

BIBLIOTECA CENTRAL

11226
201.39

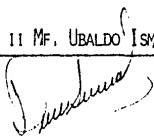
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL OAXACA

RECEIVED
FEB 11 1987

TITULO: DISENTERIA PARASITARIA Ó BACTERIANA COMO PROBLEMA
DIAGNOSTICO EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA
FAMILIAR DEL H.G.Z. No. 1 C/M.F. OAXACA, OAX.

BIBLIOTECA CENTRAL

R 11 Mf. UBALDO ISMAEL DÍAZ MORALES



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OAXACA, OAX.

FEBRERO/1987

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 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.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN: HENTAMOEBIA HISTOLYTICA PATOGENIA.

GENERALIDADES	1
MANIFESTACIONES CLÍNICAS	2
DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO	3

BALANTIDIUM COLI:

PATOGENIA, DIAGNÓSTICO	4
TRATAMIENTO	5

SALMONELLA:

GENERALIDADES, PATOGENIA, MANIFESTACIONES CLÍNICAS , Y DIAGNÓSTICO.....	6
TRATAMIENTO	7

SHIGELLA:

GENERALIDADES, PATOGENIA, MANIFESTACIONES CLÍNICAS , Y DIAGNÓSTICO.....	8
TRATAMIENTO	9
MATERIAL Y MÉTODOS	10
RESULTADOS	11
DISCUSION	15
CONCLUSIONES	16

INTRODUCCION:

En nuestro país uno de los problemas de salud más importantes lo constituyen los padecimientos gastroenterales, mismos que son un índice de las deficientes condiciones del saneamiento ambiental, manejo inadecuado de excretas, contaminación de los suministros de agua, deficiencias en las medidas higiénicas, tanto en la preparación como en la manipulación y conservación de los alimentos, dando como resultado su contaminación, ya sea por bacterias enteropatógenas como la *Salmonella*, la *Shigella* ó bien por quistes infectantes de parásitos como amibas ó balantidios, propiciándose de esta forma la incidencia de estos padecimientos, entre los cuales se encuentra la disenteria.

Es realmente difícil llegar a obtener un control absoluto de estos problemas, ya que en el están implicados un gran número de factores que van desde nuestro nivel sociocultural, hasta los de tipo económico que prácticamente quedan fuera de nuestro alcance resolver.

El manejo de estos padecimientos en la mayoría de las ocasiones se hace por diagnóstico clínico y sin tener un diagnóstico laboratorial de certeza, lo cual viene a ocasionar que la respuesta al tratamiento instituido sea variable, llegando incluso a ser en algunas ocasiones nula, dando como resultado una prolongación en la duración de estas patologías ó bien llegarse a complicaciones de las mismas.

Así mismo esta visto que el empleo de antibióticos a dosis inadecuadas a veces en forma injustificada, ha propiciado el surgimiento de cepas bacterianas de difícil control ó bien estados de portador asintomático como consecuencia de tales tratamientos, estas personas son verdaderas fuentes de contaminación para la población principalmente cuando tienen acceso al manejo ó a la preparación de alimentos.

ENTAMOEBIA HISTOLYTICA.

GENERALIDADES:

De las 7 especies de amibas que parasitan al hombre, Entamoeba Histolytica es la más importante, pues es la única que es patógena para él, quien es su principal huésped e intermediario. Se le localiza en el colon ya sea como forma parasita móvil-trofozoito ó en su forma infectante inmóvil-quiste en el intestino grueso se aloja en la luz intestinal donde puede permanecer como un comensal, ó bien por causas no bien establecidas, llega a causar un foco infeccioso.

Durante los cuadros diarreicos, las formas móviles se enquistan, para así resistir los cambios adversos del medio ambiente y en ésta forma transmiten el padecimiento. Estas formas quísticas cuentan con un solo núcleo, una vacuola de glucogéno y cuerpos de cromatina, conforme evoluciona hacia la madurez se vuelve tetranucleado.

P A T O G E N I A:

Después de ser ingeridos los quistes, en agua ó alimentos contaminados los cuales resisten los jugos gástricos ácidos, llegan al intestino -- en donde por acción de los jugos alcalinos ó neutros y por actividad de la misma amiba se rompe la pared del quiste, saliendo una amiba metaquística de 4 nucleos que dará origen a 8 trofozoitos pequeños o --- amibas inmaduras, las cuales llegan al intestino grueso, en donde vivirán como comensales, alimentandose de bacterias células de descamación de la mucosa, pudiendo continuar con esta forma de vida ó bien por causas no del todo conocidas, pueden volverse invasivas; al respecto se han mencionado como factores determinantes el estado nutricional del paciente, sus hábitos de alimentación, la virulencia de la cepa o su asociación con bacterias así como también el estado del trayecto intestinal, siendo en tales condiciones que se llega a presentar sintomatología, los sitios más afectados, en este orden, con el ciego, el colon ascendente, recto sigmoides, apéndice e ileón terminal.

La ulceración de la pared intestinal es característicamente una pequeña lesión en la superficie de la mucosa la cual es la a una lesión -- más extensa y profunda con necrosis de la submucosa que incluso puede llegar hasta la muscular existiendo una mínima respuesta inflamatoria, la mucosa entre las ulceraciones es normal, en la disenteria aguda estos procesos son más extensos y afectan las capas más profundas del intestino, llegando a formarse grandes ulceraciones irregulares con bordes socavados de fondo necrótico, cubiertos frecuentemente por una membrana purulenta amarilla, las amibas se pueden localizar en el fondo de la ulcera, principalmente en la base de las glandulas intestinales, desde tales sitios pueden ingresar al torrente sanguíneo y así diseminarse a otros órganos, principalmente al Hígado, en donde originan abscesos.

MANIFESTACIONES CLINICAS:

Los portadores asintomáticos son los más comunes, en los cuales la amiba vive como un comensal en el intestino. En los casos de amibiasis intestinal sintomática se alternan períodos de normalidad y de cuadros diarreicos con evacuaciones líquidas o semilíquidas, fetidas a veces con moco y sangre, flatulencia, dolor abdominal vago; a la exploración física existe dolor de variable intensidad en colon ascendente y ciego.

En la disenteria, que es menos común, se inicia como tal, en forma súbita en un 50% de los casos, con hipertemia, dolor abdominal intenso que se puede confundir incluso con peritonitis, evacuaciones diarreicas profusas y sanguinolentas, la destrucción de la pared intestinal puede ser tan importante que la puede perforar ocasionando peritonitis.

Por otra parte la penetración de trofocitos en la pared muscular del

Por otra parte la penetración de trofozoitos en la pared muscular del intestino puede ocasionar la formación de tejido de granulación que - puede llegar a abarcar la circunferencia intestinal completa, palpándose una masa móvil y dolorosa que puede causar obstrucción parcial, - esto es el ameboma, localizado más frecuentemente en el ciego que radiológicamente se le puede confundir con una denocarcinoma.

DIAGNOSTICO:

Es muy importante la clínica pero el diagnóstico definitivo es por -- identificación del parasito en las heces diferenciandolo de las ami - bas de vida libre no patogenas para el hombre, los trofozoitos se reconocen por sus movimientos rápidos en una sola dirección, ectoplasma bien reconocible, pseudopodos hialinos y patognomonicamente al observar globulos rojos ingeridos y en desintegración parcial. Los quistes cuentan con 1 a 4 nucleos, masa de glucogeno difusa y grandes cuerpos cromatides.

TRATAMIENTO:

En los casos de disenteria con fiebre y postración, el paciente perma necerá en cama con dieta blanda y abundantes líquidos. El medicamento de elección es el Metronidazol a dosis de 1.5 a 2 gr., c/8 horas por- 10 días V.O., esto en los adultos, en los niños se calculará a 40 mg/ kg en 24 horas, por 10 días V.O., cuando no hay mejoría se agregará - en adultos 1 a 2 gr en 24 horas, de Tetraciclina y en niños se les -- calculará de 25 a 50 mg. Por kg. de peso repartido en 3-4 dosis en 24 horas, también se puede utilizar el Clorhidrato de Emetina calculán - dose a razón de .5 mg/kg cada 12 horas, sin pasar de 60 mg, por un -- lapso de 4 días.

GENERALIDADES:

Este es el más grande protozoo intestinal del hombre y el único ciliado patógeno para él, su trofozoito mide aproximadamente 60 x 45 - Micras, encerrado en una delgada película y cubierto de cilios, se reproduce por fisión binaria transversa originando 2 individuos nuevos, su sobrevivencia fuera del intestino es mínima aunque sus quistes en ambiente húmedo pueden resistir varias semanas siendo transmisibles mediante esta forma y ocasionando la disenteria por Balantidios.

PATOGENIA:

El padecimiento es poco común en el hombre, quien al parecer posee resistencia natural considerable a la enfermedad.

La vía de entrada es por la boca al ingerir los quistes infectantes - cuya pared al disolverse dejará libre al trofozoito, mismo que se reproduce rápidamente invadiendo la mucosa y submucosa del intestino grueso por medio de la hialuronidasa y penetración mecánica del parásito, llegando a formar pequeños abscesos que al abrirse dejan bordes rojos e irregulares, ya sea separados ó coalescentes que originan básicamente reacción mononuclear exceptuando los casos en que ocurre invasión bacteriana agregada.

En las infecciones moderadas se presentan evacuaciones con moco sangre y pus, en número variable que va de 6 a 15 en 24 horas, en los casos de enfermedad crónica se pueden alternar períodos de diarrea con estreñimiento, dolor en marco colónico, muchas infecciones son asintomáticas.

DIAGNOSTICO:

Clinicamente se le puede confundir con otras enfermedades disentericas, siendo el diagnóstico definitivo por localización del trofozoito

ó el quiste en las evacuaciones que deben ser examinadas lo más rápido posible por la poca viavilidad del parasito y su irregular eliminación.

TRATAMIENTO:

El fármaco de elección es la Tetraciclina a dosis de 25 a 50 mg./kg. de peso en los niños y en los adultos de 1 a 2 gr. en 24 horas. En ambos casos la dosis total se fraccionaria en 3 ó 4 tomas por un período de 7 días.

GENERALIDADES:

De estos bacilos móviles gran negativos, que poseen flagelos peritricios existen 1700 tipos serológicos, casi todos patógenos para el -- hombre a quien le causan Fiebre Tifoidea, infecciones localizadas y gastroenteritis aguda, siendo esta última por sus características de interés en este estudio, las cepas más comúnmente vinculadas a esta patología son la S. Typhimurium, S. Derby, S. Hiedelberg, S. Infantis, S. Newport y S. Enteritidis, mismas que ingresan al organismo por -- vía oral en agua ó alimentos contaminados mas preparados ó conservados en forma inadecuada, por ser resistentes a la congelación, los -- bacilos pueden conservarse viables en carnes frías, embutidos ó hie-- lo, son destruidos por procesos de pasteurización y también a tempe-- raturas de ebullición.

PATOGENIA:

Posterior a ser ingeridos sus incubaciones va de 8 a 48 horas y de -- pende de la dosis infectante ingerida variando importantemente de un paciente a otro, al llegar al intestino se multiplican y directamen-- te atacan la mucosa intestinal causando el cuadro clínico.

MANIFESTACIONES CLINICAS:

Su inicio es relativamente brusco, con el antecedente de haber inge-- rido alimentos contaminados presentandose náuseas, vomitos, dolor ab-- dominal, evacuaciones diarreicas algunas veces sanguinolentas, su -- curso es de 3 a 5 días y es generalmente autolimitada.

DIAGNOSTICO:

Clinicamente tomaremos en cuenta su período de incubación, que es muy

corto, así como la presencia de hipertemia y escalofrío. El diagnóstico definitivo es por identificación del bacilo por medio de coprocultivo, es raro que el hemocultivo resulte positivo ya que las bacterias no llegan a ingresar al torrente sanguíneo propiamente.

TRATAMIENTO:

Se deben tener en cuenta las condiciones generales del paciente y su edad, pues la gravedad es mayor para los niños menores de 4 años de edad o personas débiles y desnutridas, en el resto de pacientes, ya que este es un padecimiento autolimitado, el manejo estará orientado a corregir la deshidratación y el desequilibrio electrolítico. Se menciona que el empleo de antibióticos a dosis inadecuadas puede prolongar el estado de portador.

En los casos en que sea necesario administrar antibióticos, de elección se dará Ampicilina calculándose en los niños de 50 a 100 mg/kg/día, dividida en 4 dosis y en los adultos se dará a razón de 2 a 3 gr. en 24 horas, fraccionada en 4 dosis, en ambos casos por un lapso de 10 días. En casos de alergia a la Penicilina se empleará Clorafenicol calculándose a 50 mg/Kg/día en 6 dosis fraccionadas por 10 días, antes de emplear el Clorafenicol se deberá valorar cuidadosamente la gravedad del cuadro dada la toxicidad de este fármaco.

GENERALIDADES:

Este bacilo Gram positivo pertenece a la familia enterobacteriaceae es inmóvil, anaerobio ó aerobio facultativo las especies más importantes son: Sh. Dysenteriae, Sh. Flexneri, Sh. Boydii y Sh. Sonnei, - mismas que son los agentes causales de la disenteria bacilar.

PATOGENIA:

La enfermedad queda limitada al hombre, quien la adquiere por vía -- oral en alimentos contaminados, bastando con un inoculo de 100 bacterias virulentas para causar el cuadro, el sitio principalmente afectado es el colon pero se puede extender hasta el ileón terminal, endichos sitios por multiplicación del bacilo, penetración directa de la mucosa y principalmente por producción de endotoxinas, que destruyen las células, presentandose necrosis y ulceraciones en la mucosa-intestinal que facilmente presentara sangrado.

MANIFESTACIONES CLINICAS:

Posterior a una incubación que va de 24 a 48 horas, se presenta dolor abdominal, náusea, vomito, cefalea, hipertemia-atribuida a la absorción de toxinas, evacuaciones verdosas, con moco poco abundantes y menos fetidas que en la amibiasis, en una tercera parte de los pacientes con sangre visible macroscopicamente.

DIAGNOSTICO:

En el examen laboratorial de las evacuaciones existen eritrocitos generalmente sin alteraciones, abundantes neutrofilos polimorfonuclea -

res y células epiteliales, pero el diagnóstico definitivo es por el coprocultivo, aislando a la shigella cuya siembra debe ser rápida, -
pués su vialidad es muy corta, las pruebas serológicas son de escaso
valor y la Biometría Hemática no es nada específica.

TRATAMIENTO:

El tratamiento es básicamente de sosten encaminado a la corrección de las alteraciones hidroeléctricas, los antibióticos acortan la duración de la enfermedad y evitan las recaídas, así como el estado de portador. De elección se emplea Ampicilina calculándose de 50 a 100 mg/kg. fraccionada en 4 dosis y por 7 a 10 días V.O., en caso de no presentarse -
mejoría se pensara en cepas resistentes y se recomienda el empleo de -
Tetraciclina a dosis de 25 a 50 mg/kg/día fraccionada en 4 tomas en adul-
tos de 1 a 2 gr. en 24 horas, fraccionada en 4 tomas por 10 días. Otro
farmáco útil en el manejo de la disenteria bacilar es el Trimetoprim -
con sulfametoxazol, calculandose en los niños a 8 mg/kg., de peso el -
TMP y el SMZ a 40 mg/kg., fraccionandose en 2 dosis por cinco días.

No se recomienda el uso de farmácos más tóxicos como el Clorafenicol, -
ya que este padecimiento tiende a ser autolimitado y los antibióticos-
solo acortan su evolución.

En este estudio prospectivo de 6 meses de duración, se estudiaron 47 casos de pacientes con diagnóstico de disentería atendidos en el Servicio de Consulta Externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 de la Ciudad de Oaxaca, Oax., pertenecientes al consultorio número 18.

El criterio diagnóstico utilizado fué por clínica, inicialmente y posteriormente se corroboró por laboratorio.

Todos los pacientes fueron sometidos a un protocolo de estudio, efectuado en una sola etapa, comprendido de la primera al resultado de los paraclínicos solicitados.

Se incluyo en el protocolo; la edad, sexo, escolaridad, medio socio-económico, posible fuente de contaminación, ocupación, tipo de asentamiento; urbano ó rural y hábitos higiénicodietéticos.

Se les efectuaron los siguientes exámenes de laboratorio: Coprocultivo y coproparasitoscópico seriado en 3 días. Las técnicas utilizadas para la realización de tales exámenes fueron las habituales en el laboratorio clínico de la unidad.

Detectado el agente causal del cuadro disenterico, se continuó con el tratamiento instituido por el diagnóstico clínico ó bien se corrigio en los casos en que fue necesario (5).

Se continuó el control por citas subsecuentes en la consulta externa con CPS ó coprocultivos de control cada 3 meses por dos ocasiones.

1).- EDAD:

La edad de los pacientes incluidos en el estudio fué abierta, - siendo los pacientes de 6 años de edad los que presentaron mayor número de casos (10), seguidos por los pacientes de 25 años de edad -- con 8 casos, en tercer lugar quedaron los de 30 a 40 años con seis - casos.

Dicha distribución se aprecia en el cuadro No. 1 agrupando las edades se obtuvo la siguiente distribución: de 4 a 10 años 20 casos; de 11 a 20 años 9 casos; de 21 a 30 años 10 casos; de 31 a 40 años - 6 casos y de 41 a más años 2 casos.

2).- SEXO:

31 pacientes (65%), correspondieron al sexo masculino, del sexo femenino fueron 16 casos que representaron un 34.4%.

3.- ESCOLARIDAD:

El 12.7% (6), correspondieron a preescolares, del 87% restante - (41); 25.5% (12) contaban con estudios de primaria, 36.1% (17) estudiaron secundaria, 7 de ellos sin concluirlos, 14.8% (7) se reportaron con estudios de bachillerato y 10.6% (5) con carreras comerciales. Es de hacer notar que los casos parasitarios fueron encontrados predominantemente en los grupos de menor grado de estudios, lo cual denota - la importancia que tiene el nivel educativo, ya sea para efectuar ó - bien para asimilar las indicaciones y actividades higiénicodietéticas, pues en tal grupo dichos hábitos fueron en su mayoría deficientes.

CUADRO No. 1

EDAD EN AÑOS	No. DE CASOS
4 a 10	20
11 a 20	9
21 a 30	10
31 a 40	6
41 a mos	2
TOTAL	47

4).- MEDIO SOCIO-ECONOMICO:

29 pacientes es decir el 61.7% procedían de medio socio-económico bajo y 18 personas que representan el 38.2% pertenecían a un estrato socio-económico medio, los casos de etiología parasitaria predominaron en el grupo económicamente inferior.

5).- POSIBLE FUENTE DE CONTAMINACION:

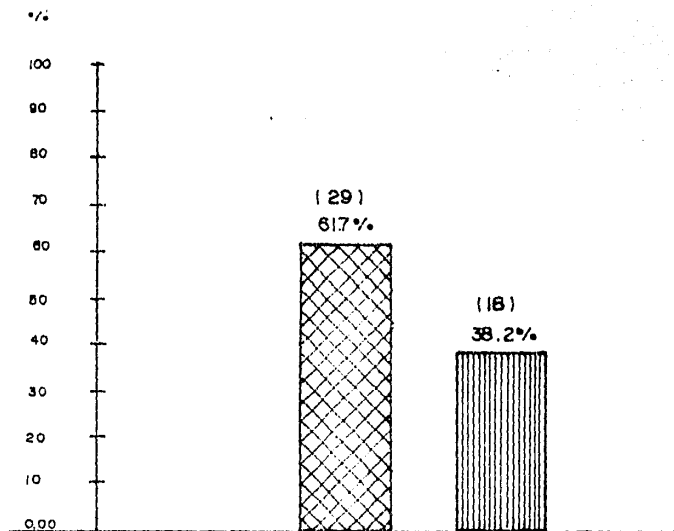
En los casos de disenteria bacteriana no hubo un solo sitio de posible adquisición del agente patógeno y solo se generalizó que la mayor parte de ellos (12) ingirieron alimentos preparados fuera de su domicilio y que contenían carnes frías.

En los casos de disenteria parasitaria fué aún más difícil precisar la posible fuente de contaminación pues en 28 de ellos, los hábitos higiéno-dietéticos fueron deficientes, pudiendo haber adquirido el parásito en su propia casa, ya sea en el agua ó en los alimentos de consumo diario.

6).- OCUPACION:

18 (38.2%) de los pacientes que correspondían al grupo comprendido de los 15 a 40 años, laboraban como empleados de diferentes empresas ó dependencias, algunos de los cuales tenían la necesidad de adquirir sus alimentos fuera de sus casas, 15 (31.9%) fueron escolares; 2 (4.2%) se dedicaban a labores domésticas; obreros fueron 6 (12.7%) y preescolares también 6.

GRAFICA No. 1



MEDIO

SOCIOECONOMICO



b o j o



m e d i o

Los casos de disenteria bacteriana predominaron en aquellos que consumian alimentos preparados fuera de casa, como los empleados y - escolares de secundaria y los casos de tipo parasitario no tuvieron predominio por grupo alguno.

7).- TIPO DE ASENTAMIENTO:

En este parámetro hubo una franca tendencia de predominio tanto en una mitología como en la otra, así tenemos que de tipo parasitario 25 casos correspondieron al medio rural y del tipo bacteriano la mayoría (11) se localizaron en zonas urbanas.

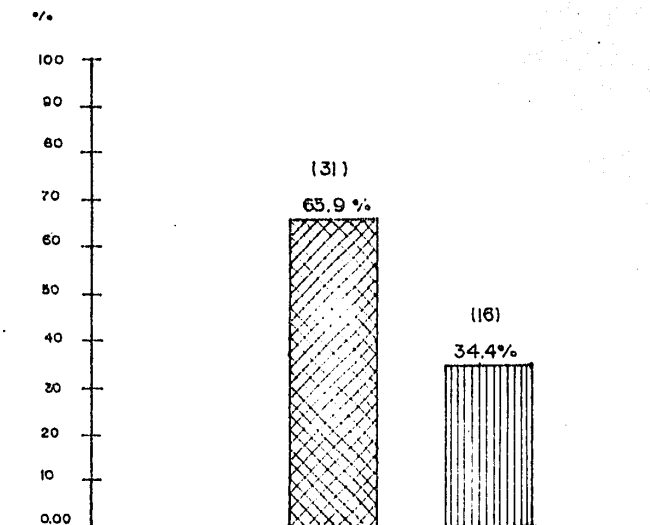
Lo anterior viene a ser un indicador de que las condiciones de saneamiento del medio en las zonas rurales son más deficientes ó no-existene. Gráfica No. 2.

En cuanto a los asentamientos urbanos el predominio bacteriano-fué sin duda, según los antecedentes recabados, debido a la ingesta-de alimentos industrializados tales como: el jamón y otros embutidos que son de uso más común en la alimentación de los grupos urbanos -- que de los rurales.

8).- HABITOS HIGIENICO-DIETETICOS:

Los hábitos higienicodietéticos deficientes existieron en la - mayoría de los pacientes (32.68%), no importando el lugar de asenta miento y si hubo un ligero predominio en los que procedían de un es tracto socioeconómico más débil, esto nos viene a confirmar la impor tanbia determinante de unos buenos hábitos higiénicos en la preven - ción de la disenteria, tanto bacilar como parasitaria.

GRAFICA No. 2



TIPO DE ASENTAMIENTO



rural



urbano

Entre las medidas higienicodietéticas que se valoraron tenemos: lavado de manos antes de comer, el hervir el agua -e beber, la preparación, protección y conservación de los alimentos en forma adecuada y la costumbre de ingerir alimentos preparados en la calle.

9).- EXAMENES DE LABORATORIO:

A través de los exámenes de laboratorio indicados se obtuvieron resultados positivos en 44 casos (93.6%), 30 de ellos reportaron a - E. Histolytica como agente causal, no habiéndose detectado en ningún caso B.Coli.

El cultivo de heces resulto positivo para salmonella en dos casos y en 12 para Shigella, en tres pacientes no se logró detectar la etiología laboratorialmente. En el cuadro No. 2 se detalla lo antes-mencionado.

CUADRO No. 2

DIAGNOSTICO LABORATORIAL SEGUN AGENTE ETIOLOGICO		No. DE CASOS	%
PARASITARIO	E. HISTOLYTICA	30	64.00
	B. COLI	0	0.00
	SUB TOTAL	30	64.00
BACTERIANO	SALMONELLA	2	4.00
	SHIGELLA	12	25.5
	SUBTOTAL	14	29.5
SIN DIAGNOSTICO LABORATORIAL		3	6.4
TOTAL		47	99.9

La identificación laboratorial del agente causal en la disenteria no es común, en este trabajo prospectivo se demostró la etiología del padecimiento en un 93.6% de los pacientes (44 de 47). Siendo el grupo de menos de 10 años de edad el más afectado.

Respecto a la distribución en relación al sexo no se ha mencionado de significancia estadística no apartandose nuestro estudio de ello.

El hecho de predominar el medio socio-económico bajo en los pacientes, incluidos aquellos en que no se identificó el agente causal, -- únicamente demuestra la mayor incidencia de este tipo de enfermedades, en los grupos deficientes en su nivel educativo y económico.

Es importante mencionar el hecho de la institución de tratamiento -- farmacológico previo que influyo en forma determinante, para no identificar el agente causal con los procedimientos utilizados, dicha -- situación se presentó en un paciente que recibió Metronidazol y en 2 que recibieron ampicilina. Apoyando esto está el hecho de que en -- los pacientes en que se identificó laboratorialmente el agente etiológico no habían recibido fármaco alguno previamente.

Referente al tratamiento, este se instituyo una vez tomadas las muestras laboratorias y basándose en un diagnóstico clínico, que fue -- certero en 39 pacientes y en los restantes hubo de cambiarse una vez -- identificado el agente causal, prescribiéndose el fármaco de elección en cada caso a las dosis indicadas en la literatura investigada.

Los resultados obtenidos fueron satisfactorios tanto clínica como laboratorialmente en todos los pacientes.

El control de los pacientes se llevó a cabo en la Consulta Externa de Medicina Familiar con recomendaciones precisas de concluir su tratamiento farmacológico y recomendaciones higiénico-dietéticas, además -

de CPS y coprocultivos de control, obteniéndose resultados satisfactorios hasta el momento de cerrar el estudio.

CONCLUSIONES:

El objetivo del presente trabajo fué el de investigar la certeza diagnóstica y de tratamiento de la disenteria en la Consulta Externa de Medicina Familiar, así tenemos que de 47 pacientes detectados con diagnóstico de disenteria, este fué certero en 30 casos (82.9) pacientes en los cuales laboratorialmente se demostró el agente etiológico en forma posterior, de los 8 pacientes restantes (17.0%) en 3 de ellos no se llegó a identificar el agente etiológico, se erro el diagnóstico en un caso de amibiasis y en 4 de tipo bacteriano de los cuales correspondieron 2 a Shigella y 2 a Salmonella.

Estos resultados coinciden con la literatura investigada, ya que se nos menciona que es poco usual encontrar casos de disenteria por balantidios y de que también es poco común que la salmonella llegue a causar cuadros con tales características.

Podemos concluir que en la consulta Externa de Medicina Familiar se hace un diagnóstico y tratamiento adecuado en los casos de disenteria, pues existe un 82.9% de certeza ambos aspectos. Más consideramos que el empleo de los recursos paraclínicos está indicado en los casos en que no existe respuesta favorable al manejo instituido.

El tratamiento indicado, según el agente etiológico, dió buenos resultados ya que en todos los pacientes (40) en los que se efectuaron CPS-ó coprocultivos de control a los tres meses los resultados fueron negativos, lo mismo que en los 20 que se les efectuó a los seis meses. El resto de los pacientes que no se les incluyo en los estudios de control

se debió a que aún no concluían el segundo período de 3 meses, al -- concluir este estudio y en 10 casos porque desertaron del mismo, aún así consideramos que los resultados son ampliamente satisfactorios - en todos estos pacientes que llevaron en forma adecuada su tratamiento médico y que además mejoraron sus hábitos higiénicodietéticos.

Un aspecto importante de tomarse en cuenta es la prevención de estos padecimientos con la ejecución de medidas muy sencillas, orientadas a corregir y mejorar la preparación, manipulación y conservación de alimentos, así como de elevar el nivel de salubridad e higiene tanto de nuestras comunidades como de nuestros domicilios.

Se concluye afirmando que aún resta mucho por hacer al respecto, siendo vasto el campo de acción tanto para el Médico y su equipo de salud, como para las Autoridades Sanitarias a quienes principalmente - corresponde tomar las medidas correctivas en cuanto a la inspección y supervisión de los sitios en que se expenden alimentos, así como - de proporcionarle a la población los servicios sanitarios básicos, - como: drenaje, alcantarillado y dotación de agua que realmente sea - potable, entre otras medidas, ya que sólo en esta forma podremos obtener avances reales y permanentes en la lucha contra este tipo de - padecimientos que por tanto tiempo han sido un obstáculo en el desarrollo de nuestro país y del mundo en vías de desarrollo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- PATOLOGÍA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL,
1A. EDICIÓN EN ESPAÑOL 1975 PAG. 359,360,386,392,437 y 438.
ROBBINS.
- 2.- PARASITOLOGIA CLÍNICA:
4A. EDICIÓN PAG. 18-37.
HAROLD W.
BROWN.
- 3.- FACULTAD DE MEDICINA UNAM CICLOS.
IX-X No.5 1977.
DISENTERIA BACILAR PAG. 11-20
DRA. JULIA SOLIS HUERTA
DR. ADOLFO MATA.
DR. HORACIO ÁMBERTZ.
SALMONELLOSIS. PAG. 103-120
DR. PAÚL LÓPEZ O.
DR. MIGUEL BRIONES Z.
- 4.- MEDICINA INTERNA: 16 EDICIÓN VOLUMÉN II 1985
CECIL LOEB. PÁGS. 1571-1577; 1812-1815; 1582-1584.
- 5.- REVISTA LATINOAMERICANA DE MICROBIOLOGIA No. 24 1982.
CAMBIOS EN EL PH, ACÍDEZ Y FLORA MICROBIANA PAG. 235-240.
DR. E. FERNÁNDEZ ESCARTÍN; A. CASTILLO AYALA; R. TORRES VITELA
- 6.- REVISTA LATINOAMERICANA DE MICROBIOLOGIA VOLUMÉN 24 1982, PAG. 83-88
INCIDENCIA DE SALMONELLA Y STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN QUESOS FRESCOS NO
PASTEURIZADOS.
DR. E. FERNÁNDEZ ESCARTÍN; DR. A. CASTILLO AYALA; DR. R. TORRES VITELA

- 7.- REVISTA LATINOAMERICANA DE MICROBIOLOGIA VOLUMEN 17 1975
PAGINAS: 149-156.
INMUNIDAD INDUCIDA CON FRACCIÓN RIBOSOMAL OBTENIDA DE *S. TYPHI* T Y 2
CONTRA DIVERSAS CEPAS DE *S. TYPHI*.
DR. J. LUIS FOLTIWARI; ANA FLISSER; ROBERTO CABRERA.
- 8.- REVISTA LATINOAMERICANA DE MICROBIOLOGIA VOLÚMEN 24 1982
PAGINAS: 141-143.
ANTICUERPOS ANTI-SHIGELLA DYSENTERIAE I EN LA POBLACIÓN MEXICANA SU
POSIBLE RELACIÓN CON LOS BROTES CENTRAMERICANOS DE 1968-70.
DR. ADOLFO PÉREZ; DRA. CELIA GONZÁLEZ; DR. ABEL GONZALEZ C.
- 9.- ENTEROCOLITIS CAUSED BY SHIGELLA IN AN INFANT.
ALCALA
H. BOLETÍN MÉDICO HOSPITAL INFANTIL MÉXICO.
ENERO 1982 No. 33 VOLUMEN 1 PÁGINA 45-55.
- 10.- PLASMID CHARACTERISATION IN THE INVESTIGATION OF AN EPIDEMIC CAUSED
BY MULTIPLY RESISTANT SHIGELLA DYSENTERIAE TYPE I IN CENTRAL AFRICA.
FROST, JA ET AL.
LANCET 1981
NOV. 14 2 (8235); 1074-6
- 11.- MALNUTRICIÓN, INFECCIÓN AND IMMUNODEFICIENCY
GARCIA TAMAYO
BOLETÍN MÉDICO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO,
1982 MAYO
39 (5);301-3
- 12.- PREVALENCE OF CARRIERS OF SALMONELLA AND SHIGELLA AMONG FOOD HANDLERS.
SÁNCHEZ LEYVA
REVISTA DE SALUD PÚBLICA MEXICANA 1981.
JULIO-AGOSTO 23 (4); 353-64

13.- CONVULSIONES IN SHIGELLOSIS EVALUATION OF POSIBLE RISK FACTORS.
 ASHKENAZI S ET AL.
 AMERICAN JOURNAL DISEASE OF CHILDREN 1983 OCT.
 137 (10): 935-7

14.- REHYDRATION THERAPY
 RABEANI GH ET AL.
 LANCET 1983 MAR,
 19:1 (8325): 654

15.- PROTOZOARIOS DEL INTESTINO Y CAVIDADES DEL HOMBRE.
 PARASITOLOGIA CLINICA
 HAROLD BROWN 4A. EDICIÓN 1977
 PAGS. 35-37 CAPITULO 3

16.- AMIBIASIS.
 MEDICINA INTERNA
 HARRISON 5A. EDICIÓN
 PAGINAS; 1253-1264.

17.- AMIBIASIS
 MARCUS A KRUPP, MILTON J. CATTON; ROBERT S. GOLDSMITH.
 PAGINA 993-1003 17A. EDICIÓN 1982

18.- SHIGELLA
 MARCUS A KRUPP MILTON J. CHATTON, MOSSES GROSHAN ERNEST JAWITES.
 17A. EDICIÓN 1982 PAGINAS; 958-969.

19.- SALMONELLA
 MARCUS A. KRUPP
 17A. EDICIÓN 1982
 PAGINAS: 961-965.