasificaron a las familias en nivel socioeconómico bajo medio y alto: a) Familias con nivel socioeconómico bajo, aquellas cuyo ingreso era de 1 a 3 salarios mínimos. Ocho de las 34 familias quedaron clasificadas en este grupo, correspondiéndoles el 23.52 %; b) Familias con nivel socioeconómico medio, aquellas cuyo ingreso era de 3 a 5 salarios mínimos, total 10 a las que corresponde un 29.41%; c) familias con nivel socioeconómico alto, aquellas cuyo ingreso económico era de más de 5 salarios mínimos, total 16, a las que le corresponde el 47.05%.

En las familias con nivel socioeconómico bajo se encontró con una mayor frecuencia de parasitosis intestinal en los niños, tan solo en las 8 familias con menor ingreso económico se detectó a 35 niños con parasitosis intestinal. A los que les corresponde el 45.45%, este porcentaje comprende casi la mitad del total de los niños con parasitosis intestinal del presente estudio.

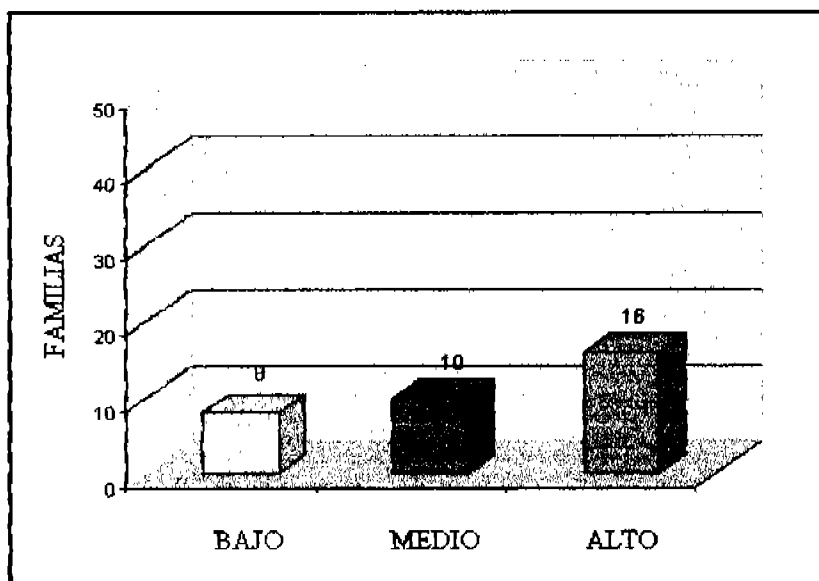
En las 10 familias cuyo ingreso económico fue de 3 a 5 salarios mínimos, se detectó a 22 niños con parasitosis intestinal, correspondiendo un 28.57%; en las 16 familias restantes, cuyo ingreso económico fue mayor de 5 salarios mínimos, solo se les detectó a 20 niños con parasitosis intestinal, a los que les corresponde el 25.98%. (Ver cuadro No. 8 y Gráfica No. 8).

Cuadro No. 8: Ingreso familiar asociado a la parasitosis intestinal, de los niños que fueron llevados al consultorio médico No. 3, T. M., de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE. en Autlán de Navarro Jalisco.

INGRESO FAMILIAR	No. DE CASOS	NIÑOS CON PARASITOSIS	FRECUENCIA EN %
DE 1 A 3 SALARIOS MÍNIMOS	8	35	45.45%
DE 3 A 5 SALARIOS MÍNIMOS	10	22	28.57%
MÁS DE 5 SALARIOS MÍNIMOS	16	20	25.98%
TOTAL	34	77	100.00%

Fuente: Cédula recolectora de datos

Grafica 8.- Ingreso familiar asociado a la parasitosis intestinal, de los niños que fueron llevados al consultorio No 3.



Fuente: Cédula recolectora de datos

8 Familias con Salario Bajo	23.52 %
10 Familias con Salario Medio	29.41 %
16 Familias con Salario Alto	47.05 %

En relación a la escolaridad de cada uno de los cónyuges se encontraron los siguientes datos: 2 papás analfabetos (5.00%); 6 con escolaridad de primaria terminada (17.64%); 10 de secundaria (29.41%) y 16 con nivel profesional o técnico. La escolaridad de las mamás se dio de la siguiente manera: 4 analfabetas (11.76%); 7 con estudios de educación primaria terminada (20.58%); 8 con secundaria (23.52%) y 15 con estudios a nivel profesional o técnico.

A menor escolaridad de alguno de los padres, mayor es el riesgo de que el niño esté parasitado. De hecho cuando el padre es analfabeta el riesgo de que el niño esté multiparasitado es tres veces mayor que cuando el padre o la madre tienen escolaridad mayor de primaria. (Jorge NE. y Cols. 1993).

En aquellas familias en la que los papás tienen un bajo nivel cultural el número de hijos por núcleo familiar es mayor, siendo 5 hijos, mientras que en las familias en donde al menos uno de los papás es profesionista el promedio de hijos es de dos por matrimonio.

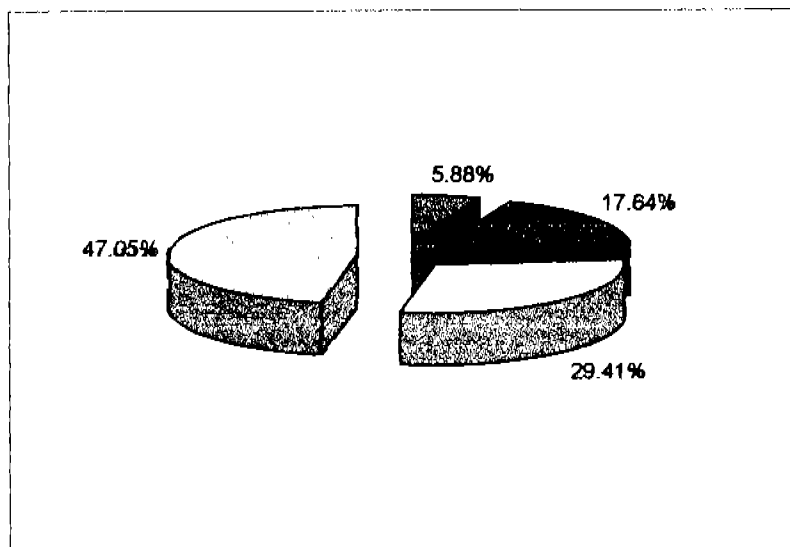
El factor cultural de los papás resultó ser muy interesante en cuanto al número de hijos por matrimonio y la incidencia de la parasitosis intestinal. Tan solo 38 niños provienen de 18 familias, de estos solo 20 se les detectó parasitosis intestinal, 12 mujeres y 8 hombres, correspondiéndoles el 25.97%); 72 niños provienen de las 16 familias restantes, de ellos 57 resultaron con parasitosis

intestinal (74.02%), 35 del sexo masculino y 22 del femenino. (Ver cuadro No. 9 y 10, así como Gráficas números 9 y 10).

Cuadro No. 9: Escolaridad de los papás de los 77 niños que resultaron con parasitosis intestinal.

ESCOLARIDAD DE LOS PAPÁS	No. DE CASOS	FRECUENCIA EN %
ANALFABETAS	2	5.88%
CON EDUCACIÓN PRIMARIA	6	17.64%
CON EDUCACIÓN SECUNDARIA	10	29.41%
PROFESIONAL O TÉCNICO	16	47.05%
TOTAL	34	100.00%

Grafica 9.- Escolaridad de los papás de los 77 niños de ambos sexos, que resultaron con algún tipo parasitosis intestinal.



Fuente: Cédula recolectora de datos

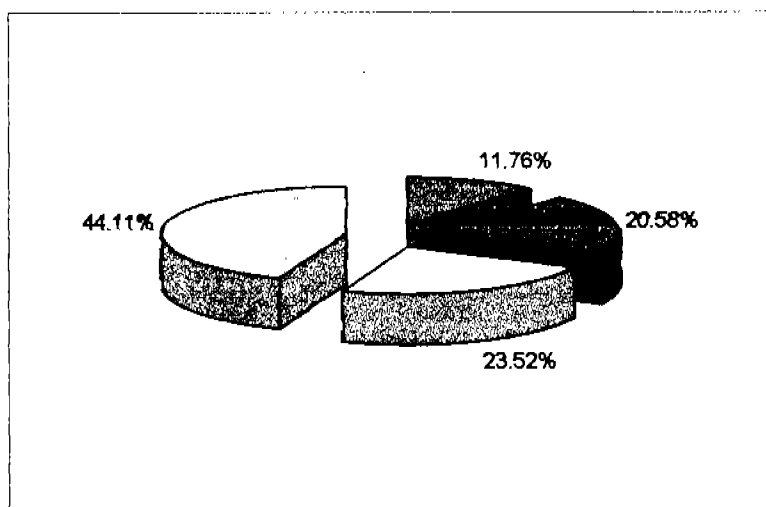
ANALFABETAS	5.88 %
PRIMARIA	17.64 %
SECUNDARIA	29.41 %
PROFESIÓN O TÉCNICA	47.05 %

Cuadro No. 10 : Escolaridad de las mamás de los 77 niños que resultaron con parasitosis intestinal.

ESCOLARIDAD DE LAS MAMAS	No. DE CASOS	FRECUENCIA EN %
ANALFABETAS	4	11.76
CON EDUCACIÓN PRIMARIA	7	20.58
CON EDUCACIÓN SECUNDARIA	8	23.52
PROFESIONAL O TÉCNICO	15	44.11
TOTAL	34	100.00

Fuente : Cédula recolectora de datos.

Grafica 10.- Escolaridad de las mamás de los 77 niños de ambos sexos, que resultaron con algún tipo de parasitosis intestinal



Fuente: Cédula recolectora de datos

ANALFABETAS	11.76 %
PRIMARIA	20.58 %
SECUNDARIA	23.52 %
PROFESIÓN O TÉCNICA	44.11 %

A manera de complementación se describe la conformación de las parejas, así como la escolaridad de los papás, de la siguiente manera : 13 familias del total de estudiadas, ambos cónyuges tienen estudios a nivel profesional o técnico; 5 de las familias solo uno de los cónyuges tienen estudios a nivel profesional o técnico; otras 5 familias ambos papás tienen estudios de secundaria terminada; 3 familias, sólo uno de los papás o cónyuges tienen estudios de secundaria terminada, 4 familias ambos cónyuges tienen estudios de secundaria terminada ; 2 familias ambos cónyuges nunca cursaron un sólo grado escolar, por lo que se les consideró analfabetas.

El analfabetismo o poca educación formal de los padres, refleja de manera indirecta un estado de marginación social, con pocas posibilidades de fomentar hábitos higiénicos que limiten la ocurrencia de la enfermedad, como hervir el agua de consumo o propiciar medidas higiénicas en la toma de alimentos.
(Jorge NE. y Cols. 1993).

Como ya se señaló en párrafos anteriores, el grado de preparación de los papás, se vio reflejado en la higiene de los niños y por lo tanto, la presencia de la parasitosis intestinal. (Ver cuadro No. 11 y Grafica No. 11).

Cuadro No. 11: Clasificación por sexo y escolaridad de los papás de los 77 niños que resultaron con algún tipo de parasitosis intestinal.

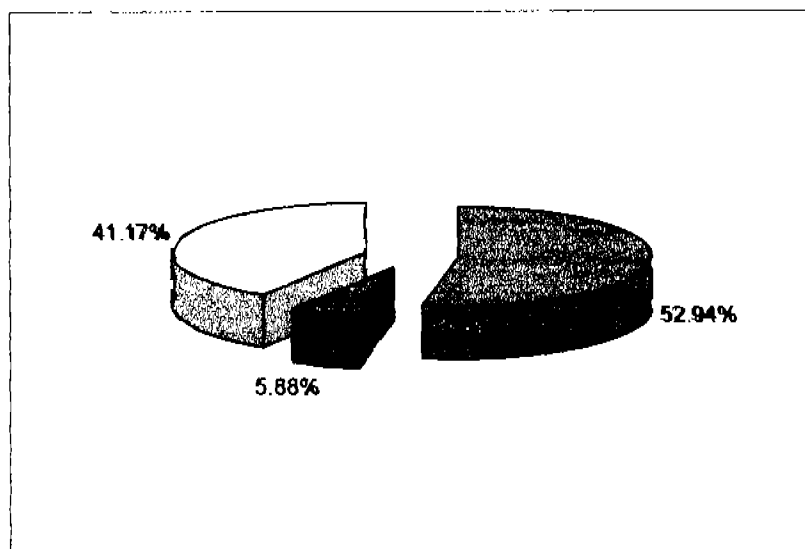
SEXO	ESCOLARIDAD	SEXO	ESCOLARIDAD
13 HOMBRES	PROFESIONAL	13 MUJERES	PROFESIONAL
3 HOMBRES	PROFESIONAL	3 MUJERES	SECUNDARIA
2 HOMBRES	SECUNDARIA	2 MUJERES	PROFESIONAL
5 HOMBRES	SECUNDARIA	5 MUJERES	SECUNDARIA
3 HOMBRES	SECUNDARIA	3 MUJERES	PRIMARIA
4 HOMBRES	PRIMARIA	4 MUJERES	PRIMARIA
2 HOMBRES	PRIMARIA	2 MUJERES	ANALFABETAS
2 HOMBRES	ANALFABETAS	2 MUJERES	ANALFABETAS

Fuente: Cédula recolectora de datos.

Nota: Se tomó en consideración la escolaridad de ambos cónyuges aunque estos no viviesen bajo el mismo techo al momento en que se hicieron las encuestas.

El total de las familias encuestadas fueron 54, las cuales habitan en igual número de casas. En 34 de dichas casas viven los 77 niños que resultaron con parasitosis intestinal. Las 34 familias habitan casas de distintas características materiales, factor importante que se asocia con la parasitosis intestinal infantil.

Grafica II.- Las parejas o cónyuges, nivel de escolaridad de los mismos y papás de los 77 niños que resultaron con parasitosis intestinal.



Fuente: Cédula recolectora de datos

18 Parejas con nivel profesional o técnico	52.94 %	20 Niños con parasitosis
14 Parejas con bajo nivel de escolaridad	41.17 %	48 Niños con parasitosis
2 Parejas con nulo nivel de escolaridad	5.88 %	9 Niños con parasitosis

En lo que respecta a los materiales con que están hechas las viviendas, se pudo conocer lo siguiente: 8 viviendas tienen muros de adobe, piso de tierra y techo de cartón o teja (23.52 %); 11 con muros de ladrillo, pisos de cemento y techos de bóveda (32.15 %); 15 con muros de ladrillo, piso de mosaico y techo de bóveda (44.11%).

“Las parasitosis intestinales suelen ser el reflejo de las condiciones de marginación en que habitan algunos sectores sociales”.
(Jorge NE y COLS. 1993).

Las familias que viven en las 8 casas en condiciones materiales precarias, son de escasos recursos económicos y en ellas se encontró a 35 niños con parasitosis intestinal (45.45 %); el resto de los niños con parasitosis intestinal viven en las casas con mejores condiciones materiales, a los que les corresponde el (54.54 %); en 11 casas viven 18 niños y en las otras 15 viven 24 niños. (Ver cuadro No. 12 y Gráficas No. 12 y 13).

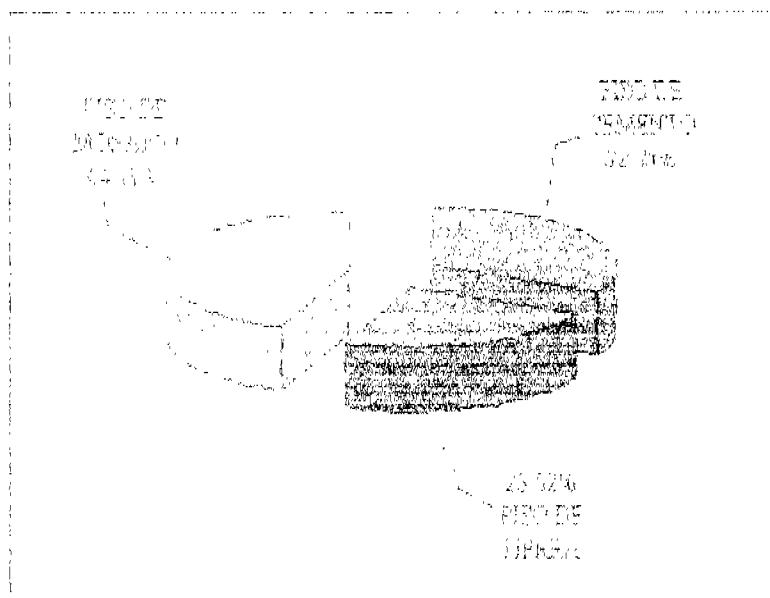
Cuadro No. 12: Condiciones materiales de las viviendas donde habitan los 77 niños del presente estudio.

MATERIAL DE LAS CASAS	No. DE CASAS	FRECUENCIA EN %	No. DE NIÑOS
Muros de adobe con piso de tierra y techo de teja	8	23.52%	35
Muros de ladrillo con piso de cemento y techo de bóveda	11	32.35%	18
Muros de ladrillo con piso de mosaico y techo de bóveda	15	44.11 %	24
TOTAL	34	100 %	77

Fuente : Cédula recolectora de datos

Grafica 12.- Tipo de pisos en las 77 viviendas donde viven los niños del presente estudio.

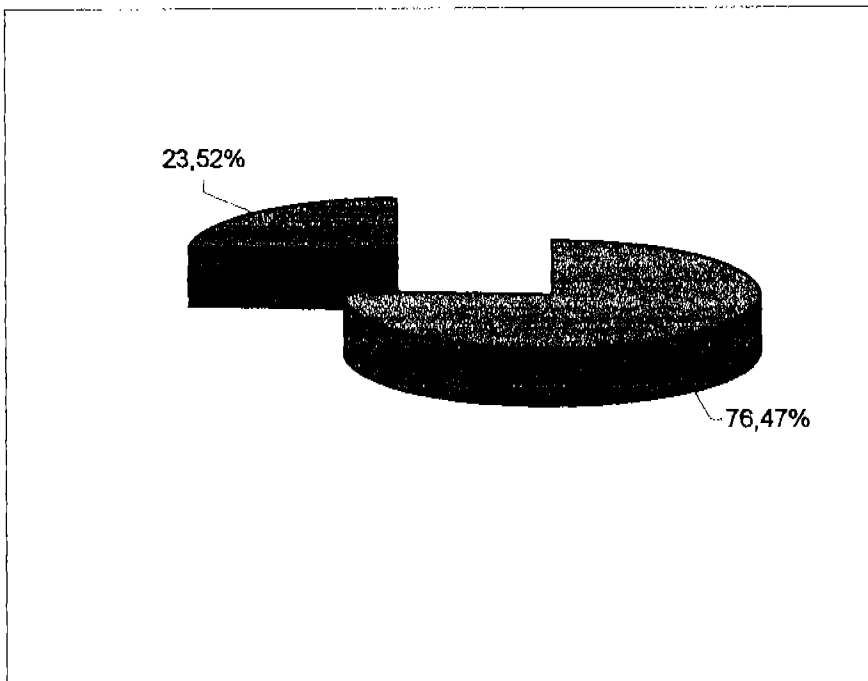
GLOVAL. 34 = 100 %



Fuente: Cédula recolectora de datos

15 Viviendas con piso de mosaico	44.11%
11 Viviendas con piso de cemento	32.35 %
8 Viviendas con piso de tierra	23.52 %

Grafica 13.- Tipo de material de los muros de las viviendas donde viven los niños del presente estudio.



Fuente: Cédula recolectora de datos

Muro de adobe	23.52 %
Muros de ladrillo	76.47 %

OTROS FACTORES DE RIESGO

Estos factores asociados a la parasitosis intestinal de los niños son los siguientes: Servicio de agua potable, consumo de los alimentos, higiene personal, disposición de excretas, preparación de los alimentos y el hacinamiento de cada una de las 34 familias.

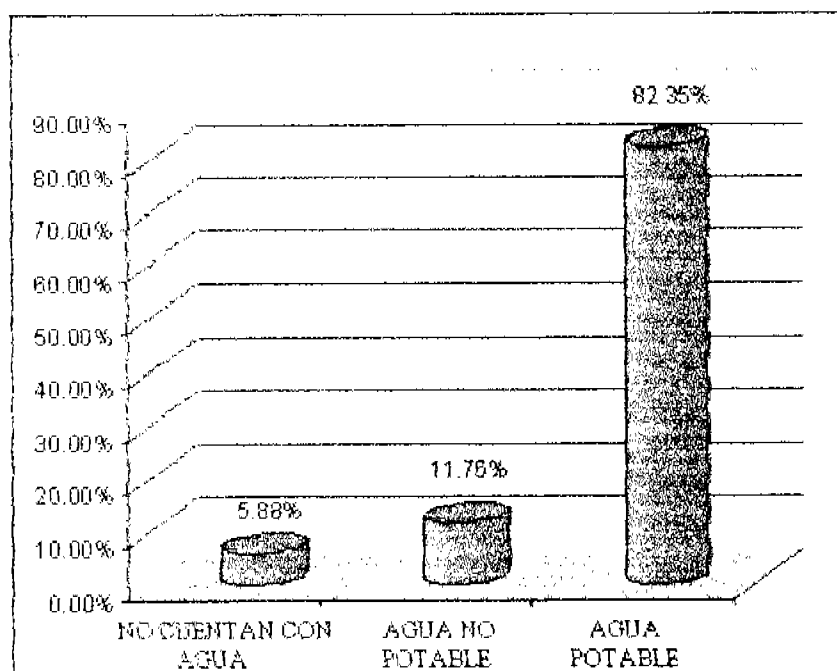
De las 34 viviendas se pudo comprobar que el 28 de ellas cuentan con servicio de agua potable (82.35 %). En las 28 viviendas con agua potable viven 49 niños del total de los 77 pacientes que integran este estudio; 21 niños viven en 4 casas que si tienen agua intradomiciliaria, considerada no potable, ya que esta proviene de un canal de riego (11.76%) las 2 casas restantes no tienen agua potable, en ellas viven 7 niños.

La falta de agua potable en las últimas 6 casas, se vio reflejada en manera considerable, ya que en ellas viven 28 niños en los que se detectó de 2 a 3 parásitos distintos en el tubo digestivo. (Ver cuadro No. 13 y Gráfica No. 14)

Cuadro No. 13: Servicio de agua potable y no potable donde viven los 77 niños, que resultaron con parasitosis intestinal.

SERVICIO DE AGUA POTABLE O NO POTABLE	No. DE CASAS	TOTAL DE NIÑOS QUE AHÍ VIVEN
CUENTAN CON AGUA POTABLE	28	49
LA OBTIENEN DE UN CANAL DE RIEGO	4	21
LA COMPRAN DE PIPAS	2	7
TOTAL	34	77

Grafica 14.- Servicio de agua en las 34 viviendas de los niños del presente estudio.



Fuente: Cédula recolectora de datos

En relación a la alimentación de las familias, se interrogó a los papás sobre el consumo de alimentos y estos fueron los datos encontrados: de las 34 familias, 19 de ellas consumen alimentos en la vía pública de manera ocasional, correspondiéndoles el (55.88%); las 15 familias restantes también consumen alimentos fuera de casa ocasionalmente, pero en lugares con mejor higiene (restaurantes, salones de reservación etc. con el 44.11%)

Hubo diferencias en los 77 niños con parasitosis intestinal asociados al consumo de alimentos fuera del hogar, aquellos que forman parte de las 19 familias que consumieron alimentos en la vía pública, se les detectó de 2 a 3 tipos de parásitos en el tubo digestivo y en mayor cantidad.

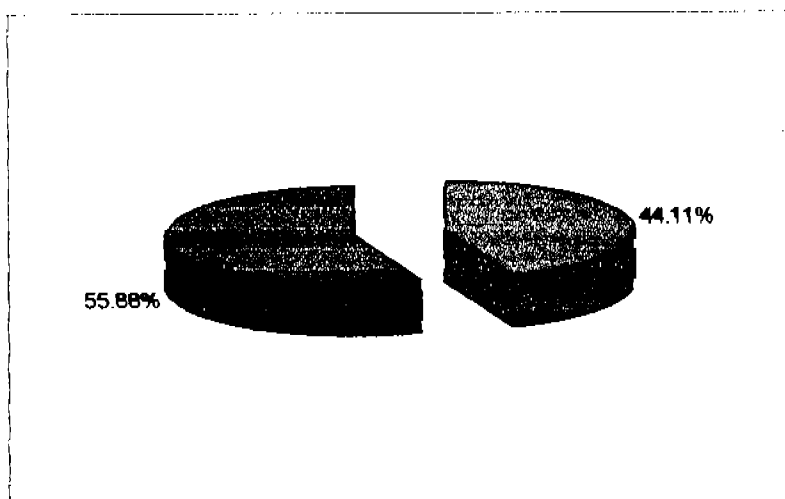
45 niños forman parte de las 19 familias y 32 niños de las otras 15 familias (ver cuadro No. 14 y Gráfica No. 15)

Cuadro No 14: Alimentación fuera de casa de las 34 familias, asociadas a la parasitosis intestinal de los 77 niños.

CONSUMO DE ALIMENTOS FUERA DEL HOGAR	NO. DE FAMILIAS	FRECUENCIA EN %	NO. DE NIÑOS
EN LA VÍA PÚBLICA	19	55.88%	45
EN RESTAURANTES O SALONES DE RESERVACIÓN	15	44.11%	32
TOTAL	34	100.00%	77

Fuente: Cédula recolectora de datos

Grafica 15.- Alimentación de las 34 familias en relación al lugar donde se consumen.



Fuente: Cédula recolectora de datos

En la vía pública	19	55.88 %
En restaurantes o Salones de reservación	15	44.11 %

Higiene, en cuanto a este factor se pudo conocer durante las entrevistas que realicé a las 34 familias cuyos niños resultaron con parasitosis intestinal, lo siguiente: 14 mamás comentaron que acostumbran bañarse o lavarse las manos, los 7 días de la semana todos y cada uno de los miembros de las familias; 18 mamás dijeron nos bañamos cada tercer día, ya que es cuando nos llega el agua a nuestras casas, aunque procuramos lavarnos las manos siempre y finalmente en 2 hogares las mamás señalaron que el bañarse todos los días no es posible, ya que no cuentan con el agua en sus casas y por lo tanto se bañan una o dos veces a la semana.

La carencia de agua en sus hogares y la falta de higiene adecuada, sobretodo en las 2 familias últimas, se pudo observar, que los niños de ambos sexos que viven en esas casas son los que tienen mayor cantidad y tipos de parasitosis intestinal (amibas, oxiuros y ascaris lumbricoides entre otros).

Haciendo un análisis de este factor se sacó en conclusión lo siguiente: en las 14 familias cuyos miembros tienen buena higiene y se bañan todos los días, se detectó a 32 niños de ambos sexos con parasitosis intestinal en menor proporción; en 18 familias con regular higiene se detectó a 38 niños de ambos sexos, hasta con dos tipos de parasitosis intestinal; en las dos últimas familias que forman parte de este estudio, con carencia de agua y por lo tanto deficiente higiene se encontró a 7 niños con parasitosis intestinal abundante y hasta tres tipos de parásitos distintos en el intestino.

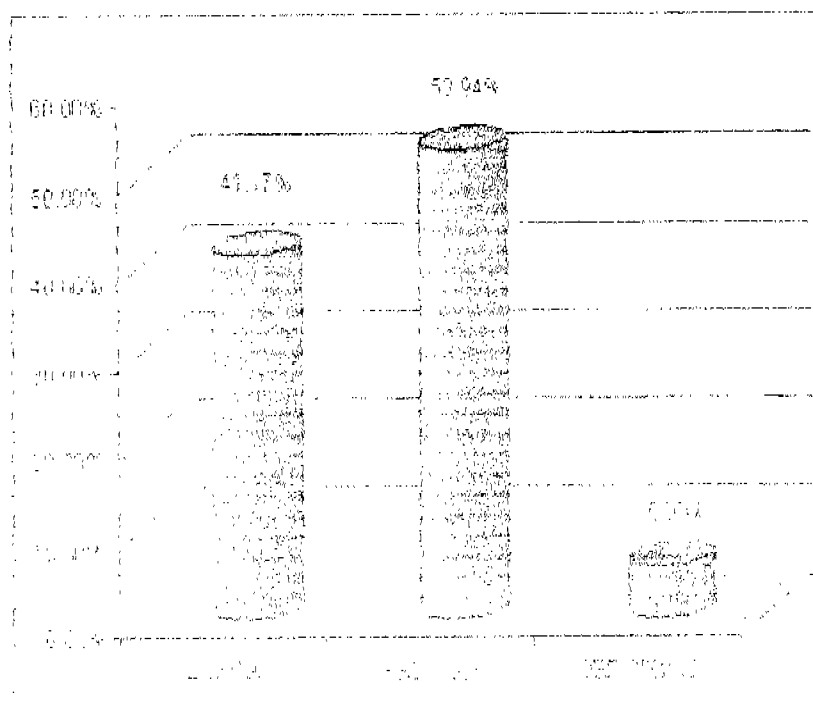
Como es de entender la higiene personal no se limita al baño únicamente, sino forma parte de otros aspectos como lo son: el lavado de las manos antes de tomar los alimentos y después de ir a defecar. (Ver cuadro No 15 y gráfica No 16)

Cuadro No 15: La higiene como factor asociado a la parasitosis intestinal de los 77 niños del presente estudio.

HIGIENE PERSONAL	No. DE FAMILIAS	No. DE NIÑOS	No. DE TIPOS DE PARÁSITOS
BUENA: baño todos los días	14	32	UN TIPO
REGULAR: baño cada tercer día	18	38	DOS TIPOS
DEFICIENTE: baño dos veces por semana	2	7	TRES TIPOS
TOTAL	34	77	

Fuente: Cédula recolectora de datos.

Grafica 16.- Higiene personal de las 34 familias que conforman el presente estudio.



Fuente: Cédula recolectora de datos

1	Buena (Baño todos los días)	14	41.17%
2	Regular (Baño cada tercer día)	18	52.94%
3	Deficiente (Baño dos veces a la semana)	2	5.88%

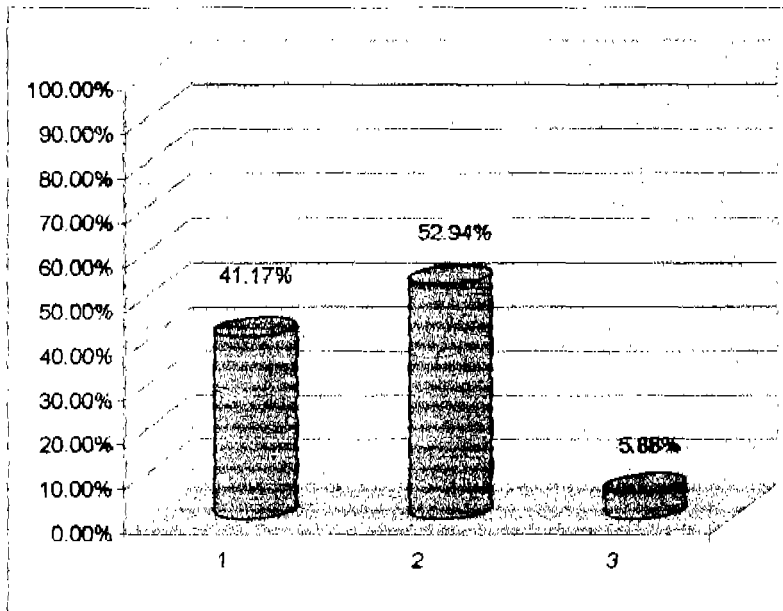
Al preguntar a los papás de manera directa, sobre la disposición de las excretas en las viviendas, esto fue lo que se pudo saber: 14 viviendas cuentan con drenaje (41.17%); 18 casas tienen fosas sépticas o letrinas (52.94%); 2 de las viviendas no tienen drenaje, fosas sépticas o letrinas, por lo que se ven en la necesidad de defecar al aire libre. Los 32 niños de ambos sexos que viven en casas que cuentan con drenaje se les encontró en la mayoría de ellos un solo tipo de parásito en el tubo digestivo; 38 niños que viven en casas sin drenaje, pero con fosas sépticas o letrina, se les encontró dos tipos de parásitos en el intestino y por último 7 niños de ambos sexos que viven en casas sin drenaje, fosa séptica o letrinas, se les detectó 3 tipos o más de parasitosis intestinal. Cuadro No. 16 y Gráfica No. 17.

Cuadro No. 16: disposición de las 34 familias. Asociado a la parasitosis intestinal de los 77 niños de ambos sexos.

FACTOR DE RIESGO	No. DE VIVIENDAS	PORCENTAJE DE LAS VIVIENDAS	No. DE NIÑOS QUE VIVEN AHÍ
Drenaje	14	41.17%	32
Fosa séptica o letrina	18	52.94%	38
Sin drenaje, fosa séptica o letrina	2	5.88%	7
total	34	100.00%	77

Fuente: Cédula recolectora de datos

Grafica 17.- Disposición de las excretas de las 34 familias que conforman parte del presente estudio.



Fuente: Cédula recolectora de datos

1	Drenaje	14	41.17 %
2	Letrinas o fosa séptica	18	52.94 %
3	Sin drenaje, fosa séptica o letrinas	2	5.88 %

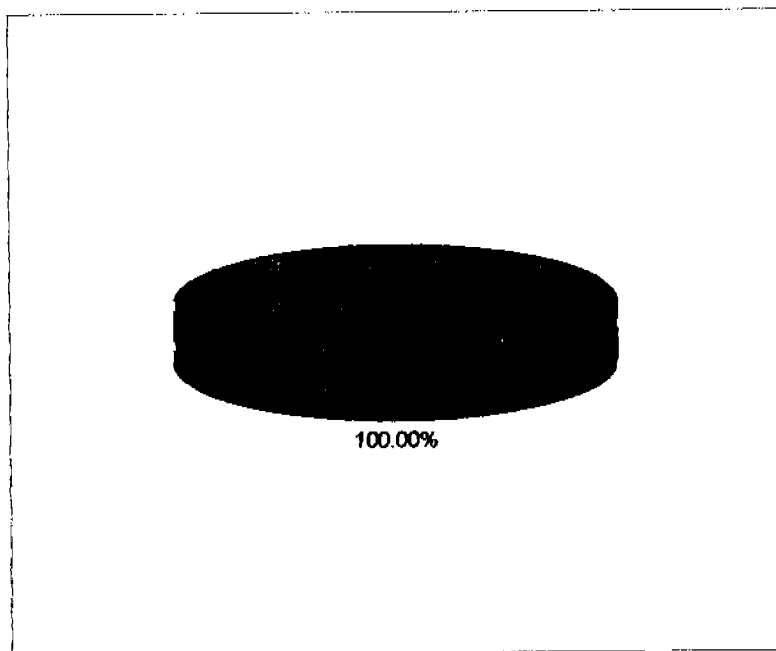
En relación a la preparación de los alimentos, se preguntó a las amas de casa, sobre el lavado de los alimentos y cocido de los mismos, antes de comerlos; todas ellas contestaron que tienen el cuidado de preparar adecuadamente sus alimentos antes de comerlos. No se pudo establecer una relación entre la parasitosis intestinal infantil, sin embargo creo que no deja de influir una deficiente preparación de los alimentos en relación a la existencia de parasitosis intestinal infantil. Ver cuadro No. 17 y Gráfica No. 18.

Cuadro No. 17: Preparación de los alimentos que consumen las 34 familias de los 77 niños, del presente estudio.

FACTOR DE RIESGO	No. DE AMAS DE CASA	FRECUENCIA EN %
PREPARACIÓN DE LOS ALIMENTOS	34	100.00%
TODAS LAS AMAS DE CASA SEÑALARON QUE ANTES DE COMER LOS ALIMENTOS, LOS PREPARAN EN FORMA ADECUADA	34	100.00%

Fuente: Cédula recolectora de datos.

**Grafica 18.- Preparación de los alimentos de las 34 familias.
Que conforman parte del presente estudio**



Fuente: Cédula recolectora de datos

Todas las amas de casa señalaron que antes de comer los alimentos, los lavan y/o los cosen adecuadamente.

Durante el interrogatorio y observación directa pude corroborar que 12 familias viven con hacinamiento (35.29%), ya que duermen en cada recámara o habitación de 4 a 5 personas; las 22 familias restantes no tienen este problema de "higiene" (64.70%); en estas familias en promedio de personas por habitación es de 2 a 3.

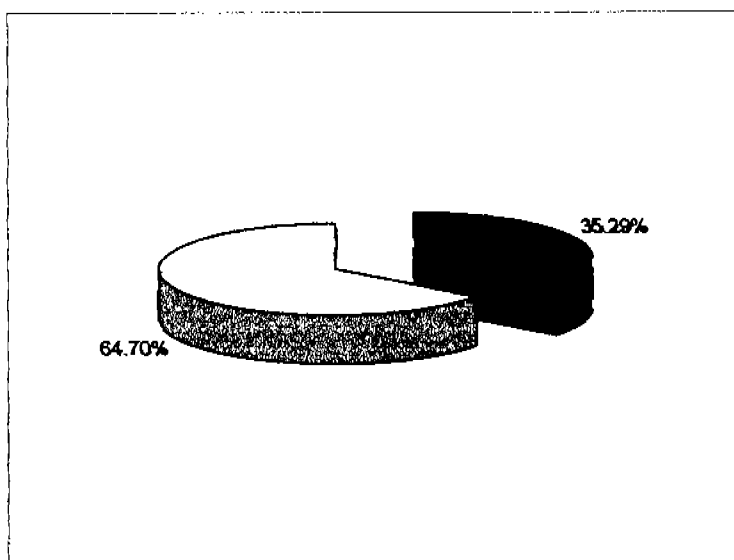
A las 12 familias que se consideraron con hacinamiento, se detectó a 32 niños con hasta tres tipos distintos de parasitosis en el intestino; en las otras 22 familias se encontraron a 45 niños con uno a dos tipos de parásitos distintos en el tubo digestivo. Ver cuadro No. 18 y Gráfica No. 19.

Cuadro No. 18: Hacinamiento de las 34 familias, asociado a la parasitosis intestinal infantil.

HACINAMIENTO COMO FACTOR DE RIESGO	No. DE FAMILIAS	FRECUENCIA EN %	No. DE NIÑOS CON PARASITOSIS INTESTINAL
FAMILIAS CON HACINAMIENTO	12	35.29%	32
FAMILIAS SIN HACINAMIENTO	22	64.70%	45
TOTAL	34	100.00%	77

Fuente: Cédula recolectora de datos.

Grafica 19.- Hacinamiento de las 34 familias que conforman parte del presente estudio.



Fuente: Cédula recolectora de datos

Familias con hacinamiento	12	35.29 %
Familias sin hacinamiento	22	64.70 %
TOTAL	34	100 %

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS

Los 110 niños que son la muestra estudiada, en la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE., Consultorio No. 3, T. M. en Autlán de Navarro Jalisco, solo 77 de ellos resultaron con parasitosis intestinal.

La frecuencia fue del 70%, un poco arriba del promedio reportada en la Revista Médica del IMSS. en Abril de 1993, la cual señala una frecuencia de parasitosis intestinal infantil del 60% en una población Urbana del Estado de Oaxaca. (Jorge NE y Cols. 1993)

La frecuencia de parasitosis intestinal en la comunicad de Santiago Janiltepec Oaxaca, es alta (68%), pero consistente en los hallazgos en otras zonas rurales del país. (Jorge NE y Col. 1993.)

La misma revista señala una frecuencia de parasitosis intestinal infantil del 78.7% en otra zona rural del país.

"Valdez" encontró en la región lagunera un predominio global de parasitosis intestinal del 78.7%. (Jorge NE y Col. 1993)

El grupo más afectado de parasitosis intestinal fue de 1 a 4 años, en total 32, con un 41.55%, en relación al sexo los niños fueron los más afectados, 43 en total, que les corresponde el 55.84%. Los resultados obtenidos en otros estudios fueron muy distintos. En relación al grupo de edad, la menor prevalencia de parasitosis intestinal, fue en niños menores de 1 año y en cuanto al sexo, la parasitosis encontrada fue muy similar.

La frecuencia de la entamoeba histolytica fue del 27.27% en este estudio, 5.23% debajo de las cifras encontradas en la región lagunera, por los investigadores Jorge Navarrete Espinoza y Enrique Navarrete Cadena, y a diferencia del 10% encontrado por Tintinalli Krone Ruiz en la Unión Americana. (Jorge NE y Cols. 1993).

La frecuencia con que se encontraron los diferentes tipos de parásitosis difiere de este estudio, ya que muestra en primer lugar la enterobiasis (47.5%), seguido de la amibiiasis con 32.5%. (Jorge NE. y Cols. 1993).

Estas diferencias seguramente son debidas a las condiciones geográficas en que viven las personas, así como los factores de riesgo que tienen cada una de las distintas poblaciones del mundo.

El segundo parásito con mayor frecuencia que se encontró en la población infantil de este estudio, fue la giardia lamblia con (23.27%), la frecuencia encontrada es muy diferente a la reportada por Roberto Rodríguez García y Cols., que es del 3 al 60%, este trabajo se realizó en el Hospital Infantil de México en 1996. Sin embargo esta frecuencia del (23.27%), está muy por debajo de la encontrada por Alberto Aranda, que fue del 44% en el año de 1995, en un estudio realizado en el Hospital Infantil de México. (Roberto Rodríguez García y Cols. 1996) y (José Alberto García Aranda, 1995).

La frecuencia de ascaris fue del 42 %, esta cifra concuerda más con la frecuencia de 30.8% que encuentran Vargas y Montes en el estado de Nuevo León, en donde la ascaris ocupó el primer lugar en frecuencia.

(Jorge NE y Cols. 1993)

Finalmente en este estudio se encontraron otros parásitos como la taenia saginata y tricocefalosis, cuya frecuencia fue de 7.79%, que no dejan de ser significativos para la salud de los niños.

Antonio Atlas en el capítulo correspondiente, encontró una frecuencia en la población infantil que varía en mucho y va desde 1 a 2% hasta un 65%, dependiendo del país o áreas geográficas.

En relación a la teniasis no pude localizar cifras que hablan de frecuencia de este parásito, en la población infantil.

Aunque si bien es cierto que la parasitosis intestinal infantil, no es exclusiva de aquellos niños, que provienen de familias con escasos recursos económicos y bajo nivel cultural, sí repercute de manera importante para la frecuencia de dichas parasitosis.

En el presente estudio se encontró que los niños con algún tipo de desnutrición, se les detectó por lo menos un parásito intestinal.

CONCLUSIONES

La parasitosis intestinal constituyen las infecciones más frecuentes en los niños. Su prevalencia es significativa, provocan trastornos que pueden ser evitados si se cuenta con agua potable, manejo adecuado de excretas y buena educación higiénica y dietética. El diagnóstico es relativamente fácil, así como su tratamiento, rara vez causan la muerte pero también es cierto que debilitan a los pacientes y significa un gasto enorme de calidad de vida y de costos para la salud.

A los niños que conforman la muestra se les practicó un examen coproparasitológico seriado y solo 77 de los 110 resultaron con parasitosis intestinal. Los niños fueron los más afectados en relación a las niñas. (Ver cuadro No. 3 y Gráfica No. 3)

Se comprobó que los factores sociales y nutricionales influyen de manera importante, en la presencia de parasitosis intestinal infantil. La incidencia mayor de parasitosis intestinal tanto en niños como en niñas se dio en el grupo de edad de 1 a 4 años, los parásitos que más se reportaron en los estudios de laboratorio que se les solicitó a los niños fueron: la entamoeba histolytica, la giardia lamblia y los enterobios vermiculares. (ver cuadro No. 6 y Gráfica No. 7)

Al parecer, la desnutrición favoreció la presencia de parasitosis intestinal, ya que en los niños desnutridos se encontró de dos a tres tipos de parásitos distintos, a no ser que la parasitosis intestinal haya sido el factor que ocasionó dicha desnutrición. Las consecuencias detectadas en los niños con parasitosis intestinal fueron: hiporexia, irritabilidad y desnutrición de 1º y 2º grado; se informó

oportunamente a los papás el resultado de los exámenes de laboratorio practicados a sus hijos, quienes manifestaron sus complacencia por el esfuerzo a favor de los niños.

Es importante que el personal médico del ISSSTE. realice campañas permanentes de información a la población derechohabiente, sobre medidas de higiene a fin de prevenir la presencia de la parasitosis intestinal de manera especial en los niños.

Se deben practicar exámenes de laboratorio a todos los niños que presenten algún tipo de desnutrición con al intención de detectar parasitosis intestinal, y si fuese necesario proporcionar el tratamiento adecuado.

Informar a los derechohabientes del ISSSTE. la relación que existe entre los factores socioeconómicos, sociales y culturales con la presencia de parasitosis intestinal, así como el propósito de su prevención.

Como parte del programa sobre prevención, saneamiento y control de las enfermedades, las autoridades correspondientes deberán poner mayor atención en los permisos a los expendidores de alimentos en la vía pública.

Buscar las estrategias para que las autoridades Municipales proporcionen a toda la población los servicios básicos de urbanización como son: drenaje, agua potable etc.

ANEXOS

DRA. ROSALINDA TORRES MENDOZA
JEFA DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA No.VII
P R E S E N T E.

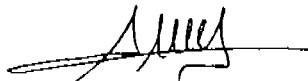
Por este conducto solicito a Ud. de la manera más atenta se me autorice información relacionada a las diferentes parasitosis intestinal que aqueja a la población de Autlán de Navarro, Jalisco y del resto de la Jurisdicción.

Dicha información me sería de utilidad para completar un trabajo de investigación de TESIS, que sobre el tema realizo.

Agradezco de antemano, la atención que se sirva prestar a dicha solicitud.

ATENTAMENTE

Autlán de Navarro, Jalisco a 19 de Junio de 1998.



Dr. J. Refugio Ambriz Hernández

FECHA: 10/Sep/98

CUESTIONARIO

NOMBRE DE LA FAMILIA: Magaña PelayoDOMICILIO: López Rayón No. 263, Col. CentroNOMBRE Y GRADO DE ESTUDIOS DEL PAPÁ: Héctor Magaña Vargas
Maestría en EducaciónNOMBRE Y GRADO DE ESTUDIOS DE LA MAMÁ: Rocío Pelayo Garibay
4º Año de Bachillerato PedagógicoINGRESO FAMILIAR: MAMÁ: \$3,000.00 PAPÁ \$6,000.00¿CUANTAS PERSONAS VIVEN EN CASA? SEIS

VIVIENDA:

ES PROPIA _____ RENTADA _____ PRESTADA XCONDICIONES MATERIALES DE LA VIVIENDA: Muros de ladrillo,
techo de bóveda y piso de cemento.SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA LA VIVIENDA: Agua, luz, drenaje,
teléfono y telecable

ALIMENTACIÓN:

¿COMO CONSIDERA SU ALIMENTACIÓN?

BUENA _____ REGULAR X MALA _____PREPARACIÓN DE LOS ALIMENTOS: Son lavados y cocidos en
forma adecuadaCONSUMO DE LOS ALIMENTOS: Casi siempre comemos en casa,
ocasionalmente en algún restaurant.

HIGIENE:

BUENA X REGULAR _____ MALA _____

¿SUS NIÑOS CUANTAS VECES SE BAÑAN A LA SEMANA?

TODOS LOS DÍAS X CADA TERCER DÍA _____
 UNA VEZ POR SEMANA _____

SALUD:

¿COMO CONSIDERA SU SALUD Y LA DE SUS HIJOS?

BUENA X REGULAR _____ MALA _____

¿A ACUDIDO EN EL ÚLTIMO MES A CONSULTA CON SU MÉDICO FAMILIAR?

SI X NO _____

¿EL MÉDICO LES HA ORDENADO ALGÚN EXAMEN DE LABORATORIO?

SI X NO _____ A QUIEN _____

¿QUÉ TIPO DE EXAMEN LES ORDENÓ? ¿A QUIEN DE SU FAMILIA?

De orina y excremento

¿SABE UD. QUE RESULTÓ EN LOS EXÁMENES QUE SE LES ORDENÓ?

SI X NO _____ NO RECUERDO _____

UD PERMITIRÍA QUE SE LES PRACTIQUE EXÁMENES DE LABORATORIO A SUS HIJOS, PARA VER SI TIENEN ALGÚN TIPO DE PARASITOSIS INTESTINAL.

SI X NO _____

OBSERVACIONES:

En ésta familia el ingreso familiar es de más de 5 salarios mínimos por quincena, no existe problema de hacinamiento y se tiene buena higiene.

600519
 LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS Y BACTERIOLOGICO



BIO - TEST

C. F. B. Micaela Medina G.

OBREGON No. 28 AUTLAN, JALISCO
 TEL (91-338) 2-15-99 Y 2-03-41

EXAMENES VARIOS

COPRO (3)

- 1.- ESCASOS QUISTES DE GIARDIA LAMBLIA
- 2.- REGULAR CANTIDAD DE QUISTES DE GIARDIA LAMBLIA.
- 3.- REGULAR CANTIDAD DE QUISTES DE GIARDIA LAMBLIA.

Doctor AMBRIZ

Paciente NIÑA. CRISTINA GUZMAN GLEZ.

Mes 9 Día 15 ABO 08

Supervisó

Q.F.B. [Signature]

ISSSTE

SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA

LABORATORIOS

PACIENTE

Cristina Guzmán González

CEDULA

600519/8

UNIDAD DE ORIGEN:

Aullán

MÉDICO

Ambríz

SERVICIO

Medicina Familiar

CLAVE

241069

UNIDAD

14021406

DIRECCION HABIENTE

- TRABAJADOR
- ESPOSA
- HIJA (O)
- PADRE O MADRE
- PENSIONISTA
- FAMILIAR DE PENSIONISTA
- OTRO TIPO

SOLICITUD DE SERVICIOS POR LOS SIGUIENTES EXÁMENES

Coproparasitoscópico seriado seriado

SERÁ ATENDIDA EN EL LABORATORIO DE:

CARÁCTER DE LA SOLICITUD

FECHA

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

Síndrome de colon irritable, probable parasitosis intestinal

FECHA EN LA QUE DEBERÁ REALIZARSE EL ESTUDIO

FIRMA DEL MÉDICO

FOLIO PROGRESIVO

3004

5:49

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

12/15/90

SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

001

INFORME DE CASOS NUEVOS DE ENFERMEDADES.

PI DIAGNÓSTICO	CVE CIE 9º REVIS	(-1	01- 04	05- 14	15- 24	25- 44	45-64)	65+	IGNOR	SSA.	TOTAL
JALISCO											
AMIBIASIS INTESTINAL	006.0, 006.2	162	549	587	221	320	181	96	0	2116	2116
ABSCESO HEPÁTICO AMIBIANO	006.3	0	1	3	0	1	2	4	0	11	11
ASCARIASIS	127.0	57	399	369	76	111	37	25	0	1074	1074
SHIGELOSIS	004	18	39	17	10	17	10	5	0	116	116
FIEBRE TIFOIDEA, (+)	002.0	0	2	6	7	8	4	0	0	27	27
GIARDIASIS	007.1	9	30	24	8	7	5	1	0	84	84
INFECCIONES INTESTINALES POR O	008-009	561	795	359	154	232	155	105	0	2361	2361
INTOXICACIÓN ALIMENTICIA BAC.	005	1	4	15	7	7	2	2	0	38	38
OXIURIASIS	127.4	14	191	177	66	74	35	11	0	568	568
PARATIFOIDEA Y OTRA SALMONELA	002.0, 002.9, 00	3	6	8	17	21	4	1	0	60	60
TENIASIS, (+)	123.0, 123.2, 12	0	4	1	1	2	4	0	0	12	12
OTRAS HELMINTIASIS	120-129, MENOS	12	66	45	13	24	12	6	0	178	178
										6645	6645

1997

JURISDICCIÓN No. VII

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

INFORME DE CASOS NUEVOS DE ENFERMEDADES

PI DIAGNÓSTICO	(-1	01-04	05-14	15-24	25-44	45-64	+64	TOTAL INF	TOTAL GRAL. SSA
AMIBIASIS INTESTINAL	17	55	61	20	26	13	8	133	200
ABSCESO HEPÁTICO AMIBIANO	0	3	0	0	0	0	0	3	3
ASCARIASIS	0	12	5	0	3	0	0	17	20
SHIGELOSIS	1	3	0	0	1	0	0	4	5
GIARDIASIS	0	1	1	2	3	0	0	2	7
TENIASIS	5	1	3	2	2	0	0	9	13
OTRAS HELMINTIASIS	42	85	64	21	32	18	3	191	265
OXIURIASIS	3	34	40	10	8	7	0	77	102
TOTAL POR EDADES	67	191	174	55	75	38	11	436	615

PARASITOSIS REPORTADOS DEL MPIO. DE AUTLÁN

1. Harol Osborn: Parasitosis Frecuentes. Judith E. Tintinalli. En: Medicina de Urgencias, Cook GC, Gibier WB, Grant IH, Mandell WF, Most H, Tanowitz HB, Tomson RB, Wittner M, 3ª. Edición México D. F. 1997, pp: 645-650.
2. Crompton, D. W. T. & Savioli L., Infecciones parasitarias Intestinales y urbanización; El boletín de la Organización de Salud Mundial. 1993: 71:231 -7
3. Marisa T, Patricia M: Epidemiología y Control de las Parasitosis. En: Antonio Atlas. Parasitología Médica. Apt W, Ruff P. 1ª. Reimpresión Santiago de Chile. 1999, pp: 102 - 108.
4. Enfermedades parasitarias. En: Conceptos Clínicos de Infectología. Calderón, J. E. Imán, 4ª. Edición, México, 1974, pp: 423-424
5. Parasitosis intestinales. En: Manual de Pediatría. Hernández, V. R. Talleres Bolea, 10ª Edición, México, 1982, pp: 328-329.
6. Viviana R: Amibiasis. En: Antonio Atlas. Parasitología Médica. Anand AC, Carrero JC, Diamond LS, Lee RC, Mirelman M, Petri WA, Saavedra Lira E. Sharma MP, Stanley SL. 1ª. Edición Santiago de Chile. 1999, pp: 119-128.
7. Enrique NC, Rubén ACH: Parasitología para Internistas. En: Misael Uribe. Tratado de Medicina Interna. Martínez M, Niño LF, Elmer R, Harrison, Mandekk DB, Paul FW. 2ª. Edición México. 1995, pp: 1773-1829.
8. Valdez B, Albores A, Cebrian ME, Téllez I. Prevalencia de parasitosis intestinal en una población rural de la región lagunera. Sal Pub Méx 1982; 24: 55-60.

9. Isabel N., Antonio A: Giardiasis. En: Antonio Atlas. Parasitología Médica. Abbaszadegan M, Andel H, Boreham PFL, Buret A, Craun GF, Ganayni GA. 1ª. Edición Santiago de Chile. 1999, pp: 135-141.
10. Jorge NE, Enrique NC, Cecilia ER y Jorge EP: Revista Médica del IMSS. México. 1993 marzo-abril; 31(2):157-161.
11. Alejandro V. GA, Oscar M. OS, Víctor M. AR, Armando VA y Raúl H: CG: Ascaris hepática. Revista Médica del IMSS. México. 1992 enero-febrero; 30(1): 31-4
12. José Alberto GA: Importancia Clínica de la giardiasis. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 1995 octubre; 52(10): 551-2.
13. Roberto RG, Manuel AB y María Isabel SM: Eficacia del albendazol en el tratamiento de la giardiasis. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 1996 abril; 53(4):173-6.
14. Carlos A. Rau. El inverosímil Mundo de los Parásitos / Clasificación de los Parásitos: Fundación Parasitológica, Argentina. 1994.
<http://www.drwebsa.com.ar/fparau/imp-cap1.htm>.
15. Bernal RR. Giardia Lamblia: Diagnóstico de laboratorio e infecciones gastrointestinales. México: Editorial Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicas. 1994: 465 – 75.
16. Renzo T: Ascaris. En: Antonio Atlas. Parasitología Médica. Denhan DA, Felice C, Gómez Morales MA, Hayshis, Khuroo MS, Kightlinger LK, Krause S, Metropol SB, Ozmen MN, Palmer DK, Santos RV, Schenone H, Schults MG. 1ª. Edición Santiago de Chile. 1999, pp: 165 – 171.

17. Michael Katz: Nematodos. En: Oski. *Pediatría, principios y práctica*. Arfaa F, Bundy DA, Efem SE, Feldmeier H, Gam AA, Maxwell C, Pawlowski ZS, Pritchard DI. 1ª. Edición México. 1993, pp: 1352-1353.
18. Bradley HK, William JK: Enfermedades Parasitarias. En: Oski. *Pediatría, principios y práctica*. Alario AP, Guillozet N, Harves AD, Honig PJ, Macías EG, Noedhan GR, Rees RS, Swift TR, Wasserman GS. 1ª. Edición México. 1993, pp: 1332 – 1362.
19. William J. K: Enfermedades Parasitarias. En: Oski. *Pediatría, principios y práctica*. Davidson RA., Meyer EA., Solomons NW., Woife MS. 1ª. Edición México. 1993, pp: 1336 – 1337.
20. Norberto SC, Acosta MS. Giardiasis en niños. Aspectos clínicos y terapéuticos. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México* 1998 enero; 63 (1): 47-52.
21. María Inés B: Himenolepiosis y Dipilidiosis. En: Antonio Atlas. *Parasitología Médica*. Bortoleti G, Khalil HM, Makarova IA, Makled MK, Mongoud AM, Masón PR, Mercado R, Schenone H. 1ª. Edición Santiago de Chile. 1999, pp: 212 – 216.
22. Ian M. Rollo: Drogas Usadas en la Quimioterapia de la Helminthiasis. En: Goodman y Gilman. *Las bases farmacológicas de la Terapéutica*. Abadía A, Andrews P, Ta A. M., Aubry M. L., Austin W. C., Bassilly S. 6ª. Edición México D. F. 1981, pp: 997.
23. James JP: Diagnóstico de las Infecciones parasitarias. En: Harrison. *Principios de Medicina Interna*. Carson DS, Drabick JJ, Harwood RB, Krinski WL, mauder JW, Reeves JRT, shelly WB, Van Neste. 12ª. Edición México. 1992, pp: 906 – 974.

24. Duarte ZL, Escalante TF y Lopez Novelo de Ceballos M.: Prevalencia de parasitosis intestinal en población de la clase media en la ciudad de Mérida. Gac Méd Méx. 1984; 120:193-7.
25. Vega FL, Meza C, Lara R, Bernal RM y Hernández G: La talla en los niños con Giardia lamblia y su capacidad para absorber-D-xilona. Bol Med Hosp Infant Mex 1976; 33: 293-9.
26. Ramírez M.: Frecuencia de Giardia Lamblia en las heces. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 1996; 53: 43 – 2.
27. Vargas Mena J, Montes E. Frecuencia de parasitosis intestinal en el estado de Nuevo León, México. Rev Inv Sal Pub 1971; 31(4): 191 – 208.
28. García RR, Aburto BM, Sánchez MNI. Eficacia del Albendazol en el tratamiento de la Giardiasis en niños. Bol Med Hosp Infant Mex 1996; 53: 173 – 7.
29. Chávez B, Espinoza CR, Cedillo RR, Ramírez A, Martínez P. Effects of albendazole on Entamoeba Histolytica and Giardia Lamblia trophozoites. Arch Med Res. 1992; 23: 63 – 7.
30. Domínguez Vazquez A, Alzate Sanchez A. Estado Nutricional en niños menores de seis años y su asociación con malaria y parasitismo intestinal. Sal Pub Méx. 1990; 32: 52 -63.
31. Gonzalez Richmod JA, Madrigal Fritsh H, Naranjo Banda A, Moreno Terrazaso. Consumo de alimentos, estado nutricional y parasitosis intestinal en una comunidad indígena. Sal Pub Méx 1985; 27:336-45.