



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social



CONGRUENCIA ENTRE DATOS CLINICOS Y DIAGNOSTICO EN LA
INVESTIGACION DE LA PARASITOSIS INTESTINAL EN EL HGRCMF
T, No. 1 Y COPROPARASITOSCOPIOS NEGATIVOS

TESIS

Para Obtener el Diploma en la Especialidad de
Medicina Familiar

PRESENTA EL

DR. HUGO FLORES MARTINEZ

ASESOR DE TESIS:

Dr. Rafael Oseguera Valladares

MORELIA, MICH.

ENERO DE 1986.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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.

INDICE.

1. - INTRODUCCION	1
2. - ANTECEDENTES CIENTIFICOS	2
3. - MATERIAL Y METODOS	8
4. - RESULTADOS	11
5. - DISCUSION O COMENTARIOS	15
6. - CONCLUSIONES	18
7. - BIBLIOGRAFIA	18

INTRODUCCION.

Las enfermedades producidas por protozoarios han sido y siguen siendo una de las causas de enfermedad y muerte humana en todo el mundo, convirtiéndose en una de las mayores preocupaciones del hombre en su afán de combatir las y a pesar de todos los esfuerzos realizados siguen causando un gran número de víctimas en todo el mundo, pero especialmente en aquellos países en desarrollo y en los que las condiciones económicas y de higiene son precarias, aunado todo esto a las situaciones geográficas de los pueblos que en algunos casos - - puede ser un factor predisponente. Por tanto las patologías producidas por protozoarios así como por helmintos, representan un grave problema económico, social y médico en los pueblos del tercer mundo. - Baste decir que se calcula que el diez por ciento de la población - - mundial, incluyendo del dos al cinco por ciento de la población de los Estados Unidos de Norteamérica, está infectado por el protozooario y el estado de portador puede pasar del cincuenta por ciento en áreas - del mundo con malas condiciones higiénicas. (1).

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

En México las parasitosis más frecuentes son: Amibiasis, Giardiasis y las producidas por helmintos como la Ascariidiasis, Trichuris Trichuria, Enterobius Vermicularis y diversos tipos de Tenia. Si bien las manifestaciones clínicas de éstos padecimientos no son siempre suficientemente científicos, basta con recordar el gran porcentaje de portadores asintomáticos del parásito, habrá otras ocasiones en las cuales por la expulsión del parásito o trastornos locales o generalizados como desnutrición, anemia o reacciones alérgicas (síndrome de Leefler), orientaremos el diagnóstico; el diagnóstico definitivo se apoya en el hallazgo e identificación morfológica del parásito en las heces. En otras circunstancias, uno de los auxiliares diagnósticos más importantes en la práctica diaria del médico lo constituyen los Coproparasitoscópicos (CPS), es decir la búsqueda del protozooario y helmintos en el examen microscópico de la materia fecal, y del cual se aplican dos métodos que son: A. - Método directo que se usa en la investigación de trofozoitos y que se realiza tomando la muestra de la ampulla rectal, o bien examinando muestras de materia intestinal diarrea en platina caliente. Otro método directo lo constituye el parasitoscópico con tira de celofán o técnica de Graham. B. - De concentración que se practica en heces colectadas y sometidas posteriormente a concentración del número de quistes, huevos, larvas y proglótidos en las

preparaciones que finalmente se observarán. Estos estudios se deben de practicar en una serie de colecciones de distintos días, el número apropiado es de tres a cinco muestras. (2)-(3).

Encuestas y estadísticas han revelado que en nuestro país las parasitosis intestinales son endémicas y tienen una exagerada frecuencia tanto en niños de uno a cuatro años, escolares y aún en adultos jóvenes y seniles. Comparada con la frecuencia muy elevada de disentería bacilar, la disentería amibiana se consideraba poco frecuente en los niños de primera infancia, sin embargo en algunos hospitales se ha encontrado la amiba histolítica y la giardia lamblia como causantes de diarrea aguda en lactantes. (4).

Las encuestas parasitológicas realizadas en México, revelan que la ascariasis es prevalente en el país con una frecuencia global estimada del veintiseis por ciento. Se encontró en lactantes una prevalencia del 19.8%, en los preescolares ascendió a 42.7% y en escolares 41%. (5).

La ausencia de fiebre y la cronicidad de un cuadro diarréico es orientador hacia patología parasitaria, frecuentemente hay dolor abdominal difuso y despeñes diarreicos variables, alternos con periodos de evacuaciones de consistencia normal pero con dolor abdominal pe-

riódico. (6).

La gastroenteritis de origen parasitario no tiene autolimitación y debe ser tratada etiológicamente para que desaparezcan, en cambio las de origen bacteriano y viral se autolimitan en tres o cuatro días. Las diarreas crónicas parasitarias son causadas por entamoeba histolítica, balantidiasis, giardiasis, tricocéfalos y ascaris lumbricoides. (7).

Las principales causas de morbimortalidad es la persistencia de las gastroenteritis en los países en desarrollo. En México con las mejoras de las condiciones de vida las tasas han disminuido, sin embargo las diarreas continúan ocupando el segundo lugar como causa de mortalidad en niños menores de un año de edad, preescolares y escolares de uno a cuatro años. (8).

Se habla de dos grandes grupos de parásitos: Las protozoosis producidas por organismos generalmente microscopicos, compuestas por una sola célula y las helmintiasis, generalmente visibles a simple vista y la frecuencia de cualquier parasitosis puede estar influida por múltiples factores como son fecalismo al aire libre, tipos de alimentos que se ingieren, riego de verduras con aguas contaminadas, nivel sociocultural bajo y condiciones ambientales que favorecen la viabilidad de los quistes. (9)

Las parasitosis más frecuentes en México son:

Ascaridiasis	26 %
Tricocefalosis	21.31 %
Enterobiasis	20.94 %
Giardiasis	19.2 %
Himenolepsis nana	15.87 %
Amibiasis	15.9 %
Tenia Solium	1.5 % (10).

La giardia lamblia es cosmopolita, los grupos más afectados son los escolares y preescolares, el cuadro clínico puede corresponder -- desde pacientes asintomáticos, diarrea de evolución crónica o aguda - hasta verdaderos cuadros de mala absorción intestinal con afectación - al estado general, detención de la curva ponderal y talla baja. No - - existe tratamiento profiláctico desde el punto de vista preventivo pero son de gran utilidad el manejo adecuado de excretas y basuras, h^{ig}ie - ne de los manipuladores de alimentos, tratamiento del agua por diver - sos métodos (ebullición y compuestos yodados) que han resultado más efectivos que los compuestos por cloro.(11).

Se ha encontrado una frecuencia global de la amibiasis en Méxi - co del veintisiete por ciento. De estos corresponde un catorce y me - dio por ciento a escolares, un diez por ciento a preescolares, uno --

por ciento a lactantes y un cinco por ciento es causa de muerte. Puede ser crónica o asintomática y cuando hay síntomas puede presentarse constipación intestinal, meteorismo, distensión abdominal, flatulencia, dolor abdominal difuso y episodios diarreicos periódicos. (12).

Los padecimientos causados por los diferentes tipos de parásitos son causa de serios problemas de salud pública en los países subdesarrollados, debido además del malestar orgánico y retraso en el desarrollo físico, originando pérdidas económicas por atención médica, exámenes de laboratorio, medicamentos, hospitalización, incapacidad temporal y aún la muerte. (13).

Ahora bien, haciendo un análisis de los coproparasitoscópicos solicitados en el mes de Abril del año en curso, encontramos que la cantidad total de estudios solicitados fué de 799, de los cuales 330 fueron negativos correspondiendo a un 41.30%. Cuadro No. 1. Este hallazgo nos llevó a la interrogante de: ¿Qué porcentaje de los estudios reportados como negativos fué solicitado en base a congruencia diagnóstica y datos clínicos útiles en la investigación de la parasitosis intestinal?

El objetivo de nuestro estudio fué analizar en que porcentaje existe congruencia entre los datos clínicos y el diagnóstico en los co-

proparasitoscópicos reportados negativos.

Nuestra hipótesis nula fué que existe congruencia entre los datos clínicos, diagnóstico y coproparasitoscópico negativo, en la investigación de parasitosis intestinal.

Hipótesis alterna: No hay congruencia entre los datos clínicos -- y el diagnóstico y por lo tanto tampoco es congruente la solicitud de estudios coproparasitoscópicos.

MATERIAL Y METODOS:

Nuestro tipo de estudio fué una encuesta descriptiva, siendo -- retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional.

Para fines de nuestro estudio consideramos como datos clínicos más frecuentes sugestivos de parasitosis y a los cuales se dará un - valor convencional numérico que va del uno al cuatro, según la espe- cificidad del signo o síntoma:

1. - Dolor Abdominal Tipo Cólico, Difuso	2
2. - Evacuaciones líquidas	2
3. - Semilíquidas	1
4. - Fétidas	1
5. - Con moco	2
6. - Con sangre	2
7. - Tenesmo rectal	2- 3
8. - Pujo	1- 2
9. - Flatulencia	1
10. - Prurito anal	1
11. - Expulsión de parásitos	4
12. - Pérdida de peso o detención de la curva ponderal	2- 3
13. - Estreñimiento	1
14. - Borgborismos	1

15. - Anorexia	1
16. - Meteorismo y	1
17. - Prolapso Rectal	4

NUESTROS CRITERIOS DE INCLUSION SERAN:

- Pacientes adscritos al HGRCMF T 1 No. 1 de Morelia.
- Que se les haya solicitado (CPS) por Med. Familiar.
- Que el reporte haya sido negativo.
- Que estén vigentes en el momento de realizar la encuesta.

LOS CRITERIOS DE EXCLUSION SERAN:

- Pacientes adscritos a otras clínicas.
- Que no se encuentre el expediente clínico dentro de su carpeta en el momento de realizar el estudio.
- Que el nombre y cédula sean ilegibles en la libreta de subregistro del laboratorio.
- Aquellos en quienes no esté registrado el nombre y número de cédula completos en la misma libreta.
- Aquellos que no cuenten con TAC. en el Archivo Clínico.

CRITERIOS DE NO INCLUSION:

- Solicitudes de control.
- Pacientes que hayan acudido por primera vez a consulta y se les haya solicitado el estudio.
- Aquellos casos en que no exista nota en el expediente clínico.

RESULTADOS.

Para el presente trabajo se tomaron en cuenta todas las solicitudes de laboratorio (CPS) solicitados por un médico familiar durante el mes de Abril del año de 1985 y cuyo resultado haya sido negativo y que en total sumaron 330.

Dadas las características de nuestro estudio, consideramos que existe congruencia entre los datos clínicos y el diagnóstico, en aquellos casos en que se obtuvo una calificación mínima de cuatro puntos de acuerdo a la especificidad del síntoma o signo consignado en el expediente clínico (2).

Los expedientes correspondientes se analizaron para detectar la congruencia o no congruencia entre los datos clínicos y el diagnóstico establecido.

Los resultados obtenidos se sometieron a manejo estadístico mediante estadística descriptiva, tabular, aritmética y gráfica.

En la serie de casos estudiados que fué de 270, los principales signos y síntomas encontrados fueron los siguientes:

Dolor abdominal tipo cólico difuso encontrado en ochenta y cuatro casos.

Evacuaciones diarreicas en 40 pacientes.

Anorexia en treinta y seis ocasiones.

Tenesmo rectal en treinta casos.

Flatulencia en veintiocho pacientes.

Evacuaciones con moco en quince ocasiones.

Detención en la curva ponderal en diez y seis casos.

Expulsión de parásitos en diez y seis pacientes.

Evacuaciones con sangre en diez y seis casos.

Prurito Anal y Estreñimiento en diez pacientes.

Pujo y Borgborigmos encontrados en ocho pacientes.

Estos resultados se encuentran en la gráfica número uno y en el cuadro número dos.

Dentro de los diagnósticos encontrados en las notas médicas y que resultaron sin congruencia con los datos clínicos recabados en la misma tuvimos: Faringoamigdalitis en treinta pacientes, Hipertensión Arterial y Accidente Vascular Cerebral en veinticinco casos, Anemia y Epistaxis en diez y ocho pacientes, SIN DIAGNOSTICO en quince casos, Diabetes Mellitus y Menopausia catorce, Pitiriasis Alba y Forunculosis en catorce pacientes, Bronquitis en doce casos, Enfermedad Acidopéptica diagnosticada en ocho pacientes, Urosepsis y Litiasis

Uretral ocho casos, Cervicovaginitis seis y Osteoartritis en seis --
pacientes (Cuadro número 3)

Estos resultados también se encuentran en la gráfica número -
dos.

Entre los diagnósticos mencionados en las notas médicas que -
resultaron congruentes con los datos clínicos tuvimos los siguientes:

Probable parasitosis intestinal en setenta y seis casos, Probable
Amibiasis Intestinal en veinte pacientes, Colitis Inespecifica y Parasi-
taria en seis casos, Oxiuriasis cinco, Ascaridiasis cuatro y teniasis
en sólo tres casos (Cuadro número cuatro.)

Finalmente encontramos que existió congruencia entre los datos
clínicos y el diagnóstico emitido en los expedientes clínicos en ciento
catorce casos, lo que corresponde a un 42.23%. En el restante núme-
ro de casos o sea ciento cincuenta y seis, no hubo congruencia y es-
to corresponde a un 57,77 % (cuadro número cinco). Estos resultados
se encuentran graficados en la número cuatro.

Analizando los resultados obtenidos en nuestro estudio podemos
darnos cuenta que los signos y síntomas más frecuentemente encontra-

dos en nuestra serie son: Dolor abdominal difuso, Evacuaciones diarreas, Anorexia y Tenesmo Rectal. En ninguno de los casos estudiados se encontró prolapso del mismo.

Dentro de los casos en que no hubo congruencia, los diagnósticos más frecuentemente emitidos fueron; Faringoamigdalitis, Hipertensión Arterial y A.V.C. así como Anemia y Epistaxis. EN QUINCE CASOS NO SE MENCIONA NINGUN DIAGNOSTICO.

Entre los casos en que hubo congruencia diagnóstica y más frecuentemente emitidos son: Probable Parasitosis Intestinal, Probable -- Amibiasis Intestinal, Colitis Inespeffica y Parasitaria y Oxiurlasis.

En un alto porcentaje no existe congruencia entre los datos clínicos y el diagnóstico emitido.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**DELEGACION REGIONAL EN MICHOACAN
H.G.R.Z.C.M.F. TI N° I MORELIA**

**COPROPARASITOSCOPICOS SOLICITADOS DURANTE
EL MES DE ABRIL DE 1985 Y PORCENTAJE REPOR -
TADO NEGATIVO.**

**CUADRO
N° 1**

	CPS. SOLICITADOS		CPS. NEGATIVOS	
	N°	%	N°	%
ABRIL DE 1985	779	100	330	41.3

DISCUSION O COMENTARIOS.

Como ya lo dijimos, las parasitosis causadas por diversos tipos de helmintos y protozoarios, son altamente frecuentes en nuestro país y en todo el mundo especialmente en los que se encuentran en etapas de desarrollo. Generalmente este tipo de problemas de salud se pueden diagnosticar en un alto porcentaje por pura clínica cuando se hace uso está y los estudios de laboratorio sólo nos serán útiles para conocer el tipo de parásito que está causando el cuadro y en base a esto instituir un tratamiento específico. En el presente estudio nos podemos dar cuenta que a la clínica no se le está dando el valor real, recurriendo frecuentemente al laboratorio aún en casos en los cuales no existe ningún dato o síntoma que esté sugiriendo patología parasitaria ni existe un diagnóstico que la apoye.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION REGIONAL EN MICHOACAN

H.G.R.Z.C.M.F TI N°1 MORELIA

CUADRO N°2

DISTRIBUCION SEGUN FRECUENCIA DE LOS PRINCIPALES SIGNOS Y SINTOMAS EN ORDEN DECRECIENTE.

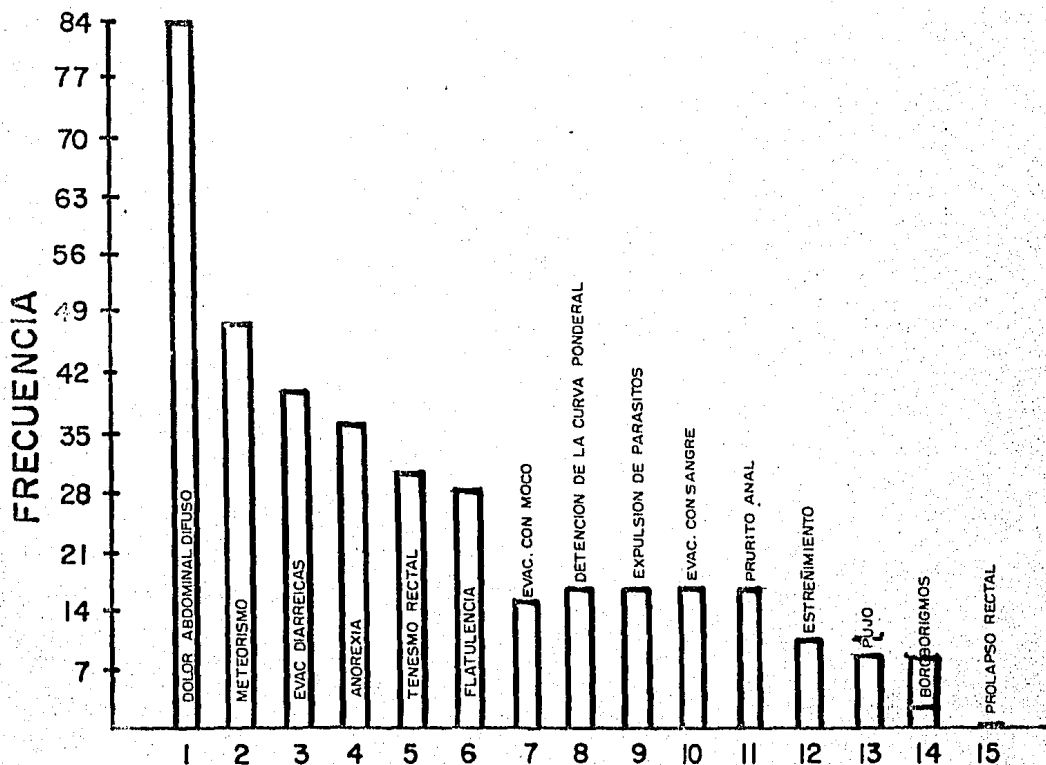
Nº	SINTOMAS	Fr
1	DOLOR ABDOMINAL DIFUSO	84
2	METEORISMO	48
3	EVACUACIONES DIARREICAS	40
4	ANOREXIA	36
5	TENESMO RECTAL	30
6	FLATULENCIA	28
7	EVACUACIONES CON MOCO	15
8	DETENCION DE LA CURVA PONDERAL	16
9	EXPULSION DE PARASITOS	16
10.	EVACUACIONES CON SANGRE	10
11	PRURITO ANAL	16
12	ESTREÑIMIENTO	10
13	PUJO	8
14	BORGBORIGMOS	8
15	PROLAPSO RECTAL	0

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION REGIONAL EN MICHOACAN
H.G.R.C.M.F. N°1 MORELIA

DISTRIBUCION SEGUN FRECUENCIA DE LOS PRIN-
CIPALES SIGNOS Y SINTOMAS EN ORDEN DECRECIENTE.

GRAFICA DE BARRAS N° 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION REGIONAL MICHOACAN

H.G.R.M.F. N°1 MORELIA

CUADRO N° 3.

DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES ENCONTRADOS
SIN CONGRUENCIA CON LOS DATOS CLINICOS

Nº	DIAGNOSTICO	Fr.
1	FARINGOAMIGDALITIS	30
2	HIPERT. ART. Y A.V.C.	25
3	ANEMIA Y EPISTAXIS	18
4	SIN DIAGNOSTICO	15
5	DIABETES M.Y MENOPAUSIA	14
6	PITIRIASIS ALBA, FORUNCULOSIS	14
7	BRONQUITIS	12
8	ENF. ACIDO PEPTICA	8
9	UROSEPSIS Y LITIASIS URETERAL	8
10	CERVICOVAGINITIS	6
11	OSTEOARTRITIS	6

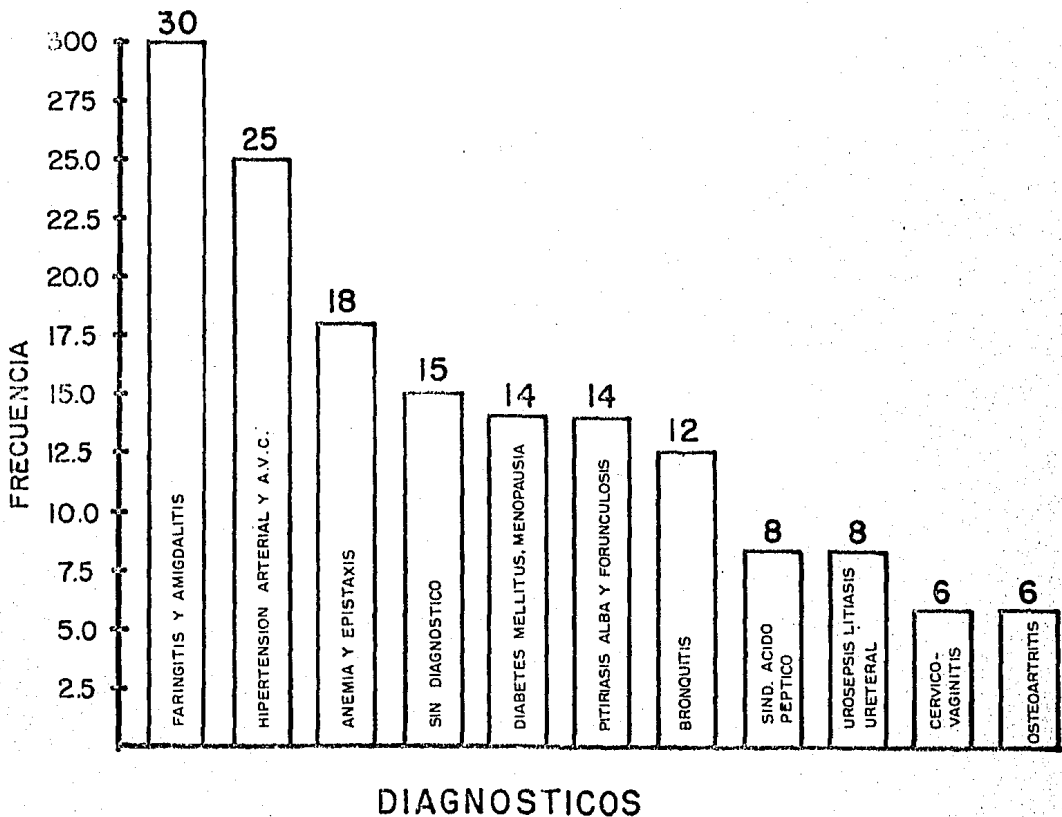
TOTAL 156

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION REGIONAL MICHOACAN
H.G.R.M.F. N°1 MORELIA

GRAFICA DE BARRAS N° 2

DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES ENCONTRADOS
SIN CONGRUENCIA CON LOS DATOS CLINICOS

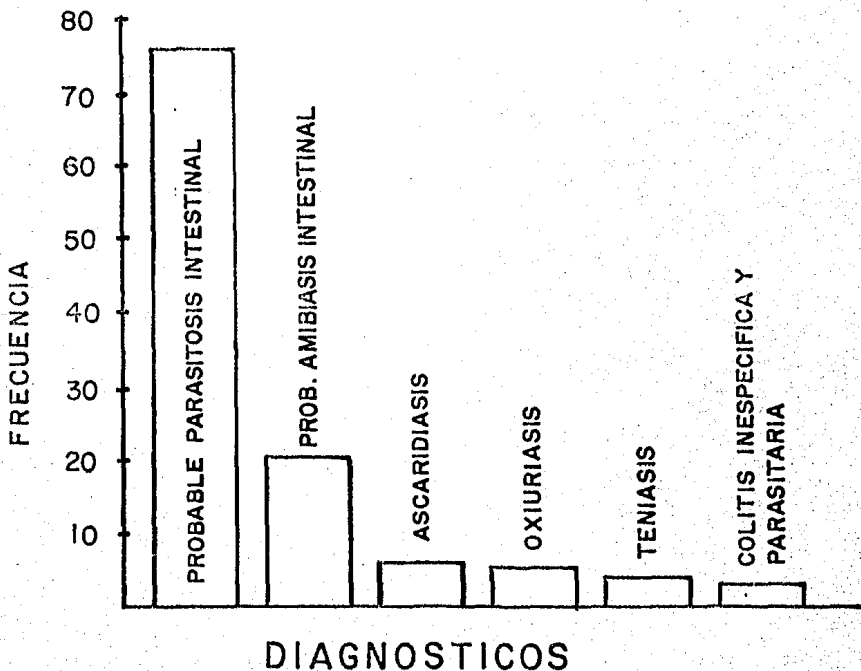


INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION REGIONAL MICHOACAN
H.G.R.M.F. N°1 MORELIA

GRAFICA DE BARRAS N° 3

DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES CONGRUENTES CON LOS DATOS CLINICOS.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION REGIONAL MICHOACAN
H.G.R.M.F. N°1 MORELIA

CUADRO N° 4

DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTEMENTE ENCONTRADOS
CONGRUENTES CON LOS DATOS CLINICOS

1	PROB. PARASITOSIS INTESTINAL	76
2	PROB. AMIBIASIS INTESTINAL	20
3	COLITIS INESPECIFICA Y PARASITARIA	6
4	OXIURIASIS	5
5	ASCARIDIASIS	4
6	TENIASIS	3

TOTAL 114

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION REGIONAL EN MICHOACAN

H.G.R.Z.C.M.F. TI N°1 MORELIA

CUADRO N° 5

DISTRIBUCION SEGUN PORCENTAJE DE CON —
GRUENCIA O INCONGRUENCIA ENTRE DATOS CLI-
NICOS Y DIAGNOSTICO.

	Nº	%
INCONGRUENCIA	156	57.77
CONGRUENCIA	114	42.23
TOTAL	270	100.00

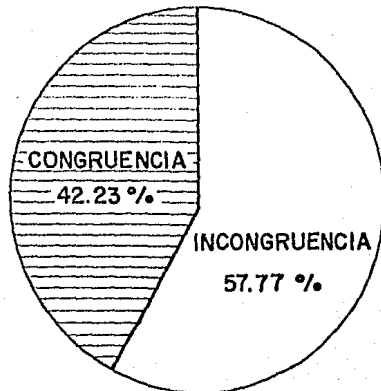
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION REGIONAL EN MICHOACAN
H.G.R.Z.C.M.F. TI N°1 MORELIA

GRAFICA N° 4

SECTORES CIRCULARES

DISTRIBUCION SEGUN PORCENTAJE DE CON —
GRUENCIA E INCONGRUENCIA ENTRE DATOS
CLINICOS Y DIAGNOSTICO.



CONCLUSIONES.

En este trabajo el número de casos en que la solicitud del (CPS) no estuvo apoyada por los suficientes datos clínicos fué elevado. Tal vez indicados por un pensamiento no clínico, influido por el alto índice de frecuencia de éstos padecimientos en nuestro medio y por las condiciones insalubres en que viven las clases medias y bajas del pueblo Mexicano. Por otra parte si calculamos que el costo de un estudio Coproparasitoscópico en el Instituto Mexicano del Seguro Social es de \$497.54, multiplicado por cientocincuenta y seis estudios en los que no se encontró congruencia entre los datos clínicos y el diagnóstico emitido, tenemos que el costo económico total durante el mes que comprendió nuestro estudio fué de \$77 616.24 pesos. Si a esto agregamos las pérdidas económicas que representa para el trabajador y para el país en horas trabajo, la sobrecarga de actividades para el mismo médico y para el laboratorio, nos damos una idea de las pérdidas innecesarias para la institución causadas por la solicitud de estudios (CPS) que no tienen una base clínica que los sustente.

Por lo anteriormente expuesto podemos concluir que en un alto porcentaje las solicitudes de coproparasitoscópicas fueron desde el punto de vista clínico mal solicitadas representando una pérdida económica hasta cierto punto innecesaria para la institución y que sería de-

seable tomar conciencia de esto para en lo sucesivo evitar solicitudes de este tipo en aquellos casos en que clínicamente no se sospeche - - de patología de origen parasitario.

BIBLIOGRAFIA.

1. - THORN WG, ADAMS RD. BRAUNWHL D E, ISSELBACHER, PETERS DORF BR. Medicina Interna Harrison. México D.F. La Prensa - Médica Mexicana, 1982: 1257-58.
2. - SUBDIRECCION MEDICA DEL IMSS. Gufas Diagnosticoterapéuticas. México D.F. 1981: 29-65.
3. - MARTIN MARTIN AL, Fundamentos de Gastroenterología. - México D.F. Francisco Méndez Cervantes (Ed). 1979: 111-12 y 241-74.
4. - VALENZUELA. HR, Manual de Pediatría. México: Editorial Interamericana, 1980: 328-29.
5. - COELLO RP. MEDINA. HL, DIAZ BS, ZUÑIGA V. Etiología de la diarrea prolongada en niños. Bol:Med Hosp. Infant. Méx. 1984;- Vol. 41 No. 11: 605-9.
6. - CARRADA RT. Ascariasis Infantil como problema de Salud Pública. Bol. Med Hosp Infant Méx. 1984; Vol. 41 No. 11:636-39.
7. - WOLPEETTE, KERSHENOBICHM D, RUIZ PG, PARDO GA, GONZALEZ N. Estudio del paciente con diarrea. Rev. Atención Médica 1980; Julio; Pág. 44-50

8. - GARCIA VJ, MATA MJM, OTAFURTATZ B, LOPEZ LS. El S. -
Diarréico. Rev. Atención Médica 1982; Mayo; Pag. 28-41.
9. - FLORES SS, VAZQUEZ AV, MORENO AL. Campylobacter como -
ayudante etiológico en la diarrea de niños. Bol Med Hosp Infant
Méx. 1983; Vol. 40 No. 6: pag. 315-19.
10. - TAY ZJ, GUTIERREZ QM, ALVAREZ CHR, TOVAR MA. La Pa-
rasitosis Intestinal en México. Rev. Atención Médica 1980; Junio:
pag 10-21.
11. - VEGA FL. Absorción Intestinal en Niños con Giardiasis. Bol Hosp
Infant Méx 1983; Vol 40 No. 11: pag 598-603.
12. - MATUSCELLI QA. Parasitosis más frecuentes. Rev. Mexicana --
de Pediatría 1982; Vol XLIX No. 11-12: pag 543-49.
13. - CALDERON J. Conceptos Clínicos de Infectología. México; 3a. --
Ed. 1976; 453-72.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**