

DIRECCIÓN MUNICIPAL DE SALUD GUANTÁNAMO

COMPORTAMIENTO DE PARASITISMO INTESTINAL EN NIÑOS DE UNO A CINCO AÑOS.

Dra. Moraima Martínez Martín¹, Dr. Jorge Luis Álvarez Poveda², Dra. Maria Antonia Acosta³, Dr. Jorge Sierra Hernández⁴, Dr. Dolores Yipsy Pérez Quintana.

- 1 *Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor.*
- 2 *Especialista de I Grado en Medicina General Integral.*
- 3 *Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor.*
- 4 *Máster en Urgencias Médicas. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructor.*

RESUMEN

Se realiza un estudio descriptivo, prospectivo, de corte longitudinal para determinar el comportamiento de parasitismo intestinal en niños de uno a cinco años de la parroquia San Rafael, municipio Mara, Estado Zulia, Venezuela, en el período julio de 2008 a junio de 2009. El universo está formado por 71 niños de sexo y edades diferentes. Para el diagnóstico se realizan exámenes coproparasitológicos en número de tres, utilizando métodos como: la observación directa y presencia de parásitos visibles. Previo consentimiento informado, se procede a la recolección de datos a través de una encuesta, dirigida a padres de niños afectados con la enfermedad. Se estudian variables como: edad, sexo, tipo de parásito, manifestaciones clínicas más frecuentes y complicaciones. Existe predominio de niños parasitados de 5 años y sexo masculino. Las bacterias más encontradas son Entamoeba histolytica y Giardia lamblia. La forma clínica más observada es el monoparasitismo. El factor de riesgo principal es el consumo de agua no potable, y la complicación más frecuente la anemia.

Palabras clave: Parasitosis intestinal, Entamoeba histolytica, Giardia lamblia.

INTRODUCCIÓN

Los habitantes de países industrializados que viajan a zonas endémicas pueden reducir el riesgo mediante la aplicación de normas estrictas para la comida y el baño, junto a medidas simples para minimizar la exposición. No es probable que los visitantes casuales a países endémicos propaguen después las enfermedades parasitarias, puesto que las condiciones ambientales, vectores y huéspedes intermedios necesarios para la transmisión de muchas de estas infecciones no existen en países industrializados. Sin embargo, las infecciones importadas se pueden transmitir a través de la vía fecal-oral, mediante transfusiones de sangre, trasplantes de órganos, o por un vector local adecuado.¹

La población infantil es tradicionalmente la más susceptible a este fenómeno, donde se reportan mayores índices y donde más consecuencias desfavorables se producen. Se observa que aquellos niños poliparasitados tienen un ritmo de crecimiento inferior y su estado nutricional es deficitario. Este grupo de enfermedades afecta principalmente el desarrollo físico y mental de los niños que son los más vulnerables.²

El daño que produce el parasitismo intestinal se manifiesta mediante síntomas y signos inespecíficos que en ocasiones disminuyen la capacidad potencial, intelectual y laboral; condicionando a la vez el terreno para otras enfermedades que puedan provocar daños mayores incluso la muerte.³

La compleja situación que representa el parasitismo intestinal y su relación inversa a las condiciones socioeconómicas de la población, plantea una difícil solución al problema, está demostrado que la quimioterapia por sí sola, no puede resolverlo, es necesario para el éxito de esta lucha brindar el saneamiento del medio, mejoras en las condiciones socioeconómicas de la población, la atención que estos merecen, de manera que sea factible modificar hábitos y costumbres que favorecen el mantenimiento de la transmisión.^{4,5}

Desde el punto de vista ecoepidemiológico, la contaminación del suelo y el agua, prácticas de defecación al aire libre, patrones de higiene y hacinamiento, representan los factores que más influyen sobre las parasitosis intestinales.⁶

Diversos estudios a nivel regional y nacional refieren la prevalencia de enteroparásitos en comunidades escolares, se aprecian altas frecuencias de helmintos y protozoarios.^{7,8} Particularmente en el estado Zulia el rango de prevalencia oscila entre 24 y 92 %. Los principales

enteroparásitos en la población escolar zuliana son: A. lumbricoides, T. trichiura, hymenolepis nana y enterobius vermicularis, entre los helmintos, y blastocystis hominis, giardia lamblia, entamoeba coli, endolimax nana y entamoeba histolytica, dentro de los protozoarios. Respecto al municipio Mara, cabe mencionar que existen publicaciones actuales que demuestran que este importante problema de salud; no ha podido ser disminuido a pesar de las acciones de salud realizadas.

De manera que se plantea como problema científico la alta incidencia del parasitismo intestinal en niños de la parroquia San Rafael Municipio Mara estado Zulia, incidiendo negativamente en la salud de la población infantil. Por ello se realiza el presente estudio con el objetivo de determinar el comportamiento del parasitismo intestinal en niños de uno a cinco años. En el período antes mencionado.

MÉTODO

Se realiza un estudio descriptivo, prospectivo de corte longitudinal para determinar el comportamiento del parasitismo intestinal, en niños de uno a cinco años pertenecientes a la parroquia San Rafael. Municipio Mara. Estado Zulia en el período de julio de 2008 a junio de 2009.

El universo está constituido por los 71 niños de 1 a 5 años de la parroquia a los cuales se les aplica una encuesta diseñada por los autores en la que se tomaron en cuenta: variables demográficas, edad y sexo, presencia de factores de riesgo como consumo de agua no potable, manipulación inadecuada de alimentos, mala higiene personal, hacinamiento, convivencia con animales domésticos, fecalismo al aire libre, todo esto se constata durante la consulta médica y principalmente en visitas de terreno en la comunidad. Se respeta siempre la voluntad de los padres (Anexo 1) a los que se les instruyó brevemente sobre la importancia de llevar a cabo el estudio, solicitándoles verbalmente y por escrito la aceptación de ser o no incluidos en la investigación.

Los resultados se expresan en cuadros estadísticos para su discusión y análisis.

Para la ejecución de este trabajo, a cada niño se le indica una muestra de heces fecales por defecación espontánea en la mañana sin que fuera aseado el niño previamente, orientando a los padres la importancia de no contaminarla con orina, tierra u otros elementos, una vez obtenidas fueron trasladadas y entregadas en envases plásticos cubiertos, en el laboratorio del centro de diagnóstico integral "El Mojan" donde se les realizan diferentes estudios a las muestras de heces fecales, como examen coproparasitológico directo con solución de lugol y alcohol.

Para identificar la relación entre el tipo de parasitismo intestinal con el sexo y edad de los pacientes se utilizan las variables demográficas: sexo, edad, tipo de parásito (entamoeba histolytica, giardia lamblia, enterobius vermicularis, ascaris lumbricoides, trichura trichuris).se clasifica el parasitismo intestinal en: poliparasitados y monoparasitados (cualitativa nominal dicotómica).

Para identificar las características clínicas más observadas en estos pacientes, así como las principales complicaciones de la misma, se estudian las características clínicas más observadas por los pacientes con parasitismo intestinal. Anorexia: ausencia o disminución del apetito de origen multicausal entre las más comunes se encuentran; enfermedades con carencia de hierro frecuente, asociadas a parasitosis intestinales, diferentes infecciones y enfermedades nerviosas. Náuseas, vómitos, fiebres, diarreas, dolores abdominales, trastornos alérgicos, pruritos anales.

Las complicaciones más comunes asociadas al parasitismo intestinal en estos pacientes son: mal nutrición por defecto, deshidratación, prolapso rectal, infección del tracto urinario y otras

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Entre las enfermedades infecciosas, las producidas por parásitos constituyen un importante problema de salud para el hombre, y en la época actual constituyen un problema médico-social, que afecta no solo a países del llamado Tercer Mundo, sino también a los de más alto desarrollo. Los parásitos afectan a millones de personas, perjudican el desarrollo económico de las naciones, y están estrechamente vinculados con la pobreza y a los sectores sociales más desamparados. Se estima que unas 3 500 millones de personas están afectadas por estas infecciones y que 450 millones manifiestan enfermedad, siendo la mayoría niños.¹⁰

Tal como se refleja en la Tabla 1 la edad mayormente afectada fue la de 5 años (27), seguido de los de 4 años (17). El parásito más frecuente es la entamoeba histolytica (38.3 %), seguido de la giardia lamblia (23.94 %). Es necesario señalar que cualquier grupo etario puede ser altamente afectado y presentar alto riesgo de padecer la enfermedad, para una tasa bruta de 900 por cada 1000 habitantes y riesgos superiores a 700 por cada 1000 habitantes en todos los grupos de edades.¹¹

Los niños menores de un año presentan menos riesgo de ser contaminados con esta enfermedad, por ser un grupo donde se

extremen las medidas de higiene, se elaboran y protegen mejor sus alimentos, toman agua hervida, hábito que va disminuyendo con el incremento de la edad hasta desaparecer en adolescentes y adultos.¹²

Cabe destacar que en la edad escolar tienen mayor contacto con el mundo exterior, por la incorporación a instituciones educativas donde consumen alimentos preparados bajo condiciones higiénicas no adecuadas, comparten objetos de uso personal, la ingesta de agua no tratada, entre otros, que son causantes de parasitismo intestinal o sea que estos niños con edad escolar, permanecen gran parte del día en las escuelas y desarrollan actividades en colectivo, lo que favorece las condiciones para la transmisión de algunas enfermedades parasitarias, especialmente aquellas cuyo principal mecanismo de transmisión es la vía fecal-oral.⁹

Por otra parte esta etapa es en la que se forman hábitos, asisten solos al baño, no tienen hábito de lavarse las manos después de defecar, ni antes de ingerir alimentos.¹² En Cuba el programa nacional de parasitismo intestinal dirigido por la dirección nacional de higiene y epidemiología, señala que el grupo de edad más afectado es de 5 a 14 años (66 %) de prevalencia.¹³

Numerosos autores comprueban que la giardia lamblia es un parásito tan común en poblaciones infantiles, que suele estar presente en (27-36 %) de sus integrantes. Es la giardia junto a la ameba el protozoo más frecuente.^{11,25} Esto se debe a sus particularidades de diseminación y transmisión. Su transmisión ocurre por vía fecal-oral, ingestión de verduras, manipulación de alimentos, presencia de vectores, si a ello se agrega que el quiste puede vivir por semanas en alimentos refrigerados.¹⁴

La frecuencia de aparición de los parásitos mencionados anteriormente se atribuye a que los protozoarios y helmintos abundan en zonas rurales, donde el medio es más apropiado para mantener su mecanismo de transmisión de acuerdo a los requerimientos de sus ciclos evolutivos.^{4,15} Esta opinión coincide con los resultados presentados en el trabajo de la Dra. Pamela Rojas, se expresa que la entamoeba histolytica es el agente causal más frecuente ¹⁶, no así, con Ana María Acuña quien en su trabajo expresa que el parásito mayormente encontrado fue la giardia lamblia, cuyo porcentaje de parasitismo en el conjunto de las guarderías en el primer semestre osciló entre 11 y 29 %, con una media de 23.8 %.¹⁷ Tampoco se coincide con el criterio de la Dra. Cristina Armengol quien postula que el parásito más observado como agente causal es el enterobius vermicularis (20.44 %).¹⁸

La Tabla 2, refleja el tipo de parasitismo intestinal según el sexo, el masculino es el más afectado (59.15 %). Pero se demuestra que ambos sexos pueden ser infectados.¹⁹ La prevalencia de enteroparasitosis humana en términos generales está asociada a factores ambientales, no así a factores genéticos, por lo que en la literatura revisada no existe predisposición de parasitismo al sexo.²⁰ Se obtuvieron resultados similares a los de la investigación del Dr. Miguel Serra Valdés en un área de salud de Niquero, provincia Granma, Cuba, donde existe predominio del parasitismo intestinal en el sexo masculino (58.17 %). Mientras que no se coincide con los resultados obtenidos por el Dr. Rodolfo Urdaneta González, donde expresa que existe predominio del parasitismo intestinal en el sexo femenino (59.30 %).²⁰

En la Tabla 3 se observa que predomina el monoparasitismo (77.46 %). Se ha demostrado que las asociaciones parasitarias en las áreas rurales son muy frecuentes, cabe destacar que quizás en nuestro estudio hubo predominio de los monoparasitados, porque las asociaciones más frecuentes son entre helmintos y protozoarios y en este estudio solo se realiza examen directo de heces fecales y los helmintos se observan más en el examen concentrado. Estos resultados coinciden con lo expuesto por el Dr. Heriberto Beltrán, donde expresa que los afectados con poliparasitismo intestinal solo corresponden al 11.7 %.²¹ Igualmente existe correspondencia con los estudios realizados por el Dr. Leonardo Ordóñez, quién expresa en su trabajo que de los pacientes estudiados el 70.2 %, presenta monoparasitismo intestinal. Por el contrario no se comparte opinión con los resultados expresados por el Dr. Rodolfo Devera y colaboradores, quienes expresan en su investigación que el poliparasitismo se observa con mayor frecuencia en pacientes afectados con un 6.7 %.²¹

Las manifestaciones clínicas más frecuentes presentes en casos de parasitismo intestinal fueron: astenia y anorexia (52.11 %), seguido de dolor y distensión abdominal (23.94 %) (Tabla 4). Aún cuando la literatura registra que la mayoría de los individuos infectados son asintomáticos, algunos casos pueden desarrollar manifestaciones clínicas, que van desde trastornos digestivos ligeros hasta diarrea crónica y mala absorción intestinal. La sintomatología que los parásitos ocasionan depende fundamentalmente del tipo de parásito, grado de infestación, y el estado de las defensas generales e inmunológicas del paciente. Los síntomas pueden variar desde pequeñas molestias hasta cuadros clínicos graves, en ocasiones fatales. Algunos estudios reportan dolor abdominal, diarrea, flatulencia, náuseas, anorexia, fatiga y diarrea, como sintomatología atribuida a parasitosis elevada. Otros estudios reportan que los parásitos pueden causar desde dolor de abdomen, cabeza, y diarrea, que puede ser alternada con fases de

estreñimiento, anemia, lactantes de bajo peso, y en los peores casos, malnutrición y crecimiento retrasado mental y físico.²²

Estos resultados no coinciden con la Dra. Carmen Villadonica quien en su trabajo expresa que predominaron las afecciones cutáneas (30 %), asociados con infecciones por giardia.²² Tampoco se corresponde con el Dr. Abreu Reyes, pues este expresa en su investigación que la pérdida de peso es el síntoma observado con mayor frecuencia (35.0 %). Sin embargo se concuerda con la Dra. Álvarez Luna que en su trabajo expresa que las manifestaciones clínicas más frecuentes son el prurito anal junto a la astenia y anorexia (27.6 %) y (25.0 %) respectivamente.

En la Tabla 5 se aprecia que la complicación más frecuente del parasitismo intestinal en este estudio es la anemia (34 %), seguido de malnutrición (22.54 %). La asociación entre sintomatología clínica y parasitismo intestinal, demuestra en qué medida el parasitismo como productor de enfermedades dentro de la comunidad, puede afectar la calidad de vida en determinados grupos poblacionales, si estos síntomas no son tratados a tiempo, pueden presentar complicaciones tales como: neumopatías funcionales y orgánicas, hepatomegalia por hepatitis reactiva, abscesos, cirrosis, colecistitis o íctero, abdomen agudo por perforación y obstrucción, miocardiopatías y/ o insuficiencia cardiaca, meningitis y abscesos cerebrales; entre otras. Las complicaciones nutricionales en estos estudios, aparecieron estrechamente vinculadas a la presencia de parásitos intestinales. Estos resultados coinciden con estudios publicados por Hall, quien expresa que la anemia y la desnutrición son las complicaciones más observadas en afectados por parasitismo intestinal (16.3 %). Lo mismo afirman los doctores Ronaldo Rodríguez y Bruno Chagas, en su trabajo pues ellos expresan que es la desnutrición (29.0 %) la complicación comúnmente observada.²³

CONCLUSIONES

1. El grupo etario más afectado es el de 5 años, sexo masculino.
2. El agente causal encontrado con mayor frecuencia en los casos de parasitismo intestinal es la Entamoeba histolytica.
3. Existe predominio de monoparasitismo.
4. El factor de riesgo más frecuente en el parasitismo intestinal es el consumo de agua no potable.
5. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son: astenia, anorexia y la anemia resulta ser la complicación que con mayor frecuencia apareció.
6. Predominan los niños que viven en casas con malas condiciones estructurales.

RECOMENDACIONES

- Implementar un proyecto de intervención educativa en la comunidad con el objetivo de disminuir los factores de riesgos causales de esta entidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dos Anjos Miranda R, Branches Xavier F, Lima Nascimento JR, Camurça de Menezes R. Prevalência de parasitismo intestinal nas aldeias indígenas da tribo Tembê, Amazônia Oriental Brasileira. Rev Soc Bras Med Trop. [internet] 2005 jul-ago[citada 2006 Oct 18]; 32 (4): Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php>
2. De Abreu J, Borno S, Montilla M, Dini E. Anemia y deficiencia de vitamina A en niños evaluados en un centro de atención nutricional de Caracas. Alan [internet]. 2005 Sep [citada 2 sep 2006]; 55 (3). Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php>
3. Marcos L, Maco V, Terashima A, Samalvides F, Miranda E, Gotuzzo E. Parasitosis intestinal en poblaciones urbana y rural en Sandia, Departamento de Puno, Perú. Parasitol Latinoam [internet] 2003 ene [citada 18 oct 2006]; 58 (1): Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php>.
4. Romero Salas D, Mendoza Briseño MA, Lohmann Rocha LP, Abeledo García MA. Parasitosis en niños y animales domésticos en comunidades rurales de Veracruz, México. Avances [internet]. 2004[citada 13 sep 2006]. Disponible en: http://www.colpos.mx/cveracruz/SubMenu_Publi/Avances2004/parasitosis_infantil_y_animal.html
5. Mendoza D, Núñez FA, Escobedo A, Pelayo L, Fernández M, Torres D, et al. Parasitosis intestinales en 4 círculos infantiles de San Miguel del Padrón, Ciudad de La Habana, 1998. Rev Cubana Med Trop [internet]. 2006[citada 18 Oct 2008]; 53 (3).
6. Sayyari AA, Imanzadeh F, Bagheri Yazdi SA, Karami H, Yaghoobi M. Prevalence of intestinal parasitic infections in the Islamic Republic of Iran: East Mediterr Health J. May;11(3):337-83. 2005
7. Cuba. Minsap. Maestría de Enfermedades Infecciosas [CD ROM]. La Habana : Editorial Ciencias Médicas; 2005

8. Núñez FA, González OM, Bravo JR, Escobedo AA, González I. Parasitosis intestinales en niños ingresados en el Hospital Universitario Pediátrico del Cerro, La Habana, Cuba. Rev Cubana Med Trop [internet]. 2003 jan-abr [citado 1 sep 2007]; 55 (1): Disponible en: <http://www.scielo.sld.cu/scielo.ph>.
9. Rice JE, Skull SA, Pearce C. Screening for intestinal parasites in recently arrived children from East Africa. J Paediatr Child Health. 2003; 39: 456-9.
10. Easow JM, Mukhopadhyay C, Wilson G, Guha S, Jolan BY, Shivananda PG. Emerging opportunistic protozoa and intestinal pathogenic protozoal infestation profile in children of western Nepal. Nepal Med Coll J. Dec 2005;7(2):134-7.
11. Cortés JR, Salamanca L, Sánchez M, Vanegas F, Sierra Rodríguez PA. Parasitismo y estado nutricional en niños preescolares de instituciones de Santa Fe de Bogotá. Rev de Pediatr [internet]. 1999 [citada 4 jul 2008]; 34(4). Disponible en: <http://www.encolombia.com/pediatria34499-parasitismo.htm>
12. Rivera M, Parte MA, Hurtado P, Magaldi L, Collazo M. Giardiasis intestinal. Mini-Revisión. Invest clín [internet] 2003 [citada 10 sep 2006]; 43 (2): Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php>.
13. Acuña AM, Da Rosa D, Colombo H, Saúl S, Alfonso A, Combol A, et al. Parasitosis intestinales en guarderías comunitarias de Montevideo. Rev Med Urug [internet]. 2000 [citada 10 sep 2006]; 1(15): 24-33. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/1999v1/art4.pdf>
14. Revollo I, Rojas P, Revollo C. Prevalencia de parasitosis intestinal en niños en edad escolar en los distritos 4, 5 y 6 del municipio de Tiquipaya. Revista Salud [internet]. 2004 [citado 10 sep 2006]. Disponible en: http://www.univalle.edu/publicaciones/revista_salud/revista03/pagina04.htm
15. Armengol C. Epidemiología del Parasitismo Intestinal Infantil en el Valle del Guadalquivir. Rev Esp Salud Pública [internet]. 1997 [citado 23 jul 2008]; 91(3): 547-552. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v71n6/parasitismo.pdf>
16. Vargas Vásquez LM. La parasitosis intestinal y el nivel de rendimiento en la población escolar de la provincia de Rioja. Universidad Nacional De San Martín Facultad De Educación Y

Turismo Rioja Perfil De Proyecto [internet]. 2006[citada Sept 3 2009]. Disponible en: <http://www.congreso.gob.pe/comisiones/1999/ciencia/cd/unsm/unsm4/unsm4.htm>.

17. Beltrán Hernández H, Martín Ross D, Cantillo Román M. Parasitismo Intestinal en Pacientes Atendidos en el Servicio de Coloproctología. Clínica popular Simón Bolívar [internet]. [actualizado 13 mar 2009; citado 11 ene 2010]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1418/1/Parasitismo-intestinal-en-pacientes-atendidos-en-el-servicio-de-Coloproctologia.html>
18. Ordoñez L. Parasitismo intestinal en el Valle del Guamez y San Miguel. Putumayo. Colombia. Disponible en: <http://www.bases.bireme.br/cgi.online.com2009>
19. Mendoza D, Núñez FA, Escobedo A, Pelayo L, Fernández M, Torres D, et al. Parasitosis intestinales en 4 círculos infantiles de San Miguel del Padrón, Ciudad de La Habana. Rev Cubana Med Trop [internet] 1998[citada 2006 Oct 18]; 53 (3): 189-93. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mtr/vol53_3_01/mtr07301.htm
20. Díaz I, Rivero Z, Bracho A, Castellanos M, Acurero E, Calchi M, et al. Prevalencia de enteroparásitos en niños de la etnia Yukpa de Toromo, Estado Zulia, Venezuela. Rev méd Chile [internet] 2006[consultada 2006 Oct 18]; 134 (1): Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php>
21. Vargas Vásquez LM. La parasitosis intestinal y el nivel de rendimiento en la población escolar de la provincia de Rioja [internet]. [citada 2006 Sept 3]. Disponible en: <http://www.congreso.gob.pe/comisiones/1999/ciencia/cd/unsm/unsm4/unsm4.htm>.
22. Nelson RM. Infectious diseases. En: Behrman R, Kliegman R, Jenson H, Nelson RM. Textbook of Pediatrics. 17^aed. Estados Unidos: Saunders an Imprint of Elsevier Science; 2004
23. Rodríguez R, Chagas B, Sandro C. Estudio de Parasitosis Intestinal y Desnutrición en dos Unidades Educativas de la Zona de Ticti-Norte, Cochabamba. Bolivia [internet]. [citado 12 mar 2010]. Disponible en: <http://www.univalle.edu/publicaciones/journal/journal8/pag9.htm>

Tabla 1. Grupos de edades y tipo de parásito.

TIPO DE PARÁSITO	1 AÑO	2 AÑOS	3 AÑOS	4 AÑOS	5 AÑOS	TOTAL	
Entamoeba histolytica	3	5	2	6	11	27	38.03
Giardia lamblia	2	3	4	3	5	17	23.94
Enterobius vermicularis	-	1	3	5	4	13	18.31
Ascaris lumbricoides	1	-	3	1	4	9	12.68
Trichura trichuris	-	-	1	2	2	5	7.04
<i>TOTAL</i>	6	9	13	17	26	71	100

Fuente: Encuesta.

Tabla 2. Agente causal y sexo.

TIPO DE PARÁSITO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Entamoeba histolytica	16	22.54	11	15.48	27	38.03
Giardia lamblia	10	14.08	7	9.86	17	23.95
Enterobius vermicularis	8	11.27	5	7.06	13	18.31
Ascaris lumbricoides	5	7.03	4	5.63	9	12.68
Trichura trichuris	3	4.23	2	2.82	5	7.04
<i>TOTAL</i>	42	59.15	29	40.8	40.8	100

Fuente: Encuesta.

Tabla 3. Forma clínica.

TIPO DE PARÁSITO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Monoparasitado	33	46.48	22	30.99	55	77.46
Poliparasitado	9	12.68	7	9.86	16	22.54
<i>TOTAL</i>	42	59.12	29	40.80	71	100

Fuente: Encuesta.

Tabla 4. Manifestaciones clínicas.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS	No.	%
Astenia y anorexia	37	52.11
Dolor o distensión abdominal	17	23.94
Náuseas y vómitos	12	16.90
Diarrea aguda	13	18.31
Fiebre	11	15.49
Prurito anal	7	9.86
Trastornos alérgicos	5	7.04
Asintomático	9	12.68

Fuente: Encuesta.

Tabla 5. Complicaciones más frecuentes.

COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES	No.	%
Anemia	29	40.34
Malnutrición por defecto	16	22.54
Deshidratación	11	15.49
Infección del tracto urinario	5	7.04
Prolapso rectal	3	4.23
Fisura anal	13	18.31
Otras	8	11.27

Fuente: Encuesta.